

Epidemiología del retraso mental

M. de Linares Pezzi; M.C. de Linares von Schmitterlow.

Málaga.

RESUMEN

Los autores aportan nuevos datos epidemiológicos en torno al Retraso Mental, en la provincia de Málaga. Se hace un análisis de la distribución de mográfica, niveles socioculturales, estimulación, escolarización, trastornos comiciales, etc.

Del trabajo se desprende la mayor indidencia de varones, de madres de entre 26 a 30 años y la concurrencia de factores perinatales. Se hace mencion, asimismo, que los resultados obtenidos son semejantes, en cuanto a distribución epidemiológica, a otras zonas ya estudiadas.

Palabras clave: Retraso Mental. Epidemiología del Retraso Mental.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo responde a la voluntad de realizar un estudio serio, profundo y denso sobre el Retraso Mental en la provincia de Málaga. Hemos laborado intensamente, y hemos contado con la

colaboración inestimable de organismos oficiales y de un grupo de psicólogas, con afán científico e investigador, que nos han prestado su labor de indagación y recogida de datos, en el Centro base de los Equipos de Valoración del I.A.S.S.

Creíamos que esta labor inicial, de recogida de datos, nos iba a ser relativamente fácil, pensábamos en la maravilla de la informática y en sus enormes posibilidades, pero desgraciadamente nuestro gozo fué un pozo, pues aún no están estos datos informatizados y hubo que recogerlos por el método clásico de revisión de ficha por ficha, historia por historia; en nuestro servicio el colaborador D. Juan Nuño, confeccionó una ficha para informatizar los datos recogidos, dando a cada uno de ellos un valor útil para ordenar y memorizar para luego obtener los datos y gráficos precisos para establecer los porcentajes y coeficientes de contingencias que posibilitara el desarrollo de la investigación.

Hemos estudiado igualmente, cómo no, las publicaciones epidemiológicas, entre ellas de modo muy especial el estudio de tesis doctoral de la Dra C. Gomez-Ferrer, publicada en 1982; es un ejemplo del bienhacer científico, metodológico y desmenuzado, obteniendo una serie de datos concordantes con los nuestros.

Igualmente, entre otras muchas: Publicaciones del desaparecido Patronato Nacional de

Ponencia presentada en el VI Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, Mayo, 1990.

Asistencia Psiquiátrica, como son «Algunos trabajos de Epidemiología Psiquiátrica realizados en España» Mayo 1971, «Epidemiología Psiquiátrica» Diciembre 1973 y publicaciones proporcionado por el S.I.I.S. (Centro de Documentación e Información) del Instituto Nacional de Servicios Sociales, Ministerio de Asuntos Sociales, publicado en 1988, y publicaciones del Ministerio de Trabajo hasta el año 1983.

Al iniciar este trabajo epidemiológico vienen a nuestra mente dos consideraciones, que creo, debemos tener muy presente para valorar en toda su profundidad y a su justo nivel, lo que supone un trabajo de epidemiología del R.M.: Sin duda el pensamiento de Kanner de que existen dos tipos de retrasados «Aquellos que lo son en todas las circunstancias, en cualquier sociedad a la que pertenezcan, y aquellos que son producto de un ambiente complejo con excesivas demandas adaptativas». Consideración que sigue estando en plena vigencia y desgraciadamente en la realidad epidemiológica actual la competitividad de la vida, su complejidad y carrera de obstáculos, en lugar de integrar, objetivo final de nuestra tarea médico-social, desintegra y margina y fomenta la aparición de nuevas patologías que aumenta las conductas disruptivas injertadas.

Por otra parte hacemos nuestra la consideración expuesta por el Prof. Dr. Carlos Vázquez Velazco, que decía en 1968: «El Retardo Mental no es una enfermedad, una causa determinada, unos síntomas propios, un curso característico, una anatomía de determinado órgano, sino un síntoma, por el cual el enfermo no tiene la inteligencia habitual en la masa de la población en que vive».

Coincidimos plenamente con los estudios presentados en esta mesa, y con los intercambios mantenidos con los diversos componentes de la misma, por ejemplo: el Dr. Benjumea nos habla de los problemas metodológicos y de la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación verdaderamente válidos.

El Dr. Pedreira, insiste en la necesidad de establecerlo en un territorio determinado y la necesidad de utilizar todos los dispositivos, territoriales, nacionales, e incluso internacionales

para lograr el seguimiento longitudinal en epidemiología.

En fin, procuramos con nuestras aportaciones, clarificar de algún modo la epidemiología y obtener datos fiables y eficaces para poder establecer una posible prevención y terapia adecuada a cada incidencia patológica.

METODOLOGÍA

Hemos dividido nuestro trabajo, no sólo a nivel expositivo, sino desde el punto de vista documental en dos grandes apartados, Primer apartado: Revisión hasta el año 1987 y en el que consideramos diversos valores:

A) Presentación de las deficiencias que a nivel nacional se padecen en números absolutos, recogiendo de ellos únicamente el Retardo Mental (Recogido de los datos del S.I.I.S.).

B) Distribución según grado de deficiencia.

C) Distribución según sexo y diagnóstico, edad y diagnóstico.

D) Distribución con patologías asociadas.

Estas muestras están obtenidas al azar del I.A.S.S. en trabajo realizado por el Dr. Juan Ignacio Ramos Clemente.

Segundo apartado: En él, hemos hecho un estudio epidemiológico del año 1988, en la población de todos los sujetos de 0 a 21 años deficientes mentales reconocidos por el Servicio de Valoración y Orientación del Centro Base de Minusválidos Físicos y psíquicos de Málaga, de los que ha obtenido un total de 307 sujetos, de este grupo hemos realizado gráficos y distribución:

A) Distribución por sexo y edad.

B) Distribución según el grado de Deficiencia, y relación con la Etiología.

C) Distribución según edad de los padres.

D) Distribución según Fratría.

E) Datos socio-culturales.

F) Datos sobre Estimulación Precoz, Escolarización, Trastornos de Conducta, Crisis Convulsivas, Terapias Farmacológicas, y Estudios Psicológicos.

EXPOSICIÓN Y COMENTARIO DE LOS GRÁFICOS OBTENIDOS

Como se ha dicho, iniciamos con la exposición de algunos datos obtenidos hasta 1987.

De los datos facilitados por el S.I.I.S. (centro de Documentación e Información, concertado con el Real Patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalías) y obtenidos de publicaciones del Ministerio de Asuntos Socia-

les, en el que se realizó un «Estudio Cuantitativo de las personas con minusvalías existentes en España», durante el año 1988, con enfoque sociológico y estadístico, para proporcionar a los responsables de la Planificación Político-Social las bases informativas precisas para conocer las demandas de las personas con minusvalías en España.

Presenta el (Cuadro 1) la estructura por edades de las personas con minusvalías clasificadas según las deficiencias que padecen en números

CUADRO 1

Estructura por edades de las personas con retraso mental (*)

	<2	3-5	6-14	15-17	18-24	25-44	45-64	>65	Total
R. Ment.	1180	2691	29.844	15.026	30.431	50.231	23.182	7.082	159.666
D. Psq.	0	278	3.877	849	4.641	13.273	21.391	15.614	59.923
P. Cer.	308	996	2.802	1.351	1.552	2.471	3.269	7.486	20.235
D. mix.	299	589	854	199	514	1.155	1.208	1.280	6.099
Total	1.787	4.554	37.377	17.425	37.138	67.130	49.050	31.462	245.923

Estructura por edades de las personas con retraso mental (hombres) (*)

	<2	3-5	6-14	15-17	18-24	Totales
Retraso mental	961	2.194	20.008	8.387	17.842	49.392
Otr. Def. Psíquicas	0	278	2.19	91	3.914	6.302
Par. cerebral	308	327	1.498	603	1.205	3.941
Def. mixtas	299	589	772	0	186	1.846
Total	1.568	3.388	24.297	9.081	23.147	61.481

Estructura por edades de las personas con retraso mental (mujeres) (*)

	<2	3-5	6-14	15-17	18-24	Totales
Retraso mental	218	498	9.836	6.639	12.589	29.780
Otr. Def. Psíquicas	0	0	1.858	759	727	3.344
Par. cerebral	0	669	1.305	747	347	3.068
Def. mixtas	0	0	83	199	328	610
Total	218	1.167	13.082	8.344	13.991	36.802

(*) S.I.I.S. Ministerio de Asuntos Sociales (I.N.S.S.)

absolutos y de la que recogemos únicamente los Retrasados Mentales, objeto de nuestro estudio, incluidos los que presentan Parálisis Cerebral, Deficiencias Mixtas, y otras Deficiencias Psíquicas asociadas, excluyendo la Enfermedad Mental.

El total obtenido en España es de 245.933 sujetos.

Se observan mayor frecuencia de retrasados mentales en los varones con respecto a las Hembras.

CUADRO 2

Clasificación según el I.N.S.E.R.S.O.

Grado de deficiencia mental	C.I.
Limite	70-85
Ligero	51-69
Medio	36-50
Severo y profundo	0-35

Clasificación según la organización mundial de la salud

Grado de deficiencia mental	C.I.
Ligero	50-70
Moderado o medio	35-50
Severo o grave	20-35
Profundo	Inferior a 20

Clasificación según el Ministerio de Educación y Ciencia

Grado de deficiencia mental	C.I.
Límites	70-80
Ligeros	50-70
Moderados	36-50
Profundo	Menos de 36

En todo el trabajo nos hemos guiado por la clasificación seguida por el I.N.S.E.R.S.O. En Andalucía «Instituto Andaluz de Servicios Sociales», (I.A.S.S.) para el diagnóstico del grado de minusvalía, fuente de la que hemos obtenido los datos. En el (Cuadro 2) se exponen algunas de las clasificaciones existentes en diversos organismos, (ENSERSO, O.M.S. y Educación y Ciencia), a fin de establecer el correlato correspondiente.

El total de la población española presenta según este estudio, un Retraso Mental del 0,7%, que expresado en valor absoluto, para los habitantes de nuestra provincia, arroja un número de 7092 individuos con deficiencia mental.

Los gráficos que a continuación vamos a presentar se deben, como ya se ha indicado, al trabajo realizado por el Dr. Ramos Clemente. Para realizar el mismo, tuvo en cuenta las consideraciones siguientes:

Si se quiere realizar el estudio con un nivel de significación del 0,05, es decir, con un 95% de confianza y un error máximo del 0,5%, tendría que haber estudiado a 250 individuos con deficiencia mental, lo que supondría tener que realizar un estudio a 35 750 personas tomadas al azar del total de la población de la provincia.

Debido a la dificultad que encierra esto, escogió como base para la obtención de la muestra los estudios realizados por el Centro Base de Minusválidos Físicos y Psíquicos de nuestra provincia, donde se han sometido a reconocimiento, hasta el año 1987, por el equipo de valoración y orientación a un número aproximado a las 8000 personas, de las cuales 2462 se han clasificado como deficientes mentales; de estos 2462 casos, tomó al azar una muestra de 306 sujetos, con lo cual se cumpliría la premisa del 0,7%.

CUADRO 3

Distribución del retraso mental según la edad y diagnóstico

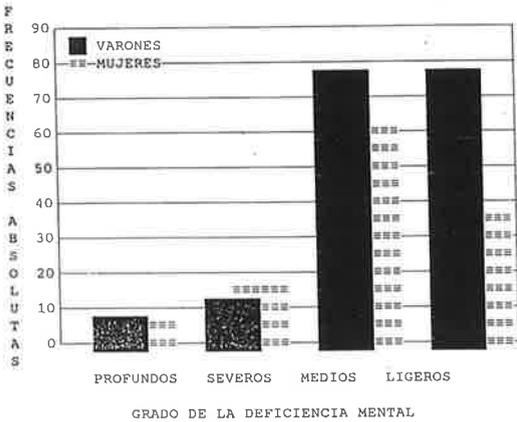
	Diagnos. Profundos	Severos	Medios	Ligeros	Total	%
0-5	3	6	12	10	31	10,1
6-18	7	10	42	40	99	32,4
>=19	8	13	87	68	176	57,5

Hay que resaltar en este cuadro (Cuadro 3) el pequeño porcentaje de sujetos que aparece en el grupo comprendido de 0 a 5 años, sólo el 10,1%, siendo por otra parte la etapa óptima para iniciar un adecuado tratamiento.

Pensamos que esto se debe posiblemente a que a estas edades muchos pasan desapercibidos a nivel familiar.

CUADRO 4

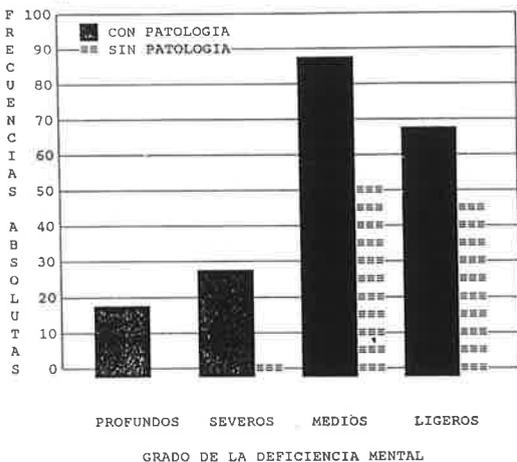
RELACION ENTRE TIPO DE AFECTACION Y SEXO



Como se observa en el (Cuadro 4) se confirma los datos obtenidos a nivel nacional; hay mayor porcentaje de deficientes mentales en los varones que en las hembras. No existe diferencia en el porcentaje con respecto al sexo en la población de deficientes mentales profundos. En los deficientes mentales severos, existe una mayor proporción de hembras; en cambio, en los medios y principalmente en los ligeros aumentan en los varones.

CUADRO 5

AFECTACION DEL APARATO LOCOMOTOR

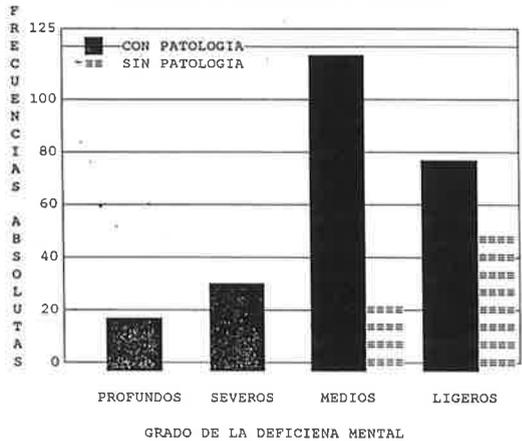


En el (Cuadro 5) se presenta la relación existente entre la afectación del aparato locomotor y el grado de la deficiencia.

Como se puede observar, todos los diagnosticados como profundos, tienen patologías asociadas en el aparato locomotor; en severos ocurre prácticamente lo mismo. Sólo en los medios y ligeros existe menor afectación del aparato locomotor.

CUADRO 6

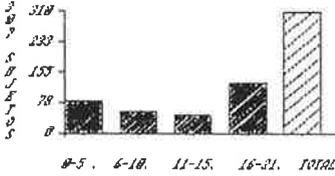
AFECTACION DE LA AUDICION Y LENGUAJE



En la relación de la afectación de la audición y lenguaje con el grado de deficiencia, (Cuadro 6) cuando hablamos del trastorno del lenguaje tenemos que tener presente la enorme frecuencia de este problema en sus tres grandes grupo patológicos (Disfonias, Disfemias y Dislalias), circunstancia que fué estudiada por el Dr. Miguel de Linares en el Primer Congreso Nacional de Logopedia y Foniatría de la Sociedad Española del mismo nombre, celebrada en Badajoz hace más de 20 años, (en la Ponencia «Oligofrenia y Lenguaje»), publicada en la revista hispano-luso-americana de Otorrinolaringología, coincidiendo los datos obtenidos con los del trabajo, en los que se observa que existe una alta incidencia de las linguopatías en las deficiencias medias.

GRAFICA 1

EDAD CRONOLÓGICA



NUMEROS ABSOLUTOS = 81 - 52 - 45 - 127 - 307

DISTRIBUCION POR SEXOS

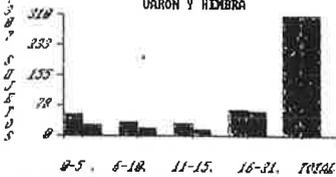


VARON = 185

HEMERA = 122

EDAD CRONOLÓGICA

VARON Y HEMERA



VARON = 54 35 29 66

HEMERA = 29 17 16 61

A partir de ahora los gráficos que presentamos corresponden a los datos obtenidos en nuestra investigación, que constituye la materia del apartado segundo en que hemos dividido la exposición.

Se observa, como venimos repitiendo, mayor frecuencia de varones con deficiencia mental con respecto a las hembras. (Grafica 1).

Se produce un aumento de incidencia, en ambos sexos, en el grupo comprendido entre 16 y 21 años. Pensamos que esto es debido a la necesidad de ser diagnosticado por este servicio para poder recibir la Ayuda de la L.I.S.M.I.

CUADRO 7

Distribución según grado de deficiencia

Límite (70-85)	Ligera (51-69)	Media (36-50)	Severa (00-35)	Total
22	110	108	67	307

Distribución grado deficiencias por sexos

Sexos	Límites	Ligeras	Medias	Severas	Total
Varones	15	68	67	35	185
Hembras	7	42	41	32	122
Totales	22	110	108	67	307

Distribución grado de deficiencia y etiologías

Deficiencias	Genet.	Croptog.	Intraut.	Perinat.	NS/NC
Límites (22)	2	5	3	11	1
Ligeras (110)	18	29	11	47	5
Medias (108)	49	26	8	20	5
Severas (67)	21	13	11	20	2
Totales (307)	90	73	33	98	13

En el Cuadro 7 se hace un estudio descriptivo entre grado de deficiencia y la etiología. En la parte inferior aparecen unos datos por sectores en que se representa la intensidad de la deficiencia y la etiología que lo produce.

Nos llama la atención el contraste entre los datos obtenidos por otros estudios, de que a mayor edad de la madre mayor probabilidad de nacimiento de niños retrasados con los obtenidos en el nuestro, en el que nos hemos encontrado que aumenta la frecuencia en madres de 26 a 30 años, incluso en los de etiología genética.

CUADRO 8
Distribución según edad de los padres

Padre:										
< 21	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60	NS/NC
3	43	73	59	52	29	11	4	1	0	32

Madre:

< 21	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60	NS/NC
30	68	74	57	34	22	3	0	0	1	18

Mayor índice edad/padres y etiología

Edad	Genet.	Criptog.	Intraut.	Perinat.	NS/NC
26-30 (73)	16	23	7	23	4
31-35 (59)	17	12	10	19	1
36-40 (52)	18	8	4	19	3
41-45 (29)	15	3	4	7	0

Mayor índice edad/madre y etiología

Edad	Genet.	Criptog.	Intraut.	Perinat.	NS/NC
21-25 (68)	9	24	8	25	2
26-30 (74)	21	22	11	17	3
31-35 (57)	21	8	7	20	1
36-40 (34)	13	2	7	11	1

Relación fraterna/Etiología (primer hijo)

Hijos	Genet.	Criptog.	Intraut.	Perinat.	NS/NC
1 (35)*	10	5	5	15	
2 (22)	5	6	3	5	3
3 (11)	2	4	1	4	
4 (6)	2			3	1
5 (4)		2		1	1
6 (2)				2	

(*) Promedio de edad materna = 24 años

Se observa que a partir del nacimiento del niño afectado se produce una disminución en el número de hijos.

CUADRO 9
Datos socio-culturales

Cultural

	Nivel bajo	nivel medio	nivel alto	NS/NC	Total
Padres	197	67	11	32	307
Madres	203	70	10	24	307

Promedio de hijos por familia

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	NS/NC
Padres	4	2	3	2
Madres	3	2	3	2

Económico

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	NS/NC
Casos (307)	160	88	12	46
Promedio/hijos	4	3	3	3

Paro laboral

	Activos	En paro	NS/NC
Padres	158	30	164
Madres	250 (*)	10	
Prom./hijos	3	2,6	

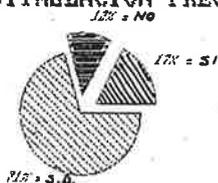
(*) Amas de casa = 192

Aparece mayor número de niños retrasados, en familias de bajo nivel socio-cultural (Cuadro 9); entendemos que en ello influye múltiples factores, que sería prolijo enumerar, pero pensamos que uno de ellos sea la búsqueda de ayudas económicas, de ahí su necesidad de ser diagnosticado por este servicio como antes mencionamos.

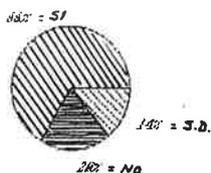
De 81 casos de niños menores de 5 años, reciben Estimulación Precoz 47, no la reciben 9 y no se recogen en las historias estudiadas en 25 casos (Grafico 2). Del Grupo de 6 a 10 años, con un total de 52, 6 han recibido Est. Precoz, 10 no la han recibido y 36 no la contemplan en su historial. En cuanto a la escolarización, observamos que: los Retrasados Límites se encuentran en la enseñanza ordinaria la mayor proporción, y 5 en Integración. Hay que señalar la necesidad de la Educación Especial para que la población de medios y severos puedan recibir unos aprendizajes adecuados, ya que una cifra muy baja se encuentran integrados según los estudios estadísticos recogidos.

GRAFICA 2

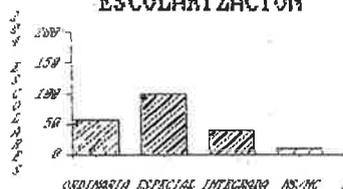
ESTIMULACION PRECOZ



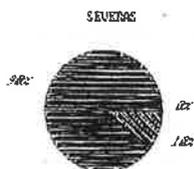
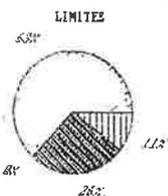
ESCOLARIZACION



ESCOLARIZACION



DEFIC. - ESCOLARIZACION



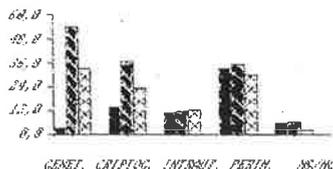
TRAST. CONDUCTA



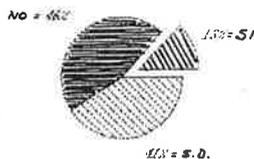
GRAFICA 3
CRISIS CONVULSIVAS



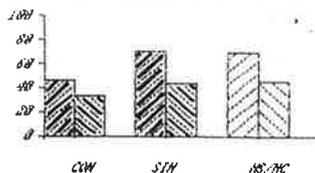
ETIOLOG. CONVULSION



E.E.G.



TRAT. FARMACOLOGICO



En cuanto a las alteraciones bioeléctricas (Grafica 3) se recogen un porcentaje muy bajo, sólo 26% del total, dado de que el estudio realizado en una tercera parte del mismo no aparecían datos al respecto.

CONCLUSIONES

1 — En cuanto al sexo, hemos observado que existe una mayor incidencia en los varones 60% (185) y hembras 40% (114). En estudios epidemiológicos realizados hace años por mí, se observaba curiosamente que hacia los doce años existía un aumento porcentual del número de niñas, y creemos que la base de esta circunstancia es sociológica, pues el retraso del varón, al que se considera como eje familiar, produce una

mayor angustia y por tanto incentiva más a acudir a los diversos servicios específicos, avala igualmente esta consideración el hecho de que en la población de deficiente profundos están igualados los sexos.

2 — Por lo que se refiere a la edad de los padres, debemos señalar que los resultados obtenidos, en contra de lo que mayoritariamente se cree, aumenta la incidencia en las madres de 26 a 30 años, no sólo en la etiología perinatal y postnatal, sino incluso en las cromosomopatías; y en cuanto a los padres ocurre exactamente igual como se observa en los cuadros.

3 — Estudiando la etiología, el factor de mayor incidencia es el perinatal (parto distócico con anoxia connatal) que nos recuerda la concordancia con lo que en su día expuso el Dr. Jerónimo Moragas Gallisá. Le sigue en orden de frecuencia las cromosomopatías.

4 — La distribución geográfica en nuestra provincia, con datos referidos a 1988, su porcentaje es prácticamente igual en todas las municipalidades, aumentando algo en las que están más próximas a la capital, quizás por la facilidad de comunicación con el servicio del I.A.S.S.

5 — Nivel social, cultural y económico; sin duda aumenta el porcentaje en tanto cuanto descendemos en el estatus social y cultural, que llega en el caso del padre y de la madre a casi el 70% de la población estudiada.

6 — Hemos de resaltar que del total del grupo, de cinco años o menos (81 casos), sólo 47 reciben o han recibido estimulación precoz, y del grupo de 6 a 10 años (52 casos) sólo 6 figuran que la recibieron. Lo cual nos resalta la necesidad de potenciar la estimulación precoz, como medida preventiva universalmente aceptada. No olvidemos que puede existir un sesgo en la fuente de información.

7 — Del total estudiado, 307 casos presentan crisis convulsivas, 64 casos (20,8%), recogidos en su historial, pero no se recogen sus estudios electroencefalográficos, que sí se recogieran en la totalidad de los casos, existirían alteraciones en un porcentaje muy superior. Del total de la muestra sólo tienen realizadas exploración bioeléctrica 40 casos. Por lo que creemos que debe

realizarse esta exploración de modo generalizado, lo que permitiría aplicar el tratamiento farmacológico adecuado que evitaría alteraciones comportamentales concomitantes.

8 — Reciben tratamiento farmacológico 80 casos (26%) que prácticamente corresponden al porcentaje de los sufren alteraciones convulsivas (20,8%) y el resto de la diferencia de la terapia se dan en los que sufren trastornos conductuales, por lo que deducimos existe un vacío terapéutico en determinadas alteraciones.

Bibliografía

- BRIAN COOPER Y MORGAN, H.G.: *Epidemiología Psiquiátrica*, Dirección Gral. de Sanidad. 1973.
- BRYSON SUSAN, E. COLS.: *First Reborn of a Canadian Epidemiological Study of Autistic Syndromes*. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 29, 1988.
- BRYSON, SUSAN E. COLS.: *Obstetrical Suboptimality in Autistic Children*, J.A.M. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1988.
- CAROLYN, JOYCE. COLS.: *The Prevalence of Mental Handicap in New Zealand*. New Zealand Medical Journal, 1988.
- FERNANDEZ MORENO, A. GOMEZ-FERRER GORIZ, C.: *Problemática de los R. Mentales y su Asistencia en la Provincia de Murcia*, Actas XVI Reunión S.E.N.I.J. (Vitoria), 1970.
- GOMEZ-FERRER GORRIZ, C.: *Epidemiológicos, Clínicos y Sociales del R. Mental en la Región de Murcia*. Boletín de Salud de la R. Murciana. 1982.
- I.N.E.: *Las Personas con Minusvalías en España, Aspectos Cuantitativos*, Ministerio de Asuntos Sociales. 1988.
- LINARES PEZZY, M.: *Oligofrenia Y Lenguaje, Epidemiología*, Revista Hispanoamericana de Otorrinolaringología, 1967.
- LINARES PEZZY, M. *Patolingüística Oligofrenica*, Actas XIII Reunión del S.E.N.I.J. (Torremolinos), 1967.
- LINARES PEZZY, M. *Organización Funcional de los Centros Específicos, Estudio Epidemiológico*. P.A.N.A.P., 1970.
- RAMOS CLEMENTE, J.I.: *Estudio Descriptivo de Deficiencia Mental y Patologías Asociadas*, I.A.S.S. (Malaga), 1987.
- SANZ JIMENEZ, J. *Investig. de la Subnormalidad a partir de los Dat. Estadísticos de los II. Psiq.* P.A.N.A.P., 1971.
- SMITH, ISABEL M. COLS. *Mónozigoty Twins Concordant for Autism and Hypelezia*, Developmental Medicine and Child Neurology, 1988.
- TAO KUO-TAI: *Mentally Retarded Persons in the People's Republic of China*, Review of Epidemiological Studies and Services, American Journal on Mental, 1988.
- WALLNER, TEUT.: *The Number of Mentally Retarded are Sult of Step Taken by Society?* The National Board of Health and Welfare, Services for the Handicapped, 1987.