José Manuel García Fernández
Juan Pérez Cobacho
Pedro Pablo Berruezo Adelantado

Discapacidad Intelectual

desarrollo, comunicación e intervención

"de la teoría a la práctica"

CEPE S.L.

editorialcepe.es

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 13

I
DEFINICIONES, MODELOS EXPLICATIVOS Y COMORBILIDAD
José Manuel G.ª Fernández, Juan P. Cobacho, Pedro P. Berruezo y Carmela G. Gosálbez

1. Introducción 17
2. Evolución histórica del concepto 18
3. Definiciones de retraso mental 21
4. Etiología 28
5. Prevención 31
6. Incidencia y prevalencia 32
7. Modelos explicativos 33
8. Curso del retraso mental 38
9. Diagnóstico y comorbilidad en retraso mental 38
10. Bibliografía 44
11. Preguntas de revisión 49

II
ASPECTOS EVOLUTIVOS DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Juan Pérez Cobacho y Violante Tomás Olivares

1. Introducción 53
2. Aspectos del desarrollo 54
3. Desarrollo cognitivo 55
4. Características del niño con discapacidad intelectual 63
5. Bibliografía 66
6. Preguntas de revisión 67

editorialcepe.es

III

LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES:
UN MODELO PARA PALIAR LOS DESFASES DEL DESARROLLO COGNITIVO

M.ª Dolores Prieto Sánchez, Carmen Ferrándiz, Olivia López Martínez y Pilar Ballester

1. Introducción 71
2. Teoría de las inteligencias múltiples 72
3. Cómo detectar los puntos fuertes de los niños con deficiencia mental 75
4. Las inteligencias múltiples como estrategia de desarrollo cognitivo 82
5. Conclusiones 84
6. Bibliografía 85
7. Preguntas de revisión 87

IV

EVALUACIÓN DEL LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

M.ª José Quiles Sebastián, José Manuel García Fernández y F. Xavier Méndez Carrillo

1. Introducción: Consideraciones acerca de la evaluación en sujetos con discapacidad intelectual 91
2. Evaluación de la inteligencia, aptitudes y desarrollo 92
3. Evaluación dinámica 106
4. Evaluación de las habilidades adaptativas 116
5. Lecturas recomendadas 127
6. Bibliografía 127
7. Preguntas de revisión 131

V

ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD

José Manuel García Fernández, G. Muriel Good Svoboda y Nicolás Condés Balboa

1. Introducción 135
2. ¿Qué es una actitud? 135
3. Utilidad e implicaciones de la actitud 137
4. ¿Cómo se forma una actitud? 137
5. La medida de las actitudes 139
6. Investigaciones acerca de las actitudes hacia la discapacidad 144
7. Modificación de las actitudes 147
8. Bibliografía 150
9. Preguntas de revisión 153

VI

ADAPTACIÓN EN FAMILIAS CON UN HIJO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

José Manuel García Fernández, Carmela Guillén Gosálbez y M.ª Ángeles Antelo Lorenzo

1. Aproximación al concepto de familia 157
2. Importancia de la familia y la escuela 157
3. Los padres ante el diagnóstico 159

editorialcepe.es

4. Los hermanos ante el diagnóstico 168
5. Las familias ante el diagnóstico 170
6. Bibliografía 179
7. Preguntas de revisión 181

VII

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

José Manuel García Fernández, Amador Blas Redondo y Antonio Miguel Pérez Sánchez

1. Introducción 185
2. Objetivos de las intervenciones operantes 185
3. Principio de reforzamiento 186
4. Procedimientos operantes para adquirir y fortalecer conductas 197
5. Procedimientos para eliminar/disminuir conductas 203
6. Bibliografía 214
7. Preguntas de revisión 215

VIII

ENSEÑANZA DE HABILIDADES DE AUTONOMÍA PERSONAL

M.ª José Quiles Sebastián, José Manuel García Fernández y José Pedro Espada Sánchez

1. Introducción 219
2. El proceso de enseñanza de habilidades de autonomía personal 220
3. Sistemas de evaluación y registro 225
4. Consejos para planificar la intervención 229
5. Ejemplos de programas de enseñanza de habilidades de autonomía personal 233
6. Lecturas recomendadas 244
7. Bibliografía 245
8. Preguntas de revisión 246

IX

HABILIDADES SOCIALES EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

M.ª Carmen Ros, José Manuel García Fernández y F. Xavier Méndez Carrillo

1. Introducción 249
2. Las habilidades sociales y la génesis de su déficit 249
3. Evaluación de las habilidades sociales 250
4. Entrenamiento en habilidades sociales 256
5. Lecturas recomendadas 268
6. Bibliografía 269
7. Preguntas de revisión 271

X

ADAPTACIONES CURRICULARES PARA ALUMNOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Antonio M. Pérez Sánchez, Alfonso Maldonado Aparicio y Pedro Pablo Berruezo Adelantado

1. Introducción 275
2. La atención a la diversidad 277

editorialcepe.es

3. La Adaptación Curricular 278
4. Las Adaptaciones Curriculares Individualizadas 283
5. Lecturas recomendadas 296
6. Bibliografía 296
7. Preguntas de revisión 298

XI

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TECNOLOGÍA: UNA RESPUESTA A LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

M.ª Dolores Gil Llario

1. Introducción 301
2. La discapacidad cognitiva 302
3. Funciones y tareas de ordenador que se ven afectadas por los déficits cognitivos 303
4. Evaluación de las habilidades implicadas en el uso del ordenador 304
5. Tecnología de ayuda 308
6. El proceso de toma de decisiones en la elección de la ayuda apropiada 320
7. Lecturas recomendadas 322
8. Bibliografía 323
9. Preguntas de revisión 324

XII

EDUCACIÓN SEXUAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Rogelio Martínez Abellán y Laura López Castaño

1. Introducción 327
2. Concepto de Educación Sexual, sus diferentes modelos y sus objetivos 328
3. La Educación Sexual en un *Curriculum* abierto y atento a la diversidad 330
4. Organización de la Educación Sexual 333
5. Orientaciones metodológicas generales en Educación Sexual 335
6. El principio de normalización y la Educación socio-afectiva-sexual de las personas con discapacidad intelectual 336
7. Estrategias para una adecuada Educación socio-afectiva-sexual en las personas con discapacidad intelectual 339
8. Bibliografía 345
9. Preguntas de revisión 346

XIII

ALUMNOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASOCIADA A SÍNDROME DE DOWN: CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO Y PRINCIPIOS NEUROPSICOPEDAGÓGICOS DE LA RESPUESTA EDUCATIVA

Pilar Arnaiz Sánchez y Rogelio Martínez Abellán

1. Introducción 349
2. Aspectos generales del desarrollo en las personas con Síndrome de Down 349
3. Síndrome de Down y necesidades educativas especiales: principios neuropsicopedagógicos que incluyen las características de la respuesta educativa 359

editorialepe.es

4. Lecturas recomendadas 365
5. Bibliografía 365
6. Preguntas de revisión 369

XIV
AUTISMO
Juan Martos

1. Introducción 373
2. ¿Qué es el autismo? 374
3. ¿Cuáles son las definiciones actuales de autismo? 376
4. ¿Cómo y cuándo aparece el autismo? 378
5. ¿Qué es y qué significa el concepto de espectro autista? 381
6. ¿Cuáles son las explicaciones psicológicas más relevantes? 383
7. ¿Cuál es el proceso de evaluación y diagnóstico y con que instrumentos contamos? 391
8. Lecturas recomendadas 394
9. Bibliografía 394
10. Preguntas de revisión 398

XV
B. SCHAEFFER:
UN CAMINO PARA LA COMUNICACIÓN, UNA ALTERNATIVA AL HABLA
M.ª Luisa Álvarez-Castellanos Niñerola, Francisca Lacárcel Barceló y Miguel Ángel Escolar Solano

1. Lenguaje y comunicación 401
2. La comunicación en el niño/a con trastorno generalizado del desarrollo 403
3. Los sistemas alternativos de comunicación 405
4. Programa de comunicación total de Benson Shaeffer (habla signada) 408
5. Ventajas del programa de comunicación total, habla signada de Benson Schaeffer 419
6. Programa de lectura perceptivo-visual 421
7. Bibliografía 424
8. Preguntas de revisión 426

XVI
FORMACIÓN Y EMPLEO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Amparo Sánchez Ortega, Pedro Pablo Berruezo Adelantado y Antonio Miguel Pérez Sánchez

1. El empleo como factor de calidad de vida 429
2. Posibilidades formativas para las personas con discapacidad intelectual 432
3. Modalidades de empleo para personas con discapacidad intelectual 435
4. Los centros ocupacionales 440
5. La orientación al empleo 442
6. El desempleo y la incapacidad laboral 445
7. Bibliografía 446
8. Preguntas de revisión 447

editorialcepe.es

XVII
LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA DE ALUMNOS CON DISCAPACIDAD EN EL CONTEXTO OCCIDENTAL
Juan Pérez Cobacho

1. Introducción 451
2. Avatares en la educación del niño con discapacidad 451
3. El niño con deficiencia también es educable 453
4. Una nueva forma de abordar las diferencias: las necesidades educativas especiales 454
5. En qué consiste la integración 455
6. La integración en el contexto occidental 455
7. Conclusión final 464
8. Lecturas recomendadas 465
9. Preguntas de revisión 467

XVIII
RECURSOS DOCUMENTALES Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Antonio Miguel Pérez Sánchez, Inmaculada Panera García e Higinio Mora Rodríguez

1. Introducción 471
2. Revistas 471
3. Asociaciones 480
4. Bibliografía 493

editorialcepe.es

PRESENTACIÓN

editorialcepe.es

En la búsqueda del "*más allá*" en la Educación Especial, se ha pasado de la integración del niño con discapacidad en el medio escolar, a un concepto más amplio que incluya a todos los alumnos con necesidades educativas especiales. La dispersión en el intento, loable pero diluido, de atender a todos y cada uno de forma diferenciada, está llevando a una atención "igualitaria" a cada persona con discapacidad. La bibliografía que está apareciendo y la formación impartida es cada vez más general y el tratamiento de cada discapacidad es menos concreto e incluso repetitivo, al distribuirse los créditos de algunas asignaturas entre diferentes departamentos. Por ello consideramos necesaria esta publicación que atiende sólo y exclusivamente a la discapacidad intelectual y desde las diferentes coordenadas que puedan ser tratadas en diversos departamentos universitarios que forman a los futuros profesionales en educación.

Las personas con discapacidad intelectual se enfrentan continuamente en nuestra sociedad con una serie de problemas que dificultan tanto su desarrollo intelectual como su autonomía, comunicación e integración social y laboral. Lograr un mayor conocimiento de sus limitaciones así como de su potencial educativo, supone prepararnos y prepararlos para alcanzar el objetivo de crear un mundo integrador donde sea posible la convivencia asumiendo la diversidad.

El desarrollo de la persona con discapacidad intelectual es un proceso en el que participan, de forma activa, la familia, los profesores, diferentes especialistas, el contexto social y el propio sujeto. Es este último, quien recibe y debe integrar, todas las intervenciones, reconstruyendo sus esquemas de pensamiento y acción. De ahí la importancia del conocimiento, por parte de todos, de las características generales de las diferentes patologías y dificultades, sus posibilidades de desarrollo y la mejor forma de intervenir en su proceso constructivo.

El presente libro tiene como objetivo realizar una aproximación al mundo de la discapacidad intelectual, estudiando tanto las características de los alumnos como sus posibilidades educativas y los procedimientos más actuales de intervención. Se pretende, a través de un lenguaje sencillo pero a la vez riguroso, aportar pautas para su conocimiento y proponer estrategias de intervención que son de utilidad para profesores, padres y profesionales externos de asesoramiento.

Todos los autores son especialistas, con amplia experiencia en el campo de la educación especial, que aportan sus conocimientos desde los diferentes puntos de vista y áreas de intervención. Profesores de diferentes departamentos y distintas universidades, inspectores de educación, maestros de pedagogía terapéutica, psicólogos y pedagogos pertenecientes a equipos de orientación educativa, dan al presente libro la perspectiva multidisciplinar necesaria para lograr el objetivo propuesto, que no es otro que el de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

La organización de los capítulos sigue una estructura lógica. Así, los tres primeros temas ofrecen una aproximación conceptual a este tipo de discapacidad y las pautas evolutivas que siguen las personas que la padecen. A continuación dedicamos un capítulo a la evaluación psicopedagógica y habilidades adaptativas, otro a las actitudes hacia la discapacidad, que sirven de base para los distintos tipos de intervención, y otro a la adaptación en el marco de la familia.

Los capítulos séptimo a duodécimo, tratan sobre el tipo de respuesta educativa a las necesidades especiales que presentan los alumnos con discapacidad intelectual, abarcando desde las técnicas operantes de modificación de conducta, diseño de programas y enseñanza de habilidades sociales, hasta la educación socio-afectiva y sexual.

En los capítulos decimotercero y decimocuarto, se analizan el síndrome de Down y el autismo, y en el decimoquinto se aborda el conocimiento y utilización de sistemas alternativos de comunicación, como el habla signada de Shaeffer, adecuado para personas con graves alteraciones.

Finalmente se incluye un capítulo sobre formación y empleo, otro sobre estado y situación de la integración de discapacitados en occidente y un último capítulo dedicado al análisis de fuentes de información y documentación, tanto a nivel nacional como internacional.

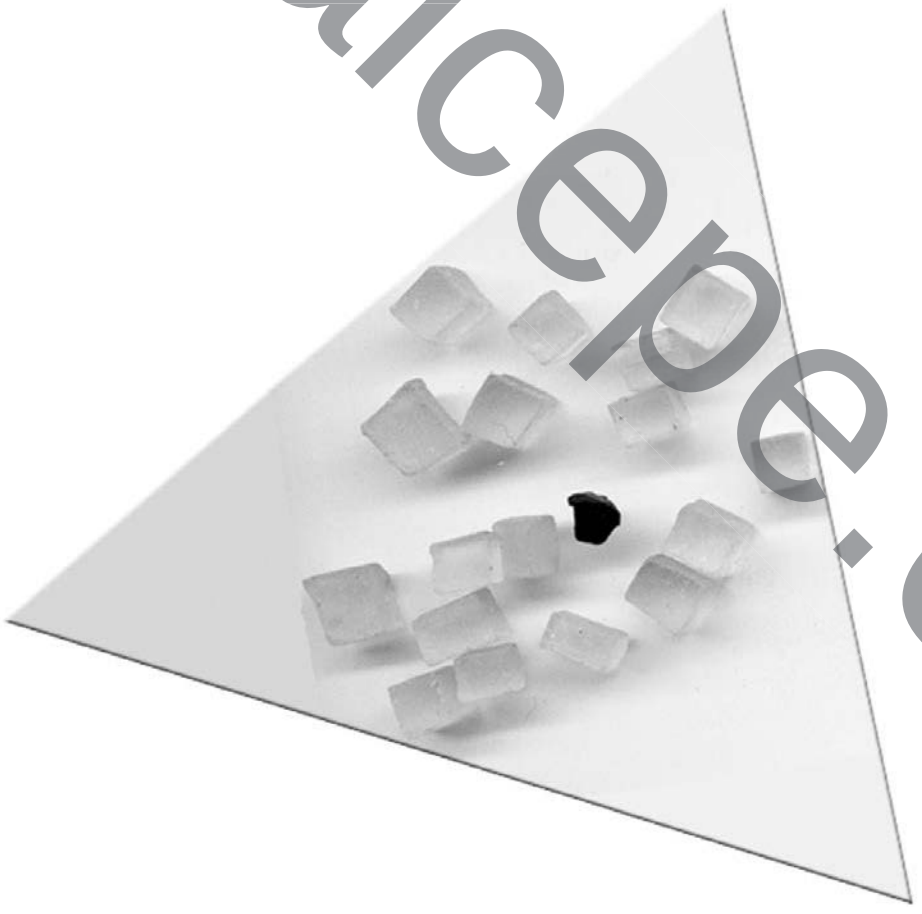
Para terminar, queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los autores que han participado en la elaboración de la presente obra, cada uno desde su perspectiva y profesionalidad, por su dedicación y esfuerzo, contribuyendo de esta forma a hacer del presente libro un manual de trabajo y consulta.

José Manuel García Fernández
Juan Pérez Cobacho
Pedro Pablo Berruezo Adelantado

editorialcepe.es

CAPÍTULO I
DEFINICIONES, MODELOS EXPLICATIVOS Y COMORBILIDAD

JOSÉ MANUEL G.ª FERNÁNDEZ, JUAN P. COBACHO, PEDRO P. BERRUEZO Y CARMELA G. GOSÁLBEZ



editorialcepe.es

1. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo pretende ofrecer, desde el punto de vista teórico, una panorámica coherente sobre la discapacidad intelectual. Para ello, y dada su amplitud, abordamos brevemente aspectos como la evolución del concepto de retraso mental, su etiología, la incidencia y las teorías explicativas.

En los últimos años, el estudio del retraso mental ha recibido un fuerte impulso gracias a numerosas personas, profesionales y no profesionales, que han conjuntado sus esfuerzos por un objetivo común orientado no sólo a la creación de servicios especiales que presten una atención individualizada a las personas con discapacidad intelectual, sino también a la elaboración de un cuerpo de conocimientos.

El estudio del retraso mental se ha llevado a cabo desde un enfoque interdisciplinar. Así, profesionales pertenecientes a diversos ámbitos (psicólogos, pedagogos, maestros, médicos, psiquiatras o fisioterapeutas), aúnan esfuerzos en trabajos de investigación referidos a la población afectada y realizan tareas de evaluación e intervención habilitadora y rehabilitadora de este colectivo.

La búsqueda de mejora en las condiciones de vida de las personas con discapacidad intelectual y más concretamente los trabajos realizados dentro del ámbito de la salud y de los servicios sociales, han dado lugar a un interés generalizado por elaborar sistemas clasificatorios que cuenten con el respaldo de la mayoría de las personas pertenecientes a distintos ámbitos profesionales.

En la actualidad, el sistema de clasificación más aceptado es el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) (World Health Organization, 1980/1994). Esta clasificación define tres términos que considera los más importantes dentro de la experiencia de la salud:

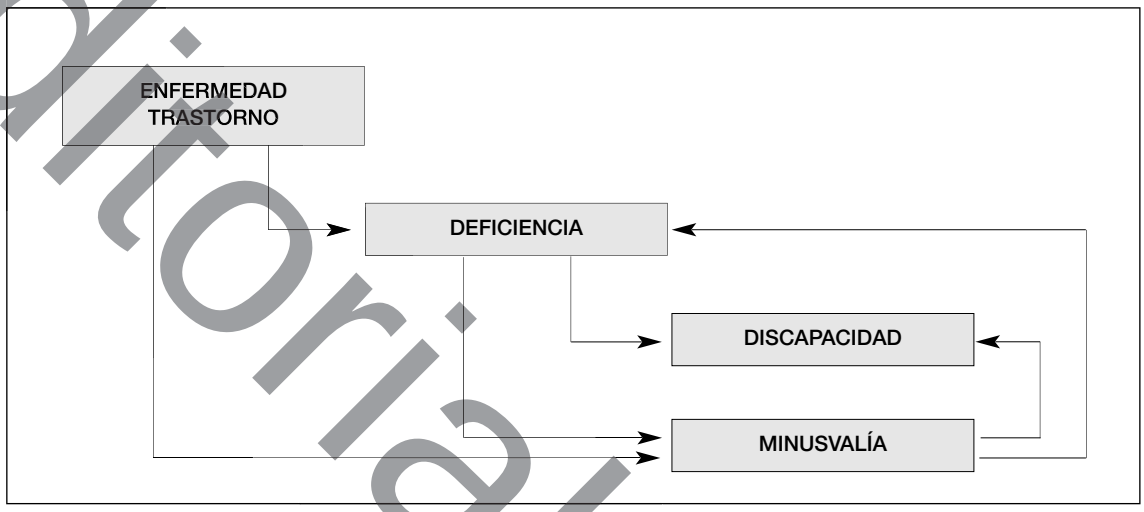
- *Deficiencia:* "Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica" (OMS, 1994, 54).
- *Discapacidad:* "Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano" (OMS, 1994, 56).
- *Minusvalía:* "Es la situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)" (OMS, 1994, 57).

editorialcepe.es

Entre los trastornos, basados en estos conceptos, se puede establecer una interrelación de dependencia que reflejamos en el cuadro 1.

CUADRO 1

Relación entre enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía



Una *enfermedad* se origina por un conjunto de factores generadores. Cuando la enfermedad da lugar a alguna anormalidad física o produce perturbación en el funcionamiento de algún órgano, hablamos de *deficiencia*. Si el sujeto ve afectado su comportamiento por la deficiencia, se trata entonces de una *discapacidad*. Tanto la deficiencia como los cambios en el comportamiento de la persona, originan en el sujeto una situación de *desventaja social* que se denomina *minusvalía*.

Entre estos conceptos existe una relación multidireccional de influencia. Por ejemplo, puede existir una minusvalía derivada de una deficiencia sin que medie entre ambas una discapacidad, puede darse una discapacidad sin que de ella se derive necesariamente una minusvalía e incluso una minusvalía puede generar deficiencia y discapacidad (ver cuadro 1).

2. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DEFICIENCIA MENTAL

La deficiencia mental ha estado siempre presente en la humanidad aunque con pequeñas variaciones en su significado en función de la teoría imperante: psicométrica, biológica, cognitiva...

Desde las concepciones demonológicas, orgánicas o biológicas iniciales, se ha ido pasando a concepciones fundamentalmente psicométricas como las que surgieron a principio de siglo en las que se establecían criterios para clasificar a las personas como retrasados mentales. Posteriormente, se ha ido avanzando lentamente hacia una concepción multidimensional como consecuencia, entre otras cosas, del trabajo realizado por la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR).

editorialcepe.es

El desarrollo de las concepciones sobre las personas tiene su paralelismo con el desarrollo de los términos utilizados para su denominación, ya que la terminología utilizada es el reflejo del cambio en el concepto, los modos de enfocar y las actitudes y comprensión del problema.

El campo de la discapacidad se ha caracterizado por la mudanza terminológica en los nombres, etiquetas y denominaciones referidas tanto a las personas como al proceso de atención a éstas. Entre los términos utilizados podemos destacar:

1. *Referidos a personas con limitaciones psíquicas:* Idiotas, imbéciles, morones, oligofrénicos, subnormales, débiles mentales, dificultades de aprendizaje permanentes o necesidades especiales.
2. *Referidos a las personas con limitaciones físicas y/o sensoriales:* Lisiados, tullidos, impedidos, inútiles, inválidos, desvalidos, mutilados, minusválidos, deficientes, discapacitados o incapacitados.
3. *Referidos al proceso de atención:* Beneficencia, asistencia, prevención, reeducación, readaptación, rehabilitación, habilitación, tratamiento, educación o recuperación profesional.

Muchos de los términos citados, a pesar de ser representativos de concepciones médicas, psicológicas, educativas o sociales, consideradas inadecuadas para los tiempos actuales, siguen utilizándose por un número considerable de profesionales e incluso han pasado al vocabulario ordinario.

En la definición de retraso mental a lo largo de la historia, se han dado tres tendencias principales:

1. Centradas en el *aspecto social:* Se consideraba retrasado mental a aquel sujeto que presentaba una incompetencia para satisfacer las demandas de la vida (Wodrich,1986).
2. Centradas en las *habilidades cognitivas o mentales:* Se consideraba retrasado mental a aquel sujeto con falta de una habilidad cognitiva general.
3. Centrada en el *aspecto orgánico o biológico:* Se consideraba retrasado mental a aquel sujeto que padecía una patología orgánica.

En los legados de la literatura griega, ya podemos apreciar descripciones de personas que, según nuestros cánones actuales, se asemejan a los retrasados mentales. En la Europa de la Edad Media, los retrasados mentales eran despreciados hasta el punto de casi no ser considerados como personas, sino más bien como caprichos de la naturaleza. En algunas ocasiones eran vistos como bufones y en otras como seres demoníacos, es decir, unas veces inspiraban burla y vergüenza, y otras miedo.

La tasa de retraso mental en ésta época debía ser menor que la que existe en la actualidad ya que por una parte muchos pasaban desapercibidos y por otra el alto índice de mortalidad infantil era el responsable de la mayoría de muertes en los sujetos con posible retraso mental, principalmente debido a problemas en el parto, abandono de los recién nacidos o desarrollo de enfermedades infantiles.

Hasta el siglo XIX, el retraso mental se incluía dentro de un gran grupo formado por otras alteraciones como sordos, epilépticos, enfermos mentales o criminales y se consideraba una variante de la demencia. A mediados del siglo XIX, Esquirol diferenció entre la enfermedad mental

editorialcepe.es

(demencia) y el retraso mental (idiocia), siendo a finales de este siglo cuando Bourneville crea un centro destinado exclusivamente para ellos (Pérez y Prieto, 1999).

En este mismo siglo surgen los primeros intentos para tratar a estas personas desde un punto de vista educativo y terapéutico, ya que hasta ahora habían permanecido encerradas en cárceles, manicomios y orfanatos en condiciones infrahumanas. Autores como Vicente de Paúl, Pinel, Pestalozzi o Fröebel, serán los primeros en dedicarse a proporcionar mayor atención y tratamientos adecuados a estos grupos marginados.

Jean Itard intentó educar a Víctor (el niño salvaje de Aveyron), demostrando que es posible enseñar determinadas habilidades sociales a un niño que se ha criado en un ambiente salvaje, proporcionándole un entrenamiento sistemático y adaptado a sus necesidades que supla las experiencias sensoriales que se dan en un entorno normal socializado. Edouard Seguin fue su discípulo y a través de su *método fisiológico* dejó patente que era posible entrenar a los sujetos considerados como retrasados mentales.

A partir del siglo XIX se diferencia el retraso mental del resto de alteraciones. Durante los últimos años del siglo XIX y principios del siglo XX, se prestó mayor atención a las teorías darwinianas defensoras de la eugenesia (selección natural de aquellas especies más preparadas para sobrevivir en un determinado hábitat) y se produjo un desarrollo importante de las investigaciones centradas en la naturaleza y causas de la deficiencia mental.

En el siglo XX la atención hacia el retraso mental ha sido estudiada desde diferentes criterios, siendo los más importantes el psicométrico, el evolutivo, el psicodinámico, el cognitivo y el comportamental (Fierro, 1984). A principios de este siglo y gracias a la primera escala de Binet-Simon, se dispone de un primer instrumento objetivo para diagnosticar el retraso mental. Posteriormente, la revisión de Terman de la escala de inteligencia Stanford-Binet (1916), fue adoptada como un método estandarizado, objetivo y con referencia a normas para la identificación de sujetos con retraso (Warren, 1987).

Durante la primera mitad del siglo XX la actitud general de la población hacia los retrasados mentales seguía siendo negativa. Dos personas destacaron por sus aportaciones en este campo, la italiana María Montessori (1870-1952) y el belga Ovide Decroly (1871-1932). La primera desarrolló programas educativos, centrados en la libertad, actividad e individualidad del alumno, difundidos por toda Europa y Decroly fomentó una educación globalizadora (concentración de las materias en centros de interés para el alumno), que tuvo gran eco en el tratamiento de la educación especial. Ambos métodos supusieron un revulsivo en el mundo educativo pero están superados.

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjeron tres acontecimientos con importantes repercusiones en el campo del tratamiento, atención, investigación y cambio de actitud respecto a las personas con deficiencia o retraso mental:

1. La definición del retraso mental por parte de la American Association on Mental Deficiency (AAMD) en 1959, que será la más aceptada por medios profesionales y científicas.

2. La declaración de los derechos generales y especiales de los retrasados mentales por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

3. El desarrollo del concepto de normalización.

editorialcepe.es

3. DEFINICIONES DE RETRASO MENTAL

En este apartado recogemos algunas definiciones de retraso mental y los criterios para el diagnostico aportados por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR).

3.1. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-10

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el retraso mental se define "por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización".

Para efectuar el diagnóstico de un sujeto con retraso mental, deben tenerse en cuenta tres criterios principales:

1. Para *evaluar* la inteligencia es necesario tener en cuenta varias capacidades, ya que un sujeto puede manifestar un déficit importante en una determinada área o una capacidad mayor en otra área.
2. Para *confirmar* el diagnóstico es necesaria la existencia de un deterioro del rendimiento intelectual del sujeto, lo que disminuirá su capacidad para adaptarse a distintas situaciones de la vida cotidiana.
3. Para *asignar* a los sujetos a las distintas categorías diagnósticas se aplican de forma individual tests de inteligencia estandarizados y se procede a la clasificación de los sujetos en función del CI obtenido. Las categorías existentes son:
   - Retraso mental leve: CI 50-69.
   - Retraso mental moderado: CI 35-49.
   - Retraso mental grave: CI 20-34.
   - Retraso mental profundo: CI < 20.

3.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) el retraso mental "se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Se presentan códigos separados para retraso mental leve, moderado, grave y profundo, así como para retraso mental de gravedad no especificada". Igualmente propone tres criterios básicos y cinco categorías. Los criterios son:

1. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior, en un test administrado individualmente (en el caso de niños peque-

editorialcepe.es

ños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

2. 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), por lo menos en dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas, trabajo, ocio, salud y seguridad
3. El inicio es anterior a los 18 años.

Se establecen las siguientes categorías según el nivel de afectación intelectual:

- Retraso mental leve: CI entre 50-55 y 70 aproximadamente, constituyen alrededor del 85% de la población con retraso mental y su categoría pedagógica correspondiente es la de "educable".
- Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55, constituyen el 10% y su categoría pedagógica es "adiestrable".
- Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40, constituyen el 3-4% de los sujetos con retraso mental.
- Retraso mental profundo: CI inferior a 20 o 25 y afecta el 1-2%.
- Retraso mental de gravedad no especificada: Cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

Atendiendo a esta clasificación, las características de los sujetos que se incluyen en cada categoría son las siguientes:

■ Retraso mental leve

1. *Madurez y desarrollo:*
   - Presentan un retraso en el desarrollo, pero son educables.
   - Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
   - Manifiestan una adquisición tardía del lenguaje.
   - Presentan un retardo mínimo en las áreas sensorio-motoras.
   - Pueden pasar desapercibidos hasta edades adultas.
2. *Educación y entrenamiento:*
   - Son capaces de alcanzar los objetivos educativos mínimos correspondientes al final de la enseñanza primaria (adquisición de la lectura, la escritura y el cálculo elemental) con adaptaciones curriculares y apoyos especializados.
3. *Adaptación social y laboral:*
   - Pueden llegar a desenvolverse de manera independiente en su vida diaria y trabajar en empleos competitivos con un entrenamiento adecuado.

editorialcepe.es

- En su vida adulta adquieren habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, necesitando asistencia, supervisión y orientación en situaciones de estrés social o económico.

■ Retraso mental moderado

1. *Madurez y desarrollo:*
   - Presentan un desarrollo motor mediano.
   - Su capacidad de desarrollo social no es suficiente.
   - Manifiestan lentitud en el desarrollo de la comprensión y uso del lenguaje.
   - Pueden aprender a hablar y a comunicarse.
2. *Educación y entrenamiento:*
   - Pueden aprender a leer y escribir de forma comprensiva con ayuda de apoyos especializados y adaptaciones curriculares significativas.
   - Pueden aprender habilidades sociales y laborales con ayudas externas.
3. *Adaptación social y laboral:*
   - Son capaces de aprender a cuidar de ellos mismos, aunque requieren la supervisión de otra persona en situaciones donde surgen problemas económicos.
   - Pueden ser adiestrables en habilidades sociales y alcanzar un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás.
   - Cuando llegan a adultos son capaces de realizar trabajos prácticos sencillos si están adecuadamente estructurados y si existe la supervisión de otra persona.

■ Retraso mental grave

1. *Madurez y desarrollo:*
   - Presentan retraso en el desarrollo motor aunque su motricidad gruesa puede ser prácticamente normal.
   - Tienen una escasa o ninguna habilidad de comunicación (lenguaje mínimo).
   - Comprenden perfectamente órdenes sencillas.
   - Presentan un buen lenguaje gestual. Pueden obtener gran ayuda si utilizan para comunicarse sistemas aumentativos de comunicación.
   - Su deficiencia conlleva asociada algún problema físico.
2. *Educación y entrenamiento:*
   - Aunque reciban apoyos especializados, no aprenden a leer ni a escribir de forma comprensiva.
   - Pueden entrenarse en hábitos de higiene. Son capaces de realizar por sí mismos las tareas de cuidado e higiene personal.

editorialcepe.es

3. *Adaptación social y laboral:*

   • Dependen de otras personas en el desarrollo de sus actividades diarias, aunque no completamente.

   • En la edad adulta son capaces de realizar tareas simples bajo la estrecha supervisión de alguna persona o institución.

Retraso mental profundo

1. *Madurez y desarrollo:*

   • Presentan dificultades físicas asociadas. Suelen tener una o varias áreas con afectación grave.

   • Manifiestan una capacidad mínima en las áreas sensoriomotoras.

   • Presentan problemas de coordinación (motricidad gruesa afectada y dificultades para utilizar de forma funcional su motricidad fina).

   • Comprenden órdenes sencillas y utilizan algunas veces monosílabos para comunicarse.

   • Desarrollan una comunicación gestual pobre.

2. *Educación y entrenamiento:*

   • Responde con muchas limitaciones al entrenamiento personal.

   • Presentan un desarrollo motor mínimo.

3. *Adaptación social y laboral:*

   • Requieren constante cuidado y supervisión en sus actividades diarias de autocuidado personal. Aunque pueden desarrollar algunas tareas de higiene personal, necesitan la supervisión de otra persona.

   • No pueden valerse por sí mismos.

   • Pueden alcanzar hábitos de cuidado personal muy limitados.

3.3. Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR)

Aunque, como hemos dicho anteriormente, la definición de retraso mental que la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (*American Association on Mental Deficiency*, AAMD) dio en 1959 sentó las bases actuales para identificar la discapacidad intelectual, esta asociación ha actualizado 10 veces, desde 1908 hasta 2002 su definición de retraso mental. La propia asociación, fundada en 1876, ha cambiado su nombre de manera coherente con la evolución del concepto, pues a mediados de los años 80, pasó a llamarse Asociación Americana sobre Retraso Mental (*American Association on Mental Retardation*, AAMR) y en 2002, tras la aprobación por parte de las diferentes secciones territoriales, pasará a denominarse Asociación Americana de Discapacidad Intelectual (*American Association on Intellectual Disabilities*).

editorialcepe.es

En la actualidad, el término *retraso mental* se está cambiando progresivamente por el de *discapacidad intelectual*, aun cuando se mantiene el término de retraso mental, sobre todo para la identificación de tipo diagnóstico. Esto viene a culminar un cambio de enfoque sobre el retraso mental y sobre la discapacidad en general que se inició con la definición de 1992 y que se confirma con la de 2002:

> ***«El retraso mental es una discapacidad caracterizada por unas limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se manifiestan en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad tiene su origen antes de los 18 años» (AAMR, 2002, 1).***

Tal y como expresa esta definición, las dificultades adaptativas son el verdadero parámetro de consideración de la discapacidad intelectual, más que el mero criterio psicométrico (un bajo cociente intelectual). El retraso mental no puede entenderse como algo que uno tiene (como tener ojos azules o pelo castaño) o algo que uno es (como ser bajo o delgado), ni como una enfermedad (como la diabetes) o un trastorno mental (como la esquizofrenia), es un estado peculiar de funcionamiento que se inicia en la infancia y se caracteriza por una limitación tanto en la capacidad intelectual como en las habilidades adaptativas. El nuevo concepto de retraso mental refleja la sintonía entre las capacidades del individuo y las características y expectativas de su entorno.

Para poder aplicar esta definición correctamente hay que tener en cuenta ciertas puntualizaciones (AAMR, 2002; Verdugo, 1995):

- Las limitaciones que presenta el individuo en el funcionamiento actual tienen que ser consideradas en el contexto del ambiente social que corresponde a su edad y a su cultura.
- La valoración ha de considerar la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias a nivel comunicativo, sensorial, motor y conductual.
- En cada individuo, a menudo, las limitaciones coexisten con aspectos positivos o habilidades normalizadas.
- Un propósito importante de la descripción de las limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
- Con los apoyos personalizados apropiados durante un período conveniente, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

3.3.1. *Criterios para el diagnóstico*

Etiquetar a los sujetos y clasificarlos en distintas categorías ha tenido más consecuencias negativas que positivas a lo largo de los años, ya que sirve para devaluar su autoconcepto e impide que desarrollen una adaptación social adecuada. Según Langone (1990), algunos de los principales motivos que deben tenerse en cuenta para rechazar las etiquetas en los sujetos son los siguientes:

editorialcepe.es

- Se magnifican las áreas débiles del sujeto.
- Se produce en los profesores la "profecía autocumplida" dando lugar a pocos o nulos progresos en el sujeto.
- Se facilita la adquisición en los sujetos de un autoconcepto negativo sobre sí mismos y sus posibilidades.
- Se permite a los profesionales mantener a estos sujetos fuera de los programas educativos corrientes.

Con la nueva concepción, los sujetos con retraso mental ya no se clasifican en función de su CI porque se considera que las etiquetas solamente sirven para establecer distintos grupos y no aportan información sobre el proceso de intervención más adecuado a cada sujeto.

El objetivo principal del diagnóstico debe ser el de dar respuesta de una manera práctica y concreta a las necesidades de cada sujeto y facilitar la elaboración de planes de intervención adecuados a cada caso. El retraso mental no se considera un rasgo absoluto de la persona sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y su entorno (Luckasson, 1992).

Según la definición de la AAMR, para considerar que una persona tiene un retraso mental, es necesario que se den los tres criterios siguientes:

1. *Déficit en el funcionamiento intelectual:* Según este criterio, tras la aplicación individual de un test de inteligencia apropiado a su contexto cultural, lingüístico y social, el sujeto obtiene una puntuación de al menos dos desviaciones típicas por debajo de la media de su grupo de edad cronológica.
2. *Déficit en la conducta adaptativa:* El retraso mental implica un déficit en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. En la definición de 1992, se planteaba un enfoque más operativo al afirmar que existe un déficit en la conducta adaptativa sólo cuando el comportamiento del sujeto resulta menos eficaz que el esperado en un sujeto de su edad, sexo, nivel económico y grupo sociocultural, al menos en dos de las diez áreas de funcionamiento siguientes: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.
3. *Período de desarrollo:* Este criterio requiere que la confluencia de los dos anteriores (déficit en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa) se encuentre en el sujeto antes de los 18 años. Si el diagnóstico se produce después de esta edad, se considerará demencia, senilidad o lesión cerebral, pero no retraso mental.

3.3.2. *Sistemas de apoyo*

Gracias al enfoque multidisciplinar que refleja la definición de retraso mental que realiza la AAMR, se introduce un cambio respecto a los sistemas utilizados con anterioridad, ya que utiliza un proceso basado en tres pasos que permitirá a los profesionales definir, clasificar y determinar los sistemas de apoyo necesarios para el buen desarrollo de los sujetos con retraso mental (Luckasson, 1992). Los tres pasos del proceso son el diagnóstico, la clasificación y los sistemas de apoyo.

editorialcepe.es

— *PRIMER PASO: Diagnóstico del retraso mental.*

Este primer paso pretende diagnosticar la existencia de retraso mental en el sujeto, lo que va a permitir posteriormente seleccionar los apoyos adecuados a sus necesidades. Obviamente se tiene que evaluar tanto la capacidad intelectual como la conducta adaptativa, y no reducirse a la primera de ellas.

— *SEGUNDO PASO: Clasificación y descripción del retraso mental.*

El segundo paso de este proceso pretende determinar cuáles son las capacidades y limitaciones del sujeto con retraso mental en aspectos psicológicos, emocionales, físicos, de salud y ambientales, mediante el uso de tests estandarizados o a través de técnicas de observación.

Las principales áreas de funcionamiento que se someten a examen son:

- las aptitudes intelectuales;
- el nivel de adaptación: conceptual, práctica y social;
- la participación, las interacciones y el rol social;
- la salud: física, mental, etiología; y
- el contexto social: ambiente, cultura, oportunidades

— *TERCER PASO: Perfil e intensidad de los sistemas de apoyo necesarios.*

Este tercer paso consiste en seleccionar los apoyos precisados por el individuo en función de sus limitaciones, se trata de que los profesionales sean capaces de dar respuesta a las carencias que presenta el sujeto mediante la elección de los apoyos más adecuados a sus necesidades.

Los apoyos son recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona y que mejoran su funcionamiento individual (AAMR, 2002). El modelo propuesto para la planificación y evaluación de los apoyos se estructura en cuatro pasos:

- identificar áreas relevantes de apoyo;
- identificar, para cada área, actividades relevantes;
- evaluar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo, y
- escribir el plan individualizado de apoyos.

Normalmente se evalúan nueve áreas de apoyo potencial:

- desarrollo humano,
- enseñanza y educación,
- vida en el hogar,
- vida en la comunidad,
- empleo,

editorialcepe.es

- salud y seguridad,
- área conductual,
- área social,
- protección y defensa.

Los apoyos pueden proveerse de modo natural o a través de los servicios. De este modo, los servicios se entienden como modalidades de apoyo proporcionados por los profesionales y las instituciones. Mediante la implementación de apoyos se hace posible la mejora de la autonomía, de las relaciones, de la participación en la escuela y en la comunidad, en definitiva una mejora de la adaptación al entorno y del bienestar personal. Si mejora la conducta adaptativa, cambia la consideración de la discapacidad intelectual.

4. ETIOLOGÍA

En el estudio de sujetos con retraso mental, es necesario conocer la etiología de la deficiencia porque:

1. Puede estar relacionada con otros problemas existentes en el sujeto y que influyen en su funcionamiento psíquico.
2. Conociendo la etiología puede iniciarse el tratamiento tempranamente y evitar en algunos casos consecuencias peores a las esperadas inicialmente.
3. Para desarrollar programas de intervención y tratamiento específicos, es necesario disponer de información epidemiológica lo más específica posible.
4. Para la elaboración de programas de investigación o tratamiento se trabaja con grupos homogéneos y normalmente se clasifican en función de una etiología común.

Los factores etiológicos pueden ser biológicos, psicosociales, o combinación de ambos. A pesar de llevar a cabo diversas exploraciones, existe un 30-40 % de sujetos con retraso mental en los que no es posible determinar la procedencia de su trastorno.

En la actualidad la etiología del retraso mental se analiza desde una perspectiva multifactorial. La principal clasificación etiológica se resume en cuatro grupos:

1. *Factores biomédicos*: Centrados en los procesos biológicos u orgánicos.
2. *Factores sociales:* Centrados en las interrelaciones sociales y familiares.
3. *Factores conductuales:* Centrados en aquellas conductas de los padres que pueden ser causantes de su discapacidad.
4. *Factores educativos:* Falta de los apoyos educativos necesarios para el desarrollo normalizado de las capacidades del sujeto y habilidades sociales y adaptativas.

Un estudio realizado por Bueno (1990) establece diez categorías en el origen de la deficiencia mental, que resumimos en el siguiente cuadro:

editorialcepe.es

CATEGORÍA	ETIOLOGÍA	INCIDENCIA
Categoría I	Deficiencia mental debida a infección	4,57 %
Categoría II	Deficiencia mental debida a agentes tóxicos	1,11 %
Categoría III	Deficiencia mental debida a traumatismos	20,89 %
Categoría IV	Deficiencia mental debida a desordenes metabólicos	3,91 %
Categoría V	Deficiencia mental debida a aberraciones cromosómicas	13,99 %
Categoría VI	Deficiencia mental debida a malformaciones y tumores	0,93 %
Categoría VII	Deficiencia mental debida a influencias prenatales desconocidas	7,55 %
Categoría VIII	Deficiencia mental debida a causas desconocidas con signos neurológicos	18,09 %
Categoría IX	Deficiencia mental debida a causas desconocidas sin signos neurológicos	25,46 %
Categoría X	Deficiencia mental debida a más de una causa probable	3,45 %

El estudio de Bueno aporta datos sobre una población de 1.072 personas con deficiencia, cuyas categorías pueden agruparse como presentamos en la tabla siguiente, con lo que se constata el origen desconocido de más de la mitad de las deficiencias.

FACTORES	CATEGORÍAS	PORCENTAJE
Ambientales	I-II-III-X	30,03
Genéticas	IV-V-VI	18,84
Desconocidas	VII-VIII-IX	51,11

El porcentaje de casos de retraso mental de etiología desconocida (genética, orgánica y ambiental o social), suele oscilar considerablemente de unos autores a otros, dado que la mayor parte de las veces el retraso suele ser consecuencia de la acción combinada de los efectos de dos o más factores (Carter, 1975). Ejemplos de esta dispersión pueden ser los datos ofrecidos por Dunn (1973) que sitúa el número de casos con etiología desconocida entre el 75% y 94%, frente a los de Stern (1973), que mantiene el 50%, y Bueno con el 51%.

Entre las causas podemos citar las siguientes:

1. **Causas orgánicas y genéticas:**

   - *Crosomopatías que afectan a ambos sexos:* Síndrome de Down (trisomía del par 21), síndrome de Patau (cromosoma 13), síndrome de Edward (cromosoma 18).
   - *Crosomopatías ligadas al sexo:* Síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner y síndrome de Lesch-Nyan.

editorialcepes

- *Trastornos ligados a los genes recesivos:* Fenilcetonuria, gelactosemia, síndrome de Hurler, síndrome de Hunter, síndrome de Sanfilipo, enfermedad de la orina del "Jarabe de Arce", trastorno Tay Sachs e hipotiroidismo.
- *Trastornos ligados a los genes dominantes:* Síndrome de Apert, síndrome de Sturge-Weber, osteodistrofia hereditaria de Albright, corea de Huntington, neurofibromatosis y esclerosis tuberosa.
- *Defectos del tubo neural:* Anencefalia y espina bífida.

La clasificación de factores etiológicos propuesta por la O.M.S en su informe número 392 de 1968 es la siguiente:

1. FACTORES QUE ACTÚAN ANTES DE LA CONCEPCIÓN
- 1.1. Genéticos
  - 1.1.1. *Un solo gen*
  - 1.1.2. *Varios factores*
  - 1.1.3. *Factores cromosomáticos*
- 1.2. Otros factores

2. FACTORES PRENATALES
- 2.1. Infecciones: virosis, parasitosis
- 2.2. Factores químicos
- 2.3. Factores nutricionales
- 2.4. Factores inmunológicos
- 2.5. Trastornos endocrinológicos de la madre
- 2.6. Alteraciones de la placenta
- 2.7. Hipoxia intrauterina
- 2.8. Otros factores

3. FACTORES PERINATALES
- 3.1. Asfixia
- 3.2. Lesión en el parto
- 3.3. Prematuridad

4. FACTORES POSTNATALES
- 4.1. Infecciones
- 4.2. Traumatismos
- 4.3. Factores químicos
- 4.4. Factores nutricionales
- 4.5. Privaciones de distintos tipos (sensoriales, paternas, sociales...)

2. **Causas ambientales:**

Los factores ambientales son aquellas variables físicas, económicas, culturales y de infraestructura social que afectan tanto al desarrollo del embarazo (factores prenatales), como a la manera en que se desarrolla el parto (factores perinatales) y al desarrollo del sujeto tras al parto (factores postnatales).

editorialcepe.es

- *Factores prenatales* potenciales o de efecto probado: Bajo peso al nacer, diabetes, radiaciones, productos químicos, drogas, malnutrición o infecciones maternas (rubéola, herpes, sífilis congénita y toxoplasmosis)
- *Factores perinatales:* Anoxia, traumatismo mecánico o infecciones.
- *Factores postnatales:* Traumatismos craneales, hemorragias cerebrales, enfermedades cardíacas congénitas, asfixia, *shocks* eléctricos, venenos o infecciones.

A los factores estrictamente físicos (accidentales) y circunstancias coyunturales (sociales, económicas y educativas), se unen durante la primera infancia y especialmente en los medios más desfavorecidos, otra serie de problemas que afectan directamente al curso del desarrollo del sujeto. Algunos de estos puede ser una escolarización inadecuada, la ausencia de valoración de los logros y rendimientos académicos, una familia desestructurada, la falta de refuerzo de conductas apropiadas, la carencia de modelos para la realización de conductas adecuadas, un exceso de modelamiento de conductas punibles (hostilidad, agresión, autolesión) o falta de materiales para una instrucción adecuada (Bijou, 1996).

La etiología psicosocial suele definirse, por negación, como la *ausencia de causa orgánica que pueda justificar el retraso mental*. Actualmente se desconocen cuáles son las variables socioambientales implicadas, el peso de cada una de ellas y sus interacciones.

Los trabajos de estimulación temprana llevados a cabo con niños deprivados culturalmente (Candel, Pelegrín y Navarro, 1985) y los de enriquecimiento instrumental (Feuerstein, 1980 y Prieto, 1985), ponen de manifiesto la posibilidad de modificar, mediante entrenamiento, el retraso mental ligero que presentan estos niños, así como aquellas casuísticas cuyo origen se encuentra en características socio-económicas y culturales desfavorables.

5. PREVENCIÓN

El conocimiento de la etiología de la discapacidad intelectual es importante para su tratamiento y prevención. Conociendo mediante un diagnóstico precoz cuáles son las causas de la deficiencia, podremos diseñar programas de intervención y prevención adecuados a cada sujeto. Aunque existen ciertos tipos de deficiencia mental cuyas causas se desconocen, hay que tener en cuenta que en ocasiones existen varios factores de riesgo que se dan al mismo tiempo, predisponiendo a la persona para que se instale en la discapacidad.

La prevención está directamente relacionada con la etiología ya que, conociendo las causas de la deficiencia, podrán prevenirse algunas de ellas. Existen tres tipos de programas preventivos:

1. *Prevención Primaria:* Está encaminada a evitar la aparición del trastorno mediante la protección y control de los grupos de alto riesgo a través de la promoción de la salud en la población general. Trata de poner especial énfasis en reducir y eliminar aquellos factores del medio o condiciones ambientales asociadas al problema y dotar a los sujetos de los recursos personales necesarios para evitar la aparición del trastorno.

editorialcepe.es

2. *Prevención Secundaria:* Se centra en detener el avance del trastorno o enfermedad en las primeras fases de su desarrollo una vez que ya se ha presentado en el sujeto, es decir, reducir los síntomas y combatirlos. Una detección precoz, permitirá al sujeto modificar aquellos aspectos que se consideren importantes para el desarrollo del trastorno e intentar disminuir su efecto a tiempo.

3. *Prevención Terciaria:* Una vez que la enfermedad se ha desarrollado por completo en el sujeto, la prevención terciaria pretende reducir las consecuencias ocasionadas en el individuo y mitigar en lo posible sus secuelas.

En resumen, el objetivo principal de la intervención preventiva consiste en eliminar o reducir el riesgo de la aparición de enfermedades o problemas de salud en la población general (ver modelo médico) y conseguir una buena integración de la persona en el medio en el que vive. Esta intervención puede realizarse por medio de la modificación de los factores ambientales causantes del problema o dotando al sujeto de las habilidades y medios necesarios para un buen desenvolvimiento y desarrollo personal en su medio.

6. PREVALENCIA E INCIDENCIA

La *prevalencia* del retraso mental hace referencia al número de personas consideradas con retraso mental en una población concreta y en un momento determinado del tiempo. La *incidencia* del retraso mental se refiere al número nuevo de personas con retraso mental que se dan en una población durante un periodo determinado de tiempo, permitiéndonos conocer por ejemplo, la evolución que la población retrasada ha presentado en un año.

La *prevalencia* del retraso mental estimada por las distintas investigaciones epidemiológicas, se sitúa aproximadamente entre el 1% (Mercer, 1973b, DSM-IV) y el 3% de la población total (Gisbert, 1980; Grossman, 1983; INSERSO, 1985) y entre el 1-1´5% de la población escolar (APA, 1984; CSDE, 1979), o entre el 2-2´55% (INEE, 1979). En relación con el sexo, el masculino parece duplicar al femenino (APA, 1984; Jones, 1979). El argumento que cobra más fuerza a la hora de explicar esta puntuación, es la mayor probabilidad genética de los hombres de manifestar características recesivas que generan retraso mental (debido al cromosoma X, pues el gen recesivo se muestra al carecer de moderador), mayores exigencias sociales y una supuesta mayor lentitud en sus procesos madurativos.

Según Verdugo (1989a), existen dos problemas a la hora de estimar la prevalencia del retraso mental:

1. Problemas derivados de la cuantificación del retraso en conductas adaptativas: Esto es debido a que no existen escalas correctamente estandarizadas, al papel de las expectativas creadas sobre el sujeto y a la tolerancia de las instituciones familiar y escolar.

2. Problemas derivados de la confluencia criterial que requiere el diagnóstico: Esto supone correlacionar las habilidades y destrezas cognitivas y las habilidades adaptativas.

Según autores como Bueno (1990); Grossman (1973) y Mardomingo (1980), la proporción de la población afectada de retraso mental en sus distintos grados, es inversamente proporcional a la gravedad del mismo.

editorialcepe.es

En cuanto a la *incidencia***,** no resulta fácil de calcular debido a la dificultad de identificar su aparición, ya que en ocasiones el retraso mental permanece latente durante bastante tiempo antes de que se reconozcan las limitaciones de la persona. La incidencia más alta está en los niños en edad escolar, con un pico entre los 10 y los 14 años (Pérez y Prieto, 1999).

7. MODELOS EXPLICATIVOS

Los modelos explicativos subyacentes a las discapacidades se resumen en modelos de Déficit Conductual y modelos No Deficitarios (Macià, Méndez y Olivares, 1993).

A. *Modelos de Déficit Conductual*

El Modelo de *Déficit Conductual* se caracteriza por asumir que los problemas que posee el sujeto proceden de él mismo, es decir, el sujeto carece en su repertorio conductual de comportamientos sociales adecuados a cada situación debido a la vivencia de situaciones de aislamiento social, marginación o escasez de experiencias en ambientes sociales estimulantes.

Conforme a esta definición, la discapacidad o minusvalía que presenta una persona se considera un síntoma externo de una deficiencia interna. Esta deficiencia interna puede ser debida a una deficiencia orgánica (vista desde el modelo biológico), a una falta de estimulación ambiental (vista desde el modelo social) o a dificultades en la de capacidad de aprendizaje (vista desde el modelo de aprendizaje).

Este modelo de déficit culpa directamente a la *propia persona* de su deficiencia, ya que el origen y causa de su alteración se encuentra en ella misma. Serán catalogadas como personas diferentes al resto y con unas características especiales que necesitan una educación individualizada y centrada en sus aspectos deficientes.

B. *Modelos No Deficitarios*

El modelo *No Deficitario* se caracteriza por asumir que el sujeto cuenta con comportamientos conductuales adecuados en su repertorio, pero se encuentran inhibidos por determinados factores. Lo que se intenta hacer es *aprovechar al máximo las capacidades* del sujeto y dotarle de los recursos necesarios para que pueda ponerlas en práctica. Este enfoque pone el énfasis no en las limitaciones del sujeto (lo que no puede hacer), sino en sus capacidades (lo que puede conseguir).

7.1. Clasificación de los modelos explicativos del retraso mental

A lo largo de la historia la variedad de términos que se han utilizado para designar a la persona con retraso mental deja entrever la variedad de sus modelos explicativos, pues cada uno de los términos manifiesta un soporte teórico concreto, ya sea de manera explícita o implícita. Por ello, el concepto que utilicemos de retraso mental presentará pequeñas connotaciones en función del modelo que elijamos. A continuación, presentamos distintas concepciones desde seis modelos explicativos: médico, psicométrico, conductual, cognitivo, psicoeducativo y evolutivo (véase cuadro 2).

editorialcepe.es

CUADRO 2

Principales modelos explicativos del retraso mental

Médico	Psicométrico	Conductual	Cognitivo	Psicoeducativo	Evolutivo
La única intervención es la prevención.	Trata de clasificar a los sujetos en distintas categorías según su CI (enfoque descriptivo)	Busca relaciones de causa-efecto que expliquen la conducta retrasada e intenta modificar los estímulos que la causan.	Intenta conocer cuáles son las estrategias cognitivas que utiliza el sujeto para mediar entre los estímulos del medio y las respuestas emitidas.	Aborda la educación desde una enseñanza evaluativa y prescriptiva, integrando evaluación e intervención y poniendo especial atención en la individualización.	Diferencia entre retraso mental y deficiente mental.

7.1.1. *Modelo Médico*

El modelo Médico se basa en la investigación genética, bioquímica y neurofisiológica. Define el retraso mental como "el conjunto de síntomas que se hallan presentes en un grupo bastante amplio y heterogéneo de anomalías, que procediendo de diferente etiología orgánica, tienen, sin embargo, en común el hecho de cursar con déficit irreversibles en la actividad mental superior" (Fierro, 1990).

Los avances producidos en el campo de la medicina durante los últimos años, han contribuido a un notable avance en el estudio de las causas que dan lugar al retraso mental. Se sabe que son múltiples los factores causantes de la deficiencia, pudiendo actuar de manera aislada o interaccionados. La intervención desde este punto de vista es preventiva, siempre y cuando su etiología sea conocida. No es posible prevenir cuando desconocemos los factores causantes de la misma.

El modelo médico explica la conducta-problema como trastorno de orden orgánico, buscando relaciones de causa-efecto. Asume como principio fundamental que el retraso mental es una enfermedad, al igual que cualquier otra enfermedad física y que se produce como consecuencia de la existencia de anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). El tratamiento irá, por lo tanto, encaminado a prevenir y corregir tales anormalidades orgánicas, por medios farmacológicos, quirúrgicos o rehabilitadores.

Este modelo propone la clasificación en síndromes y las medidas correctoras para cada uno, lo que siendo interesante no es definitivo para la intervención educativa.

7.1.2. *Modelo Psicométrico*

El modelo Psicométrico, clásico en Psicología y Pedagogía, no pretende buscar causas ni proponer modos de intervención, sino que se considera un enfoque descriptivo e instrumental ya que

editorialcepe.es

establece una clasificación de los sujetos a través de instrumentos, tests o pruebas que evalúan la inteligencia general y las aptitudes primarias de éstos.

Este enfoque pretende identificar las características básicas de los sujetos (atributos, rasgos o dimensiones) para clasificarlos en distintas categorías, determinar la posición relativa de cada uno respecto al grupo y pronosticar su comportamiento en situaciones semejantes. Las mediciones utilizadas más conocidas son la *Edad Mental* y el *Cociente Intelectual.*

La *Edad Mental* mide la maduración de los comportamientos y conductas, equivalentes a la mayoría de sujetos de esa edad, adquiridas por el niño en el momento en que realiza las pruebas.

El *Cociente Intelectual* (CI) es un índice objetivo que refleja el valor de los progresos del niño en relación con su edad cronológica. La puntuación obtenida en las pruebas (grado de resolución), equivale a la Edad Mental del sujeto que, dividida por su edad cronológica en meses y multiplicada por cien, produce el cociente intelectual.

Este modelo no aporta información útil para la elaborar y tomar de decisiones que permitan elegir el plan de intervención más adecuado. Tampoco ofrece información relevante que permita decidir sobre los cambios que se desean introducir en el comportamiento del sujeto (Macià y Méndez, 1986), sino que se centra en el papel de las variables intraorganísmicas para explicar los problemas de aprendizaje en general y el retraso mental en particular. Tiene como finalidad principal la comunicación entre profesionales a través de su tradición descriptivo-clasificatoria, el tratamiento administrativo y la escolarización.

Desde el punto de vista histórico, constituye el primer modelo de análisis del retraso mental. La definición de retraso mental se establece a partir de las escalas de inteligencia de Binet y Simon (1905), en la que ambos autores establecen una relación entre la edad del niño y su Edad Mental. Esta escala pretende medir de forma directa las funciones de la inteligencia mediante la presentación de problemas con dificultad creciente.

Autores como Grossman (1983), ponen el acento en la complementariedad y estiman que en la evaluación del retraso mental el mejor sistema es la combinación de las estrategias psicométricas y conductuales. Como aspectos negativos, tiene la etiquetación del individuo en categorías que pueden coartar su evolución cognitiva.

7.1.3. *Modelo Conductual*

El modelo Conductual surge a partir de la necesidad de un cambio metodológico propiciado por la incapacidad que manifiesta el modelo anterior (Psicométrico) en explicar el problema, su inoperancia para orientar a los individuos retrasados y la repercusión de las etiquetas diagnósticas en los sentimientos y actitudes tanto del propio sujeto, como del grupo al que pertenece.

El problema de las etiquetas es que no siempre funcionan como meros rótulos orientadores, sino que constituyen prejuicios sociales y actitudes de rechazo y marginación por parte de la sociedad hacia los sujetos que las sufren.

Este modelo pretende, a través de su metodología inductiva, encontrar relaciones de causa-efecto que expliquen la conducta observable de cualquier sujeto. Su principal objetivo es cambiar la conducta retrasada, que es una variable dependiente del entorno en el que el sujeto ha efectua-

editorialcepes

do aprendizajes inadecuados. Para los defensores del conductismo, cualquier conducta puede ser sometida a tratamiento y modificada. Si realizamos un adecuado análisis funcional de la conducta problema, podremos conocer cuáles son los estímulos que contribuyen a su mantenimiento y, mediante la modificación de algunos de ellos o todos, obtener notables mejoras.

El déficit de conducta que manifiesta el sujeto es fruto de un entorno estimular inadecuado, por ello este enfoque utiliza el término "conducta retrasada" y define al sujeto con retraso mental como un individuo que posee un repertorio comportamental limitado en todos sus aspectos, siendo este repertorio función de la historia del individuo y sus interacciones con el ambiente (Bijou, 1996).

7.1.4. *Modelo Cognitivo*

El modelo Cognitivo surge a raíz de las críticas realizadas a los métodos convencionales basados en la medida de la inteligencia, que ponen el énfasis en lo que el sujeto aprende o deja de aprender y no en lo que es capaz de aprender (Nikerson y cols, 1987). Este modelo parte de la idea de que los sujetos responden activamente a los estímulos que perciben, a través de procesos cognitivos que actúan como mediadores entre éstos y sus respuestas. Por ello, la investigación debe centrarse en conocer cuáles son los procesos o estrategias cognitivas que utiliza cada sujeto para filtrar o mediar entre los estímulos que percibe y las respuestas que emite.

Partiendo de la teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva, el modelo cognitivo se interesa por la capacidad del individuo para modificar y/o cambiar la estructura de su funcionamiento cognitivo, es decir, se centra en desarrollar aquellas estructuras cognitivas en las que el sujeto presenta bajos rendimientos o déficit, enfrentándose de forma directa a sus funciones intelectuales menos desarrolladas.

Evaluar el potencial de aprendizaje del individuo tiene como objetivo principal valorar las áreas que pueden ser modificadas y determinar los procedimientos más adecuados para suplir las deficiencias encontradas. Feuerstein, principal representante de este enfoque, señala la importancia de medir la susceptibilidad al cambio del individuo y no su nivel actual de desarrollo intelectual (Feuerstein y cols., 1980).

Tomando como base este enfoque, se entiende el retraso mental como el resultado de un conjunto de disfunciones en los procesos cognitivos de la persona (percepción, memoria, atención, razonamiento...). Algunos de los déficit que suelen encontrarse en los sujetos con retraso mental son deficiencias en la metacognición, en los procesos de aprendizaje, en los procesos ejecutivos y en los procesos de transferencia y generalización.

7.1.5. *Modelo Psicoeducativo*

El modelo Psicoeducativo hace referencia a un ciclo o proceso repetido centrado en la valoración y enseñanza del sujeto, utilizado tradicionalmente en la escuela para evaluar a los alumnos retrasados mentales (Howell y cols., 1979).

Este enfoque pretende abordar la educación de las personas con discapacidad intelectual desde una enseñanza evaluativa y prescriptiva (Magerotte, 1976; Lamberet, 1981), integrando evalua-

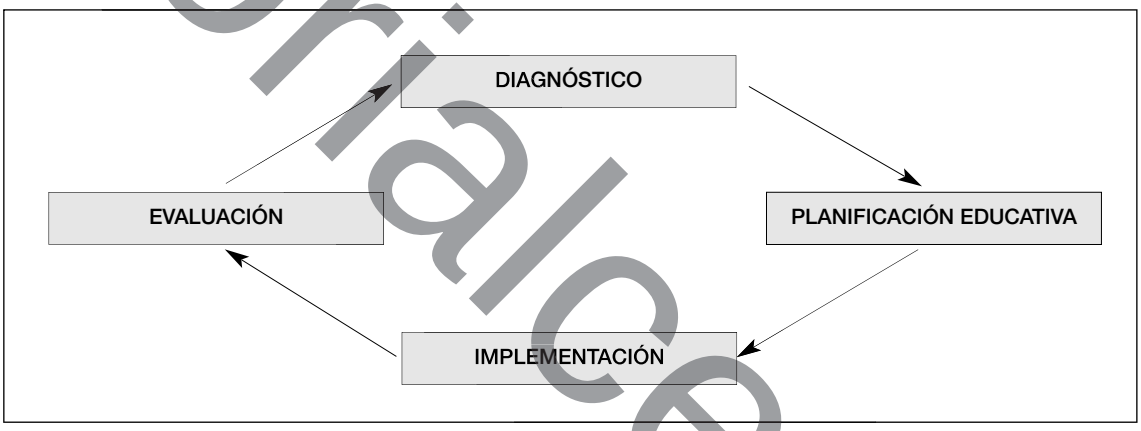
editorialcepe.es

ción e intervención al mismo tiempo y poniendo especial atención en la individualización. Según Bueno y Verdugo (1986), la "enseñanza clínica" consiste en diagnosticar pedagógicamente a un sujeto y establecer un plan de recuperación individualizado.

Lerner (1981) resume este modelo en cinco fases: *diagnóstico, planificación, implementación, evaluación y nuevo diagnóstico.* Según este autor, las cuatro primeras fases denominadas *ciclo de la enseñanza prescriptiva* (diagnóstico, planificación educativa, implementación y evaluación) se consideran el ciclo básico de este proceso. Se encuentran relacionadas entre sí de tal forma que su objetivo es establecer un nuevo diagnóstico que dé lugar a nuevas planificaciones y nuevas formas de intervención, lo que llevará a una repetición cíclica del proceso hasta que ya no se produzcan cambios.

CICLO DE LA ENSEÑANZA PRESCRIPTIVA

(Dueñas Buey, 1994)



El *diagnóstico* se considera un elemento clave de este modelo, ya que tiene como objetivo prioritario proporcionar una instrucción personalizada basada en una enseñanza individual y apropiada a cada alumno. Se trata de obtener la mayor cantidad de información referida al alumno en relación a su estilo de aprendizaje, su principal modalidad de asimilación o sus aptitudes y capacidades más desarrolladas.

7.1.6. *Modelo Evolutivo*

El modelo Evolutivo tiene un carácter descriptivo, pero no explica las causas del retraso mental. Desde este enfoque se considera que los procesos de desarrollo mental del niño se producen de forma más lenta (retraso mental) y que no llega a alcanzar niveles superiores (deficiencia mental).

Piaget, su principal representante, defiende la hipótesis de que toda deficiencia conlleva un déficit estructural. Los sujetos con deficiencia no finalizan su construcción operatoria, limitando su desarrollo a uno de los estadios previos (ya sea el sensoriomotor o el preoperatorio).

editorialcepe.es

Este modelo utiliza los términos de *retraso o retardo mental* más que deficiencia (Fierro, 1984), y ambos se refieren al despliegue en el tiempo de los procesos de desarrollo, maduración y aprendizaje del sujeto. Desde este modelo, el retraso de un sujeto o su retardo, no implica necesariamente una deficiencia, sucede que el alumno alcanza más tarde algunos umbrales evolutivos respecto a sus compañeros y que otros niveles no consigue alcanzarnos nunca.

Las diferencias entre el sujeto con retraso, el deficiente y el normal, son cualitativas y no cuantitativas. Aquellas personas que en el enfoque psicométrico eran consideradas como inferiores a la capacidad intelectual media, desde el modelo evolutivo se consideran retrasadas.

8. CURSO DEL RETRASO MENTAL

Como hemos visto anteriormente, para que una persona sea diagnosticada de retraso mental, es necesario que el inicio de dicho trastorno tenga lugar antes de los 18 años. La edad y la forma en que comienza a manifestarse dependen de la etiología y la gravedad del retraso. Las personas diagnosticadas con retraso mental grave son detectadas más tempranamente que aquellas con retraso mental leve de origen desconocido.

Las personas con un retraso mental grave adquirido, manifiestan un deterioro intelectual inmediato y brusco y, a partir de ese momento, el curso y desarrollo del trastorno estará influido no sólo por las enfermedades subyacentes, sino también por factores ambientales como la estimulación ambiental o el trato recibido.

El retraso mental en algunos casos no es un trastorno que dure toda la vida. Los sujetos diagnosticados con retraso mental leve en edad muy temprana y que a lo largo de su etapa escolar han obtenido malos resultados académicos y sucesivos fracasos en el aprendizaje escolar, pueden desarrollar otras habilidades adaptativas con la ayuda de apoyos individualizados adecuados. Estas ayudas les permitirán disfrutar de oportunidades y ser entrenados y así, pasado un tiempo, es posible que hayan logrado algunos avances en determinadas habilidades y que no cumplan los criterios diagnósticos para ser considerados retrasados.

9. DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD EN RETRASO MENTAL

El hecho de que los sujetos con discapacidad intelectual presenten una tasa mayor de problemas de conducta respecto a la población normal, ha hecho que en muchas ocasiones se considere de manera errónea que los trastornos psicológicos que sufren son un aspecto más de su conducta (perspectiva psicopatológica).

Si no se consideran de forma separada los problemas psicológicos que pueda tener una persona con retraso mental se produce el llamado “eclipse del diagnóstico” (Reiss, Levitan y Szyszko, 1982).

Afirmar la existencia de un diagnóstico exclusivo de retraso mental puede estar oscureciendo la presencia de otros trastornos de no menos importancia que a menudo no se atienden adecuadamente porque se consideran secundarios al propio retraso mental.

Uno de los problemas que encuentran los profesionales para establecer buenos diagnósticos es conocer qué surgió primero en el sujeto, el retraso mental o la enfermedad mental. Encontrar la respuesta a esta pregunta no soluciona nada. Lo que debe determinarse no es la existencia de

editorialcepe.es

un problema primario al que debe atenderse y otro secundario que merece menos atención, sino que es necesario un *diagnóstico dual o múltiple* en el que los problemas existentes cobren la misma importancia a la hora de ser diagnosticados y tratados.

Para elaborar un buen diagnóstico del sujeto, tanto si presenta un retraso mental como si no, es necesaria la colaboración. En el caso de los sujetos con retraso mental, pueden darse algunos problemas derivados de su discapacidad, tales como:

1. *Dificultad para reconocer y describir los síntomas:* La persona retrasada puede no saber que lo que está experimentando no es algo normal, sino que es una manifestación externa de algún problema interno. Normalmente debido a los problemas derivados de sus limitaciones en la capacidad verbal puede no ser capaz de transmitirlos y si la descripción de los síntomas no es adecuada, el diagnóstico será erróneo.
2. *Ausencia o falta de cooperación en el examen o pruebas físicas:* El médico puede pedir al paciente que realice alguna actividad, como inspirar y espirar, a la que el sujeto no hace caso porque no entiende lo que se le está pidiendo.
3. *Existencia de problemas diversos de salud o alteraciones previas:* Cualquier problema que presente el sujeto debe diagnosticarse una vez que se haya recogido toda la información pertinente, de manera que sea difícil errar en el diagnóstico.
4. *Uso de sistemas de clasificación diseñados para poblaciones normales:* Los sistemas de clasificación aplicados a los sujetos con retraso mental son los mismos que se utilizan con la población normal, lo que pone en duda los diagnósticos obtenidos.
5. *La necesidad de utilizar la ayuda de terceras personas* para obtener información sobre los problemas existentes.

Una vez que ya se cuenta con toda la información necesaria, habrá que elaborar el diagnóstico de la manera más precisa posible para evitar equivocaciones. Hay que evitar atribuir cualquier síntoma manifiesto a la discapacidad del sujeto, porque entonces es cuando se produce un ensombrecimiento del diagnóstico.

Los trastornos emocionales presentan una etiología igual en los sujetos diagnosticados con retraso mental y aquellos considerados normales. A pesar de esto, hay que tener en cuenta que la mayoría de los desórdenes existentes no se explican en base a un único factor, sino por la interacción de diversos factores y mecanismos.

Según Szymanski (1980) existen dos factores implicados en la explicación de los trastornos emocionales:

a) *Factores biológicos:* Tras algunas investigaciones se asume que la psicopatología está causada por desequilibrios de neurotransmisores en el cerebro.

b) *Factores psicosociales:* Algunas condiciones sociales negativas que sufren las personas con retraso mental a lo largo de su vida, contribuyen al desarrollo de desajustes emocionales y dan lugar a consecuencias negativas para sí mismos y para las personas que les rodean. Factores como la etiquetación, el rechazo social, la segregación, la restricción de oportunidades o su vulnerabilidad al maltrato (Reiss y Benson, 1984), aumentan la probabilidad de aparición de trastornos emocionales, perjudicando su calidad de vida, creando importantes barreras que dificultan su integración social e interfiriendo en su funcionamiento intelectual.

editorialcepe.es

9.1. Factores de riesgo de los trastornos psicológicos en sujetos con retraso mental

Las personas con discapacidad intelectual son más vulnerables al desarrollo de enfermedades mentales o problemas de conducta que las personas sin retraso mental. Según Verdugo (1998), los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de enfermedades mentales en personas con retraso mental son los siguientes:

1. Limitaciones socioadaptativas que dificultan su comprensión del medio.
2. Deterioro en el sistema nervioso central dando lugar a problemas de conducta.
3. Crecimiento personal y emocional limitado y deterioros sensoriales y motores que ocasionan una percepción pobre de la realidad.
4. Deterioro en el desarrollo del lenguaje y problemas para comprender los hechos que ocurren en su entorno.
5. Deterioro en la memoria y en la transferencia de los aprendizajes, lo que da lugar a consecuencias negativas en su control interno y en la capacidad de planificación de métodos de acción alternativos.
6. Baja autoestima y motivación individual escasa, produciendo una imagen desviada de sí mismos, sentimientos de incompetencia e inefectividad, rechazo de sus iguales y bajas expectativas por parte de sus familiares.
7. Defensas personales atípicas que aumentan el desarrollo de conductas obsesivas y dan lugar a un estilo de vida rígido.
8. Vulnerabilidad en la edad adulta, dando lugar a limitaciones sociales y dependencia de otros.

9.2. Prevalencia de los trastornos psicológicos en sujetos con retraso mental

A lo largo de los años se ha señalado la relación que existe entre conductas desadaptadas y el retraso mental. En diversos estudios realizados sobre este tema, se ha constatado la existencia de desórdenes psiquiátricos en personas con retraso mental, aunque se han obtenido índices de prevalencia distintos en función de los autores.

Según Verdugo (1998), algunas de las razones que explican las diferencias encontradas en los índices de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en personas con retraso mental son:

A. *Uso de diferentes definiciones de retraso mental:*

Algunos estudios utilizan una clasificación basada únicamente en la evaluación psicométrica del sujeto, mientras que otros estudios añaden factores relacionados con el funcionamiento adaptativo.

B. *Consideración del grupo de retrasados mentales como homogéneo:*

Existe una gran variedad individual dentro del grupo de personas con retraso mental, ya que se encuentran diferencias en función de distintas variables como edad, sexo, nivel socioeconómico, diversidad cultural, grado de la discapacidad o gravedad de problemas asociados.

editorialcepe.es

C. *Definición que se realiza sobre los trastornos psiquiátricos:*

Partiendo, en unos casos, de clasificaciones en función de categorías diagnósticas psiquiátricas formales, y en otros de deterioros conductuales y/o emocionales graves. Y en base a ellas, utilización de métodos diferentes para evaluar la existencia o no de psicopatologías.

D. *Diferencias en factores situacionales:*

Se observan diferencias entre sujetos que viven en residencias y aquéllos que viven en la comunidad. Siendo mayor la prevalencia de problemas de conducta en sujetos que viven en instituciones que en aquéllos que lo hacen en la comunidad.

Con base en las diferencias encontradas en la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre sujetos sin y con retraso mental, se puede mantener la hipótesis de que estos últimos presentan una mayor vulnerabilidad a sufrir desórdenes de salud mental que los sujetos sin discapacidad intelectual.

9.3. Problemas de conducta más frecuentes en sujetos con retraso mental

Entre los problemas de comportamiento que podemos encontrar con mayor frecuenta en personas con retraso mental tenemos:

9.3.1. *Conductas autolesivas o autoagresiones*

Las conductas autolesivas o autoagresivas se definen como comportamientos rítmicos repetitivos, realizados por el sujeto de manera intencionada y que le ocasionan un daño físico. Ejemplos como cabezazos, arañazos, cortarse o pincharse, torcerse partes del cuerpo, morderse, arrancarse el pelo o ingerir sustancias no comestibles son algunos de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en los sujetos con discapacidad intelectual.

Según algunos autores dentro del grupo de sujetos con retraso mental existe una prevalencia del 2-9 % de aquéllos que viven en la comunidad (Griffin y cols, 1987) y hasta el 15-40% en aquellos que se encuentran institucionalizados (Griffin y cols, 1986).

9.3.2. *Conductas agresivas físicas a otros*

Las conductas agresivas se refieren al daño que el sujeto puede ocasionar a otros o la trasgresión de los derechos de los demás. Ejemplos como dar patadas, morder, pinchar, arañar, tirar de los pelos o golpear, son algunos de los problemas más frecuentes en sujetos retrasados mentales y que demandan tratamiento e intervención para posibilitar la buena integración social de éstas personas.

Según Novell y cols. (1994) en el grupo de sujetos con retraso mental la prevalencia de conductas agresivas físicas es de un 30-55% en la población residencial.

editorialcepe.es

9.3.3. *Estereotipias*

Las estereotipias son movimientos voluntarios rítmicos y sin finalidad alguna que se repiten de manera sucesiva y frecuente en el sujeto sin ningún propósito, limitando y entorpeciendo el desarrollo de su conducta.

Las estereotipias pueden ser motóricas y posturales (como balanceos, agitación de manos y piernas, manipulación del cuerpo u objetos, rechinar de dientes, comer de manera exagerada, hacer muecas o mirar al vacío) y verbales (como hablar solo, hacer ruidos extraños o repetir frases y palabras de manera sistemática y sin ningún fin).

9.3.4. *Conductas disruptivas y/o desadaptativas*

Las conductas disruptivas o desadaptativas son conductas inadecuadas al medio y no aceptadas socialmente, ya que suelen interrumpir el desarrollo normal de las actividades diarias de las personas que rodean al sujeto con retraso mental. Actuaciones como insultar, hablar en voz alta o a gritos, amenazar, molestar, no seguir las normas establecidas socialmente o rechazar órdenes son las que suelen aparecer de manera más frecuente en la población con retraso mental. Según Bruininks y cols. (1988) las conductas disruptivas más destacadas son orinar en la ropa (57%), orinar en un lugar inadecuado (47%) e ignorar las indicaciones recibidas (45%).

9.3.5. *Hiperactividad o agitación psicomotriz*

La hiperactividad es una pauta de comportamiento infantil persistente, caracterizada por una actividad excesiva en situaciones que requieren inhibición motora (Safer y Allen, 1976). La actividad que se produce en el sujeto no tiene ninguna finalidad. Movimientos frecuentes, dificultad para permanecer sentado, distracción y falta de atención, dificultad para seguir instrucciones o verborrea, son algunas de las principales manifestaciones de este problema.

9.3.6. *Aislamiento social*

El aislamiento social se refiere a conductas evitativas o de rechazo hacia el contacto social con otras personas. Mantenerse alejado de las personas que le rodean, no participar en actividades sociales, no salir a la calle, no interactuar con los demás visualmente o realizar actividades en solitario son algunos comportamientos típicos de aislamiento social que se dan entre los sujetos con retraso mental.

9.4. Trastornos mentales más frecuentes en sujetos con retraso mental

Tratamos aquí, de forma sucinta, algunos de las alteraciones psíquicas que pueden darse en personas con retraso mental ya que no es extraño que se encuentren trastornos afectivos entre ellas.

editorialcepes

9.4.1. *Trastornos Depresivos*

El trastorno depresivo implica la pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades, así como un humor triste. Según Reiss (1990) la prevalencia de la depresión en sujetos con retraso mental es de 3-6%, y está relacionada con los niveles de apoyo social y habilidades sociales de los sujetos.

9.4.2. *Psicosis maníaco-depresiva, trastorno bipolar y episodios maníacos*

Algunos de los principales síntomas de estos trastornos mentales son insomnio, labilidad afectiva, inquietud motora, hiperactividad o hipersexualidad (Kastner y cols, 1992). Normalmente suelen alternarse los episodios maníacos con los depresivos, si bien en los sujetos con retraso mental suelen darse varios episodios al año. La dificultad principal del trastorno bipolar es que algunos de los síntomas del episodio maníaco se asimilan a los del retraso mental, pudiendo pasar a menudo desapercibidos.

9.4.3. *Esquizofrenia*

La esquizofrenia es una forma de psicosis que se caracteriza por alteraciones en el pensamiento, la percepción y la conducta de la persona que la sufre. Suele tener pensamientos incoherentes e ilógicos, delirios, alteraciones en sus creencias o alucinaciones auditivas y visuales, lo que le lleva en ocasiones a perder el contacto con la realidad.

En sujetos con retraso mental leve o moderado los síntomas positivos (excitación aguda, ansiedad, estereotipias, trastornos del humor), y los negativos (aplanamiento afectivo, pobreza de pensamiento, apatía e incapacidad para experimentar placer) suelen ser similares a los que presentan los sujetos sin retraso. Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia en la población con discapacidad intelectual es del 3%, y de los sujetos sin retraso mental de un 1% (Fraser y Nolan, 1995).

9.4.4. *Trastornos obsesivos*

Es difícil conocer cuáles son las obsesiones que sufre un sujeto con retraso mental debido a los problemas que tiene para expresar y describir sus pensamientos, esto aumenta la dificultad de realizar un diagnóstico adecuado de este trastorno utilizando los criterios del DSM-IV. Según Fraser y Nolan (1995), la población con retraso mental presenta mayor número de compulsiones que la población normal.

9.4.5. *Trastornos de ansiedad*

Para que un sujeto con retraso mental pueda experimentar ansiedad social, es necesario que tenga una capacidad intelectual que le permita tener ideas sobre sí mismo respecto a los demás. El problema que existe para diagnosticar la ansiedad social en sujetos con retraso mental es la falta de instrumentos baremados para esta población.

editorialcepe.es

Debido a las dificultades que el sujeto con retraso mental tiene para establecer relaciones con los demás, a su funcionamiento alterado, a las expectativas que los demás tienen sobre sus posibilidades y, en general, a los problemas que debe afrontar y para los que no está preparado, el trastorno de ansiedad es más frecuente en sujetos con retraso mental que en la población normal.

9.4.6. *Trastornos mentales orgánicos y trastornos generalizados del desarrollo*

Los trastornos mentales orgánicos son más frecuentes en la población con retraso mental ya que se consideran más vulnerables debido a las alteraciones cerebrales asociadas a su deficiencia, siendo a menudo mal diagnosticados. Es un trastorno muy heterogéneo en función de su inicio, curso, duración y naturaleza. La presencia de este trastorno en los sujetos con retraso mental supone una dificultad añadida a su diagnóstico, ya que en ocasiones el sujeto no se queja de los síntomas y cuando es detectado, éste se encuentra ya en estado avanzado.

En cuanto a los trastornos generalizados del desarrollo se considera que se presentan de manera frecuente en la población con retraso mental (75-80% de casos), especialmente en sujetos autistas.

9.4.7. *Deterioro cognitivo o demencia*

Cada vez es más frecuente en las personas con retraso mental la aparición de un deterioro cognitivo o demencia, debido a un aumento de la esperanza de vida y un envejecimiento general de toda la población (Revuelta y cols., 1994). Para diagnosticar una demencia es necesario que exista pérdida de memoria y de la capacidad de aprendizaje del sujeto, siendo necesarias varias sesiones para un adecuado diagnóstico.

10. BIBLIOGRAFÍA

American Association on Mental Retardation (1992): *Mental Retardation. Definitions, clasificications, and systems of supports.* 9th Edition. AAMR. Washington.

American Association on Mental Retardation (2002): *Mental Retardation. Definitions, clasificications, and systems of supports.* 10th Edition. AAMR. Washington.

American Psychiatric Association (1984): *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastronos mentales: DSM-III.* Barcelona: Masson.

Ando, H. y Yoshimura, I. (1978): Prevalence of maladaptative behavior in retarded children as a function of IQ and age. *Journal of Anormal Child Psychology*, 6: 345-349.

Baumeister, A.A. (1978): Origins and control of stereotyped movements. En C.E. Meyers, (ed), *Quality of life in severaly and profundly retarded people: Research foundations for improvement.* Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Bijou, S.W. (1996): A functional analysis of retarded development. En N.R. Ellis (Ed): *International review of research in mental retardation* (vol.2). Nueva York: Academic press.

Binet, A. y Simon, T. (1905): Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intelectuel des anormaux. *L'année Psychologique*, 11: 191-244.

editorialcepe.es

Borthwick-Duffy, E. y Eyman, R. (1990): Who are the dually diagnosed?. *American Journal on Mental Retardation*, 94: 586-595.

Bruininks, R.H; Hill, B.K. y Morreau, L.E (1988): Prevalence and implications of maladaptative bahaviors and dual diagnosis in residential and other service programs. En A. Stark; F.J. Menolascino y cols (Eds). *Mental retardation and mental health: classification, diagnosis, treatment, services.* pp.3-29, Ed: Springer-Verlag, New York.

Bueno, G. (1990): Concepto y epidemiología de la deficiencia mental. En M. Bueno; S. Molina, y A. Seva, (Eds), *Deficiencia mental.* Barcelona: Expars.

California State Department of Education (CSDE)(1979): *National Swedish Board of Education*. Madison Metropolitan School District Wisconsin: Somerset County Council.

Candel, I; Pelegrín, I. Navarro, C. (1985): Experiencia de estimulación precoz en niños con Síndrome de Down. *Papeles del Colegio de Psicológos*, 19: 41-45.

Carter, C.H. (1975): *Handbook of mental retardation syndromes* (3ª ed.). Springfield: Charles C.Tomas.

CIE 10. (1992): *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Dewan, J. (1984): Intelligence and emotional stability. *American Journal of Psychiatry*, 104: 548-554.

Dueñas Buey, M.L. (1994): *Métodos de diagnóstico e intervención educativa en la deficiencia mental*. Madrid: Cuadernos de la UNED.

Dunn, L.M. (1973): Children with moderate and severe general learning disabilities. En L.M. Dunn (Ed), *Excepcional children in the schools: special education in transition* (2ª ed). Nueva York: Holt, Rinehart y Witson.

Dupont, A. (1981): Medical results from registration of Danish mentally retarded persons. En P. Mittler (ed), *Proceedings of Fifth Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency*. Baltimore: University Park Press.

Eaton, L. y Menoslacino, F.J. (1982): Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems and challenges. *American Journal of Psychiatry*, 139: 1297-1303.

Eyman, R.K. y Call, T. (1977): Maladaptative behavior and community placement of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 82: 137-144.

Feuerstein, R (1980): *Instrumental enrichment: an intervention program for cognitive modificability*. Baltimore: University Park Press.

Fierro, A. (1984): España: Historia reciente. En R.C. Sheerenberger: *Historia del retraso mental*. San Sebastian: SIIS.

Franco, M. 1998): *Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Evaluación e intervención*. Zamora: Edintras.

Fraser, W. y Nolan, M.(1995): Psychiatric disorders in mental retardation. En: N. Bouras, (Ed). *Mental Health in Mental Retardation. Recent advances and practices.* Pp: 79-92. Ed: University Press, Cambridge.

editorialcepe.es

García Fernández, J.M; Olivares, J. y Méndez, F.X. (1997): Tratamiento psicológico de problemas infantiles. En M. Jiménez Hernández. *Retraso Mental.* Málaga: Aljibe.

Garrido Landívar, J. (1984): *Deficiencia mental, diagnóstico y programación recuperativa*. Madrid: CEPE.

Gisbert, J. (1980): *Educación especial.* Madrid: Cincel.

Gostason, R. (1985): Psychiatric illness among the mentally retarded: A swedish population study. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 71, Supplementum 318.

Griffin, J.C: Ricketts, R.W; Williams, D.E. y cols (1987): A community survey of self-injurious behavior among developmentally disabled children and adolescent. *Hosp. Community Psychiatry,* 38: 959-963.

Griffin, J.C; Williams, D.E; Stark, M.T. y cols (1986): Self-injurious behavior: a state-wide prevalence survey of the extent and circumstances. *Appl. Res. Ment. Retard,* 7: 105-116.

Groden, G; Domingue, D; Puschel, S.M. y Deignan, L. (1982): Behavioral/emotional problems in mentally retarded children and youths. *Psychological Reports,* 51: 143-146.

Grossman, H.J. (1973): *Manual on terminology and classification in mental retardation.* Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Grossman, H.J. (1983): *Clasification in mental retardation* (3ª ed. rev.). Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Herrera-Gutiérrez, E. y Cerezo Ramírez, F. (1997): *Bases psicológicas de la educación especial*. Murcia: Diego Marín.

Howell, K.W. y cols., (1979): *Evaluating exceptional children: A task analysis approach.* Columbus, Ohio, Charles E. Merril.

Instituto Nacional de Educación Especial (1979): *Plan Nacional de Educación Especial*. Madrid: Fundación General Mediterránea.

Instituto Nacional de Servicios Sociales (1985): *Memoria Anual.* Madrid: INSERSO.

Jiménez Hernández, M. (1997): *Tratamiento psicológico de problemas infantiles*. Granada: Ediciones Aljibe.

Jones, L.A. (1979): *Census-based prevalence estimates for mental retardation.* Mental Retardation, 17: 199-201.

Kastner, T. Y Friedman, D.L. (1992): Verapamil and Valproic acid Treatment of Prolonged Mania. *Journal American Acad. Chil. Adolesc. Psychiatry,* 31 (2): 271-275.

King, B.H; Szymansky, L.S. y Weisblatt, S. (1998): *Psiquiatría y retraso mental. Guía curricular*. Valladolid: Edintras.

Lambert, J.L. (1981): *Enseignement spécial et handicap mental.* Bruxelles, Pierre Mardaga.

Langone, J. (1990): *Teaching students with mild and moderate learning problems.* Boston: Allyn and Bacon.

Lerner, J.W. (1981): *Learning disabilities: Theories, diagnosis and teaching strategies.* Boston, Mass., Houghton Mifflin (3ª edición).

editorialcepes

Lou Royo, Mª. A. y López Urquízar, N. (1998): *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. Madrid: Pirámide.

Lozano, J. y García, R. (1999): *Adaptaciones curriculares para la diversidad*. Murcia: Editorial KR.

Luckasson, R; Coulte, D.L; Polloway, E.A; Reiss, S; Schalock, R.L; Snell, M.E; Spitalnik, D.M. y Stark, J.A. (1992): *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports.* Washington, D.C: Autor (1997, Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Alianza Editorial).

Maciá Antón, D.; Méndez Carrillo, F.X. y Olivares Rodríguez, J. (1993): *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Valencia: Promolibro.

Magerotte, G. (1976): L'évaluation du comportement adaptatif des écoliers arrièrés mentaux. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile,* 24: 127-150.

Mardomingo, J. (1980): Una actualización del enfoque sobre el retraso mental. En J. Gisbert y otros (Eds), *Educación especial.* Madrid: Cincel.

Matson, J.L. y Frame, C.L. (1986): *Psychopatology among mentally retarded children and adolescents*. California: Sage.

Méndez Carrillo, F.X.; Maciá Antón, D. y Olivares Rodríguez, J. (1992): *Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención.* Madrid: Pirámide.

Mercer (1973b). The myth of 3% prevalence. En R.E. Eyman, C.E. Meyers y G. Tarjan (Eds). *Sociological studies in mental retardation*. Monografías de la American Association of Mental Deficiency.

Molina García, S (1994): *Deficiencia mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Granada: Ediciones Aljibe.

Nikerson, R.S, y cols. (1987): *Enseñar a pensar*. Barcelona, Paidós/MEC.

Novell, R. y Mendiya, L. (1994): Tratamiento farmacológico de los trastornos de conducta en el retraso mental. *Anales de Psiquiatría,* 10: 338-398.

O.M.S. (1968): *Organización de los Servicios para retrasados mentales.* OMS Serie de informes técnicos núm. 392.

Philips, I. y Williams, N. (1975): Psychopatology and mental retardation: A study of 100 mentally retarded children: I. Psychopatology. *American Journal of Psychiatry*, 132: 1265-1271.

Pérez Cobacho, J. y Prieto Sánchez, M.D. (1999*). Más allá de la integración: Hacia la escuela inclusiva.* Universidad de Murcia.

Prieto, M.D. (1985): *La modificabilidad estructural y el programa de Enriquecimiento Instrumental de Feuerstein.* Murcia: ICE Universidad de Murcia.

Reiss, S. (1985): The mentally retarded, emotionally disturbed adult. En M. Sigman (ed), *Children with dual diagnosis: Mental retardation and mental illness*. Florida: Grune an Stratton.

Reiss, S. (1990): Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal on Mental Retardation*, 94: 578-585.

editorialcepe.es

Reiss, S. y Benson, B.A. (1984): Awarness of negative social conditions among mentally retarded, emotionally disturbed outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 141: 88-90.

Reiss, S; Levitan, G.W. y Szyszko, J. (1982): Emotionally disturbed mentally retarded people: An underserved population. *American Psychologist*, 37 (4): 361-167.

Revuelta, A; García, L; Alonso, F. y cols. (1994): Trastornos psíquicos en el retraso mental: aspectos epidemiológicos, etiológicos y clínicos. *Anales de Psiquiatría*, 10 (5): 192-200.

Romero Ibarra, C. (1991): *Retraso mental en Navarra. Estudio epidemiológico, etiológico y preventivo*. Navarra: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.

Rutter, M; Tizard, J; Yule, W; Graham, P. y Withmore, K. (1976): Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6: 313-332.

Safer, D.J. y Allen, R.P.(1976): *Hyperactive children: Diagnosis and management*, Baltimore, Maryland, USA: University Park Press. (Traducción Ed.Santillana, 1979)

Salvador, L. (1995): *Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. Evaluación, tratamiento y servicios*. Barcelona: Ediciones en neurociencias.

Scheerenberger, Ph.D. (1984): *Historia del retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.

Stern, C. (1973): *Principles of Human Genetics*. San Francisco: Freedman. (Traduc. Madrid: Alhambra, 1979).

Szymanski, L.S. (1980): Psychiatric diagnostic evaluation of mentally retarded individuals. *Journal of American Academy of Child Psychiatric*, 16: 67-87.

Verdugo Alonso , M.A. (1989): *La integración personal, social y vocacional de los deficientes psíquicos adolescentes: elaboración y aplicación experimental de u programa conductual*. Madrid: MEC.

Verdugo Alonso, M.A. (1995): *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.

Verdugo Alonso, M.A. y Bermejo, B.G. (1999): *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Warren, S.A. (1987): Mental Retardation. En C.Reynolds y L.Mann (Eds). *Encyclopedia of Special Education*. Nueva York: John Wiley.

World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the consequences of disease*. Ginebra: Autor. (Trad.cast: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las consecuencias de la enfermedad (2ª ed.): Madrid: INSERSO, 1994).

World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Ginebra: WHO-OMS.

editorialcepe

11. PREGUNTAS DE REVISIÓN

De las siguientes preguntas de revisión, marca *V o F* según que consideres que la propuesta es *Verdadera* o *Falsa***.** Después puedes comprobar tus aciertos y errores buscando en las soluciones que se encuentran al final del libro, lo que te aproximará al conocimiento del capítulo y a valorar tus perspectivas.

N.º	*CUESTIONES*		
1	Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales.	V	F
2	Uno de los tres acontecimientos importantes producidos en el siglo XX, fue la definición de retraso mental por parte de la American Association on Mental Retardation (AAMR) en 1959.	V	F
3	Los tres criterios que considera la American Association on Mental Retardation (AAMR) que debe tener una persona para considerarse retrasado mental son: déficit en el funcionamiento intelectual, déficit en la conducta adaptativa y déficit en habilidades sociales (asertividad).	V	F
4	La clasificación etiológica del retraso mental se resume en cuatro grupos: factores biomédicos, sociales, conductuales y educativos.	V	F
5	El enfoque psicométrico pretende, a través de su metodología inductiva, encontrar relaciones de causa-efecto que expliquen la conducta observable de cualquier sujeto, siendo su objetivo principal cambiar la conducta retrasada.	V	F
6	El modelo cognitivo se centra en los efectos o repercusiones que el déficit intelectual que posee el niño deficiente puede tener sobre su aprendizaje (memoria, atención, simbolización, razonamiento...)	V	F
7	El modelo no deficitario se caracteriza por asumir que los problemas que posee el sujeto proceden de él mismo, es decir, el sujeto carece en su repertorio conductual de comportamientos sociales adecuados a cada situación debido a la vivencia de situaciones de aislamiento social, marginación o escasez de experiencias en ambientes sociales estimulantes.	V	F
8	Las personas con una deficiencia mental profunda no pueden valerse por sí mismas.	V	F
9	Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), una persona con retraso mental grave tiene un CI entre 20-25 y 35-40.	V	F
10	La Prevención Primaria se centra en detener el avance del trastorno o enfermedad en las primeras fases de su desarrollo una vez que ya se ha presentado en el sujeto, es decir, reducir los síntomas y combatirlos.	V	F

editorialcepe.es

En la búsqueda del «más allá» en la Educación Especial, se ha pasado de la integración del niño con discapacidad en el medio escolar, a un concepto más amplio que incluye a todos los alumnos con necesidades educativas especiales. La dispersión en el intento, loable pero diluido, de atender a todos y cada uno de forma diferenciada, está llevando a una atención «igualitaria» a cada persona con discapacidad.

Esta publicación atiende sólo y exclusivamente a la Discapacidad Intelectual, desde diferentes coordenadas y teniendo como objetivo realizar una aproximación al mundo de la persona con Discapacidad Intelectual, analizando las características de los alumnos, sus posibilidades educativas y los procedimientos más actuales de intervención.

Profesores de diferentes departamentos y distintas universidades, inspectores de educación, maestros de Pedagogía Terapéutica, Logopedas, Psicólogos y Pedagogos pertenecientes a Equipos de Orientación, dan al presente libro la perspectiva multidisciplinar necesaria para lograr el objetivo propuesto, que no es otro que el de contribuir al conocimiento de los diferentes aspectos que inciden en la Discapacidad Intelectual (psicológicos, evolutivos, diagnósticos, pedagógicos, adaptativos...) para que desde la intervención psico-socio-educativa se pueda verdaderamente mejorar la calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual.

GENERAL PARDIÑAS, 95
28006 MADRID - ESPAÑA
TEL.: 91 562 65 24
FAX: 91 564 03 54
E-mail: clientes@editorialcepe.es
www.editorialcepe.es

ISBN: 84-7869-401-3

10. COLECCIÓN PROPUESTAS CURRICULARES

editorialcepe.es