

TEMAS DE INTERÉS

DISCAPACIDAD INTELECTUAL



CENTRO PREESCOLAR DE EDUCACIÓN ESPECIAL

para niños y niñas entre 3 – 8 años de edad
con necesidades educativas especiales

- educación integral grupal en sala
- estimulación del lenguaje y comunicación
- fisioterapia y asesoría educativa.

Lunes a viernes de 8:00 a 12:30



Calle Ismael Vásquez 822 esquina Av. Papa Paulo
www.fundacioncompartir.net/educacionespecial
educacionespecial@fundacioncompartir.net
Teléfono: 4530644
Cochabamba



DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Lo que anteriormente se conocía como retraso o retardo mental se denomina actualmente discapacidad intelectual. Este es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento intelectual y en destrezas tales como aquéllas de la comunicación, cuidado personal y destrezas sociales. Estas limitaciones causan que el niño aprenda y se desarrolle más lentamente que un niño típico.

Hoy en día, hasta 3 niños de cada 100 reciben este diagnóstico en algún momento de sus vidas. El 25 % de estos estarán tan gravemente retrasados que su estado podrá diagnosticarse al nacer o en la infancia.

Algunos autores indican que alrededor del 1% de la población tendría una discapacidad intelectual; mientras que otros aseguran que en Estados Unidos se estima que el 3 % de la población tiene retraso mental. En todo caso, las estadísticas muestran que una gran cantidad de personas en el mundo lo presentan, por lo que no es posible ignorar esta problemática.

1. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

Existe dificultad de elegir una terminología adecuada que permita determinar qué es una persona que tiene reducidas o limitadas sus capacidades intelectuales. Solían utilizarse (aún vigentes en algunos países) denominaciones como: oligofrenia, subnormal, débil mental, disminuido, etc.

El término “discapacidad intelectual” se utiliza para designar una gran variedad de condiciones físicas y mentales. Estas personas varían en cuanto a capacidad intelectual, desde el profundamente retrasado hasta el levemente retrasado. Hay personas con discapacidad intelectual que padecen, asimismo, deficiencias físicas. Pueden tener graves problemas emocionales, mientras que otras se hallan notablemente bien adaptadas. Habrá quienes necesitan ayuda y protección durante toda su existencia y quienes consigan llevar una vida adulta independiente.

A lo largo de la historia existieron diferentes definiciones sobre retardo mental y diversidad de criterios que se emplearon para definirlo. Esto porque la discapacidad intelectual no es una enfermedad específica o síndrome, por el contrario, es un concepto indeterminado, complejo e indefinido, reflejándose en el hecho de que el concepto es usado para describir a un grupo de personas extremadamente heterogéneo, que difieren entre sí enormemente en grados de complejidad y efectos en su tratamiento.



La definición más ampliamente utilizada y aceptada en décadas anteriores, es la publicada en 1977 por la American Association of Mental Deficiency (A.A.M.D.):

“El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general situado significativamente por debajo de la media y que coincide con los déficit en el comportamiento adaptativo, manifestándose durante el periodo evolutivo (se sitúa el tope superior de la etapa evolutiva en los 18 años).“

Existen otros criterios que pueden sumarse a los expuestos:

- **Criterio conductista** = Ponen énfasis en la contribución del ambiente a la discapacidad intelectual. El déficit mental es un déficit de conducta que ha de interpretarse como producto de la interacción de cuatro factores determinantes: factores biológicos del pasado (genéticos, prenatales, perinatales, postnatales); factores biológicos actuales (drogas o fármacos, cansancio o stress); historia previa de interacción con el medio (reforzamiento); y condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos actuales.
- **Criterio pedagógico** = El niños con discapacidad intelectual sería aquel sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por tanto tiene unas necesidades educativas especiales, es decir necesita de unos apoyos y de unas adaptaciones del curriculum que le permitan seguir el proceso de enseñanza ordinaria.

Por todo lo anteriormente señalado, se puede precisar que anteriormente el llamado “retraso mental” se diagnosticaba observando primordialmente dos cosas:

- La habilidad del cerebro de la persona para aprender, pensar, resolver problemas y darle sentido del mundo (funcionamiento intelectual); y
- Si acaso la persona tiene las destrezas que él o ella necesita para vivir independientemente (conducta o funcionamiento adaptativo).

El funcionamiento intelectual, cómo ya se indicó antes, puede ser medido por medio de una prueba de coeficiente de inteligencia. Para medir la conducta adaptativa, los profesionales estudian lo que el niño puede hacer en comparación a otros niños de su edad. Ciertas destrezas son importantes para la conducta adaptativa, como ser:

- Las destrezas de la vida diaria, tales como: vestirse, ir al baño, y comer.
- Las destrezas para la comunicación, tales como comprender lo que se dice y poder responder.
- Destrezas sociales con los compañeros, miembros de la familia, adultos, y otras personas.



Actualmente se busca usar, a nivel mundial, el término de discapacidad intelectual, la cuál

... se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (AAIDD, 2011).

Las cinco premisas siguientes son fundamentales para la aplicación de esta definición:

- Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
- Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
- En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
- Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
- Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará.

2. CAUSAS Y FACTORES

El cerebro es un conjunto de células extraordinariamente especializadas y organizadas en disposiciones tridimensionales y conexiones. La discapacidad intelectual debe ser vista como un síndrome causado por una lesión permanente e irreversible en esa estructura. El desarrollo psicológico que alcanzará el niño dependerá del tipo de neuronas de la corteza cerebral que hayan sido lesionadas.

En la mayoría de los casos se desconoce la causa, pero existen muchos factores, tanto hereditarios como ambientales, que pueden causar o contribuir a esta condición. Se han identificado hasta la fecha más de 200 causas de discapacidad intelectual. Estas solamente explican la cuarta parte de todos los casos conocidos, quedando aún muchas causas por determinar. De todos modos, es importante tomar precauciones que permitan prevenir, atenuar o modificar los factores de riesgo conocidos. Las causas se dividen en:

1) Factores Genéticos.

I. Síndromes debidos a las aberraciones cromosómicas.

- a) Aberraciones relativas a los autosomas



- Síndrome de Down (trisomía 21). Es la causa de retraso mental moderado y grave más difundida. Del 10 al 15% de estos presentan esa aberración. Consiste en un cromosoma 21 supernumerario, o trisomía 21. La incidencia de este síndrome en una población normal es de un caso por cada 660 nacimientos. En el 90% de los casos la presencia de 3 cromosomas 21 es el resultado de una distribución cromosómica errónea en la formación del espermatozoide o del óvulo. La probabilidad de ausencia de disyunción crece con la edad de la madre. El riesgo de tener niño con síndrome de Down pasa de 1 sobre 1500 por debajo de los 30 años a 1 sobre 130 entre 40 y 44 años. Otros dos tipos de aberraciones son el mosaicismo y la traslocación, que aparecen con un 5% de probabilidad.

- Síndrome del maullido (“cri du chat”). Se trata de una destrucción del cromosoma cinco, rara y asociada casi siempre a un retraso grave y profundo.

b) Aberraciones que afectan a los cromosomas sexuales.

Se caracterizan por una variedad de grados de impedimentos relativamente poco pronunciados. Los más frecuentes son el síndrome de Turner (caracterizado por una talla pequeña y por trastornos en el desarrollo sexual) y el síndrome de Klinefelter (acompañado en los varones por un hipogonadismo).

II. Síndromes debidos a alteraciones de los genes dominantes.

La mayor parte de estos síndromes son raros. Buen número de los individuos afectados mueren durante la vida intrauterina o antes de ser capaces de procrear. Entre estos tenemos, la esclerosis tuberosa (acompañada de retraso mental grave y de tumores fibrosos cutáneos), la neurofibromatosis (caracterizada por tumores de los nervios y de la piel), el síndrome de Sturge Weber (afecciones vasculares faciales y cerebrales con calcificación intracraneana), el síndrome de Alpert (acrocefalia, exoftalmia y hipertensión intracraneana).

III. Síndromes debidos a las alteraciones de los genes recesivos.

a) Trastornos metabólicos. Tales desordenes se caracterizan por una ausencia parcial o total de enzimas específicas, necesarias para la transformación de aminoácidos. Las más conocidas son:

- La fenilcetonuria. Se caracteriza por una excreción anormal de ácidos fenilperubico en la orina. La incidencia de este trastorno es de un caso sobre aproximadamente 15.000 nacimientos.

- La galactosemia. Se caracteriza por un desorden a nivel de metabolismo de glucidos: la encima que transforma la galactosa en glucosa está ausente. El recién nacido no puede metabolizar la galactosa: el resultado es una acumulación tóxica de un derivado de la galactosa a nivel de cerebro, hígado y otros tejidos.



- Síndrome de Tay - Sachs. Es un trastorno en el metabolismo de los lípidos: los sujetos acumulan cantidades anormales de lípidos no transformados a nivel celular. La incidencia de este trastorno es rara. Clínicamente el síndrome aparece hacia la edad de 6 meses acompañado de dificultades de alimentación, hipotonía, espasticidad y trastornos visuales. En general el desenlace del síndrome es fatal hacia los tres años.

- El síndrome de Lesch - Nyhan. Consiste en una acumulación de ácido úrico en la sangre y en las diversas partes del cuerpo, en que se aglutina en forma de cristales. Las anomalías más precoces son: pérdida del equilibrio y del tono, movimientos anormales. La característica general es la presencia de comportamientos de automutilación muy graves.

b) El hipotiroidismo. Trastorno congénito que afecta a la síntesis y funcionamiento de la hormona tiroidea; el déficit se instala generalmente intra-útero o al nacer, implicando trastornos de desarrollo cerebral.

c) La microcefalia. Consiste en la relación muy importante del perímetro del cráneo, invariablemente acompañada de un retraso mental grave o profundo.

2) Factores ambientales.

Se suelen diferenciar siguiendo un orden temporal: antes, durante y después del nacimiento.

I. Causas prenatales. Una serie de factores operan durante la vida intrauterina, pudiendo tener consecuencias dramáticas sobre el desarrollo de un niño.

a) La toxoplasmosis. Es una infección causada por un protozoo que en el adulto no comporta ninguna consecuencia, mientras que, el feto es sensible a la enfermedad, que se caracteriza por una inflamación de la retina, una calcificación cerebral, la presencia de hidrocefalia y un incremento del tono muscular.

b) La sífilis congénita. Se caracteriza por trastornos durante el embarazo y por anomalías en el niño: retraso, ceguera, sordera, epilepsia y parálisis.

c) La rubéola. La sintomatología es característica y está siempre dominada por los trastornos de audición: afección de los receptores visuales, trastornos permanentes de crecimiento y lesiones óseas.

d) La irradiación. La exposición masiva a los rayos X al comienzo del embarazo está claramente establecida como uno de los factores responsables del retraso.

e) La incompatibilidad de Rhesus. La formación de anticuerpos en la madre da como resultado una incompatibilidad sanguínea entre la madre (Rh -) y en el feto (Rh +). Comporta en el feto lesiones de ganglios de la base y otras partes del cerebro. Los recién nacidos afectados presentan una amarillez notable al nacer, y los supervivientes discapacidad intelectual, desde retraso profundo a la normalidad inferior.



f) Drogas. La absorción de sustancias químicas en forma de medicamentos y de productos alimenticios, así como las diferentes formas de contaminación, son endémicas en las sociedades industriales. No es posible determinar con precisión las consecuencias de la absorción de un gran número de compuestos químicos, antes o durante el embarazo.

II. Causas perinatales. Los dos acontecimientos principales que en el alumbramiento pueden relacionarse con la discapacidad intelectual son el traumatismo cerebral debido a causas mecánicas (fórceps, ventosas, etc.) y la anoxia (falta de oxígeno).

III. Causas postnatales. Gran número de sucesos anormales y enfermedades que tienen su origen en el entorno posterior al alumbramiento pueden ser responsables de un cierto grado de discapacidad intelectual.

Entre las causas postnatales se tienen: la meningitis tuberculosa, las meningitis y las encefalopatías y las lesiones cerebrales. En los últimos años se ha intensificado el envenenamiento por el plomo, que produce: retraso mental, parálisis de miembros y la ceguera asociada a una atrofia óptica.

Según la Enciclopedia Práctica de la Psicología, la desnutrición también se considera una causa importante de discapacidad intelectual, por los graves efectos de esta sobre el desarrollo intelectual. Las deficiencias nutritivas son especialmente dañinas durante el periodo de mayor desarrollo cerebral, que en los seres humanos ocurre entre el quinto mes antes del nacimiento y el décimo después del mismo.

3. SÍNDROMES ASOCIADOS

A) Trastornos psiquiátricos.

Existe mucha confusión sobre las relaciones entre síndromes psiquiátricos que habitualmente se dan durante la infancia y la discapacidad intelectual. El autismo infantil precoz ilustra el debate centrado en las relaciones entre impedimento intelectual e inadaptación emocional.

- Características del autismo. Síndrome de Kanner. Las manifestaciones anormales de comportamiento son muy precoces, por lo general entre los 6 y los 12 meses. Es casi imposible hacer el diagnóstico del autismo, los padres son los que identifican en primera instancia comportamientos anormales en sus niños con este problema. Estos comportamientos adquieren toda su importancia entre la edad de 1 a 5 años. Los principales son: retraso importante a nivel de lenguaje expresivo, utilización estereotipada de los objetos, respuestas de perseveración en el empleo de ciertas modalidades sensoriales, movilización estereotipada de los miembros y en particular en las manos y acentuación del encogimiento, anomalías de la exploración visual y déficit del control motor. La frecuencia del autismo se estima en 4/5 casos por cada 10.000.



B) Lesiones cerebrales. Entre ellas se tienen:

- La parálisis cerebral. Es una categoría que engloba un grupo heterogéneo de trastornos categorizados por un mal funcionamiento motor y cuyo origen es una afección cerebral ocurrida en el nacimiento o durante los primeros meses de vida. Alrededor del 65% de los niños paráliticos cerebrales tienen uno o varios miembros inmovilizados de un modo rígido por contracciones musculares constantes. Otro grupo con alrededor de un 30% de los casos, presentan anomalías de tipo de actividad motriz. En una revisión exhaustiva de las relaciones entre parálisis cerebral y discapacidad intelectual se concluye que del 40 al 50 % de los individuos con parálisis cerebral la tienen. Entre estos un 5% alcanza CI's situados entre 70 y 90, clasificándose el resto en la medida normal o por encima de la misma.
- Afecciones del tubo neuronal. Distintos déficits embrionarios pueden afectar al sistema nervioso central a nivel del cerebro o de la médula espinal. La anencefalia consiste en la interrupción del desarrollo y en una degeneración del cerebro anterior.
- Otra afección con su origen in útero, ya sea causada por un traumatismo o por una enfermedad infecciosa, es la hidrocefalia, que consiste en un crecimiento anómalo del volumen de líquido cefaloraquídeo (LCR) intracerebral. Una deficiencia en el cierre de la columna vertebral a nivel lumbar o torácico ocasiona la formación de un mielomeningocele o presencia externa de la médula y de las meninges.

4. PRONÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

Una vez que se produce la discapacidad intelectual, por lo general ésta es irreversible. Es necesario llegar a un diagnóstico precoz para poder determinar una educación de tipo terapéutico así como una planificación a largo plazo. La inteligencia inferior a la normal puede ser identificada y - a veces - cuantificada mediante pruebas de inteligencia y sesiones de observación de la conducta, desenvolvimiento y desarrollo del niño.

Aún existiendo distintos criterios para determinar los grados de afectación de la deficiencia mental es el criterio psicométrico el que se ha impuesto durante mucho tiempo, utilizándose el C.I. (cociente o coeficiente intelectual) para la clasificación de la discapacidad intelectual.

- Las funciones intelectuales, en general, se definen como el grado de efectividad con lo cual el individuo hace frente a las normas de una independencia personal y responsabilidades sociales. Es una habilidad que capacita a la persona para aprender, recordar informaciones y usarlas apropiadamente solucionar problemas, adquirir y emplear el lenguaje, expresar bien sus razonamientos, encontrar similitudes y diferencias, adaptarse a diferentes situaciones, etc. Las diferencias intelectuales en la población se deben a factores genéticos y ambientales, pero también factores físicos y psicológicos pueden influenciar en el desarrollo de la inteligencia.



* Las pruebas (tests) de inteligencia son procedimientos para medir la capacidad intelectual y la conducta del individuo; y contribuye a hacer objetiva la comprensión intuitiva del estado mental presente y futuro de la persona. Los tests de inteligencia más comunes son: Binet y Wechsler, de Catell, de Kuhlman y el de Bayley. Es importante recalcar que se pueden dar usos y abusos de estos tests de inteligencia, cuyas implicaciones son incalculables para las personas diagnosticadas. Se recomienda usar reconocidos instrumentos psicológicos y cotejar los resultados con otros instrumentos. Además, es imprescindible realizar una observación permanente de las reacciones y comportamientos del individuo en diversas situaciones, tanto de laboratorio como en la vida diaria. No se debe olvidar que los datos obtenidos no son siempre correctos ni inalterables, sino solo parámetros para facilitar la labor educativa.

* El resultado de las pruebas de inteligencia es el cociente de inteligencia (C.I.), resultado de dividir la E.M. (edad mental) entre la E.C. (edad cronológica) y multiplicarlo por 100.

Ateniendose al C.I. se habla de cinco niveles o grados de deficiencia mental propuestos en décadas anteriores por la Asociación Americana para la Deficiencia Mental y la Organización Mundial para la salud.

RETARDO MENTAL	CI
Límite o borderline	68 - 85
Leve o ligero	52 - 68
Medio o moderado	36 - 51
Severo	20 - 35
Profundo	inferior a 20

1) **Deficiencia mental límite o borderline.** Este nuevo grupo se ha introducido recientemente y existen discrepancias al respecto. En la realidad no puede decirse que sean deficientes mentales, ya que son niños con muchas posibilidades, que tan solo manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje. Aquí podrían incluirse muchos sujetos de ambientes socioculturales deprimidos.

2) **Deficiencia mental ligera.** Es un grupo mayoritario de personas con discapacidad intelectual, no claramente deficientes mentales y la mayoría de las veces de origen cultural, familiar o ambiental. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación, y tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras. Es en la escuela donde se detectan sus limitaciones intelectuales, porque suelen tener dificultades en el aprendizaje de las técnicas instrumentales. Pueden llegar a alcanzar un nivel escolar de ciclo medio. En su ambiente familiar y social no suelen presentar problemas de adaptación.



3) **Deficiencia mental moderada o media.** Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social, teniendo más dificultad en la adquisición de estos últimos. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral, pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Presentan un aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las habilidades pretecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo. Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales (lectura, escritura y cálculo).

4) **Deficiencia mental severa.** Generalmente necesitan protección o ayuda, ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral siempre será muy pobre. Puede adiestrarse en habilidades de autocuidado básico y pretecnologías muy simples.

5) **Deficiencia mental profunda.** Este grupo presenta un grave deterioro en los aspectos sensoriomotrices y de comunicación con el medio. Son dependientes de los demás en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas. Excepcionalmente tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos simples de autoayuda.

5. TRATAMIENTO

El pediatra, el neurólogo u otro profesional, con la asistencia de varios especialistas, desarrolla un programa completo e individualizado para el niño o niña con discapacidad intelectual. Un niño con retraso en su desarrollo, debe participar en un programa de intervención precoz tan pronto se le diagnostique la discapacidad intelectual. El apoyo emocional de la familia es parte integral del programa.

Un niño con discapacidad intelectual suele vivir mejor en su casa, como cualquier otro niño. Si bien es difícil tener en el hogar un niño con discapacidad intelectual, raramente es la causa principal de discordia dentro de una familia. De todos modos, la familia necesita apoyo psicológico y también puede requerir ayuda para el cuidado diario del niño. Esta clase de ayuda puede provenir de centros de cuidados diurnos, de una niñera, de programas preescolares y escolares.

El nivel de competencia social es tan importante como el coeficiente intelectual a la hora de determinar hasta qué punto la discapacidad intelectual limitará al niño. Ambos representan grandes problemas para los niños que se encuentran en la escala más baja del coeficiente intelectual. Para los niños con coeficientes intelectuales más altos, otros factores (como los impedimentos físicos, los problemas de personalidad, la enfermedad mental y las habilidades sociales) pueden determinar el grado de cuidados que se necesitan.



6. CONSEJOS PARA PADRES

- Aprenda más sobre la discapacidad intelectual. Mientras más sabe, más puede ayudarse a sí mismo y a su niño.
- Anime a su niño o niña a ser independiente. Por ejemplo, ayúdele a aprender las destrezas para el cuidado diario, tales como: vestirse, comer sólo, usar el baño, etc.
- Déle tareas a su niño. Tenga en mente su edad, su capacidad para mantener atención y sus habilidades. Divida las tareas en pasos pequeños. Por ejemplo, si la tarea de su niño es de poner la mesa, pídale primero que saque la cantidad apropiada de servilletas. Después pídale que ponga una servilleta en el lugar de cada miembro de la familia en la mesa. Haga lo mismo con el servicio, uno por uno. Explíquele lo que debe hacer, paso por paso, hasta que termine el trabajo. Demuestre cómo hacer el trabajo. Ayúdele cuando el o ella necesite ayuda.
- Averigüe cuáles son las destrezas que está aprendiendo su niño en el centro preescolar o la escuela. Busque maneras de aplicar aquellas destrezas en casa. Por ejemplo, si el maestro está repasando una lección sobre el dinero, lleve su niño al supermercado. Ayúdele a contar el dinero para pagar la cuenta. Ayúdele a contar el cambio.
- Busque oportunidades dentro de su comunidad para actividades sociales, tales como: los Boy Scouts, deportes, música, teatro, etc. Esto ayudará a su niño a desarrollar destrezas sociales y a divertirse.
- Hable con otros padres cuyos niños tienen discapacidad intelectual. Los padres pueden compartir consejos prácticos y apoyo emocional.
- Reúnase con el centro de apoyo, la institución preescolar o la escuela; para desarrollar un plan educacional para tratar las necesidades de su niño. Manténgase en contacto con los maestros de su niño. Ofrezca apoyo. Averigüe cómo puede apoyar el aprendizaje de su niño en casa.

Resumen: Mgr. Elke Berodt - Julio 2008

Actualizado: Octubre 2014