

EL NIÑO CON DEFICIENCIA INTELECTUAL.

1. Terminología.

La Asociación Norteamericana para el estudio del Retraso Infantil (ANERI) describe la deficiencia mental como "un funcionamiento intelectual por debajo de lo normal que se manifiesta durante el periodo evolutivo y que está asociado con un desajuste del comportamiento".

Según la organización Mundial de la Salud (OMS) los deficientes mentales son individuos con una capacidad sensiblemente inferior a la media, que se manifiesta en el curso de su desarrollo y se asocia a una clara alteración de los comportamientos adaptativos (maduración, aprendizaje o ajuste social).

2. Clasificación:

Grados de intensidad según la media de intensidad en función del déficit intelectual:

A) Según la Organización Mundial de la salud:

Clasificación psicopedagógica de la deficiencia mental	
Límites	80 - 90
Ligeros	70 - 80
Medios	50 - 70
Severos	25 - 50
profundos	0 - 25

B) Según Weschler y Stanford-Binet:

Grados	Weschler (CI)	Stanford-Binet (CI)
Leve	55 - 69	52 - 67
Moderado	40 - 54	36 - 51
Severo	25 - 39	20 - 35
Profundo	24 o menos	19 o menos

3. Causas del retraso mental.

a) Condiciones genéticas. A veces el retraso mental es causado por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen síndrome de Down, síndrome X frágil.

b) Problemas durante el embarazo. Retraso mental puede resultar cuando el bebé no se desarrolla apropiadamente dentro de su madre. Por ejemplo, puede haber un

problema con la manera en la cual se dividen sus células durante su crecimiento. Una mujer que bebe alcohol o que contrae una infección como rubéola durante su embarazo puede también tener un bebé con retraso mental.

c) Problemas al nacer. Si el bebé tiene problemas durante el parto, como, por ejemplo, si no está recibiendo suficiente oxígeno, él o ella podría tener retraso mental.

d) Problemas de la salud. Algunas enfermedades tales como tos convulsiva, varicela, o meningitis pueden causar retraso mental. El retraso mental puede también ser causado por malnutrición extrema (por no comer bien), no recibir suficiente cuidado médico, o por ser expuesto a venenos como plomo o mercurio. El retraso mental no es una enfermedad. No se lo puede contraer de otras personas. El retraso mental no es un tipo de enfermedad mental, como la depresión. No hay cura para el retraso mental. Sin embargo, la mayoría de los niños con retraso mental pueden aprender a hacer muchas cosas. Sólo les toma más tiempo y esfuerzo que a los otros niños.

4. Características:

- a) Dificultad de percepción: dificultad para interpretar sus experiencias de forma adecuada. Perciben las cosas pero carecen de sentido para ellos.
- b) Perseverancia: suelen mantener comportamientos rígidos para resolver conflictos o adoptar criterios.
- c) Dificultades de atención.
- d) Conductas impulsivas.
- e) Dificultades para la comunicación verbal.
- f) Problemas emocionales: necesidad de crear climas armónicos y desprovistos de sobresaltos.

Retraso mental leve (CI entre 50-69):

Esta categoría constituye la mayoría de los retrasados mentales (aproximadamente el 85%). En el período preescolar adquieren las habilidades sociales y de comunicación y no muestran deterioro en las actividades motoras o el déficit es pequeño (Martin, B. 1985). A menudo no se distinguen de los niños normales sino hasta años después. Su inteligencia subnormal se manifiesta en los años escolares, ya que tienden a retrasarse respecto a su grupo de edad. Si perseveran están en condiciones de aprender los conocimientos académicos, alcanzando en la adolescencia un desarrollo intelectual equivalente al de sexto grado (DSM-IV, 1995). Durante su vida adulta suele aprender los conocimientos vocacionales indispensables para lograr independencia económica.

Retraso mental moderado (CI entre 35-49):

Este grupo constituye alrededor del 10% de los retrasados mentales. Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también está retrasada, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente (CIE-10, 1992). Aprovechan poco la enseñanza escolar, pero si reciben clases especiales pueden aprender lo esencial de escritura, lectura y cálculo; y aprender otras destrezas sociales y ocupacionales (Martín, B. 1985). En la adultez rara vez obtienen independencia total, pero suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos si las tareas son estructuradas y se les supervisa de modo adecuado. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples (CI-10, 1992). En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocerse una etiología orgánica.

Retraso mental grave (CI 20-34):

Este grupo incluye el 3-4% de los individuos con retraso mental. Es muy similar al retraso mental moderado. Hay un desarrollo motor anormal, un nivel mínimo del habla y muy a menudo deformidades físicas. Aprovechan menos la instrucción escolar comparados con los de retraso mental moderado, aunque con el tiempo pueden aprender palabras y frases sencillas, así como hábitos de higiene y arreglo personal. En la edad adulta aprenden a ejecutar tareas ordinarias, pero necesitan completa supervisión y apoyo económico (Martín B, 1985).

Retraso mental profundo (CI inferior a 20)

Este grupo incluye aproximadamente el 1-2% de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica el retraso mental (DSM-IV, 1995). Durante los primeros años de la niñez desarrollan alteraciones del funcionamiento sensoriomotor bastante graves, por lo que su movilidad es muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Requieren de ayuda adulta y supervisión constantes.

Es importante destacar en primer lugar, la necesidad de ciertas habilidades de disposición o también llamados: pre-requisitos para poder acceder a la línea de partida de cualquier aprendizaje.

Estas habilidades son la base: establecer un contacto ocular, habilidades de autonomía personal, responder a órdenes muy sencillas, reducir o eliminar conductas problemáticas o perturbadoras del aprendizaje, mirar y escuchar, habilidades de imitación motriz, etc.

A modo de especificación, podríamos decir que los niños/as que presentan deficiencia mental tienen alteraciones del lenguaje, ya sea en el aspecto: fonológico, sintáctico, pragmático y semántico.

-Fonológico:

- Desarrollo fonológico atemporal, incompleto y con errores articulatorios. Presentan trastornos de: dislalias, taquilalia, disfemia, etc.
- Baja discriminación fonética.
- Será necesario, según el caso: potenciar la movilidad y elasticidad labial, lingual, etc. También hacer correcciones de los fonemas a través de juegos, canciones infantiles, reconocimiento de objetos e imágenes, onomatopeyas, etc.

-Sintaxis:

- Alteraciones en la adquisición como en el uso de morfemas gramaticales: género (masculino/femenino), número (singular/plural), concordancia (un, una, unos, etc.), conjunciones ("y", "o"), posesivos (mío, suyo, tuya...), etc.
- No son frecuentes las creaciones de frases complejas. Limitación en la conjugación de formas verbales.
- Construcciones ecológicas.

-Semántica:

- Presentan un vocabulario comprensivo y expresivo reducido. Desarrollo lexical lento.
- En determinadas ocasiones presentan verborrea.
- Será necesario abordar los campos semánticos (subgrupo de frutas, verduras, animales domésticos, animales salvajes, juguetes, etc.) Además se puede trabajar la familia de palabras (por ejemplo: pan, panadero, panadería...)
- Se deberá trabajar en forma continua, la exploración de los objetos de uso cotidiano, a partir de un abordaje plurisensorial.

-Pragmática:

- Menos proclives a situaciones conversacionales, por la poca relevancia que conceden a la intencionalidad lingüística del entorno próximo.
- El uso del lenguaje es el objetivo final de la intervención y la pauta para medir su eficiencia.
Se deberá trabajar el uso de la cortesía (dar las gracias, por favor, buenos días, etc.), verbalizar necesidades, intenciones, deseos, etc.

5. Anormalidades cromosómicas:

Esta es una de las categorías más importantes de síndromes orgánicos relacionados con el retraso mental moderado. Todos los seres humanos poseen 46 cromosomas en cada célula de su cuerpo, los cuales se pueden dividir en 23 pares. Algunas veces un individuo nace con algo más que la dosis normal de cromosomas, generalmente con 47, otros con 48 o más, o a veces con 45. La presencia de estos cromosomas adicionales da como resultado varias anormalidades, entre la más común se tiene la inteligencia deficiente (Ingalls, R. 1982).

Síndrome Down (mongolismo): Es el síndrome de anormalidades cromosómicas que con mayor frecuencia causa el retraso mental (ya sea moderado, grave o profundo). Estos niños rara vez tienen un CI mayor a 50. Este síndrome se debe a una anormalidad cromosómica debido a la presencia de un par más de cromosomas (47 en total). Durante la primera etapa del desarrollo del óvulo, ambos cromosomas del 21 par no se llegan a separar, por lo cual este vigesimoprimer par de cromosomas tendrá tres cromosomas en lugar de dos. Este fenómeno se llama trisomía 21 (Davison y Neale, 1980). La presencia de un cromosoma adicional completo significa que no existe ningún defecto cualitativo específico del metabolismo; en cambio, parece que existen muchas diferencias cuantitativas en la química del cuerpo como, por ejemplo, un aumento de gamma globulina y una disminución de albúmina y de calcio en la sangre (Ingalls, R. 1982). El cerebro tiende a conservar los patrones embrionarios en las circunvoluciones, y el cerebelo y el tallo cerebral son desproporcionadamente pequeños. Las células ganglionares de la tercera capa cortical son escasas y se encuentran dispersas en forma irregular. Se ha publicado también que hay cambios anormales de la hipófisis, el tiroides y las glándulas suprarrenales (Noyes, A. 1975)

6. NEE.

Ámbito cognitivo. Necesidad de:

- Mantener la atención durante periodos de tiempo cada vez más prolongados.
- Percibir e integrar la información sensorial centrándose en los aspectos relevantes.
- Organizar y retener la información en su memoria.
- Trabajar la capacidad de simbolización y abstracción.
- Generalizar los aprendizajes.

Ámbito afectivo-social. Necesidad de:

- Adquirir habilidades básicas que permitan integrarse en el medio.
- Potenciar la relación con sus compañeros.
- Informar, formar e implicar a la familia.
- Controlar los cambios de humor.

- Controlar su agresividad (contra sí mismo y contra los demás) en caso de que la tenga.
- Mejorar su auto-concepto.
- Trabajar la autonomía.
- Controlar sus posibles conductas sociales inapropiadas (desnudarse en público, mostrarse excesivamente cariñosos con extraños, robar o acumular posesiones, mentir, gritar obscenidades,...)

Ámbito motor. Necesidad de:

- Coordinar los elementos corporales para facilitar movimientos más armónicos.
- Trabajar el equilibrio estático y dinámico.
- Afianzar su esquema corporal.

Ámbito comunicativo-lingüístico. Necesidad de:

- Expresarse oralmente de forma adecuada.
- Emplear un SAAC en caso necesario.

7. Respuesta educativa.

A NIVEL DE CENTRO.

- Desde el PEC se facilitarán todos los recursos personales, materiales y organizativos necesarios.

En los elementos personales.

- Se favorecerá la flexibilidad en la organización del centro y en la coordinación de las actividades.
- La coordinación entre el tutor y todos los especialistas que atienden al niño deberán favorecer la máxima participación del niño en las actividades del grupo.
- Todos los profesionales del centro deberán conocer, respetar y valorar las peculiaridades de la DM.
- Se reflejará en el RRI normas de convivencia que favorezcan la integración.
- Se establecerán coordinaciones con otras instituciones educativas, laborales, sanitarias,... para responder a las NEE del alumno.
- Se favorecerá y estimulará el proceso de aceptación del déficit por parte del alumno.

En los elementos materiales y su organización.

- Se incorporarán al centro los recursos necesarios para ofrecer una respuesta educativa de calidad a los alumnos con DM.

- Los materiales serán adecuados a las características del alumno que no diferirán mucho del resto de sus compañeros.
- Será importante la ubicación del alumno en el aula, evitando las distracciones que dispersen su atención.
- Será necesario ajustar el material escrito al nivel del lenguaje del alumno, a la edad del alumno; realizar las adaptaciones necesarias referidas al vocabulario y a la morfosintaxis.

En los elementos de acceso al currículo.

- Sobre los objetivos y los contenidos se realizarán distintas adaptaciones curriculares que quedarán recogidas en el PEC, en la PA o en la ACIS según el caso. Así se introduce, se priorizan, se reformulan, se temporalizan e incluso se eliminan objetivos o contenidos con la finalidad de ajustar mejor la respuesta educativa al alumno.
- Se priorizarán objetivos y contenidos referidos a los aspectos funcionales del lenguaje, al aprendizaje de la lecto-escritura, etc.
- En cuanto a la metodología, será necesario utilizar técnicas de encadenamiento hacia atrás, la enseñanza incidental y/ o la dramatización. Será necesario en algunos casos actuar de forma directiva, poniendo límites a la conducta de los niños y utilizando refuerzos inmediatos sin obviar la posibilidad de castigos (economía de fichas, programas de modificación de conducta,...)

A NIVEL DE AULA.

- La actuación educativa debe guiarse por los mismos principios de intervención educativa que se llevan a cabo con el resto del alumnado.
- Se fomentará la participación activa de los alumnos y el aprendizaje colaborativo que favorezcan las relaciones sociales.
- Se trabajará la autoestima.
- Se realizarán actividades para desarrollar el conocimiento de aptitudes de cada uno, de respeto a las diferencias.
- Respecto a la relación con los demás alumnos, se deberá evitar actitudes sobreprotectoras, de la misma forma que se debe tener presente el agrupamiento y la flexibilidad de los alumnos.

A NIVEL INDIVIDUAL.

Dadas las características del alumno y siguiendo la Orden de 16 de julio de 2001, el alumno llevará una ACIS (si la lleva), por lo que recibirá atención por parte del maestro de PT y del de A y L una hora semanal.

A NIVEL FAMILIAR.

Es importante que el ambiente familiar en el que se desarrolla el niño sea un ambiente afectivo y de apoyo para favorecer evolución de su lenguaje.

Será muy necesaria la participación de la familia, su implicación en proceso educativo de su hijo.

Evaluación.

Aunque es conveniente realizar una evaluación del desarrollo intelectual, proporciona resultados escasamente útiles para fundamentar los principios de intervención, al menos los resultados globales. Es importante realizar una evaluación completa del lenguaje, lo que exigirá el empleo de pruebas estandarizadas y de protocolos y grabaciones en situaciones naturales, para saber la forma en la que estos niños usan el lenguaje en sus interacciones cotidianas.

Como ya se ha mencionado, para diagnosticar el retraso mental no sólo debe tomarse en cuenta el CI del individuo, sino también su comportamiento adaptativo y el inicio del trastorno. Por esto mismo, para poder detectarlo, se deben recurrir a aquellos instrumentos que evalúen estas áreas y nos permitan diagnosticar el retraso mental y su nivel. De esta forma, hay instrumentos que miden el CI y otros que evalúan el comportamiento adaptativo. Antes de explicar cada uno de los instrumentos, es pertinente señalar que no existen evaluaciones distintas para cada nivel de retraso, son exactamente las mismas. A partir de ellas es que se diagnostica dicho nivel.

Instrumentos de evaluación de la inteligencia

El principal instrumento para diagnosticar el retraso mental son las pruebas de CI actualmente disponibles. Muy comúnmente se utilizan las escalas de Binet y las de Wechsler, las cuales miden diferentes capacidades, como también la capacidad general (Wicks-Nelson e Israel A., 1997). Veamos a continuación estas escalas:

Las escalas de Binet:

Alfred Binet es el creador de los primeros tests de inteligencia. Su escala original de 1905 consistía en 30 tareas de contenido diverso que se hacían progresivamente más difíciles. En 1908 se revisó la escala y se ordenó según la edad. Este tipo de ordenamiento reflejaba la idea de que el desarrollo mental aumentaba con la edad desde la niñez (Wicks-Nelson e Israel A., 1997).

A partir de la prueba se obtienen algunos datos que servirán para obtener el coeficiente intelectual. En primer lugar la prueba determina el nivel cognoscitivo que el niño alcanza en ella (este nivel cognoscitivo se conoce como Edad Mental). Para obtener el CI se divide la edad mental (EM) entre la edad cronológica del niño

llevar a cabo con éxito dicha función marcada por la O. 16-07-01 en su artículo 19, sigo los siguientes pasos para realizar la evaluación diagnóstica (ver evaluación inicial de los supuestos).

Para realizar una valoración como punto de partida para trabajo de los profesionales que atendemos al alumno, es necesario valorar las áreas de desarrollo, las capacidades cognitivas y disponibilidad para el lenguaje, la conducta adaptativa, las capacidades comunicativas, los aspectos emocionales, el nivel de competencia curricular, el desarrollo motor.

La valoración de las capacidades comunicativas las realiza el MAL. Este es un proceso complejo debido a la variedad de aspectos que es preciso considerar. No obstante, evaluaremos el nivel madurativo alcanzado en las diferentes áreas del lenguaje (forma, contenido y uso).se realizará en contextos comunicativos. Además de las escalas arriba comentados, dentro del área de audición y lenguaje le pasamos las siguientes pruebas:

- PLON, Prueba del Lenguaje Oral de Navarra.
- Inventario de desarrollo Batelle.
- R.F.I. de Marc Monfort.
- BLOC, de Puyuelo.

7. Intervención logopédica.

La intervención en el lenguaje del niño con RM debe iniciarse desde los primeros meses de vida. La estimulación temprana parece más eficaz en la mejora y aceleración del desarrollo perceptivo- motor que en la adquisición y desarrollo del lenguaje Sin embargo, las características perceptivas de muchas de las habilidades comunicativas prelingüísticas, por una parte, y el propio carácter preventivo de la estimulación temprana, por otra, hacen de ésta un valioso vehículo para la intervención. Por otro lado, parecen más eficaces los programas altamente estructurados, que será tanto más elaborada cuanto mayor sea el RM. Es necesario que la estimulación temprana del niño incluya tareas relacionadas con el desarrollo cognitivo y motor. Otro aspecto a tener en cuenta es la implicación de la familia., ya que se considera que la colaboración y el compromiso de la familia en la intervención son un factor determinante de su eficacia. Otro de los aspectos importantes en la intervención es que debe mantenerse un enfoque evolutivo y que la intervención se realice desde las habilidades que el niño ya domina. De forma general la intervención es similar a la de los niños que presentan TEL, ya es dependerá mucho de si el niño posee o no lenguaje oral.

a) SUJETOS SIN LENGUAJE ORAL. Trabajar los prerrequisitos del lenguaje:

- ✓ Fomento de aparición de intención comunicativa (limitación de las acciones, empleo de mediadores simbólicos para conseguir cosas).

- ✓ Atención, memoria, imitación, contacto ocular, juego simbólico, juegos de turnos, etc.
- ✓ Enseñanza de sistemas aumentativos/ alternativos de comunicación: sin ayuda, bimodal; con ayuda, SPC.

b) SUJETOS CON LENGUAJE ORAL:

Principios básicos para la intervención:

- .Comprobar el nivel de atención e imitación.
- .Intervención muy estructurada
- .Grado de participación de padres y tutores.

Niveles de Intervención:

- a) Fonológico: Prerrequisitos (atención, percepción y discriminación auditiva. Tono, coordinación y ejecución motora de las estructuras orofaciales. Coordinación fonoro-respiratoria...). Producción fonética. Integración fonética/ programación fonológica.
- b) Morfología: Género y número, adjetivos, formas verbales regulares e irregulares, participios, comparativos y superlativos, sustantivos y adjetivos derivados, pronombres personales en función de sujeto y de objeto, reflexivos y posesivos, preposiciones y conjunciones.
- c) Sintaxis: Oraciones simples aumentando su complejidad, oraciones negativas, voz pasiva, oraciones interrogativas, coordinadas, subordinadas, comparativas... Semántica: Adquisición atendiendo a criterios de funcionalidad: familias semánticas. Sinonimia y antonimia. Asociaciones y seriaciones.
- d) Pragmática: Saludos y despedidas, petición, reclamar la atención, ruego, demandas de información específica, demandas de confirmación o negación, hacer preguntas, hacer comentarios, mostrar aprobación y desaprobación, protestas...

8. Estrategias de intervención. (Este punto se puede ampliar en el Manual de Peña Casanova)

1. Habilidades comunicativas básicas. Para un retraso mental diagnosticado en los 3 primeros años de vida.

Es necesario proporcionar a los padres una información exhaustiva sobre cómo se desarrollan normalmente las habilidades comunicativas: conductas protoimperativas, conductas protodeclarativas, atención, indicación, referencia, juego simbólico, engaño,... deberá explicárseles que estas habilidades se van a desarrollar en sus hijos (dependiendo de la gravedad del retraso mental) pero de forma más lenta y que ellos pueden hacer mucho para acelerar ese desarrollo:

- No es diferente a las conductas de padres con hijos normales.
- No es adecuado ajustarse al nivel comunicativo de su hijo.

- El tratamiento especializado se va a dilatar en el tiempo, así como sus tareas.
 - Ayudarles cuando el desánimo les invada.
2. Atención. Normalmente se muestran desatentos no por impulsividad, sino por falta de interés. Es necesaria una estimulación continuada.
3. Léxico. Cuando el alumno ya es capaz de emitir fonemas fonéticamente consistentes, se tiene una base sólida para pasar a aprendizajes de las palabras. La enseñanza del léxico deberá llevarse a cabo en situaciones funcionales, con juegos basados en la comunicación referencial.
4. Organización y repertorio fonológicos. A veces la dimensión fonológica es sacrificada a favor de otras más importantes desde el punto de vista comunicativo.
- Facilitación y agilización de las transiciones fonemáticas: dada la escasa tonicidad muscular que pueden presentar, sobre todo los niños con SD, es importante movilizar los órganos de la articulación con ejercicios onomatopéyicos.
 - Asociación de los fonemas ausentes del repertorio a movimientos o imágenes: trabajar la relación de cada fonema con un movimiento de la mano o una imagen como el "método gestual".
5. Morfosintaxis. Cuando el alumno tenga un vocabulario de unas 50 palabras, se le supone capaz de construir enunciados de dos palabras con base semántica. Lo haremos con la imitación del modelado y la estimulación focalizada (láminas). Conforme vaya enunciando enunciados más complejos, se empezaran a introducir los morfemas gramaticales (determinantes, preposiciones, sufijos,...)
6. Comprensión y producción de discursos. Será necesario idear actividades que amplíen el repertorio de organización de léxico mental y selección de información en las conversaciones. En cualquier caso, el objetivo final de la intervención es hacer que el alumno con Retraso Mental aumente sus posibilidades de interactuar satisfactoriamente con los demás.

9. Bibliografía.

- ✓ AGUADO, G.: "Trastorno Específico del Lenguaje. Retardo del lenguaje y afasia". Aljibe, Málaga, 1999.
- ✓ AGUADO, G. y NARBONA, J.: "Lenguaje y deficiencia mental". Masson, Barcelona, 1997.
- ✓ PERERA, J.: "Síndrome de Down. Programa de acción educativa". Cepe, Madrid, 1990.
- ✓ COMBLAIN, A y THÉWIS, B.: "Desarrollo del lenguaje en casos de retraso mental debidos a trisomía 21". Masson, Barcelona, 1999.
- ✓ PUYUELO, M. y cols.: "Casos clínicos en logopedia 2". Masson, Barcelona, 1999.