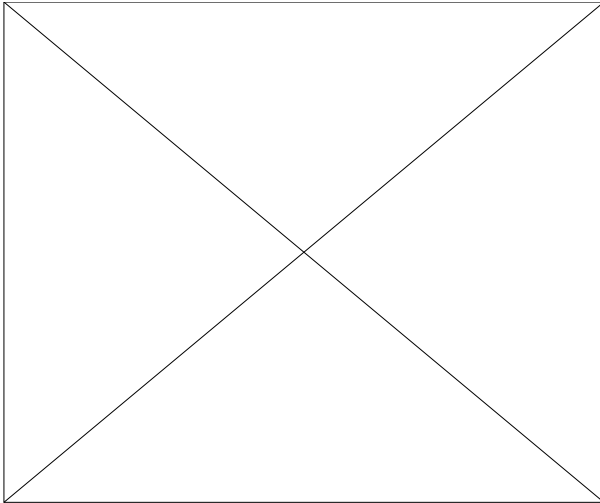




1. INTRODUCCION.

La OMS en 1954, propuso el término **subnormalidad mental** en sentido amplio, y los términos:

- **deficiencia mental** para los casos biológicamente determinados,
- **retraso mental** para los de naturaleza social. Este se llega a utilizar, en su momento, como norma, cuando los factores hereditarios no son estimados como los únicos responsables del síndrome.

Lo que encierra el término de deficiencia mental no es algo simple y unívoco, sino que se incluyen sujetos de inteligencia dispar, con etiologías muy diversas y con sintomatologías tan distantes unas de otras que resulta poco científico la admisión de un síndrome unitario.

Podemos afirmar que la realización, por tanto, de un diagnóstico correcto y preciso, y la elaboración de un plan de intervención ajustado a las características de un sujeto, son cruciales para el tratamiento efectivo de la mayor parte de los casos de **deficiencia mental**.

Debemos distinguir deficiencia, discapacidad y minusvalía:

Deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica.

Discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

2.CAUSAS DE LA DEFICIENCIA

2.1.DEFICIENCIA MENTAL PRODUCIDA POR PROCESOS INFECCIOSOS.

• GASTROENTERITIS DEL RECIÉN NACIDO

En el recién nacido, la pérdida de líquido, con la deshidratación consiguiente, producida por la gastroenteritis, puede ser tan grave que produzca un retraso mental permanente. En estos casos, se producen, generalmente, trombosis venosa intracraneales.

• MENINGITIS.

Es una infección de las membranas que recubren el cerebro. El retraso mental puede deberse a la propia meningitis, que lesiona el cerebro, o a una hidrocefalia, que se presenta cuando la infección bloquea el paso al líquido cefalorraquídeo.

• SÍFILIS CONGÉNITA.

En la actualidad, la sífilis congénita es una enfermedad rara en los países desarrollados. La infección se produce in útero a través de la placenta.. Se puede ver una erupción en la piel y en la parte de piel que rodea a las uñas.. Poco después de del nacimiento del niño presenta palidez y su desarrollo su retraso.

• ENCEFALITIS.

Es una infección del tejido cerebral. Puede producirse a consecuencia de un sarampión, de la rubéola, de la varicela, de la parotiditis, encefalitis letárgica o toxoplasmosis. Los síntomas en un principio son leves ya comienza con cefaleas y sudores pero poco tiempo después los síntomas avanzan progresivamente hasta alcanzar el coma..

• RUBÉOLA CONGÉNITA

Si una mujer embarazada contrae la rubéola durante los tres primeros meses de gestación, el feto puede sufrir retraso mental, sordera, cataratas y cardiopatías.

- **ENFERMEDAD POR INCLUSIONES CITOMEGÁLICAS.**

En la madre, esta enfermedad vírica acostumbra a ser leve, en cambio en el feto produce retraso cerebral, hepatomegalia, esplenomegalia e ictericia. Los cuerpos malignos son detestables en los tejidos, en la orina y en líquido cefalorraquídeo.

- **TOXOPLASMOSIS.**

Esta infección se transmite al feto al final del embarazo o en el momento del parto, y da lugar a la hidrocefalia o microcefalia, deformidades espásticas, convulsiones, hepatomegalia esplenomegalia.

2.2.DEFICIENCIA MENTAL DEBIDA A TRAUMATISMOS O AGENTES FÍSICOS.

- **PREECLAMIA Y ECLAMIA.**

Son procesos que pueden a la madre en los tres últimos meses de embarazo. Aumenta la tensión arterial materna y se producen dolores de cabeza, edemas en las extremidades, y alteraciones renales y hepáticas. También pueden producirse en la madre ataques de epilepsia. En estos casos puede producirse la muerte fetal y si nace vivo puede presentar lesiones cerebrales graves, con deficiencia mental y epilepsia, aunque esto se produce posteriormente.

- **IRRADIACIÓN INTRAUTERINA EXCESIVA**

La irradiación del útero durante los tres primeros meses de embarazo puede producir distintos grados de microcefalia y retraso mental.

- **LESIONES INTRAPARTO.**

La prematuridad, la falta de oxígeno en los tejidos, y las dificultades del parto son factores importantes en la producción de lesiones en el parto. La propia prematuridad por sí sola puede provocar hemorragias intracraneales, aunque hoy por hoy, esto ya es poco frecuente. La falta de oxígeno en los tejidos puede ser debida a que la madre haya abusado de anestésicos, por la inhalación de moco o a una obstrucción traquea porque se le haya enrollado el cordón umbilical en el cuello del niño. Hay que tener en cuenta que el parto instrumental también podría producir deficiencia mental, así como una presentación de nalgas.

- **INCOMPATIBILIDAD DE RH.**

Cerca de un 85 por ciento de la población es portador del factor rhesus en sus eritrocitos. El 15 por ciento restante carece de él y, por esta razón, reciben el nombre de rh negativo. La incompatibilidad de rh se produce cuando la madre (generalmente rh negativa) y el feto (generalmente positivo) pertenece a grupos distintos. La sangre fetal se introduce en la corriente de sangre materna y estimula la producción de unas sustancias llamadas anticuerpos. Más tarde, al avanzar el embarazo, estos anticuerpos vuelven a pasar a la placenta, llegan al feto y destruyen sus hematíes, produciendo un cuadro llamado enfermedad hemolítica del recién nacido. Se ha descubierto que si se le inyecta a la madre anticuerpos de mujeres previamente sensibilizadas, se impide la formación de anticuerpos en el embarazo siguiente.

- **ACCIÓN DE DROGAS Y MEDICAMENTOS**

Ciertos tipos de medicación, tanto empleados por la madre durante el embarazo como utilizados por el recién nacido, pueden afectar en el desarrollo del niño y producir deficiencia mental.

- **INTOXICACIÓN POR PLOMO.**

La ingestión de plomo en la infancia puede provocar un retraso mental. El plomo se encuentra en la pintura, en juguetes, en pomadas y en cosméticos. Entre los síntomas que presentan estos pacientes se encuentran la pérdida de apetito, estreñimiento, cefaleas, irritabilidad, delirios, convulsiones y retraso mental.

2.3.DEFICIENCIA MENTAL DEBIDA A ALTERACIONES DEL METABOLISMO.

Debido a la dificultad de los conceptos y teniendo en cuenta que nos tomaría un trabajo completo, en este apartado lo mencionaremos las posibles causas de este tipo.

Son las siguientes:

- Alteraciones del metabolismo lipídico.
 - Enfermedad de Niemann-Pick.
 - Enfermedad de Gaucher.
 - Leucodistrofia metacromática.
- Alteraciones del metabolismo de los aminoácidos
 - Fenilcetonuria.
 - Tirosinemia
 - Homocistinuria.
 - Histidinemia.
 - Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce.
 - Enfermedad de Hartnup.
- Alteraciones del metabolismo de los carbohidratos.
 - Gargolismo.
 - Galactosemia.
 - Hipoglucemia del recién nacido.

- Alteraciones del metabolismo endocrino.
 - Cretinismo.
- Alteraciones del metabolismo mineral y electrolítico.
 - Enfermedad de Wilson.
 - Diabetes insípida.
 - Hipomagnesemia.
- Alteraciones nutritivas.
 - Desnutrición.

2.4.DEFICIENCIA MENTAL OCASIONADA POR ENFERMEDADES Y PROCESOS DE ORIGEN MENTAL

• CRANEOSTENOSIS.

No todos los niños presentan deficiencia mental. El proceso se caracteriza por un cráneo alargado, ojos protuberantes, y paladar alto y estrecho.

• HIDOCEFALIA.

Literalmente significa agua en la cabeza y se debe a un exceso de líquido cefalorraquídeo en la cavidad craneana. En el niño el cráneo se ensancha, para adaptarse al exceso de fluido. Como resultado aumenta la circunferencia cefálica, llegando a perímetros de hasta 90 cm. ; debe tenerse en cuenta que el perímetro del cráneo adulto es de unos 55 cm.

La hidrocefalia puede ser activa, de modo que el niño empeora progresivamente, llegando a sufrir ceguera, sordera, convulsiones, parálisis... así hasta que le sobreviene la muerte de una forma rápida.

Puede ser también un proceso lento, que puede llegar a detenerse, dejando como secuela un grado mayor o menos de deficiencia mental. La mayoría de los niños con hidrocefalia son reposados, afectuosos, muy tratables, obedientes y voluntariosos. Desde el punto de vista físico tienden a ser de menor estatura de lo que les corresponde por su edad, y a presentar un cierto grado de debilidad y espasticidad muscular que afecta principalmente a las piernas y hace que sus movimientos sean poco ágiles e incordiándoos.

• HIPERTELORISMO.

El hipertelorismo es un tipo de deficiencia mental muy poco frecuente y rara. La distancia entre los ojos está aumentada, y, en casos extremos, los ojos se sitúan a ambos lados de la cara. El labio leporino y el paladar hendido son anomalías frecuentes en estos casos. El niño además presenta cierta deficiencia mental.

• MICROCEFALIA.

La microcefalia es un proceso caracterizado por la deficiencia mental y una circunferencia craneal inferior a 42.5 cm. La enfermedad se debe a un gen recesivo, cuyo efecto hace que el cerebro no pueda adquirir su tamaño normal.

La reducción del tamaño de la cabeza hace que la nariz, la mandíbula y las orejas, de tamaño normal, parezcan prominentes, contrastando con el aplanamiento de la frente y de la región posterior de la cabeza.

La piel que recubre el cráneo es flácida y presenta arrugas longitudinales, como si fuera demasiado grande para el tamaño del cráneo. La mayoría de estos pacientes presentan un retraso profundo, aunque algunos de ellos sufran sólo una ligera deficiencia.

-6

La microcefalia puede presentarse como un proceso específico, o como un signo de otras formas clínicas de deficiencia mental.

• SÍNDROME DE LAURENCE-MOON-BIELD.

Se trata de una enfermedad muy rara, que parece debida a un gen recesivo y que se caracteriza por obesidad, hipogenitalismo, alteraciones oculares, con degeneración pigmentaria de la retina y deficiencia mental profunda

***El punto CINCO de este apartado sería la deficiencia mental ocasionada por aberraciones cromosómicas, no nos detendremos a explicarlo debida a que el síndrome de Down es la más significativa siendo esta objeto de estudio de otro grupo.**

2.6.DEFICIENCIA MENTAL EN LOS PREMATUROS.

• PREMATURIDAD.

Por definición, un niño es prematuro si. Al nacer, pesa menos de 2.500 gr. De un 5 a un 10 % de todos los nacimientos son prematuros. Los niños prematuros tienden a presentar alteraciones respiratorias graves al nacer, y la mortalidad, en este grupo, es elevada. Si el peso es inferior a 1.500 gr, los procesos respiratorios se acompañan, con frecuencia, de deficiencia mental, así como de anomalías neurológicas. Los niños prematuros tienen también tendencia a sufrir Kernicterus e hipoglucemia, procesos ambos que pueden dar lugar a una deficiencia mental.

• KERNICTERUS.

El kernicterus, ictericia nuclear o ictericia del recién nacido con lesiones cerebrales, se presentan en los prematuros, en los casos de desnutrición infantil, y por acción de ciertos medicamentos, administrados tanto a la madre como al niño.

La ictericia puede existir ya al nacer el niño o aparecer al cabo de pocos días. La enfermedad es grave, y se produce un retraso del desarrollo. Hay alteraciones respiratorias, y la muerte puede sobrevenir a consecuencia de las mismas.

Si el niño se recupera, el desarrollo motor es pobre, hay sordera para los tonos agudos, alteraciones del equilibrio y epilepsia.

• PARÁLISIS CEREBRAL.

La parálisis cerebral es una enfermedad que afecta en forma permanente al movimiento y a la postura del niño debido a una alteración cerebral que se produce durante los primeros meses de vida. La parálisis cerebral se acompaña a menudo de deficiencia mental. Puede producirse en casos de prematuridad, anoxia, embarazo múltiple, kernicterus y en infecciones pre- y postnatales.

3. CLASIFICACIÓN Y SÍNTOMAS

La Organización Mundial de la Salud clasifica la deficiencia mental de la siguiente manera:

1) Deficiencia mental profunda:

Se denomina así ante un coeficiente intelectual menor de 25.

Las personas que la padecen tienen un nivel intelectual que no supera los 2 o 3 años de edad. Con ella se dan retraso en todas las funciones desde una edad muy temprana, el lenguaje es prácticamente inexistente (tan sólo se dan algunas palabras y fonemas); anomalías a nivel morfológico, neurológico y crisis epilépticas. La interacción social es casi nula: existe retraimiento, agresividad...

2) Deficiencia mental severa:

Se produce ante un coeficiente menor de 40. Este tipo de deficiencia representa un desarrollo motor muy pobre. Los niños que la padecen pueden llegar a adquirir ciertos hábitos de autonomía personal, aprender algo de lenguaje oral, pero seguramente sea muy difícil que adquieran habilidades académicas.

3) Deficiencia mental moderada:

Las personas que la tienen presentan un coeficiente intelectual menor de 55. Con este tipo de deficiencia se puede llegar a tener un buen desarrollo motor y pueden aprender a comunicarse aunque la comprensión presenta dificultades; y en cuanto a las habilidades académicas, decir que sí aprenden aunque con cierta dificultad.

4) Deficiencia mental ligera:

Las personas que la padecen poseen un coeficiente intelectual menor de 70. No se identifica con facilidad y es en

-9-

la escuela cuando se observa en mayor medida ante las dificultades del niño. Con la asistencia y actuación apropiada el deficiente puede llegar a alcanzar el ciclo medio de educación primaria. Con apoyo pueden desarrollar la comunicación y adaptaciones sociales adecuadas. Pero a su vez existen alteraciones afectivas con frecuencia: pasividad, sumisión, inhibición, inestabilidad...

5) Deficiencia mental límite:

Esta deficiencia la tienen personas con un coeficiente intelectual entre 70 y 85 y necesita de apoyo psicopedagógico adecuado. Son niños con dificultades académicas generalizadas, pero con solución si se presta la atención oportuna, con ayudas específicas y adaptaciones curriculares adecuadas.

Hay que añadir el concepto de "pseudodebilidad mental". Las personas que la padecen presentan características parecidas a la deficiencia mental ligera (debilidad mental), pero tienen un potencial intelectual normal, y su deficiencia se puede solucionar mediante una reeducación adecuada. Un ejemplo: pseudo débiles mentales por falta de aportaciones del medio.

-10-

4. TRATAMIENTO:

El tratamiento para el deficiente mental tiene que ir encaminado a una ayuda para el progreso del niño tanto de las habilidades cognitivas como de la personalidad y a su integración social y laboral.

A su vez la colaboración y orientación de la familia es muy importante, ya que la ayuda y comprensión familiar ocupa un papel fundamental en la adquisición de destrezas.

En muchos casos el tratamiento médico es importante. Cabe destacar que no se ha comprobado que los medicamentos mejoren las capacidades cognitivas; pero por otro lado los tranquilizantes sí pueden mejorar conductas agresivas y la ansiedad.

El tratamiento psicológico, está indicado para la mejora de la inteligencia mediante técnicas de psicomotricidad general, la adquisición de los conceptos básicos espacio-temporales, coordinación y equilibrio. Este tratamiento trabaja con programas para la adquisición de aptitudes perceptivas, atención, memoria y razonamiento. Además tiene unas técnicas de modificación de conducta que están indicadas para la adquisición de hábitos: control de esfínteres, autoalimentación, higiene, juego, verbalización, comprensión, etc....

El tratamiento pedagógico va dirigido a la creación de programas de desarrollo individual en el que se da un seguimiento individual mediante tablas de observación y su evaluación continua.

Se han creado diferentes programas para la mejora de la inteligencia, uno de ellos es el "entrenamiento cognitivo-comportamental de Meichenbaum". El "programa de enriquecimiento instrumental de Reuven Feuerstein" es otro de ellos.

El nacimiento de un deficiente mental influye en la familia, por lo que debemos orientar a los padres para que la

-11-

integración del deficiente en la familia sea lo menos traumática posible manteniendo un equilibrio: ni manifestar un rechazo ni una superprotección. El equipo psicopedagógico deberá orientar a la familia. La educación de estos niños deberá hacerse dependiendo del grado de deficiencia, bien en centros ordinarios o bien en centros especializados.

Conviene tener en cuenta la integración sociolaboral del deficiente y evaluar las posibilidades de realizar en el futuro determinados tipos de trabajos. La capacitación laboral del deficiente debe comenzar a los inicios de su escolarización.

5. CARACTERÍSTICAS DEL DEFICIENTE MENTAL.

Los déficits en la evolución del deficiente mental parecen agruparse esquemáticamente alrededor de dos polos:

- O Los trastornos instrumentales: que afectan a la estructuración espacial y temporal, psicomotora, lenguaje...
- O Los trastornos globales de la personalidad emparentados con una estructura psicótica.

El enfoque conceptual y de tratamiento ha ido evolucionando con los años, ahora se tiende hacia una eficaz actuación en medida preventiva y, por otra parte, se han generalizado las enseñanzas de integración, la asistencia a hospitales de día y a talleres de trabajo para adultos afectados por esta enfermedad.

En el deficiente mental inciden una serie de elementos adversos. Por ejemplo, la información perceptivo-motora se presupone que es idéntica a la que acceden el resto de sujetos de la misma edad, pero el problema radica en las posibilidades de estructuración adecuada de la misma, con el problema añadido de las dificultades de comunicación.

En el terreno del conocimiento, el ámbito es doble:

- la experiencia del sujeto deficiente, cuyo mundo de objetos y representaciones es muy distinto del otro mundo,
- la experiencia de los sujetos sanos.

La otra gran dificultad se deriva de su auto percepción como persona, es decir, de las dificultades de integrar su personalidad. En gran parte de los casos, los padres o adultos de su entorno, con un **comportamiento súper protector**, anulan las iniciativas del niño, impidiéndole experiencias que supondrían un cierto conocimiento y dominio del medio y de su propio cuerpo.

-13-

Otra de las características sería el déficit en el conocimiento y dominio del lenguaje, y por tanto de la comunicación, que reduce las posibilidades de desarrollo de las habilidades y estrategias intelectuales.

Nuestro papel como educadores es la de aceptarle como es, **un niño con una deficiencia mental**.

Las características de la personalidad de un niño con retraso, varían mucho según su entorno, pero normalmente son niños con una baja estimación de sí mismos, que conlleva:

- un mayor fracaso.
- nivel de ansiedad también elevado.

El autocontrol o capacidad de regulación de la propia conducta implica estas tres capacidades:

- Ajuste de claves
- Autorrefuerzo
- Auto observación

Pero, estas capacidades están ausentes en todo tipo de deficientes, aunque se han dado algunos resultados positivos en niños con enfermedad moderada.

En cuanto a la búsqueda de éxito, lo cierto es que para evitar situaciones no satisfactorias, tienden más a buscar en los demás puntos de referencia, siendo su centro de control interno frágil o inexistente. Sólo en aquellas actividades que les son compensatorias y les proporcionan autoconfianza, los niños asumen los éxitos y fracasos sin problemas; es decir, dependen mucho de la creencia que tengan sobre si mismos y sobre sus posibilidades.

LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

4.1. INSCRIPCIÓN DEL NIÑO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

En el momento de la inscripción del niño en una escuela, la institución educativa puede hacerla de distintas formas:

- O Pidiendo un certificado de salud extendidos por el pediatra del niño.
- O Dando a los padres una ficha médica que debe ser cumplimentada, también, por el pediatra.
- O Pidiendo a los tutores o padres que asistan con el niño a realizar la inscripción, ya que cada docente se tomará unos minutos para tener un breve dialogo con el niño, con el fin de que ambos se conozcan.
- O Teniendo una entrevista con el adulto responsable del niño. Esto sirve para hacer con él la ficha sobre el niño. Esta se puede realizar de distintas maneras: Con el padre solo; con la asistencia del niño, el cual no hace falta que participe (tanto si es muy pequeño o mas mayor), basta con que dibuje o juegue con el material que le proporcionen, observando su atención, la relación que mantiene con los objetos, qué dependencia tiene con el familiar, si logra organizarse solo, si ordena al terminar.
- O Obteniendo un diagnostico institucional y ver si, al niño, le conviene o no esa escuela.
- O Teniendo en cuenta la realidad lúdica y observando día a día al niño para lo cual los grupos de la clase han de ser pequeños y rotativos.

• ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL HOGAR.

Es la etapa en la que la acción sobre el niño deficiente puede ser mas eficaz, porque es la fase vital en la que el desarrollo psicofísico es mas acusado y el medio ambiente incide de una forma trascendental en las estimulaciones

-15-

directas e indirectas. Lo que hay que evitar es la asunción de pautas inadecuadas, que lleven a conductas indeseables, difícilmente extinguibles con posterioridad. La precocidad en la atención debe centrarse en aspectos fundamentales como la motricidad, percepción, lenguaje, sociabilidad, afectividad...

• **ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN PREESCOLAR.**

La atención debiera ir dirigida hacia las tareas de integración psicomotriz y hacia la facilitación de las relaciones sociales y la afectividad, no olvidando el conocimiento y cuidado higiénico del cuerpo. La intervención educativa en esta etapa debe ir dirigida a estimular y aprovechar la zona de desarrollo potencial. Durante este período es importante la coordinación de todos los servicios psicopedagógicos implicados en la educación de este tipo de niños.

-16-

7. LA ADAPTACIÓN CURRICULAR.

La intervención es una acción colectiva que no se centra en la capacidad del deficiente sino en su competencia. En ella se integra el profesor de apoyo con el resto de los profesores del mismo nivel:

- cada alumno aprende según su ritmo de aprendizaje y su estilo, capacidad, intereses y diferentes motivaciones.
- en consecuencia de lo anterior los procesos de enseñanza no pueden ser homogéneos deben ofrecer caminos diferentes.
- La atención a la diversidad no es una cuestión de todo o nada. Hay que ofrecer respuestas diversificadas, adecuadas a las exigencias de cada momento.

La Administración entiende por currículo las intenciones que un sistema educativo tiene para con su alumnado. Es imposible, objetivamente, ajustarse a la diversidad de todos los alumnos, pero si se persigue como finalidad que todo alumno goce de igualdad de oportunidades para incorporarse a la sociedad, la única posibilidad de llevar razonablemente a cabo dicho propósito es ofreciendo un currículo abierto y flexible que permita individualizar la enseñanza y que atienda a la diversidad. Si los alumnos no aprenden espontáneamente los elementos curriculares, se hace necesaria la mediación de los agentes educativos a nivel humano y metodológico. A mayor dificultad, mayor planificación de ayuda. La intervención es, por tanto, un proceso interactivo en el que en ocasiones habrá que implicar a los propios padres.

-17-

8. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

Las dificultades en el proceso de aprendizaje, en este tipo de alumnos, se entienden como generalizadas. Esto afectaría en mayor o menor medida a todas las capacidades: autonomía, lenguaje, interacción social, motricidad, etc...

Es necesaria una evaluación inicial para detectar y precisar las carencias del alumno, y por tanto las necesidades específicas de ayuda, para poder planificar las adaptaciones curriculares, es decir, para configurar adecuadamente la intervención.

La respuesta educativa debe ser acorde con las dificultades de aprendizaje que vayan emergiendo en el proceso de la dinámica escolar. La especificación de los elementos del proceso educativo nos irá facilitando las dificultades del mismo. La integración social es lo que permite el un desenvolvimiento autónomo. Lo que denominamos generalización es con toda probabilidad la dificultad más representativa de este tipo de alumnado. El obtener un grado razonable de capacidad generalizadora debe ser uno de los objetivos más sustantivos del currículo para cualquier maestro.

El proceso de evaluación-intervención tiene como objetivo el identificar las dificultades específicas de cada alumno, en el contexto de aprendizaje en el que va a estar inmerso. Sin olvidar en ninguna ocasión que la evaluación y la intervención son un único proceso.

-18-

7. ACTIVIDADES SUGERIDAS:

- Analizar las relaciones entre las nociones de retraso mental y deficiencia mental respecto a los criterios psicométricos y sociométricos.
- Localizar y exponer casos conocidos en los que estén presentes causas predisponentes y causas determinantes según el criterio biomédico.
- Explicar por qué es ineludible que en el proyecto educativo y curricular del centro figure cómo ha de llevarse a cabo la respuesta educativa a las necesidades del niño deficiente mental.
- Plantear un plan de intervención didáctica en el que figuren las necesidades educativas especiales del alumno con deficiencia mental y la atención educativa más normalizadora. En el programa debe figurar:

-su potencial cognitivo

-la selección de objetivos funcionalmente relevantes.

-estrategias de intervención

8. CONCLUSIÓN.

Este trabajo nos ha resultado gratificante.

Podemos decir que nos he aportado distintas experiencias:

- Desde el punto de vista de la complejidad que supone la búsqueda de información de un tema tan general. El principal problema que hemos encontrado radica en que todos los libros, textos y documentos se trataban de deficiencias o trastornos mentales específicos, tales como: síndrome de Down, autismo...

Nuestra labor ha sido entonces el hacer una composición de características comunes de trastornos y discapacidades antes citados.

- Por otra parte nos ha aportado experiencias significativas, dado que el tema era un gran desconocido para nosotras.

Hasta ahora creíamos que todos los niños y adultos con retraso mental estaban dentro del mismo "saco"; con esto queremos decir que no todos los discapacitados responden a las mismas causas, síntomas, pronóstico, tratamiento e intervención, estos aspectos se concretarán según las necesidades específicas de cada persona.

Creemos pues, que es de gran importancia una educación, estimulación, manejo y apoyo de los niños con deficiencia mental desde su primera infancia, y esta es nuestra labor como educadoras.

Gracias a los materiales y actividades adaptadas y a las consabidas adaptaciones curriculares para niños con necesidades educativas especiales, podemos garantizar una exitosa integración de los niños con estas características en la educación infantil.