

DELIMITACION DEL PROBLEMA

En la actualidad se han hecho estudios exhaustivos acerca del retraso mental, causas que lo originan, clasificaciones, definiciones; la manera en que repercute en una sociedad tener un miembro con este problema.

Se ha observado un cambio muy notorio por parte de la sociedad en la forma de actitud hacia los individuos con este problema, ya que en tiempos pasados se le relegaba y alejaba de las actividades sociales puesto que se les veía con rechazo y lástima. Y en algunos lugares se les eliminaba, porque según estas personas no podían aportar nada a la sociedad, ni ser productivos en ésta.

Actualmente se han realizado experimentos sobre la forma en que una persona con inteligencia por debajo de la media se va a comportar en el ambiente que lo rodea, ya sea en su propia familia o en la escuela, con amigos, etc., y se ha descubierto que hay diferentes tipos dentro del retraso mental y según esta clasificación, los individuos van a poder desarrollar sus potencialidades al máximo.

Se han creado diversas escuelas e instituciones especializadas para dar cuidados, atención y tratamiento a estas personas para que aprendan a relacionarse con los demás, ser independientes, funcionales, etc., y se han obtenido muy buenos resultados.

Por lo tanto a los alumnos del tercer semestre de la Licenciatura de Psicología de la Universidad Cristóbal Colón, les resulta de suma importancia abocarse a estudiar sobre el **Retraso Mental**.

VARIABLES DE LA INVESTIGACION

VARIABLE DEPENDIENTE:

Causas, clasificación, características, consecuencias y tratamiento.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Retraso Mental.

OBJETIVO GENERAL:

Al terminar la presente investigación se pretende que el alumno conozca, explique, analice e identifique los orígenes, la clasificación, las características, las consecuencias y exploración clínica del retraso mental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

CAPITULO No. 1

1. El alumno identificará y conocerá los criterios para definir el Retraso Mental.

1.1. Enunciará el primer criterio para definir el retraso mental.

1.2. Enunciará el segundo criterio para definir el retraso mental.

1.3. Enunciará el tercer criterio para definir el retraso mental.

1.4. Enunciará el cuarto criterio para definir el retraso mental.

1.5. Enunciará el quinto criterio para definir el retraso mental.

1.6. Enunciará el sexto criterio para definir el retraso mental.

CAPITULO No. 2

2. El alumno identificará y conocerá los conceptos de retraso mental.

2.1 Definición de retraso mental.

2.1.1. Definición de retraso mental según B.Martin.

2.1.2. Definición de retraso mental según Diane E. Papalia.

2.2. Definición de retardo mental.

2.3. Diferencias entre retraso mental y retardo mental.

CAPITULO No. 3

3. Identificará los diversos orígenes del retraso mental.

3.1. Enunciará los orígenes orgánicos específicos del retraso mental.

3.2. Enunciará los orígenes psicosociales del retraso mental.

CAPITULO No. 4

4. Descripción y clasificación del retraso mental en sus diferentes grados.

4.1. Expondrá el retraso mental ligero.

4.2. Expondrá el retraso mental moderado.

4.3. Expondrá el retraso mental grave.

4.4. Expondrá el retraso mental profundo.

CAPITULO No. 5

5. Analizará las características intelectuales y conductuales de cada uno de los grados del retraso mental.

5.1. Características intelectuales y conductuales del retraso mental ligero.

5.2. Características intelectuales y conductuales del retraso mental moderado.

5.3. Características intelectuales y conductuales del retraso mental grave.

5.4. Características intelectuales y conductuales del retraso mental profundo.

CAPITULO No. 6

6. El alumno conocerá los factores que facilitan el retraso mental.

6.1. Enunciará el factor de la consanguinidad que favorece la aparición de los elementos causales del retraso mental.

6.2. Enunciará el factor de la edad materna que favorece la aparición de los elementos causales del retraso mental.

6.3. Enunciará el factor del sexo que favorece la aparición de los elementos causales del retraso mental.

6.4. Enunciará los factores sociales que favorecen la aparición de los elementos causales del retraso mental.

CAPITULO No. 7

7. Expondrá los factores determinantes que desencadenan el retraso mental.

7.1. Conocerá el retraso mental debido a infección.

7.2. Conocerá el retraso mental debido a agentes tóxicos.

7.3. Conocerá el retraso mental debido a alteraciones metabólicas.

7.4. Conocerá el retraso mental debido a traumatismos.

7.5. Conocerá el retraso mental debido a aberraciones cromosómicas.

7.6. Conocerá el retraso mental debido a tumores.

7.7. Conocerá el retraso mental debido a influencias prenatales desconocidas.

7.8. Conocerá el retraso mental debido a causa desconocida con signos neurológicos.

7.9. Conocerá el retraso mental debido a causa desconocida sin signos neurológicos.

7.10. Conocerá el retraso mental debido a más de una causa probable.

CAPITULO No. 8.

8. El alumno identificará la prevención del retraso metal.

CAPITULO No. 9

9. El alumno conocerá los aspectos clínicos del retraso mental.

9.1. Identificará los procedimientos de observación y valoración que permiten el diagnóstico del retraso mental.

9.1.1. Conocerá el método de la entrevista.

9.1.2. Conocerá el procedimiento de la exploración física.

9.1.2.1. Cabeza.

9.1.2.2. Cabellos.

9.1.2.3. Cara.

9.1.2.4. Ojos.

9.1.2.5. Orejas.

9.1.2.6. Dientes.

9.1.2.7. Lengua / Paladar.

9.1.2.8. Voz.

9.1.2.9. Cuello.

9.1.2.10. Manos.

9.1.2.11. Piel.

9.1.2.12. Crecimiento físico.

9.1.2.13. Peso Corporal.

9.1.2.14. Corazón.

9.1.2.15. Hígado.

9.1.2.16. Genitales.

9.1.2.17. Sangre.

9.1.2.18. Síntomas Neurológicos.

9.1.2.19. Signos y Síntomas Neurológicos.

9.1.2.20. Músculos.

9.1.3. Expondrá el examen psicológico.

9.1.3.1. Expondrá las conductas, estructuras, situaciones, que interesa evaluar y conocer de las personas con retraso mental.

9.1.3.1.1. Area Cognitiva.

9.1.3.1.2. Lenguaje y Comunicación.

9.1.3.1.3. Afectividad.

9.1.3.1.4. Autoconcepto.

9.1.3.1.5. Adaptación Personal.

9.1.4. Expondrá el Diagnóstico Clínico.

9.1.5. Expondrá el Diagnóstico Precoz del retraso mental.

9.1.5.1. Mencionará los principales indicios de una probable deficiencia en el recién nacido.

9.1.5.1.1. Irritabilidad.

9.1.5.1.2. Hipotonía muscular.

9.1.5.1.3. Reacción a los estímulos.

9.1.5.1.4. Disminución de las respuestas reflejas.

9.1.5.1.5. Dificultades para la alimentación.

9.1.6. Conocerá la evaluación psicológica del retraso mental.

9.1.6.1. La Entrevista.

9.1.6.2. Las Pruebas Psicométricas.

9.1.6.3. Escalas de Evolución.

CAPITULO No. 10

10. El alumno conocerá el tratamiento de los problemas emocionales y de conducta del retraso mental.

10.1. Psicoterapia con los retrasados.

10.1.1. Psicoterapia verbal individual.

10.1.2. Terapia y consejo de grupo.

10.1.3. Terapia por el juego.

10.1.4. Terapia por el arte creativo.

10.2. Modificación de la conducta.

10.2.1. Postulados del Conductismo.

10.2.2. Condicionamiento Operante.

10.2.3. Pasos para aumentar la frecuencia de una actividad o conducta.

10.2.4. Cómo reducir la frecuencia de una conducta indeseable.

10.3. La Quimioterapia.

CAPITULO No. 11

11. El alumno conocerá las teorías y modelos de las incapacidades para el Aprendizaje.

11.1. Modelo de Daño Cerebral en un área específica.

11.2. Modelo Perceptomotor.

11.3. Modelo del Desarrollo del Lenguaje.

11.4. Modelo de la Teoría Conductista.

DEFINICION OPERACIONAL

RETRASO MENTAL: Considerado como aquel trastorno significativo del funcionamiento intelectual . Presenta deficiencias en la conducta adaptativa. Se manifiesta antes de los diecisiete años y las causas pueden ser de origen biológico o psicosocial.

ORIGEN: Principio de algo que desencadena un problema o situación. Causa o motivo.

CLASIFICACION: Distribución sistemática en diversas categorías siguiendo criterios precisos y ocasiones en un orden jerárquico.

CARACTERISTICAS: Cualidades que diferencian dos objetos, aspectos o personas unas de las otras.

CONSECUENCIAS: Hecho que sucede de otro. Resultado que puede tener este hecho. Puede considerarse como la respuesta de un estímulo.

TRATAMIENTO: Conjunto de medios empleados para la curación de una enfermedad; que lleva a una secuencia de acuerdo al orden de desarrollo de los individuos a los que se les aplica, para el mejoramiento de su enfermedad.

1. El alumno identificará y conocerá los criterios para definir el Retraso Mental.

1.1. Primer criterio para definir el retraso mental.

Incompetencia social, o incapacidad funcional para desenvolverse en los asuntos personales con la habitual soltura, procurar su sostenimiento económico sin la ayuda de otros y cumplir con las responsabilidades ordinarias de todo ciudadano.

1.2. Segundo criterio para definir el retraso mental.

Subnormalidad mental, es decir, un grado de inteigencia bajo, que produce incompetencia social; incompetencia, por tanto que no es debida a incapacidad física, enfermedad o circunstancias socioeconómicas desafortunadas.

1.3. Tercer criterio para definir el retraso mental.

Detención en su desarrollo, para dejar claro que el retraso proviene de una interrupción del desarrollo intelectual, y no de un deterioro mental posterior, propio de las psicosis o epilepsia.

1.4. Cuarto criterio para definir el retraso mental.

Aparece durante la maduración del individuo, es decir, en algún momento del proceso de desarrollo intelectual.

1.5. Quinto criterio para definir el retraso mental.

Es de origen constitucional, bien por un defecto hereditario, bien por causa de un suceso desfavorable (una enfermedad, un accidente, etc.) que afecta al organismo físico hasta el punto de impedir un normal desarrollo intelectual.

1.6. Sexto criterio para definir el retraso mental.

Es esencialmente incurable, si se mira a la raíz del mal, lo que no quiere decir que no sea posible actuar sobre el mismo mediante la puesta en práctica de una serie de procedimientos que, generando hábitos alivian sustancialmente la vida, tanto al deficiente como a sus familiares.

2. El alumno identificará y conocerá los conceptos del retraso mental.

2.1. Definición del retraso mental.

2.1.1. Definición del retraso mental según B. Martin.

El retraso mental se define como funcionamiento intelectual general muy por debajo del nivel normal, que se acompaña del déficit en la conducta adaptativa y se manifiesta en el periodo de desarrollo.

2.1.2. Definición de retraso mental según Diane E. Papalia.

Un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, deficiencias en los niveles de conducta adaptativa adecuada a la edad y la manifestación de tales retrasos antes de los 18 años. (American Psychiatric Association, 1980).

2.2. Definición de retardo mental.

Se considera como aquel subpromedio significativo del funcionamiento intelectual que se presenta al mismo tiempo que las deficiencias de la conducta (C.I.<) adaptativa.

2.3. Diferencias entre retraso mental y retardo mental.

En el retraso mental existe un daño orgánico irreversible, en cambio en el retardo mental no existe una correspondencia entre su edad cronológica y la ejecución promedio de acuerdo a esa edad.

3. Identificará los diversos orígenes del retraso mental.

3.1. Enunciará los orígenes orgánicos específicos del retraso mental.

Pueden ser debido a diferentes razones físicas. Pueden provenir de un trastorno cromosómico, como el síndrome de Down, que también produce características físicas distintas, o de un trastorno del metabolismo, como la fenilcetonuria, o puede ser el resultado de problemas durante el período prenatal a causa de enfermedades, infecciones o consumo de drogas por parte de la madre. A veces acompaña a un importante defecto físico de nacimiento, como la hidrocefalia, en la cual el bebé nace con una cabeza anormalmente grande.

En este y otros casos la causa es desconocida, aunque su origen es claramente orgánico. Normalmente, este

tipo de defectos se pueden detectar antes del parto o muy poco después. Aproximadamente uno de cada cuatro retrasados, unos dos millones de personas, se encuentran en este grupo. El C.I. de estos sujetos suele encontrarse por debajo de cincuenta, y su incidencia es la misma tanto en las clases sociales más elevadas como en las más bajas.

3.2. Enunciará los orígenes psicosociales del retraso mental.

Probablemente, intervienen tanto factores genéticos como las influencias ambientales, como pueden ser la alimentación pobre, ligeras intoxicaciones de plomo, o la falta de estímulos sociales e intelectuales. Normalmente es menos grave que el retraso orgánico y más común entre las clases socioeconómicas bajas; a menudo, aparece en varios miembros de la misma familia, y muchas veces no se descubre hasta que el niño va a la escuela e incluso entonces el diagnóstico puede ser introvertido.

4. Descripción y clasificación del retraso mental en sus diferentes grados.

4.1. Expondrá el retraso mental ligero.

Esta categoría constituye la mayoría de los retardos mentales: 89% en función de las puntuaciones de la prueba de inteligencia de Wechsler. En el período preescolar adquieren las habilidades sociales y de comunicación y no muestran deterioro en las actividades motoras o el déficit es pequeño. Amenudo no se distinguen de los niños normales sino hasta años después. Su inteligencia subnormal se manifiesta en los años escolares, ya que tienden a rezagarse respecto a su grupo de edad. Si pervieran están en condiciones de aprender los conocimientos académicos, alcanzando en la adolescencia un desarrollo intelectual equivalente al de los alumnos de sexto grado. En la edad adulta suelen aprender los conocimientos vocacionales indispensable para lograr la independencia económica.

4.2. Expondrá el retraso mental moderado.

Estas personas casi siempre aprenden a hablar en la edad preescolar pero más tardíamente y con mayor lentitud que un niño normal. Suelen externar deficiencias en el desarrollo sensoriomotor; por ejemplo, una coordinación defectuosa. Sus habilidades sociales se encuentran por debajo del nivel normal. Aprovechan poco la enseñanza escolar, pero si reciben clases especiales, aprenden las destrezas sociales y ocupacionales. En la edad adulta rara vez obtienen independencia total pero pueden contribuir a su sostén, si el ambiente les ofrece condiciones propicias de trabajo.

4.3. Expondrá el retraso mental grave.

El desarrollo deficiente se advierte desde la lactancia o en los primeros años de la niñez: hay desarrollo motor anormal, un nivel mínimo de habla y muy a menudo deformidades físicas. Los niños aprovechan menos la instrucción escolar que los que sufren retardo 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; solo que necesitan completa supervisión y apoyo económico.

4.4. Expondrá el retraso mental profundo.

En esta categoría el retraso mental es extremo en las actividades intelectuales y sensoriomotoras; se manifiesta desde los primeros años de vida. El niño mayor aprende algunos hábitos de muy bajo nivel, pero generalmente requiere cuidados especiales durante toda la vida. A veces presentan deformidades físicas graves y esto limita más su capacidad de caminar y realizar otras actividades tendientes a satisfacer las exigencias del ambiente.

5. Analizará las características intelectuales y conductuales de cada uno de los grados del retraso mental.

5.1. Características intelectuales y conductuales del retraso mental ligero.

RETRASO MENTAL LIGERO

- Cuentan con un C.I. entre 2 y 3 desviaciones estándar por debajo de lo normal.
- Edad mental de 8 a 11 años.
- Puede leer y calcular hasta un nivel de tercero a quinto grado escolar.
- Encargarse de sus propias necesidades personales como vestirse y asearse con el mínimo de ayuda.
- Conservar un empleo sencillo.
- Tener una coordinación esencialmente normal.
- Tener una interacción social adecuada.

5.2. Características intelectuales y conductuales del retraso mental moderado.

RETRASO MENTAL MODERADO

- Cuentan con un C.I. entre 3 y 4 desviaciones estándar por debajo de lo normal.
- Edad mental de 5 a 8 años.
- Necesita alguna asistencia ocasional para su aseo y cuidado personal.
- Puede mantener un empleo si se toman las medidas especiales para superar su impedimento.
- Posee un vocabulario de no más de 300 o 400 palabras.
- Se relaciona con otras personas en juegos o actividades simples.

5.3. Características intelectuales y conductuales del retraso mental grave.

RETRASO MENTAL GRAVE

- Cuentan con un C.I. entre 4 y 5 desviaciones estándar por debajo del promedio normal.
- Edad mental de 3 a 5 años.
- Alcanza el nivel del preescolar promedio.
- Podrá encargarse de sus necesidades corporales básicas.
- Tal vez pueda comunicarse con un lenguaje sencillo.
- Necesitará una supervisión muy considerable durante toda su vida.
- No puede andar solo por la ciudad, puede tener algunos problemas de coordinación.
- No suele ser capaz de conservar un empleo ni siquiera en un lugar supervisado.

5.4. Características intelectuales y conductuales del retraso mental profundo.

RETRASO MENTAL PROFUNDO

- Cuentan con un C.I. de más de 5 desviaciones estándar por debajo de lo normal.
- Edad mental menor de 3 años.
- No atienden sus propias necesidades corporales básicas.
- Necesita ayuda para vestirse y alimentarse.
- Muchos casos están encamados porque ni siquiera son capaces de aprender a andar.
- Las aptitudes del lenguaje son mínimas.

6. El alumno conocerá los factores que facilitan el retraso mental.

Propiamente no son responsables del déficit mental, pero al sumarse o confluir, en determinadas circunstancias, pueden favorecer la aparición de los factores causales propiamente dichos.

6.1. Factor de la consanguinidad que favorece la aparición de elementos causales del retraso mental.

El matrimonio entre individuos consanguíneos incrementa el riesgo de padecer enfermedades de transmisión hereditaria cuando en dichas familias existen antecedentes de las mismas. Así, en una familia en que se haya presentado uno de estos casos aumenta considerablemente la posibilidad de repetirse la enfermedad en caso de que contraigan matrimonio entre sí algunos de sus miembros.

6.2. Factor de la edad materna que favorece la aparición de elementos causales del retraso mental.

Desde que en los años treinta se determinó la influencia de la edad avanzada de la madre en la aparición del mongolismo, se ha podido comprobar que en un buen número de deficientes, en especial en aquellos con alteración cromosómica, se encuentran una edad avanzada de sus progenitores.

6.3. Factor del sexo que favorece la aparición de elementos causales del retraso mental.

No existe una aplicación satisfactoria que justifique la mayor frecuencia del retraso mental en el sexo masculino. Pero esta preponderancia se da en una proporción que oscila entre el 55.5% y el 62.3%.

Aparte de esta mayor frecuencia de casos observada en los varones, las cifras encontradas en pacientes que precisan institucionalización son reflejos de que el retraso intelectual se hace más evidente en los varones a causa de que su inserción en la sociedad es más difícil.

6.4. Factores sociales que favorecen la aparición de elementos causales del retraso mental.

En distintas investigaciones se ha comprobado que el retraso mental es más común cuando las circunstancias sociales y económicas son desfavorables. En una ellas realizada en Inglaterra en 1925, se puso de relieve que el 20% de los escolares de zonas periféricas determinadas eran retrasados, en contraposición con los mejores barrios londinenses en donde el porcentaje era sólo del 1%.

Con posterioridad se observó que los adolescentes procedentes de hogares desfavorables mostraban un incremento significativo en sus coeficientes intelectuales si se les rodeaba de circunstancias ambientales estimulantes.

7. Expondrá los factores determinantes que desencadenan el retraso mental.

7.1. El retraso mental debido a la infección.

El factor infeccioso sigue teniendo importancia en la aparición del retraso mental, debido a numerosos agentes que pueden lesionar el sistema nervioso central en una fase precoz de su desarrollo.

Las infecciones con repercusión cerebral pueden presentarse durante el período prenatal o posteriormente. Entre las del período prenatal se han invocado las producidas por distintos tipos de virus, aunque sólo han podido demostrarse con certeza los casos de rubeola y los debidos al virus, aunque provoca un crecimiento excesivo de las células.

Las infecciones posnatales pueden tener, igualmente, una importancia considerable en relación con la aparición del retraso mental. Para ello es condición indispensable que la agresión tenga lugar a nivel cerebral. Destacando las meningitis, encefalitis y meningoencefalitis.

a). Infección prenatal:

- Rubeola.

- Hepatitis epidémica.
- Citomegalia., o aumento de tamaño celular.
- Toxoplasmosis, infección que pasa de la placenta al feto.
- Sífilis.
- Listeriosis, semejante a la toxoplasmosis.
- Otras infecciones bacterianas.

b). Infección cerebral prenatal:

- Meningitis.
- Encefalitis.
- Meningoencefalitis.
- Hemiplejía febril aguda.
- Absceso cerebral.
- Encefalopatías en el curso de enfermedades infecciosas.

7.2. El retraso mental debido a agentes tóxicos.

En este grupo pueden incluirse distintos estados patológicos en los que un agente lesiona el cerebro. Entre los más significativos se encuentran las encefalopatías postinmunización y los hijos de madres diabéticas encuentran una cabida justificada, toda vez que el mal surge de una acción tóxica.

- Encefalopatías bilirrubínicas (es un pigmento biliar relacionado con la hemoglobina de la sangre; da el color amarillo normal al suero; su exceso produce efectos tóxicos, en este caso sobre el cerebro).
- Fibroplasia o acumulación de tejido fibroso.
- Encefalopatías postinmunización.
- Intoxicaciones por envenenamientos específicos.
- Niños de madre diabética.
- Intoxicaciones maternas específicas.

7.3. El retraso mental debido a alteraciones metabólicas.

Dentro de esta categoría del retraso mental se agrupan circunstancias clínicas tan diversas como la falta de oxígeno y trastornos de la regulación del anhídrido carbónico, determinados estados convulsivos, así como distintas enfermedades metabólicas hereditarias que se manifiestan con signos y síntomas de disfunción cerebral.

- Errores innatos del metabolismo de los aminoácidos, que son los componentes esenciales de las proteínas.
- Errores innatos del metabolismo lipídico.
- Errores innatos del metabolismo hidrocarbonado.

7.4. El retraso mental debido a traumatismos.

Se agrupan todos aquellos casos de retraso mental en estrecha relación con traumas, tanto físicos como químicos, surgidos durante los períodos prenatal, intranatal y posnatal precoz.

Los más importantes son los traumatismos ligados al parto, que son la causa más frecuente de mortalidad prenatal, condiciones patológicas del recién nacido, desórdenes motores, retraso mental y epilepsia.

El traumatismo durante el parto puede estar condicionado por dos circunstancias distintas que, a veces, clínicamente son difíciles de separar: de una parte, el trauma físico debido a las peculiaridades mecánicas del

parto; de otra, por la anoxia (escasez de oxígeno) cerebral.

a). Traumatismos prenatales:

- Irradiaciones.
- Disfunción placentaria.
- Tentativas de aborto.

b). Traumatismos intranatales:

- Anoxia cerebral.
- Hemorragia intracraneal.
- Anoxia más hemorragia intracraneal.

c). Traumatismos posnatales:

- Enfermedades hemorrágicas del recién nacido.
- Distress respiratorio neonatal o agotamiento rápido de la respiración.
- Accidentes vasculares.
- Traumas cerebrales físicos o químicos
- Fallo cardíaco prolongado.
- Hipertermia (elevación excesiva de temperatura).

7.5. El retraso mental debido a aberraciones cromosómicas.

Las aberraciones cromosómicas; particularmente las que afectan a los distintos pares autosómicos (no del sexo), se manifiestan con una variedad de malformaciones y anomalías, dentro de las que el retraso mental es uno de los hechos de más acusado relieve.

A la fundamental aportación de Lejeune y colaboradores (1959) a propósito del síndrome de Down, en la que por primera vez se establecía la posibilidad de supervivencia en presencia de una aberración cromosómica.

a). Autosomopatías (o anomalías en los cromosomas generales)

- Síndrome Down.
- Síndrome de Edwards.
- Síndrome de Patau.
- Síndrome de maullido de gato.
- Cromosomas anuales asociados al retraso mental.

b). Gonosomopatías (alteraciones de los cromosomas sexuales y suplementarios).

- Síndrome de Turner.
- Síndrome de Klinefelter.
- Triple X.
- Síndrome XYY; XXXY, y otros

c). Formas mixtas (autogonosomopatías):

- Distintas combinaciones de las anteriores.

7.6. El retraso mental debido a tumores.

Este grupo comprende dos tipos de enfermedades:

- a) Facomatosis con sus distintas formas clínicas (Enfermedades tumorales del sistema nervioso).
- b) Neoplasias intracraneales específicas (formación de tejido anormal en el cerebro).

7.7. El retraso mental debido a influencias prenatales desconocidas.

Esta categoría recoge una serie de afecciones, de origen prenatal, con un condicionamiento congénito o ambiental hasta este momento desconocido.

a). Defectos cerebrales congénitos.

- Anencefalia (reducción del tamaño del cerebro, por falta de desarrollo).
- Lisencefalia (argiria, desaparición de las circonvoluciones, microgiria, adelgazamiento de las mismas).
- Porencefalia (depresión en forma de embudo de parte de la corteza cerebral).

b). Anomalías craneanas primarias:

- Craneostenosis (deformaciones del cráneo).
- Microcefalia primaria (cabeza anormalmente pequeña).
- Malformaciones múltiples diversas.

7.8. El retraso mental debido a causa desconocida con signos neurológicos.

Se incluyen en este grupo una serie de circunstancias patológicas cuyo único denominador es el desconocimiento de sus factores causales, pero en las que se observan signos neurológicos. Muchas de estos retrasos, con toda probabilidad, podrían estudiarse en otras categorías si los exámenes complementarios se extendiesen incluso hasta llegar a la biopsia cerebral o la autopsia.

- Leucodistrofias (alteraciones del desarrollo y distribución de la sustancia blanca del cerebro, generalmente formando áreas de endurecimiento).
- Degeneración cerebelosa.
- Desórdenes motores con epilepsia o sin ella.
- Encefalopatía mioclónica infantil con hirsutismo.
- Síndrome de Lennox.
- condiciones debidas a causa desconocida con disfunción cerebral estructural.

7.9. El retraso mental debido a causa desconocida sin signos neurológicos.

La mayor parte de estos casos pertenecen al grupo de influencia familiar-cultural-social. Estos tres factores pueden inhibir numerosos aspectos de la personalidad del niño (motivación, desarrollo del razonamiento abstracto, capacidad de iniciativa y adaptación a los cambios de estructura, etc.) y producir déficit intelectual.

La psicosis y desórdenes mayores de la personalidad se agrupan también en esta categoría, porque aunque su origen no está todavía resuelto, las limitaciones funcionales de estos cuadros clínicos y sus peculiares características producen un retraso mental temporal o permanente.

- Retraso mental familiar-cultural.
- Condiciones asociadas con ambientes desfavorables.
- Psicosis y desórdenes mayores de la personalidad.

- Condiciones debidas a causa incierta con reacción funcional.

7.10. El retraso mental debido a más de una causa probable.

Se incluyen aquellos casos en los que se supone la existencia de más de una causa. En unas ocasiones es la coexistencia del retraso mental y un sólo signo menor de malformación congénita, con historia obstétrica patológica; en otros, la situación de ciertos recién nacidos que han padecido trauma durante el parto; en unos terceros, la asociación de trauma prenatal y estigmas menores degenerativos, etc.

8. El alumno identificará la prevención del retraso mental.

Por las características específicas de esta enfermedad, se dispone de dos tipos de acción frente al problema que tratamos:

- a) Establecer unas vías adecuadas para prevenir al máximo la aparición de nuevos casos.
- b) Utilizar todos los medios disponibles para un tratamiento eficaz.

En la mayor parte de los casos, la acción general del médico consiste en adaptar al retrasado mental a unas circunstancias determinadas (pedagógicas, laborales, sociofamiliares, etc.), modificando en lo posible al individuo y al entorno en el que se desenvuelve, en un intento de lograr unas interrelaciones útiles y de rendimiento para el hombre y la sociedad.

La labor sanitaria desde el punto de vista preventivo, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de esta enfermedad será el procedimiento profiláctico más eficaz de las oligofrenias.

La colaboración interdisciplinaria del médico internista y del ginecólogo en los cuidados de la madre gestante, la elección de la técnica adecuada en el instante preciso, la administración de fármacos a dosis justas, durante el embarazo y en el momento del parto, así como la intervención del pediatra cuando se ha producido el parto, son medidas de gran importancia que en el momento actual no pueden dejar de aplicarse.

Desde otro punto de vista, hay que considerar también una asistencia sanitaria infantil en la que se posibilite el diagnóstico precoz y se evite al máximo la acción patógena del agente causal.

En el campo de las enfermedades metabólicas congénitas, los especialistas pueden aportar al clínico valiosas informaciones que faciliten el diagnóstico precoz y un tratamiento sintomático eficaz.

Cuando la situación causal no es congénita, sino de origen ambiental, la prevención real va dirigida a dotar a los niños, desde su nacimiento, de una adecuada información sensorial, motriz, emocional y psíquica, de acuerdo con sus necesidades, hecho éste en el que están implicados, además del campo de la sanidad, el sociológico, pedagógico, etc.

9. El alumno conocerá los aspectos clínicos del retraso mental.

9.1. Los procedimientos de observación y valoración que permiten el diagnóstico del retraso mental.

El punto de vista clínico tiene un sentido más amplio, global y debe entenderse como el sufrimiento, el padecimiento y las dificultades de una persona, que le impiden realizar con plena eficacia sus actividades cotidianas o su realización personal.

El diagnóstico del retraso mental va a incluir todos aquellos procedimientos de observación y valoración que permiten hacer un juicio acerca de las características del problema:

- Entrevista.
- Exploración física.
- Exámen psicológico y análisis de las áreas alteradas en el funcionamiento psíquico.
- Diagnóstico clínico.
- Diagnóstico precoz.
- Evaluación psicológica.
- Otros diagnósticos especiales.

9.1.1. El método de la entrevista.

Mediante él se obtiene una información que, al ser proporcionada por personas cercanas al paciente, permite reconstruir la historia del padecimiento, sus causas, su evolución en el tiempo, etc.; desde el embarazo, el parto y el primer año de vida, hasta enfermedades tempranas, infecciones o traumatismos que pudieron influir en la normal evolución del cerebro.

9.1.2. El procedimiento de la exploración física.

En la exploración física se pone de manifiesto las anomalías propias de la enfermedad. En el caso del retraso mental se tiende a detectar determinados indicios externos o signos corporales que pueden ser la clave para hallar las causas del retraso mental: desde el aspecto general hasta la presencia de algunas malformaciones concretas.

En algunos casos, las anomalías son tan específicas que forman los denominados síndromes de Down o mongolismo, por ejemplo, con los siguientes rasgos: implantación baja de cejas, inclinación lateral hacia arriba de los ojos, pliegue interno o epicanto, etc.

Sin embargo, aunque se dan algunos casos en que aparecen alteraciones características, a la mayor parte de las personas que padecen un retraso mental no se las distingue, por su aspecto exterior, de las perfectamente normales. Se trata por tanto de indicios con un valor muy relativo que brindan la ayuda al llamar la atención para descubrir posibles anomalías y tomar las medidas precisas para combatirlas.

9.1.2.1. Cabeza.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Cráneo muy grande.

Cráneo muy pequeño. Algunas trisomías.

Hidrocefalia o exceso

de líquido.

Cráneo corto Síndrome de Down.

o pequeño. Síndrome de Cornelia

de Lange.

Síndrome de Rubinstein

Taybi.

9.1.2.2. Cabellos.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Cabello muy rubio. Fenilcetonuria.

Cabello blanco. Mala absorción de metionina.

Cabellos torcidos. Enferm. metabólicas.

9.1.2.3. Cara.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

En cada caso se presenta Gargolismo.

un rostro más o menos Sínd. de Down.

característico, como el tipo Sínd. Cornelia de Lange
mongoloide del síndrome Sínd. Rubinstein Taybi
de Down, por ejemplo.

9.1.2.4. Ojos.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Ojos azules. Fenilcetonuria.

Mala absorción de metionina.

Estrabismo, pliegue anti mongoloide. Sínd. Rubinstein Taybi.

Cejas gruesas, pestañas muy largas. Sínd. Cornelia de Lange

Pliegues mongoloides. Sínd. Down.

Cataratas. Gargolismo.

9.1.2.5. Orejas.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Orejas largas. Leprechaunismo.

Orejas bajas. Trastornos cromosómicos
varios

9.1.2.6. Dientes.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Dientes con muescas. Podrían ser indicio de
sífilis congénita.

Dientes irregulares. Sínd. Cornelia de Lange

9.1.2.7. Lengua / Paladar.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Lengua grande con surcos. Sínd. Down.

Paladar en forma de arco. Sínd. Rubinstein Taybi

9.1.2.8. Voz.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Voz y llanto graves y Podría haber una defi-
rónicos. ciencia de hormona
tiroidea.

Llanto parecido al Indicio de trisomía
maullido de un gato. de cromosoma 5.

9.1.2.9. Cuello.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Corto, con aletas. Sínd. Turner.

9.1.2.10. Manos.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Cortas, gruesas, con un Sínd. Down.
solo pliegue.

Dedos de araña. Sínd. Marfan.

Articulaciones exce- Sínd. Down.

sivamente extensibles.

Gran separación entre

segundo y primer dedos.

9.1.2.11. Piel.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Manchas colo café con Podrían ser síntoma de

leche. neurofibromatosis.

Excrecencias en la cara. Indicio de esclerosis

tuberosa.

Pigmentaciones (lunares) Enfermedad de Sturge

en la cara. Weber.

9.1.2.12. Crecimiento Físico.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Estatura muy alta. Puede ser un indicio de Sínd.

Klinefelter.

Estatura corta o deten Síntoma generalizado de sín-

ción del crecimiento. dromes cromosómicos y en-

fermedades metabólicas.

9.1.2.13. Peso Corporal.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Obesidad. Enfermedad de Lawrence

Moonbield.

9.1.2.14. Corazón.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Malformaciones Sínd. Down.

cardiacas.

Múltiples. Sínd. Rubinstein Taybi

9.1.2.15. Hígado.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Alteraciones de este Enfermedades de:

órgano (degeneración) *Wilson.

o crecimiento. *Nieman Pick.

*Horler.

9.1.2.16. Genitales.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Genitales pequeños. Sínd. Klinefelter y otras.

Crecimientos de mamas Alteraciones cromosómicas

(varón).

Infertilidad. Podrían ser indicios de

Maduración sexual tardía. Sínd. Turner y Klinefelter.

9.1.2.17. Sangre.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Anormalidades en Síntoma probable del

glóbulos blancos. Sínd. Hurler.

9.1.2.18. Síntomas Neurológicos.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Convulsiones, trastornos Esclerosis tuberosa.

de la marcha, espasmi- Sínd. de West.

idad. Enferm. de Wilson.

Rigidez.

Ceguera.

9.1.2.19. Signos y Síntomas Neurológicos.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Cerebro y médula Trisomía varias.

muy pequeños.

9.1.2.20. Músculos.

CARACTERISTICAS ENFERMEDAD

Debilidad muscular y Enferm. Duchenne.

aumento del volumen

de los músculos de Sínd. Rubinstein Taybi

las pantorrillas.

9.1.3. El examen Psicológico.

El examen psicológico evalúa las características del funcionamiento psíquico de una persona y se realiza de ordinario mediante una entrevista que pone de relieve el grado de desviación de las citadas funciones; simultáneamente se observa el comportamiento del paciente, su actitud de cooperación o de rechazo, sus gestos, el lenguaje que utiliza, etc.

9.1.3.1. Las conductas, estructuras, situaciones, que interesa evaluar y conocer de las personas con retraso mental.

Las conductas, estructuras y situaciones que interesa conocer y evaluar en las personas con retraso mental son:

- Area cognitiva.
- Area de lenguaje y comunicación.
- Area Afectiva.
- Autoconcepto.
- La adaptación personal.

9.1.3.1.1. Area cognitiva.

La función cognitiva permite al hombre conocer el mundo, percibirlo, ordenarlo en su interior, aprender, resolver, crear y emplear sus saberes en beneficio suyo y de los demás. En el caso de las personas con retraso mental, algunas de estas funciones no se cumplen más que parcialmente porque existen dificultades y déficits en su desarrollo o en los resultados finales obtenidos.

9.1.3.1.2. Lenguaje y Comunicación.

Los niveles de desarrollo conseguidos en el lenguaje sirven como indicador de la maduración del sujeto; el estilo, las vías y los contenidos de las formas de comunicación de las personas con retraso mental sirven para la evaluación del desarrollo evolutivo global o parcial de esa persona.

9.1.3.1.3. Afectividad.

La capacidad para tener emociones y afectos, y para relacionarse sentimentalmente con otros, es la base de la adaptación, quizás sea el proceso en el que se pone de relieve la enorme potencialidad de las personas con retraso mental, capaces de establecer relaciones entrañables en su ambiente; es lo que permite la conducta de vínculo y una mayor relación de contacto.

También es importante valorar en esta área la ansiedad como reacción de experiencia, tan frecuente en las personas con retraso mental, que genera tantas conductas de aislamiento y represión, generalmente derivado de un etiquetado o cliché social que va a inhibir el desarrollo de su personalidad, facilitando la marginación, de tanta trascendencia para el futuro de estas personas.

9.1.3.1.4. Autoconcepto.

Intimamente relacionado con esta área cognitiva y afectiva. Hace referencia a la forma en que la persona se valora a sí misma y tiene una clara relación con el trato (afectuoso o no) recibido de la madre desde el primer momento y con el grado de motivación y estima que se le proporciona.

Es natural que esta autovaloración aparezca notablemente disminuida en el retrasado, puesto que este, de ordinario, es consciente de sus limitaciones. A pesar de ello si se crea a su alrededor un ambiente estimulante, susceptible de procurarle apoyo y generarle confianza, puede elevarse mucho el nivel del autoconcepto.

9.1.3.1.5. Adaptación Personal.

Tiene que ver con la manera en que la persona se integra en su medio vital y social. Para determinar el grado de adaptación de un individuo es preciso observarlo, ver cómo se relaciona con su entorno, el comportamiento vinculado con su capacidad para tolerar o soportar situaciones que le resulten poco gratificantes, es decir, el grado de tolerancia frente a la frustración. En el retrasado puede presentarse, en ocasiones, o una adaptación deficiente o una escasa tolerancia ante la frustración; en el primer caso, las conductas inadecuadas, negativas incluso, pueden estar originadas en estados de insatisfacción y con gran frecuencia son resultado de una mala reeducación o de la presencia de otros trastornos mentales que, desde luego, están íntimamente ligados a todo aquello que rodea a la persona con retraso mental. Estos factores ambientales van a intervenir e influir en el largo y difícil camino de la constitución de la personalidad del retrasado mental.

9.1.4. Expondrá el Diagnóstico Clínico.

El interrogatorio y la observación clínica puede facilitar datos valiosos para el diagnóstico del retraso mental : es posible conocer de forma aproximada el nivel intelectual de la persona examinada. Se dispone de ciertas pautas de conducta y de adaptación social, con las que se valoran el grado de independencia personal, el estado físico, los movimientos corporales, la actividad física, su nivel de comunicación, conducta social, en relación con determinadas edades y el resultado orientará hacia el grado de retraso existente.

9.1.5. Expondrá el Diagnóstico Precoz del retraso mental.

Se tarda más en diagnosticar un retraso mental cuanto más leve es; las deficiencias más severas y profundas se diagnostican pronto, cuanto antes comience el tratamiento y la rehabilitación más posibilidades habrá de limitar el daño y de lograr la mejoría.

9.1.5.1. Mencionará los principales indicios de una probable deficiencia en el recién nacido.

9.1.5.1.1. Irritabilidad.

Son niños que lloran constantemente y que se sobresaltan con gran facilidad. Esa irritabilidad llega a ser muy intensa, que resulta difícil calmarlos, aún recurriendo a arrullarlos, después de haber eliminado las posibles causas del llanto: hambre, frío, calor, dolor, etc.

9.1.5.1.2. Hipotonía Muscular.

Los músculos carecen de consistencia y fuerza, y el niño se encuentra flácido, blando y decaído.

9.1.5.1.3. Reacción a los estímulos.

Un niño con daño cerebral tardará en responder a un estímulo fuerte o no responderá.

9.1.5.1.4. Disminución de las respuestas reflejas.

Se refiere a aquellas conductas que no se aprenden, sino que se poseen desde el momento de nacer y que desaparecen al cabo de unos meses. Esas respuestas no se darán en un niño con retraso o se prolongará de manera anormal.

9.1.5.1.5. Dificultades para la alimentación.

Rechazo del alimento, problemas para deglutir, movimientos lentos de deglución, cansancio del niño a la hora de alimentarlo, vómitos frecuentes, dificultades para la succión, se dan éstos frecuentemente en niños con daño cerebral.

9.1.6. Conocerá la evaluación psicológica del retraso mental.

Se compone de aquellos procedimientos que tiene como finalidad los diferentes aspectos del funcionamiento, maduración y adaptación mental, así como descubrir intereses vocacionales, grado de ajuste, autoconcepto, etc.; que proporcionan no solo un conocimiento de las limitaciones de la persona evaluada sino también de las potencialidades.

9.1.6.1. La Entrevista.

Tiene por finalidad conocer personalmente a un paciente, a fin de establecer un criterio clínico que permita apoyar o complementar el resto de los estudios y pruebas realizados. Puede estar dirigida a los padres, cuidadores y maestros, o al mismo paciente. Existen diversos tipos de entrevistas, que difieren en la forma de realizarse y que dependen del tipo de persona a quien se aplica, así como de los objetivos de la misma.

9.1.6.2. Las Pruebas Psicométricas.

Se realizan mediante instrumento aplicados a sujetos específicos que proporcionan resultados que permiten analizar un aspecto determinado del funcionamiento mental.

La evolución de la inteligencia permite conocer el nivel intelectual de una persona y consigue determinar el cociente de inteligencia (C.I.), que resulta de una operación matemática en la que la edad mental del paciente se divide entre su edad cronológica y se multiplica por 100.

La edad mental se conoce mediante la aplicación de determinadas pruebas, las cuales han demostrado su utilidad para el diagnóstico del retraso mental.

Las pruebas usualmente utilizadas para medir la inteligencia son:

* La Escala de Inteligencia de Weschler.

(WAIS–WISC–WPPSI)

Ofrece datos del área verbal y manipulativa de la inteligencia.

*La Medida de Inteligencia de Terman Merrill.

Ofrece datos de mayor contenido verbal y se correlaciona más con la parte verbal que la Escala de Weschler.

9.1.6.3. Escalas de Evolución.

Son los medios instrumentales que se utilizan con el fin de situar a la persona en el concreto nivel de funcionamiento social y de conducta en que se encuentra. La puntuación se obtiene formulando y valorando pregunta a las personas de su entorno, la puntuación final señalará unos porcentajes determinados comparables con los valores normales previamente conocidos. Las escalas más aplicadas en la actualidad son:

*La de Adaptación de la Conducta, de Nihira, Forster, Shellhass y Leland ABS (1974), publicada por la Asociación Americana para la Deficiencia Mental, que consta de dos partes:

- 1.– De conductas adaptativas, abarca varios rangos: funcionamiento independiente, desarrollo físico, actividades económicas, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, actividades domésticas, actividades vocacionales, dirección de sí mismo, responsabilidad y socialización.
- 2.– Que agrupa conductas de mala adaptación en los siguientes rangos: comportamiento antisocial, rebelde, indigno de confianza, aislamiento, comportamiento estereotipado y manierismos extraños, maneras interpersonales inapropiadas, maneras de hablar inaceptables, comportamiento autoagresivo , hiperactividad, comportamiento sexual anormal, trastornos psíquicos y uso de medicación.

La Escala de Loma Wing (1980) proporciona medidas precisas que facilitan el trabajo psicológico, pedagógico, familiar e institucional, evaluando una serie de áreas de la conducta, habilidades, socialización, respuesta a estímulos, movimientos, etc.; que dan un idea bastante exacta del funcionamiento de la persona con retraso.

Como también la familia requiere ser evaluada en relación a sus aptitudes frente al niño con retraso– la tensión que experimentan y los recursos que moviliza frente al problema– , existen instrumentos especiales que procuran una idea bastante próxima a la realidad de tales actitudes. Del mismo modo que recientemente se realizan pruebas específicas para calibrar el efecto que producen en los niños las instituciones.

La evaluación de la persona con retraso mental no se limita a la medición de su inteligencia, sino que se extiende a la valoración de la totalidad psíquica de la persona y de su medio sociofamiliar.

10. El alumno conocerá el tratamiento de los problemas emocionales y de conducta del retraso mental.

El tratamiento de problemas psicológicos se puede dividir en tres categorías generales:

- Psicoterapia; incluye una gran variedad de técnicas que tienen como denominador común que el cliente expone sus sentimientos, o de alguna otra manera los comunica a un interlocutor comprensivo, dando por supuesto que este intercambio es un factor terapéutico.
- Terapia de la conducta; tratamiento que se basa en los principios del condicionamiento clásico y operante.
- Quimioterapia; tratamiento por medio de drogas psicoactivas.

10.1. Psicoterapia con los retrasados.

La psicoterapia se lleva a cabo individualmente o en grupo; puede ser extremadamente tolerante o no dirigida, o altamente estructurada. Puede ser principalmente verbal, o llevarse a cabo por medio de una comunicación no verbal.

Todos estos métodos se basan en la premisa de que la adaptación y el bienestar emocional de cualquier persona se puede mejorar hablando con una persona comprensiva acerca de los propios problemas.

10.1.1. Psicoterapia verbal individual.

Las terapias tradicionales de palabra que se llevan a cabo en base al diálogo de uno con otro son muy poco frecuentes en el caso de los retrasados mentales por dos razones:

- Son muy escasos los profesionales bien preparados para el trabajo con los retrasados. Resulta más eficiente proporcionar estos servicios en grupos.

Muchos de los pioneros en psicoterapia previnieron en contra de usar técnicas con individuos de baja inteligencia y pocas aptitudes verbales. Freud estaba convencido de que el psicoanálisis solamente sería efectivo con aquellos que tuvieran una inteligencia superior al promedio, ya que los retrasados no tendrían la necesaria autocrítica de sus propios sentimientos ni podrían explicarlos fácilmente de palabra (Sternlicht, 1966). Carl Rogers (1951), hizo el mismo llamado de alerta, argumentando que el retrasado no podía manejar conscientemente los impulsos que lo guiaban en su conducta, y que no podían comprender objetivamente los efectos de su propia conducta ni los de la conducta de los demás.

Los retrasados mentales raras veces o nunca buscan ellos mismos terapia; por lo general son los padres, trabajador social, maestro o algún miembro de la institución donde se encuentra. Esto significa que la razón para remitirlos es casi siempre algún problema de conducta antisocial. La meta más importante individualmente es la de que controlen mejor sus impulsos.

Hay una posible meta de la terapia con los retrasados que merece una atención muy especial, la de mejorar la inteligencia del cliente, o de curar el retraso. Posibilidad razonable solo en aquellos casos en los que el retraso del individuo tiene como causa principal una perturbación emocional. En este caso, si se logra remover el obstáculo emocional, tal vez se logre una mejoría en el funcionamiento mental del individuo.

10.1.2. Terapia y consejo de grupo.

Casi toda la terapia se lleva a cabo en un contexto de grupo en lugar de individual, la principal razón es que por este medio se logra el máximo rendimiento de los pocos consejeros y terapeutas de que se dispone para trabajar en retrasados.

Tiene otras ventajas, los clientes tienen la oportunidad de beneficiarse escuchando los problemas de otros individuos retrasados. De esta manera las personas caen en cuenta de que otros tienen dificultades tan serias o peores que las suyas propias, y se dan cuenta de que no están solos con sus problemas. Además pueden proporcionarse entre ellos aliento y apoyo. Tal vez, la ventaja más importante es que dicho ambiente ofrece a los retrasados las experiencias que necesitan en aptitudes y en situaciones sociales. Suelen aprender a ser más sensibles a los sentimientos de las demás personas, y la situación de consejo de grupo es una de las pocas oportunidades que tienen muchos retrasados para conocer con cierta intimidad a otras personas.

10.1.3. Terapia por el juego.

Como son tantos los niños y adultos que tienen problemas para comunicarse de palabra, se han desarrollado

diversos tipos de terapia no verbal, entre los que el más popular es la terapia por el juego (Axline, 1947). En la terapia por el juego no se insiste en que se comuniquen los sentimientos de palabra, sino que a los clientes, por lo general niños, se les anima para que se expresen por medio del juego. La terapia por el juego siempre ha sido no directiva; a los niños se les permiten que escojan por sí mismos los juguetes que quieran y el modo de jugar con ellos, sin ninguna, o muy poca intervención del terapeuta.

El terapeuta siempre tienen que aceptar a los niños exactamente como son y mantener el debido respeto por las aptitudes desplegadas para resolver sus propios problemas. El descubrir que hay una persona que se interesa sinceramente por ellos como personas, es siempre muy beneficioso y les ayuda a desarrollar su sentido de autoestima y de valor personal. Entre estos se encuentran los niños que progresaron desde la gama del retraso hasta la gama normal en las pruebas de inteligencia.

10.1.4. Terapia por el arte creativo.

La música, el baile y la pintura se han venido usando como técnica terapéutica con niños y adultos retrasados. El método es casi siempre no directivo. La ventaja de estas técnicas es que se pueden aplicar inclusive a las personas más profundamente impedidas. La música a los retrasados más capacitados les permite cantar o inclusive tocar algún instrumento sencillo. Muchas personas severamente retrasadas también gustan de bailar como una modalidad de expresión. La pintura es un recurso excelente para los que no pueden hablar expresen sus sentimientos, e inclusive los más impedidos pueden utilizar pinturas que se pueden aplicar con los dedos.

La finalidad de este tipo de terapia es indeterminada por su misma naturaleza, y por lo tanto es difícil valorar el éxito de estos programas. Por lo menos se puede decir que proporciona una actividad agradable a muchas personas cuyas vidas por lo general son infecundas y vacías.

10.2. Modificación de la conducta.

Se basa en una distinta concepción de la conducta perturbada en comparación con la psicoterapia, y a diferencia existe una cantidad muy considerable de investigación que comprueba su eficacia.

10.2.1. Postulados del Conductismo.

El conductismo fue fundado por J. B. Watson (1914), en la actualidad el nombre más vinculado con éste es el de B. F. Skinner (1974). La premisa básica del conductismo es que solamente la conducta la conducta observada puede ser objeto de la psicología científica. A los conductistas no les interesa estudiar la mente, el consciente, el pensamiento, las ideas, los sentimientos, el ego, o cualquier otra cosa de los constructos mentalistas. Por esta misma razón los conductistas niegan que el concepto de inteligencia tenga alguna utilidad, por lo que les da lo mismo que a un niño se le ponga la etiqueta de retrasado mental o no. Los conductistas sólo describen para su diagnóstico el comportamiento observable y sus consecuencias, en lugar de asignar etiquetas.

Entre los aspectos más importantes del ambiente de cualquier individuo se encuentran las contingencias de reforzamiento de varias conductas; es decir, lo que ocurre a los niños cuando emiten cierta respuesta. Los reforzamientos pueden ser positivos (premios) o negativos (castigos). Este proceso de aumentar la frecuencia o probabilidad de cierta actividad mediante un reforzador se llama Condicionamiento Operante.

La mayor parte del aprendizaje se lleva a cabo por medio de los mecanismos relativamente sencillos de condicionamiento clásico y de condicionamiento operante.

Una de las diferencias más fundamentales entre los conductistas y los psicoterapeutas, es que los primeros consideran que el verdadero problema son las acciones específicas del niño, mientras que la mayoría de los psicólogos consideran que la conducta perturbada específica del niño es simplemente un síntoma de un

conflicto o problema más profundo.

10.2.2. Condicionamiento Operante.

El proceso de modificación de conducta se basa en el condicionamiento operante. El condicionamiento operante es la frecuencia o probabilidad de una respuesta que se verá aumentada si un organismo recibe un reforzador positivo o disminuida si recibe un reforzador negativo.

Si una conducta determinada no se refuerza, disminuye la probabilidad de que esa acción se vuelva a presentar. Este proceso se llama Extinción.

Con estos antecedentes, es fácil comprender la técnica de los modificadores de la conducta para cambiar el comportamiento de los retrasados mentales. No tienen ningún empeño en aplicar a sus niños ninguna etiqueta de diagnóstico.

10.2.3. Pasos para aumentar la frecuencia de una actividad o conducta.

1. *Especificar la conducta*: hay que tomar dos precauciones en relación con esto:

- a) La conducta por aumentar debe redactarse muy explícitamente y debe expresarse en términos conductuales.
- b) La actividad que se busca tiene que estar al alcance de las actividades del sujeto.

2. *Determinar el reforzador apropiado*: un reforzador es cualquier cosa que aumente la frecuencia de una conducta anterior. Para encontrar un buen reforzador para un niño retrasado, obsérvese su comportamiento durante un lapso de tiempo y véase en qué emplea mucho de su tiempo. Una solución muy frecuente es el uso de fichas como reforzadores. Una ficha es todo aquello que se puede cambiar después por un reforzador.

3. *Medir la línea base de la conducta*: significa la frecuencia de la conducta al principio del proyecto, esto equivale a un grupo control en un diseño experimental. Todo el que organiza un programa de modificación del comportamiento quiere determinar si efectivamente tiene éxito en la modificación de dicho comportamiento, y la mejor manera de hacer esto es contando la frecuencia de la conducta antes de empezar el programa, y luego compararla con la frecuencia posterior, cuando el programa ya ha estado en marcha durante algún tiempo.

4. *Organizar la situación de suerte que exista la máxima probabilidad de que la respuesta buscada ocurra*: es muy importante que se arregle la situación de tal manera que la conducta buscada ocurra lo más frecuentemente posible, para reforzarla. Un modo excelente de realizar esto, es haciendo un contrato con los sujetos en el que se estipule que si hacen cierta acción tendrán derecho a cierto reforzador, y que se comprometen a no exigir el privilegio sino hasta después de haber llevado a cabo la actividad en cuestión.

En el caso de que sea un niño que no puede hablar, una manera de lograrlo es que el niño imite a alguien que está actuando como se quiere que él actúe, procedimiento conocido como Modelamiento.

5. *Hacer contingente el reforzador sobre la conducta deseada*: se lleva a cabo observando muy de cerca el comportamiento de los sujetos y asegurarse de que son reforzados cada vez que se comportan como se pretende.

6. *Efectuar las debidas anotaciones*: los conductistas son anotadores compulsivos, es muy fácil determinar lo bien que va funcionando un programa cuando se tiene anotaciones o registros exactos de la frecuencia de una actividad deseada.

10.2.4. Cómo reducir la frecuencia de una conducta indeseable.

Cuando se trabaja con personas retrasadas, es muy importante reducir a un mínimo esa conducta antisocial, ya que es más difícil que los sujetos lleguen a ser miembros productivos de la sociedad, si tienen muchas manías que causan molestias a los demás. Existen muchos procedimientos para reducir la frecuencia de una conducta indeseable:

- a) Extinción: es sencillamente descubrir lo que está reforzando la conducta indeseable y remover este reforzador.
- b) Establecer una respuesta incompatible, una conducta incompatible con el andar corriendo de aquí para allá en la clase es sentarse quietos en el asiento que les corresponde.
- c) Entrenamiento de omisión. al niño se le refuerza para que no haga algo.
- d) Tiempo fuera: remover la situación reforzante para disminuir la conducta perturbadora.
- e) Castigo: cualquier cosa que reduce la frecuencia de la conducta que le precede. Los castigos que se usan generalmente con niños retrasados son bastante ligeros (reprimenda verbal).

10.3. Quimioterapia.

Un gran número de drogas psicoactivas conocidas como tranquilizantes se les conoce como drogas antipsicóticas, el tranquilizante universalmente utilizado es la clorpromacina (Thorazine). Aunque prácticamente no existe ninguna droga específica para retrasados, un número cada vez mayor de niños y adultos retrasados está siendo puesto bajo el efecto de diversas drogas psicoactivas, para reducir en ellos los síntomas de perturbación emocional.

Los retrasados epilépticos casi siempre toman algún tipo de droga anticonvulsiva, por ejemplo dilantín, para controlar los ataques.

Los niños hiperactivos con frecuencia toman algún estimulante, por ejemplo ritalín, el cual tiene el efecto paradójico de reducir la actividad de estos niños.

Varios aspectos con respecto al uso de drogas psicoactivas con retrasados:

- Reducen los síntomas de la perturbación conductual, pero no los curan.
- Distintos sujetos reaccionan en forma bastante diferente a la misma droga.
- Una droga que es eficaz para reducir los síntomas en un individuo puede resultar ineficaz para otro con los mismos problemas.
- Hay que determinar la dosificación ideal para cada individuo en particular y mantener una vigilancia constante.
- Suelen producir muchos efectos secundarios en algunas personas, por ejemplo somnolencia, leves erupciones cutáneas, trastornos sanguíneos, temblores.
- No se ha demostrado que tengan un efecto positivo sobre las aptitudes mentales.

11. El alumno conocerá las teorías y modelos de las incapacidades para el aprendizaje.

Las incapacidades para el aprendizaje quizás nunca sean explicadas por una teoría ya que el término puede incluir numerosos trastornos relacionados, pero diferentes. Los modelos de las incapacidades para el aprendizaje se pueden clasificar o categorizar de muchas formas con algo de apoyo para cada clasificación y modelo.

11.1. Modelo de daño cerebral en un área específica.

Hinshelwood (1917). Uno de los primeros investigadores teóricos que propusieron un modelo teórico para explicar una incapacidad para el aprendizaje (ceguera de palabras). Sugirió que cierta parte del cerebro (que él llamó: centro de memoria visual para las palabras), era congénitamente defectuosa en personas con este tipo de trastornos.

11.2. Modelo Perceptomotor.

Relaciona las incapacidades para el aprendizaje a problemas intermedios, los cuales, a su vez, son causados por disfunción cerebral. Muchas variaciones de este modelo de efecto intermedio enfocan trastornos perceptuales o anomalías (que son causadas por lesión cerebral o disfunción cerebral), como la causa principal de las incapacidades para el aprendizaje.

Los teóricos del perceptomotor suponen que los procesos mentales de nivel superior crecen fuera de y siguen, en forma consistente, el desarrollo integrado del sistema motor. Para ellos, las habilidades perceptomotoras tempranas son la base esencial para los conceptos posteriores.

La descripción de los ocho pasos que se siguen se adaptó de *The visuomotor complex in the acquisition of learning skills* (Getman, 1965):

1. Las respuestas innatas: son el principio de aprendizaje normal. Estas son las respuestas dadas por el niño al nacer, como el reflejo tónico del cuello, el inicio del movimiento del lactante, el reflejo de sobresalto, que es la reacción a un rayo de luz o un sonido intenso repentino; el reflejo a la luz, apretar los párpados (como respuesta a la luz), y después la reducción de tamaño de la pupila; el reflejo de presión, asir objetos; el reflejo recíproco, la facilidad de impulsar y contraimpulsar los movimientos del cuerpo; el reflejo estatocinético, atención relajada y el reflejo miotático, es un sistema de reflejos al estirarse como un mecanismo interno de retroalimentación. En conjunto, estos sistemas de respuesta innatos son la base de todo aprendizaje posterior.

2. Desarrollo motor en general: esto incluye aquellas habilidades asociadas, por lo general con locomoción, incluyendo arrastrarse, caminar, correr, saltar, esquivar y brincar en un pie. Mediante esta serie de habilidades, el niño utiliza y construye basándose en la información obtenida en el nivel de respuesta innato más bajo. Estas habilidades sirven de base a otras más altas y complejas necesarias para un aprendizaje efectivo y continuo. La coordinación general que debe desarrollarse a este nivel, se requiere para permitir el crecimiento adecuado de coordinación más específica y especializada a niveles elevados.

3. Desarrollo motor especial: estas habilidades, que se desarrollan fuera de los dos primeros, incluyen coordinación ojo-mano, entre las dos manos, mano-pie, sistemas de voz y las habilidades para gesticular.

4. Desarrollo motor ocular: incluye la habilidad para controlar el movimiento de los ojos, sistema que es mucho más complejo que lo aceptado por muchos, ya que involucra dos sistemas separados- uno para cada ojo- que se deben equiparar y equilibrar con constancia. Aunque los niños tienen 20/20 de visión, quizás tengan problemas graves en relaciones bilaterales, con problemas que tienden a ser devastadores cuando se efectúan trabajos de cerca como leer. Las habilidades oculares incluyen: fijación, habilidad de fijar o localizar visualmente un objeto; movimiento sacádico, movimiento de los ojos de un blanco (objeto) a otro; persecución, habilidad para seguir con éxito un objetivo en movimiento con ambos ojos, y rotación, habilidad para rotar o mover los ojos con libertad en cualquier dirección.

5. El sistema de integración motor-lenguaje y auditivo: incluye balbucear, lenguaje imitativo y original. Getman cree que la capacidad en este sistema se interrelaciona con la visión.

6. La visualización (o el evocar o imaginar): significa la capacidad para recordar lo que ha sido visto, escuchado o sentido por el tacto. O sea la capacidad para revisualizar lo que ahora no está presente. Getman reconoce dos tipos de visualización, la inmediata y de pasado-futuro.

7. La percepción: esta es la capacidad para diferenciar entre estímulos sensoriales distintos, pero similares. Es muy dependiente de todos los niveles anteriores; y no se desarrolla por completo, quizás ocurran problemas perceptuales.

8. Desarrollo intelectual: éste resulta del desarrollo de varios procesos mentales abstractos, como la capacidad para generalizar, conceptuar y elaborar. Estos suceden como resultado de integrar e interrelacionar una amplia variedad de percepciones exactas; por lo tanto, pueden desarrollarse de manera adecuada sólo si la capacidad perceptual se ha acrecentado y mientras la persona tenga la oportunidad de involucrarse con diversos eventos perceptuales.

11.3. Modelo del Desarrollo del Lenguaje.

Smith, Goodman y Meredith (1976), observaron que (al discutir por qué los niños aprenden el lenguaje), en contraste a por ejemplo, el crecimiento de los huesos y de los músculos, el aprendizaje del lenguaje no es una parte orgánica natural del crecimiento. Los niños que crecen aislados de la sociedad no desarrollan el lenguaje. La capacidad de los niños para pensar de manera simbólica y producir sonidos hace posible, desarrollar un lenguaje significativo, pero que es el premio de comunicarse, lo que hace necesario para los niños aprender el lenguaje.

Finalmente señalaron que: al desarrollarse el lenguaje, se convierte en herramienta en la lucha del niño, para derivar un significado de su mundo. Por tanto debe haber un propósito en el aprendizaje, y la comunicación es la razón inmediata para el aprendizaje del lenguaje.

Existen varias teorías sobre los detalles de muchos aspectos del lenguaje y su desarrollo. Ellos incluyen:

- Todos los lactantes humanos con inteligencia normal tienen capacidades para desarrollar el lenguaje.
- Para desarrollar el lenguaje normal, un niño debe tener oportunidad de escucharlo. Esto significa que otros humanos deben estar a su alrededor, la agudeza auditiva, adecuada, y el sistema nervioso central, funcionan de manera normal.
- La adaptación psicológica del niño debe ser suficiente para permitirle relacionarse e identificar más humanos, de otra manera, el aprendizaje del lenguaje puede estar significativamente inhibido.
- Aunque el aprendizaje del lenguaje se inicia de manera normal, puede ser retardado por factores negativos en el ambiente.
- El desarrollo de un lenguaje apropiado proporciona una parte significativa de las bases para que el niño piense.
- La necesidad de comunicar proporciona al niño motivación continua para desarrollar el lenguaje.

Myklebust usó el término incapacidades psiconeurológicas del aprendizaje, para indicar que el trastorno es conductual y su causa, neurológica. Cree que existen muchos tipos de diferentes de incapacidad para aprender y de agruparlas todas puede dejar sin éxito la rehabilitación.

11.4. Modelo de la Teoría Conductista.

Los enfoques conductistas son muy populares entre los practicantes de las incapacidades para el aprendizaje. El principio básico del conductismo es que la conducta humana se compone de diversas respuestas que se pueden observar y relacionar con otros eventos observables.

Skinner (1953, 1968), postuló dos clases distintas de respuestas que deben ser reconocidas: (1) respuestas (acciones), producidas por estímulos conocidos (a los que llamó respondientes) y (2) respuestas que son espontáneas (que llamó operantes). En la primera clase, el organismo reacciona al ambiente, en tanto que, en la segunda, el sujeto actúa sobre el entorno.

Los modelos teóricos conductistas no lo son actualmente de las incapacidades para el aprendizaje ya que no se ocupan de la causa, elemento esencial, aunque vago, en el concepto de estas incapacidades.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado el trabajo de investigación, y teniendo toda la información referente al problema que se abordó en este trabajo, que fue el de el Retraso Mental; se logran concluir aspectos importantes que ayudarán más adelante en la realización de otras investigaciones.

Una cosa muy importante que todo investigador o estudiante debe aprender es que lo que se cree verdad en el momento histórico actual no se aceptaba como verdad en años pasados y probablemente lo que se ha investigado hasta ahora sobre el Retraso Mental puede que en el futuro sea considerado como falso o faltó de respaldo y que se propagan nuevas teorías sobre este problema.

Hemos encontrado que las características típicas de estos individuos y su comportamiento están relacionadas con su problema específico. Además de que existen diversos tratamientos que son utilizados para gente normal como la psicoterapia que también pueden utilizarse en ellos. Gran importancia poseen las artes en el desarrollo de actividades recreativas para personitas especiales.

Nos pone a pensar acerca de qué hacemos nosotros para ayudar y apoyar a estas personas que forman parte de nuestra sociedad. Al mismo tiempo que nos produce un gran respeto los padres, entrenadores, profesores y médicos que se esfuerzan por brindarles una vida menos vacía.

BIBLIOGRAFIAS

BACHS, Jordi. Psicología Diferencial. Barcelona,

España. 1983.2a. Edición . Ediciones CEAC.

B. Martin. Psicología Anormal México, D.F. 1985.

2a.Edición.Editorial Interamericana.

CERVERA, Enguix Salvador y FREIRE, José Benigno.

No te rindas ante... la deficiencia mental.

Madrid,España ,1988. Ediciones Rialph.

DAVIDOFF, Linda. Introducción a la Psicología

Edit.Mc Graw Hill . 1983.

DORSCH, Friederich. Diccionario de Psicología

Barcelona, 1985. 1a. Edición. 7a. Reimpresión.

Edit. Herder.

GARCIA, Escamilla S. El niño con Síndrome de Down

México, 1990. 1a. Edición. 7a. Reimpresión.

Edit. Diana.

GEARHEART, B.R. Incapacidad para el Aprendizaje

México,D.F. 1987. 4a.Edición.Edit.Manual Moderno.

HOWARD, H. Goldman. Psiquiatría General .México,

D.F.Edit. Manual Moderno.

INGALLS,R.P.Retraso Mental. La nueva perspectiva.

México, 1982. 6a. Edición. Edit. Manual Moderno.

PAPALIA, Diane E., WENDKOS, Sally O. Psicología.

México,D.F. 1992. Edit. Mc Graw Hill.

PINEDA FLORES y Cols. Modificación de conductas

problema en el niño. México, 1987. 1a. Edición.

Edit. Trillas.

WARREN, H.C. Diccionario de Psicología México,

1989.2a. Edición. 18a. Reimpresión.

Editorial Fondo de Cultura Económica.

WHITTAKER, James O. Psicología México,D.F. 1977.

·3a. Edición. Edit. Interamericana.

WOLMAN, Benjamín B.Diccionario de Ciencias de la

Conducta México, 1984. Edit. Trillas.