

## DEFICIENCIA MENTAL

### 1.- CONCEPTO DE DEFICIENCIA MENTAL

Las definiciones que se han realizado son muy diversas y dependen del modelo teórico del que partamos.

#### 1.1.- Modelo médico.

Su definición de deficiencia mental parte del supuesto de que la persona que presenta una deficiencia mental es una persona enferma, que se manifiesta por el conjunto de síntomas psicopatológicos. Descubiertas las causas se puede realizar un pronóstico sobre las posibilidades y resultados del tratamiento aplicable, que suele ser pesimista cuando se realiza sobre secuelas neurológicas irreversibles, los tratamientos empleados son farmacológicos, quirúrgicos o rehabilitadores. Los términos usados por este modelo son síndrome o trastorno.

El modelo médico contribuye al conocimiento de la deficiencia mental en cuanto a clasificación y caracterización de los síndromes en función de su etiología orgánica, los tratamientos médicos posibles y la prevención de los mismos.

#### 1.2.- Modelo psicométrico.

Deficiente mental es aquel cuya puntuación de CI está por debajo de la media de su población. La deficiencia mental se puede clasificar en función de las calificaciones en el CI. La clasificación de la OMS distingue cuatro niveles:

- Deficiencia ligera: CI 50–70
- Deficiencia moderada: CI 35–50
- Deficiencia severa o grave: CI 20–35
- Deficiencia profunda: CI inferior a 20

El concepto de deficiencia mental dado por la psicometría es descriptivo y cuantitativo y tiene una connotación pesimista, pues considera que el CI de un sujeto es estable en el tiempo e inmutable por la acción del medio ambiente, así, el tratamiento educativo no tiene apenas influencia en la capacidad intelectual de un sujeto.

#### 1.3.- Modelo conductista.

Deficiente mental es aquel que tiene un repertorio limitado de conductas conformado por los acontecimientos que constituyen su historia. Entre las condiciones socio-culturales que producen deficiencias, el conductismo destaca el ambiente pobre culturalmente, las oportunidades educativas limitadas y las prácticas paternas negativas. Sostiene que si el entorno se organiza adecuadamente el individuo podría dejar de ser retrasado, dan gran importancia a los tratamientos terapéuticos y educativos. Para ello se elaboran los objetivos en el sentido de los comportamientos que queremos conseguir, se explican las instrucciones cuidadosamente para asegurar que los niños saben lo que se espera de ellos y darles las máximas oportunidades de éxito y hacer un seguimiento regular del proceso para evaluar la eficacia de las técnicas y materiales.

#### 1.4.- Modelo cognitivo .

Deficientes mentales son aquellas personas que o bien presentan un desarrollo cognitivo retrasado o presentan disfunciones en los procesos cognitivos localizados en los diferentes momentos del procesamiento humano de la información (percepción, memoria).

La teoría cognitiva distingue entre los aspectos estructurales y funcionales del procesamiento de la información. La relación entre estos aspectos se interpreta de distintas maneras:

Psicología genética: el desarrollo de la persona supone cambios estructurales

en el procesamiento de la información, las variaciones funcionales dependen de las estructurales.

Existe una interacción entre estructura y función, si se interviene adecuadamente se podrían conseguir mejoras estructurales.

Diferencia entre estructura y función. Los procesos funcionales son flexibles e influidos por la experiencia, mientras que los estructurales no lo son.

### 1.5.– Definiciones de la AARD.

La primera definición (1961) explica que el retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, se origina durante el período de desarrollo y está relacionado con trastornos de la conducta adaptativa. Esta primera definición fue corregida doce años después, sitúa la deficiencia mental en una puntuación de CI de 70, se modificó unos años después. El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual muy por debajo de la media y se origina durante el período de desarrollo.

Grossman definió la conducta adaptativa como la efectividad con que el individuo satisface los estándares de independencia personal y social que de él se espera. Enumeró las áreas donde se encuentran déficits en la conducta adaptativa:

Infancia y niñez temprana: déficits en aptitudes sensoriomotrices, comunicación, autoayuda y socialización.

Niñez temprana y adolescencia: déficits en actividades de la vida cotidiana, razonamiento y juicio y aptitudes sociales.

Adolescencia tardía y la edad adulta: responsabilidad y rendimiento vocacional y social.

La última definición de la AARD expone que el retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el comportamiento actual del deficiente y se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio. Se manifiesta antes de los 18 años.

Para evaluar a un retrasado mental es imprescindible conocer sus capacidades, comprensión de la estructura y expectativas de su entorno social y personal y una identificación de los recursos y apoyos necesarios. Esta evaluación se lleva a cabo en tres fases:

Fase I: Diagnóstico del retraso mental. Se diagnostica retraso mental si: la puntuación del CI es de menos de 75, si hay discapacidades significativas en dos o más áreas de destrezas adaptativas, si se produce antes de los 18 años.

Fase II: Clasificación y descripción. Describe los aspectos fuertes y débiles del área psicológica/emocional y también describe el entorno habitual del sujeto y el ambiente óptimo que facilitaría su crecimiento y desarrollo.

Fase III: Tipo de apoyos e intensidad de su aplicación.

Los apoyos son aquellos recursos y estrategias que permiten que los individuos puedan relacionarse con su entorno y que incrementan su independencia e integración en la comunidad. Según su intensidad pueden ser

intermitentes (sólo cuando sean necesarios, de naturaleza episódica), limitados (intensivos por tiempo limitado, pero no intermitentes), extensos (regulares, en algunos entornos y sin limitación temporal) y generalizados (de elevada intensidad, imprescindibles para la vida del individuo).

La nueva definición de la AARD implica que se proponga un nuevo sistema de clasificación basado en la intensidad de los apoyos que requieren las personas con retraso mental. Se opta por especificar las diferentes habilidades adaptativas (comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, audirección, salud y seguridad, habilidades académicas y funcionales, tiempo libre y trabajo).

## 2.- CLASIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA MENTAL

La clasificación en función del CI, de la AARD, establece los siguientes tipos:

### 2.1.- Deficiencia mental ligera (CI 50–75).

A la mayoría de estos niños con esta deficiencia no se les identifica como deficientes hasta que entran en la escuela. El origen de su déficit es en su mayor parte cultural–familiar, también existen causas orgánicas (lesiones neurológicas). Los programas educativos se centran en las asignaturas académicas básicas. Los adultos desarrollan capacidades sociales y comunicativas similares a los no retrasados. Actualmente estos deficientes son escolarizados en clases ordinarias con un educador especial que ayuda al maestro en la instrucción individualizada.

### 2.2.- Deficiencia mental moderada (CI 35–50).

Suelen presentar retrasos en su desarrollo durante los años preescolares. En los años escolares a estos niños se les enseña en clases especiales programas de instrucción muy estructurados y diseñados para que aprendan las aptitudes de la vida cotidiana. En la edad adulta pueden trabajar de manera semi–independiente y bajo condiciones controladas, pueden vivir en pequeñas comunidades residenciales y en hogares de grupo, pues necesitan supervisión durante toda su vida.

### 2.3.- Deficiencia mental severa y profunda (CI 20–35; CI por debajo de 20).

Se identifican como tales al nacer. Casi siempre son de tipo orgánico y presentan lesiones del sistema nervioso central. La instrucción de las personas con deficiencia mental severa se centra fundamentalmente en la capacidad de autoayuda, uso del retrete, vestirse, comer...Las personas con retraso mental profundo no son capaces de satisfacer sus necesidades personales y son internados desde pequeños en escuelas.

Gracias a la tecnología instruccional muchas personas con retraso mental severo/profundo pueden aprender aptitudes que anteriormente se pensaba que estaban lejos de su alcance.

## 3.- FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA DEFICIENCIA MENTAL

La American Association on Mental Retardation (AAMR) agrupa las causas de la deficiencia mental de la siguiente manera:

### 3.1.- Deficiencia mental debida a causas infecciosas.

En el período prenatal algunos microorganismos atraviesan la barrera placentaria, entre las embriopatías más infecciosas están la rubéola, la sífilis congénita y la toxoplasmosis.

En el período postnatal las meningitis y encefalitis son las principales causas de la deficiencia mental.

### 3.2.– Deficiencia mental debida a agentes tóxicos.

Encefalopatías bilirrubínicas (debidas a la incompatibilidad sanguínea Rh o ABO feto materno. Provocan aumentos anormales de billirrubina), intoxicación por metales pesados, intoxicación por fármacos, el alcohol (se puede afirmar que entre los hijos de alcohólicos se da un mayor número de deficiencias ligeras)

### 3.3.– Deficiencia mental debida a traumatismos.

Traumatismos prenatales: irradiaciones (provocada por la acción de los rayos X y por tratamiento radioactivo), disfunción placentaria, tentativas de aborto.

Traumatismos intranatales: anoxia (incapacidad respiratoria tisular del recién nacido).

Traumatismos postnatales cerebrales.

### 3.4.– Desórdenes metabólicos.

Enfermedades que se transmiten genéticamente y se caracterizan por la incapacidad de las células de metabolizar ciertas sustancias: fenilceltonuria, galactosemia, neurolipidosis. También se pueden incluir las provocadas por deficiencias hormonales: hipotiridismo (ausencia de hormonas tiroideas)

### 3.5.– Aberraciones cromosómicas.

Trastornos genéticos debidos a alteraciones cromosómicas: síndrome de Down o trisonomía 21, síndrome de Patau o trisonomía D, síndrome de Edwards o trisonomía E, síndrome de Klinefelter, trisonomía XXX.

### 3.6.– Neomalformaciones.

Debidas a una malformación en el sistema nervioso: neurofibromatosis (tumores en los nervios craneales y espinales), esclerosis tuberosa o enfermedad de Bourneville (deformaciones congénitas en el sistema nervioso), angiomatosis encefalotrigeminal.

### 3.7.– Factores prenatales desconocidos.

Anencefalia (desarrollo anormal del feto), lisencefalia, hidrocefalia congénita (aumento patológico del líquido cefalorraquídeo en el interior de los ventrículos cerebrales, mayor tamaño de la cabeza), microcefalia (cráneo anormalmente pequeño).

### 3.8.– Causa desconocida con signos neurológicos.

Epilepsia (descarga excesiva de las neuronas cerebrales), disfunción estructural cerebral, leucoencefalitis de Bogaert (producida por un proceso inflamatorio cerebral agudo que afecta a la sustancia blanca del encéfalo).

### 3.9.– Causa desconocida sin signos neurológicos.

El retraso mental puede estar producido por un ambiente desfavorable o por un ambiente cultural y familiar pobre.

## 4.– TRASTORNOS ASOCIADOS A LA DEFICIENCIA MENTAL Y SU INTERVENCIÓN

### 4.1.– Alteraciones del lenguaje en el niño deficiente mental.

Deficientes ligeros: lenguaje pobre pero mejorable, vocabulario reducido y buena construcción morfosintáctica.

Deficientes moderados: pueden mantener una conversación simple, articulación defectuosa del lenguaje.

Deficientes severos: articulación muy defectuosa, reconocen signos y se les puede enseñar sistemas de comunicación alternativos.

Deficientes profundos: es difícil que lleguen a adquirir alguna palabra, lenguaje gestual muy reducido.

Los trastornos del lenguaje que pueden presentar son fonológicos (trastornos del habla: dislalia, disfemia, farfulleo y taquilalia. No modulación de la voz), sintácticos (infrecuentes las frases complejas, creatividad lingüística limitada, dificultad en la conjugación de las formas verbales, construcciones ecológicas), semánticos (vocabulario reducido, verborrea), pragmáticos (comprensión y expresión inferiores a las del niño normal, iniciativa conversacional limitada).

La intervención logopédica del deficiente mental abarcaría los siguientes aspectos:

- Desarrollo de la respiración y del soplo. Objetivo: respirar adecuadamente y facilitar el control, intensidad y dirección del soplo.
- Desarrollo de la discriminación auditiva (ruidos, sonidos, silencio).
- Desarrollo fonológico–fonético. Objetivo: potenciar la movilidad, elasticidad y relajación labial, lingual y mandibular.
- Desarrollo sintáctico. Objetivo: estructuración lógica de la frase.
- Desarrollo léxico y semántico. Objetivo: vocabulario básico.
- Desarrollo pragmático. Objetivo: favorecer el uso social del lenguaje.

Los programas conductistas son muy utilizados para adquirir los prerequisites necesarios para el aprendizaje de la lengua: atención (conducta indispensable para desarrollar cualquier programa conductual. Para conseguirla, es imprescindible eliminar conductas disruptivas como la autoestimulación, la incapacidad para mirar objetos y para atender al educador), programa de imitación (conseguir un repertorio de conductas lingüísticas por imitación utilizando modelos, se utiliza la técnica de moldeamiento), programa de seguimiento de instrucciones (conseguir el control de la conducta mediante el lenguaje, se usa la técnica de moldeamiento).

#### 4.2.– Trastornos psicomotores.

Las deficiencias motoras más frecuentes son: escaso equilibrio, locomoción deficitaria, dificultades de coordinación y deficiente imagen de sí mismos. Entre los métodos empleados para la intervención psicomotora en el deficiente mental señalamos:

#### **Métodos psicopedagógicos como los de Louis Picq y Pierre Vayer y el de Bernard Aucouturier.**

El método de Picq y Vayer puede aplicarse a niños normales y niños con retraso mental que presentan trastornos psicomotores, los más usuales son: mala regulación tónica, torpeza, mala coordinación.

La educación del niño deficiente tiene como objetivo que el niño sea consciente de su cuerpo y de sus

movimientos, que implica la percepción y control de su cuerpo, equilibrio postural económico, lateralidad bien definida y afirmada.

El programa educativo consta de una serie de ejercicios que se plantean a dos niveles, el de la consciencia y conocimiento de las partes del cuerpo y el del control del cuerpo que le permite realizar movimientos independientes. Los ejercicios que se proponen son: relajación, equilibrio postural, respiración, conductas motrices de base, conductas neuromotrices y conductas psicomotrices.

Este método permite evaluar tanto el desarrollo psicomotor del niño como los trastornos que en él existen.

El método de B. Aucouturier ha dado excelentes resultados en la educación especial y es de aplicación a todas las NEE. Se aplica en las distintas etapas de la evolución del niño y trabaja los siguientes aspectos:

Desarrollo del placer sensoriomotor: estimulación para la liberación del placer sensoriomotor (desplazamientos rítmicos, presiones, balanceos, giros) y la explotación de las manifestaciones de placer sensoriomotor, clasificadas en dos categorías: actividades motrices centradas en uno mismo (balanceos, giros y caídas) y actividades motrices centradas en el exterior (actividades de equilibrio, carreras, trepar).

El tratamiento de las conductas agresivas: producidas básicamente por falta de afectividad. Pueden manifestarse de tres formas: extrovertida, introvertidamente y mediante autoagresiones.

### **Modelos psiquiátricos y neuropsiquiátricos.** (J Ajuriaguerra y G. Soubiran)

Insisten en la importancia que tienen en la actividad del niño las funciones tónicas y motoras y las relaciones que establece con sus semejantes. La actividad psicomotriz tiene una importancia decisiva en el desarrollo del niño. Distinguimos dos tendencias:

- Actividad psicomotriz como una terapia general
- Actividad psicomotriz como una terapia emocional psicoanalítica

### **Modelos de ámbito anglosajón.**

Métodos que se usan en la rehabilitación de niños con dificultades de aprendizaje y cuyo objetivo es, mediante el movimiento, desarrollar las percepciones visuales, auditivas, verbales, táctiles y cinestésicas.

#### 4.3.– La competencia social (Adaptación social y Habilidades Sociales).

Una de las teorías más aceptadas actualmente es la de la competencia personal, integrada por: competencia académica (destrezas cognitivas, académicas, perceptivas, motrices y lingüísticas) y competencia social (conducta adaptativa y habilidades sociales. La conducta adaptativa es la capacidad de una persona para responder a las normas de autosuficiencia y responsabilidad fijadas por la sociedad; las habilidades sociales son las conductas específicas que muestra una persona en orden a realizar adecuadamente una tarea).

Conducta adaptativa: comenzó a difundirse profesionalmente a finales de los 60.

Las primeras definiciones de deficiencia mental concebían la conducta adaptativa como la efectividad con que un individuo satisface los estándares de independencia personal y responsabilidad social que se esperan de su edad y grupo social. En la última definición de la AAMR deja de concebirse de una manera global. La evaluación de la conducta adaptativa es uno de los requisitos fundamentales para determinar si un individuo es deficiente mental o no.

Una de las primeras escalas para medir la conducta adaptativa es la construída por Doll. Su objetivo era medir

un rasgo general de la persona al que llamó Madurez Social y estaba influenciada por las concepciones de Binet sobre la inteligencia, mide las áreas motor/física, autonomía/independencia, interpersonal/social, responsabilidad/profesional y cognitiva/comunicación.

En estos últimos años se han construido muchos y diversos instrumentos para medir la adaptación social. Podemos clasificarlos en: normativos (tests que comparan los resultados del estudiante con la de otros similares, su finalidad es el diagnóstico, ABS), criterios (los resultados de un estudiante respecto a un criterio y su objetivo es la elaboración de planes de intervención, Pyramid Scales) y curriculares o evaluación basada en el currículum (evaluar la competencia del estudiante en las diferentes áreas de conocimiento, la situación donde se desarrollan los procesos de enseñanza-aprendizaje y la interacción del alumno con esa situación).

Las Habilidades Sociales: hay tres puntos de vista diferentes: aceptación de los compañeros, definición comportamental y validez social. Gresham clasificó los problemas o trastornos de las habilidades sociales en:

Deficiencias en las habilidades sociales (niños con este trastorno no se relacionan adecuadamente con sus compañeros)

Deficiencias en la ejecución social (niños con habilidades sociales pero que no las ponen en práctica adecuadamente).

Deficiencias en la ejecución del auto-control (niños que saben ejecutar la conducta deseada, pero la realizan con poca frecuencia).

Existen tres componentes que ayudan a explicar los déficits sociales de los niños discapacitados:

La motivación de la eficacia. Interés de la persona por ser competente en sus interacciones con el medio ambiente.

La indefensión aprendida. Persona que percibe que una conducta y sus resultados son independientes (Seligman).

Auto-eficacia. Influida por la percepción individual capaz de producir y regular los acontecimientos de la vida (Bandura).

Esta teoría distingue entre las expectativas en cuanto a eficacia (convencimiento de una persona de que puede practicar las conductas necesarias para producir un determinado resultado) y expectativas en cuanto a resultados (cálculo hecho por una persona de que una determinada conducta provocará un determinado resultado).

Los niños discapacitados en régimen de integración presentan una baja auto-eficacia, sufrirán indefensión aprendida y tendrán conductas de evitación hacia las exigencias de la clase ordinaria, es imprescindible al proponer un entorno integrado tener en cuenta los aspectos motivacionales que afectan al niño deficiente. Las escuelas no están preparadas para incorporar en su currículum el entrenamiento en habilidades sociales, pero existen estrategias que podrían utilizarse en el aula para trabajar las habilidades sociales en niños deficientes:

Desarrollo de comunidades naturales de refuerzo.

Estrategias de iniciación a través de los compañeros.

Estrategias de aprendizaje cooperativo.

Estas técnicas se han utilizado para aumentar el rendimiento escolar, pero pueden usarse para enseñar indirectamente las habilidades sociales. Además de estas técnicas, existen unos programas específicos para desarrollar las habilidades sociales:

Programas conductuales alternativos (PCA) para la educación de los deficientes mentales. Se divide en tres programas: programa de habilidades sociales (PHS), programa de habilidades de orientación al trabajo (POT) y programa de habilidades de la vida diaria (PVD). El PHS tiene como objetivo desarrollar un conjunto de conductas capaces de conseguir la integración del sujeto en el medio social en el que se desenvuelve. El programa consta de fichas de trabajo, hojas de registro, hoja de gráfica de evolución del alumno en el programa y listado de objetivos.

Programas de comunicación, socialización y hábitos de autocuidado. Su objetivo es el desarrollo de habilidades sociales y de autocuidado en los deficientes mentales. Es un programa conductista y se divide en: habilidades conductuales, habilidades de autocuidado (control de esfínteres, limpieza y aseo personal...), comunicación (habilidades verbales y no verbales) y socialización (enseñar los comportamientos basados en las relaciones interpersonales).

#### 4.4.– Procesos cognitivos.

Las teorías cognitivas son complejas y diversas, los resultados obtenidos en procesos cognitivos del deficiente estarán mediatizados por las teorías de las que partamos.

##### **a.– Teoría del desarrollo (Escuela de Ginebra)**

Podemos señalar los siguientes resultados:

El deficiente sigue en su desarrollo mental exactamente el mismo recorrido que el niño normal, aunque este proceso se realiza con retrasos sin llegar jamás al equilibrio definitivo. Se diferencia del niño normal en el ritmo de su desarrollo y en el límite que éste alcanza.

Los deficientes profundos no superan el período sensoriomotor. Los deficientes severos son capaces de un pensamiento intuitivo. Los deficientes moderados son capaces de una construcción operatoria, pero inacabada. Los deficientes ligeros acceden a las operaciones formales, pero tarde.

En todos los casos se comprueba una gran permeabilidad interestadios ( los sujetos se sitúan en determinadas pruebas en un estadio y en cambio, en otras están en un estadio diferente.

##### **b.– Teoría de la modificabilidad cognitiva**

La inteligencia es modificable y puede evaluarse esa modificabilidad. Entre estas teorías destacan:

Teoría de la zona de desarrollo próximo: Vygotsky y Luria. Se llama zona de desarrollo próximo la distancia entre el nivel evolutivo real lo que el niño puede resolver por sí mismo y el nivel de desarrollo potencial lo que puede resolver con la ayuda de otra persona. La zona de desarrollo próximo se emplea como indicador del potencial de aprendizaje. La diferencia entre niños retrasados y normales reside en la amplitud de la zona potencial, los niños retrasados necesitan más ayuda para llegar a una solución satisfactoria.

Teoría del potencial de aprendizaje de Feuerstein: el desarrollo cognitivo es el resultado del aprendizaje incidental (consecuencia de la exposición que sufre el niño a su entorno en constante transformación) y del aprendizaje mediado (cuando los estímulos procedentes del ambiente son seleccionados y modificados por un mediador que es quien se los presenta al individuo que aprende). Feuerstein cree que la causa de las deficiencias cognitivas es la falta de aprendizaje mediado. Estableció un inventario de posibles funciones

afectadas:

Funciones perturbadas que afectan a la fase de entrada de la información: percepción descentrada y borrosa, ausencia o perturbación del lenguaje, de la orientación espacial, de los conceptos temporales, ausencia de capacidad para considerar dos o más fuentes de información a la vez.

Perturbaciones que afectan a la fase de elaboración de la información: incapacidad de definir un problema, ausencia de conducta comparativa espontánea, ausencia o perturbación de conseguir la evidencia lógica, de los procesos de interiorización y de las estrategias de comprobación de hipótesis.

Funciones perturbadas que afectan a la salida de la información: modalidades de comunicación egocéntrica, ausencia o perturbación del lenguaje e imposibilidad de comunicar adecuadamente respuestas elaboradas y de la necesidad de precisión y exactitud en la comunicación de las respuestas, conducta impulsiva.

### **c.- Teorías basadas en el procesamiento de información**

Estudian cómo el individuo selecciona y percibe la información, cómo la codifica, la almacena y la transforma, cómo accede a ella y la recupera. Las primeras investigaciones se centran en la atención, memoria, motivación y, recientemente, en las funciones ejecutivas y de control.

Según algunos estudios, la deficiencia mental es un desorden del aprendizaje que es parcialmente remediable a través de un entrenamiento sistemático de los procesos y estrategias cognitivas. Vamos a hacer una relación más detallada de los estudios de las investigaciones en los siguientes aspectos:

**ATENCIÓN:** los retrasados mentales son deficitarios en la dirección y mantenimiento de la atención, prestan atención a un número menor de dimensiones estímulares que los sujetos normales, no aprecian la importancia diferencial de las diferentes fuentes de información y en cambio, atienden obsesivamente a un conjunto particular de señales.

**MEMORIA:** las deficiencias en la memorización de los deficientes mentales se debe al déficit en las estrategias de repetición, su velocidad perceptiva es más lenta. En el recuerdo verbal presentan un pobre conocimiento del significado de las palabras a recordar y una deficiente habilidad para relacionar esas palabras con el significado de otras palabras.

**ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y SU ENTRENAMIENTO:** pueden ser de tres tipos: el entrenamiento a ciegas (los alumnos no son sabedores de la estrategia enseñada en el entrenamiento), el entrenamiento informado (se induce al niño a usar una estrategia y se le informa sobre la misma) y el entrenamiento de autocontrol (instrucción al niño para utilizar, supervisar y evaluar una estrategia). Los informados y de autocontrol son los más recientes.

**METACOGNICIÓN:** nos referimos a: la capacidad de fijar metas, programar estrategias para lograrlas, controlar la ejecución de estas estrategias y verificar los resultados. Los estudios son escasos, pero podemos apuntar algunas hipótesis: los niños retrasados son deficitarios en el funcionamiento ejecutivo, el funcionamiento ejecutivo actúa como mediador de la transferencia. Los niños retrasados mentales son deficientes en su conocimiento de la cognición.

**GENERALIZACIÓN Y TRANSFERENCIA DE APRENDIZAJES:** generalización es el proceso de aplicación de una estrategia aprendida a otra tarea en la que la estructura ha sido alterada significativamente y en la que tanto lo que se exige como los materiales han sido cambiados. Transferencia es la aplicación de una estrategia aprendida a una tarea de idéntica estructura en la que sólo cambian los materiales. Los trabajos sobre generalización y transferencia apuntan a que el nivel intelectual de un sujeto está relacionado con la capacidad de generalizar o transferir los aprendizajes. Los retrasados mentales tienen dificultad para transferir

y generalizar los aprendizajes.

**MOTIVACIÓN:** los retrasados mentales obtienen puntuaciones más altas que los no retrasados en locus de control externo y se preocupan más por evitar el fracaso que por alcanzar el éxito. Los retrasados mentales son más dependientes de la motivación extrínseca que de la intrínseca.

**PROGRAMAS COGNITIVOS:** Programa de enriquecimiento mental de Feuerstein, Programa del Centro para el estudio del retraso mental de la Universidad de Alberta (Canadá), Programas de adiestramiento y maduración mental de González Mas,

## 5.- OTRAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS Y EDUCATIVAS APLICABLES A LA DEFICIENCIA MENTAL

### 5.1.- Técnicas de modificación de la conducta.

Las de modificación de conducta conductistas se basan en el condicionamiento clásico de Pavlov y en el condicionamiento operante de Skinner.

El moldeamiento y el eslabonamiento. En el moldeamiento se refuerza cada acercamiento progresivo que realice el sujeto hacia la meta (lenguaje y sus perturbaciones), en el eslabonamiento el terapeuta y el cliente realizan todos los pasos conjuntamente, después todos menos uno, que tiene que ser reforzado, sucesivamente descontando uno hasta que el sujeto realice solo todos los pasos (hábitos de aseo personal).

Las técnicas reductivas. Tienen como objetivo eliminar las respuestas desadaptadas como conductas ritualistas y agresivas. Pueden clasificarse en : manipulación aversiva de recompensas, aplicación directa de estimulación aversiva, procedimientos mixtos.

Las técnicas de modificación de conducta cognitivas son:

El entrenamiento autoinstruccional. Utilizado para desarrollar la atención en el niño deficiente mental.

El modelado. Útil para el aprendizaje de habilidades motoras y para la prevención y tratamiento de respuestas de miedo y ansiedad.

Técnicas relacionadas con la teoría de la motivación de logro. Utilizada en los casos en los que la deficiencia tiene causas socio-culturales.

### 5.2.- Programas de intervención temprana o estimulación precoz.

Estimulación precoz es el conjunto de medios, técnicas y actividades que con base científica, sistemática y progresiva, se aplica a los niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad para desarrollar al máximo sus capacidades, evitar problemas secundarios. Estos programas se basan en las teorías psicológicas y neurológicas que dan una importancia fundamental a los primeros años de vida y al papel del ambiente y aprendizaje en el desarrollo del comportamiento del niño.

### 5.3.- Programas perceptivo-motrices.

Programas desarrollados para niños con problemas en el aprendizaje, aplicados al campo de la deficiencia mental. Destacamos el método de Kephart (todo aprendizaje tiene una base sensoriomotora. El programa de entrenamiento incluye actividades relacionadas con ejercicios de pizarra, entrenamiento sensomotor, del control ocular y de la percepción de formas) y el método de Marianne Frostig (programa de desarrollo de la percepción visual para niños de 4-9 años de edad).

#### 5.4.– Métodos pedagógicos.

Destinados a la educación del deficiente, tuvieron una aplicación posterior a la enseñanza preescolar:

Método Montessori. Su objetivo es la educación de los sentidos y de la inteligencia que pretenden atraer la atención del niño e impulsar la actividad del mismo.

Método Decroly. Se caracteriza por: la globalización de los contenidos en centros de interés relacionados con las necesidades vitales del niño, utilización de metodología basada en la observación y de juegos educativos para desarrollar la inteligencia del niño mediante el cultivo de la atención y de los sentidos.

#### 6.– EL CURRÍCULUM ESCOLAR EN LOS DEFICIENTES MENTALES

Puede presentar en función del grado de deficiencia, las siguientes modalidades:

Currículum ordinario con adaptaciones más o menos significativas.

Currículum especial: Diseño curricular del INEE, de Gunzburg, de Hanson, de Garrido, de Cambrodí, el elaborado por ECCA y el diseño curricular de Vallet.

#### 7.– LA ESCOLARIZACIÓN DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL

Puede realizarse de las siguientes maneras:

- En un colegio ordinario, clases normales y con el apoyo de profesorado especializado.
- En un colegio ordinario, compaginando las clases normales con las aulas especiales o de apoyo.
- En un colegio ordinario pero con una clase especial con profesorado especializado.
- Compaginando la escolarización en un centro ordinario con un centro especial.
- En colegios especiales con profesorado especializado.