

Tema 1: La deficiencia mental

• DEFINICION

• Criterios

- Social: el D.M. es el sujeto incapacitado para competir en la sociedad
- Psicométrico: D.M. es la persona con un C.I. < 70
- Educativo: personas con un C.I. < 70 que tienen dificultades en el aprendizaje escolar.
- Biológico: personas con anormalidad cromosómica, anatómica y/o fisiológica.
- Otros: compendio de varios de los anteriores.

• Evolución histórica

Antes del s. XIX el R.M. no se diferenciaba de otras alteraciones y se consideraba como demencia. A partir de este siglo se diferencia y hasta 1959 siguen vigentes las tesis biologicistas. Podemos hablar de tres tendencias históricas para identificar el R.M.:

- ◆ Incompetencia para satisfacer las demandas de la vida
- ◆ Falta de habilidad cognitiva general
- ◆ Retraso causado por patología orgánica

• Figuras relevantes hasta 1960

- Esquirol (1818): definición de idiota diferenciándolo de demencia y confusión mental.
- Itard y Seguin (s. XIX): procesos educativos con el niño salvaje de Aveyron defendían el peso de lo ambiental.
- Tredgold (1937): R.M. es la persona con desarrollo mental incompleto (no tiene alteración ni deterioro), inadecuado educativamente, con bajo C.I., con comportamiento general desadaptativo e incapaz de llevar una vida independiente.
- Doll (1953): incompetencia social debida a la subnormalidad de origen constitucional e incurable, con desarrollo estancado que se mantiene en la madurez.
- Kanner (1957): el grado de debilidad mental se relaciona con el grado de dependencia.

• Periodo desde 1960 a 1990

Se incorporan aspectos de adaptación social, ya no solo se tiene en cuenta el C.I.

- Def. de Heber (1961)

Funcionamiento intelectual general por debajo de la media originado durante el desarrollo que se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo.

- Def. de Grossman (1973)

Funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto con limitaciones en dos o más áreas de habilidades de adaptación y se manifiesta en el periodo de desarrollo.

- Def. revisada de Grossman (1983)

Funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media *que resulta o va asociado con déficits*

concurrentes en la conducta adaptativa y se manifiesta en el periodo de desarrollo.

Se plantean 3 etapas de la conducta adaptativa:

- ◆ Infancia o niñez temprana (HH. Sensotomotoras, de comunicación, autoayuda, socialización)
- ◆ Niñez y adolescencia temprana (HH académicas, juicio y razonamiento y HH.SS)
- ◆ Adolescencia y edad tardía (ejecuciones y responsabilidades sociales y profesionales)

- Niveles de retraso mental, según la prueba Stanford– Binet:

Ligero: CI 67– 52 / Medio: CI 51– 36 / Severo: CI 35– 20 / Profundo: CI 19 ó menos

• Cambios en la definición de RM

- Entre los 60 y 80, según Landesman y Ramsey:

- ◆ Incorporación del concepto conducta adaptativa
- ◆ Reducción del límite de CI: personas entre 70 y 85 no se consideran con RM
- ◆ Extensión del límite superior de la edad para el diagnóstico inicia
- ◆ Desechar la noción de permanencia

- Con la def. de 1992 ya no se clasifica en base al CI (ligero, medio, etc) sino que se clasifican el tipo de apoyos que se necesitan. Se opta por la especialización en dominios concretos de la adaptación (no se habla de conducta adaptativa en términos globales).

• Def. de AAMR (1992)

Funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto con limitaciones en dos o más áreas de habilidades de adaptación:

- *Comunicación* (hablar, expresión gestual) – *Autodirección* (rutinas, horarios, buscar ayuda)
- *Autocuidado* (aseo, comida, vestido, higiene) – *Salud y seguridad* (Comer, prevención accidentes, protección)
- *Vida en el hogar* (ropa, comidas, compra) – *Habilidades académicas funcionales* (lectoescritura, cálculo)
- *HH.SS* (interacción, normas) – *Tiempo libre* (preferencias, comportamiento adecuado)
- *Vida en comunidad* (Transporte, compras, visitas) – *Trabajo* (tareas, recibir críticas)

Según esta def:

- ◆ El RM se ha de manifestar antes de los 18 años
- ◆ Una evaluación válida ha de considerar la diversidad lingüística, cultural, etc
- ◆ Las limitaciones deben darse en un contacto comunitario y requerir apoyos individuales
- ◆ Suelen coexistir junto a HH específicas potencialidades en otras áreas o capacidades personales
- ◆ Generalmente la persona co RM mejora con apoyos apropiados de forma continuada

Elementos de la def:

- ♦ *Capacidades*: tanto inherentes como de competencia social (inteligencia, HH adaptativas, etc)
- ♦ *Entornos*: lugares donde vive e interactúa
- ♦ *Funcionamiento* presente

Diagnóstico y sist. de apoyo (desde un Enfoque multidimensional):

Funcionamiento intelectual

Diagnóstico HH. adaptativas

Edad cronológica de aparición

Funcionamiento intelectual

Clasificación y Consideraciones psicológicas y emocionales

Descripción físicas y de salud

ambientales

Intermitente (sólo cuando sea necesario)

Sistemas *Limitado* (intensivo por tiempo limitado)

de apoyo *Extenso* (apoyo regular sin limitación temporal)

Generalizado (constante, intenso y en varios entornos)

• **ORÍGENES DE LA DM**

Históricamente se han dado actitudes sociales hacia los DM como: eran infrahumanos, amenaza para los demás, motivo de caridad y de piedad, eternos niños, etc.

1772 *Correccional de Conniecticut* (1772) donde se juntaban rateros, prostitutas, RM, etc

1832 Howe fundó en EEUU un *asilo para ciegos* que después dio lugar a la *Escuela de Massachusette para jóvenes idiotas y débiles mentales*

1840 Guggenbuhl fundó en Suiza un *Centro para enseñanza y tratamiento de niños DM*.

1870 – 1880 Surgió la imagen del DM como amenaza primando la caridad y reemplazando el término escuela por asilo apareciendo estudios que relacionaban la DM con la indigencia, el crimen, etc. Todo esto llevó a la llamada alarma eugenésica que abarcó entre 1875 y 1925.

Desde 1875 a 1920 la Junta Nacional de Caridad y Reformas de EEUU agrupaba como defectuosos a todo tipo de trastornos. En 1875 existían 25 escuelas estatales en EEUU con servicios de escuela, sección industrial y asilo.

La educación en éstas instituciones para niños DM se consideraba un derecho y deber de la sociedad.

En los años 50 se incrementó la problemática de los grandes centros residenciales y en los 60 se empezó a dudar de su eficacia. A comienzos de los 70 se empezó a sugerir la desaparición de estos centros y se empieza

a escuchar el término integración y la idea de ofrecer experiencias normalizadas.

• ETIOLOGÍA DE LA DM

Además de los *factores determinantes* expuestos en la tabla existen *factores predisponentes* que unidos a otros aumentan el riesgo de padecer RM: edad avanzada, consanguinidad, padres portadores de anomalía cromosómica, socioeconómicos, nutricionales, sexo.

	Deficiencia mental debida a infección.
CATEGORÍA I:	Deficiencia mental debida a agentes tóxicos.
CATEGORÍA II:	
CATEGORÍA III:	Deficiencia mental debida a traumatismos.
CATEGORÍA IV:	Deficiencia mental debida a desórdenes metabólicos.
CATEGORÍA V:	Deficiencia mental debida a aberraciones cromosómicas.
CATEGORÍA VI:	Deficiencia mental debida a neoformaciones y tumores.
CATEGORÍA VII:	Deficiencia mental debida a influencias prenatales desconocidas.
CATEGORÍA VIII:	Deficiencia mental debida a causas desconocidas con signos neurológicos
CATEGORÍA IX:	Deficiencia mental debida a causas desconocidas sin signos neurológicos
CATEGORÍA X:	Deficiencia mental debida a más de una causa probables

Clasificación cronológica de los factores causantes

Antes de la concepción	Síndrome de Down
Prenatales	Infecciones,, nutricionales, físicos, incompatibilidad RH, endocrinos, hipoxia,...
Perinatales	Asfixiao o traumatismo en el parto, prematuridad
Postnatales	Infecciones, traumatismo, químicos, nutricionales, privaciones diversas
Desconocidas	Con signos neurológicos (epilepsia) o sin ellos

Frecuencia de las causas de DM (J. Narbona):

Anoxia perinatal 46% Malformaciones SNC 5%

Desconocidas 8% Epilepsias 5%

Hidrocefalias 6% Patología postnatal 4%

Síndromes 5,5% Resto 4%

• DIAGNÓSTICOS

4.1. Intellectuales

Basados en criterios psicométricos necesitan la utilización de test como los siguientes:

- *Nivel mental*: escalas WESCHLER, Matrices progresivas de Raven, Terman–Mesrill, Brunet–Lezine,...
- *Lenguaje*: Peabody, Test de Illinois de HH. Psicolingüísticas ITPA
- *Psicomotricidad*: Picq–Vayer y test motores de Ozeretski

4.2. Físicos

Corresponden al campo médico

4.3. Psicológicos

- *Estudio de aspectos adaptativos*

Para una correcta interpretación de las pruebas (escasas en castellano) hay que tener en cuenta la historia clínica y la entrevista familiar previa.

- Escala de madurez social VINELAND
- Escala de conducta adaptativa AAMD
- P.A.C.
- Sistema West–Virginia
- P.C.A. de M.A. Verdugo

- *Evaluación de personalidad*

Aparte del diagnóstico se debe profundizar en otras características de la personalidad como: trastornos psicopatológicos o de conducta.

- *Clasificación del grado de deficiencia*

Actualmente se sigue utilizando la de la AAMR y la OMS

1.–Deficiencia mental límite o borderline

Su Coeficiente Intelectual está entre 68–85. Existen bastantes diferencias entre los diferentes autores sobre si deberían o no formar parte de ella. En la realidad cuesta catalogarlos como deficientes mentales ya que son personas con muchas posibilidades, que manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.

2.–Deficiencia mental ligera.

Su C.I. está entre 52–68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación, y tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras.

3.–Deficiencia mental moderada o media.

Su C.I. se sitúa entre 36–51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personales y sociales. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las

habilidades pretecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo. Dificilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales básicas.

4.- Deficiencia mental severa.

Su C.I. se sitúa entre 20–35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre. Puede adiestrarse en habilidades de autocuidado básico y pretecnológicas muy simple.

5.- Deficiencia mental profunda.

Su Coeficiente Intelectual es inferior a 20. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensoriomotrices y de comunicación con el medio. Son dependientes de los demás en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas. Excepcionalmente tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos simples de ayuda.

Grados de retraso mental

Grado	Coeficiente intelectual	Habilidades durante la edad preescolar (Nacimiento–5 años)	Habilidades durante la edad escolar (6–20 años)	Habilidades durante la edad adulta (de 21 años en adelante)
Leve	52–68	Puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación; la coordinación muscular es algo deficiente; por lo general no se diagnostica sino hasta años después.	Puede tener un conocimiento similar al del sexto grado de una enseñanza general básica; al final de la adolescencia; puede enseñarse cierta conformidad social; puede ser educado.	Por lo general consigue desarrollar habilidades sociales y vocacionales para su sostenimiento, pero puede necesitar consejo y asistencia durante los momentos inusuales socialmente o críticos económicamente.
Moderado	36–51	Puede hablar o aprender a comunicarse; tiene poca conciencia social; la coordinación muscular es buena; se beneficia si aprende a valerse por sí solo.	Puede aprender algunas habilidades sociales y laborales; es poco probable que supere un nivel de segundo grado escolar; muchos aprenden a viajar solos en sitios que les resulten familiares.	Puede aprender a sostenerse por sí solo si realiza trabajos sencillos o de cierta complejidad bajo tutela; necesita supervisión y consejo cuando se encuentra en una situación de estrés económico o social.
Grave	20–35	Puede decir algunas palabras; es capaz de aprender algunas habilidades; tiene poca o ninguna habilidad expresiva; la coordinación muscular es deficiente.	Habla o aprende a comunicarse; puede aprender hábitos de limpieza simples; se beneficia de la enseñanza de hábitos.	Puede contribuir parcialmente a cuidar de sí mismo bajo una supervisión completa; puede desarrollar algunas habilidades útiles de autoprotección en un ambiente controlado.
Profundo	19 o inferior	Extremadamente retrasado; poca coordinación muscular; puede necesitar cuidado especial.	Ligera coordinación muscular; probablemente no logre caminar ni hablar.	Cierta coordinación muscular y del habla; puede aprender a cuidar de sí mismo de forma muy limitada; necesita cuidado especial.

Adaptado de Kenny TJ, Clemmens RL: Retraso mental, en *El cuidado pediátrico básico*, editado por RA Hoekelman. St. Louis, C.V. Mosby Company, 1997, p. 410; utilizado con permiso.