

ORIGEN DEL CONCEPTO DE RETRASO

Hoy en día, en nuestro país, con la LOGSE hemos caminado muchos pasos, esta ley ha destruido, al menos conceptualmente, la diferencia entre niños deficientes y normales. La LOGSE ha querido normalizar.

Esta campana de Gaus hace referencia al ámbito cognitivo. Las líneas divisorias son las líneas límite, que tocan con la frontera de la normalidad. Hablaremos de la cola de la deficiencia.

La LOGSE se encarga de:

–**integración:** la LOGSE ha hecho que estos niños se puedan integrar en escuelas normales.

–**normalización:** los niños deficientes a pesar de tener ACI (adaptaciones curriculares individualizadas) pueden ir a clases normales. Las ACI para un deficiente tienen que ir hacia la meta de saber vivir, por ejemplo, no es importante saber el nombre del río, sino saber lo que es un río y que no se pueden meter en un río si no saben nadar.

La mayoría de los deficientes pierden con la integración, es idílica. La integración cognitiva es bastante utópica, porque necesitan adaptaciones pero sí podemos avanzar hacia una integración social.

• PERSPECTIVA HISTÓRICA

–Solecki en 1959 encuentra unos restos neandertales en Irak y por las características óseas llegó a la conclusión de que se trataba de un deficiente de unos 60–70 años.

–En épocas de romanos y griegos, lo importante era la belleza, se mataba a los niños deficientes o se les hacía esclavos.

–Los egipcios era una civilización más cuidadosa con las enfermedades. Existían curas o prácticas que se aplicaban a niños deficientes.

–La edad media y el Renacimiento fueron épocas oscuras, no se caracterizaban por los cuidados. Tenían la idea de que el deficiente era un enfermo y se escondía en monasterios...tenían la idea de que cuando había alguna tara eran los hijos del pecado y no los mataban, pero los abandonaban dejándolos morir.

- En el **siglo XIX** hay un gran cambio a nivel social, se reduce la revolución industrial. Esto hace que haya un cambio hacia la deficiencia mental:

–empiezan algunos autores a preocuparse por la deficiencia pero a nivel médico, fisiológico.

–algunos autores empiezan a hablar de la etiología de la deficiencia mental.

–Empiezan a haber inicios de prevención

Todos estos cambios son muy rudimentarios todavía, pero empieza a haber algo de ciencia.

Hay algunos autores que sobresalen a partir del siglo XIX:

–**ITARD:** A partir de las investigaciones del niño salvaje, empieza a pensar que no solo se tiene que abordar el tema desde un punto de vista médico, sino que también hay que educar al deficiente. Piensa que el abordaje

es médico, pero que hay que educar. La educación que propone es a través de la estimulación de los sentidos: tacto, vista...

–*SEGUIN*: Es el primer autor que propone crear instituciones educativas para el aprendizaje de los deficientes. Va más allá que Tirad. Sigue el mismo método educativo que Tirad (estimulación sensorial) pero además introdujo la estimulación de las capacidades motóricas.

–*ESQUIROL*: Es el primer autor que hace una diferencia entre deficiencia mental y demencia. A las personas que tenían trastornos mentales orgánicos les llamaba dementes, y a los que no les llamaba idiotas.

–*MONTESORI*: Doctora que dijo que el problema del deficiente es más educativo que médico. Desde los hospitales empezó a crear un método educativo, siguiendo a Itard y Seguin, y era un método muy aceptado.

- **El siglo XX** es un siglo en el que nos desborda un poco la ciencia. Siglo de la ciencia. Se diferencian diferentes etapas:

- 1900–1920:

–Se mantienen las clasificaciones negativas.

–Aparecen los primeros tests de inteligencia.

BARR clasifica cuatro tipos de deficientes:

1.*los más profundos*: Idiotas

–Idiotas profundos

–Idiotas corregibles

2.*Idiotas imbéciles*:

–bajos

–medios

–elevados

Los tres grupos son educables, sobretodo los bajos.

3.*Imbéciles*:

–bajos

–medios

–elevados

Mucho más educables que los anteriores, algunos podían tener un oficio.

4.*Retrasados*: Eran más lentos que los normales en el aprendizaje, requerían educación especial y tenían problemas conductuales: hiperactividad, nerviosismo...

Esta clasificación llevo a **otros autores**, siguiendo a Barr, a clasificar los deficientes en tres grupos:

1.*Idiotas*: aquellos sujetos deficientes, que teniendo la edad que tuvieran, no alcanzarían un desarrollo superior al de los dos años.

2.*Imbéciles*: Individuos que podían alcanzar un desarrollo equivalente al de un niño de siete años.

3.*Morones*: Tenían mayor nivel de capacidades, eran educables...llegaban hasta los doce años de edad cronológica.

- 1920–1940

Para el mundo occidental es un periodo importante, hay muchos movimientos que van a producir la segunda guerra mundial. El nazismo iba en contra de todos aquellos que no fueran iguales a ellos. Se utilizan deficientes en experimentos. Todo lo que se había avanzado anteriormente, da un paso atrás. Tanta investigación con ellos hizo ver que la deficiencia era una cuestión más clínica que educativa. Fue un periodo negro para los deficientes.

- 1940–1959

Hay un gran cambio. Pasa la segunda guerra mundial y la guerra civil y es como si todo el mundo empezara a tener grandes ilusiones por la vida. Período de ilusión en el mundo occidental. Hay un crecimiento socio-económico y descubrimientos. Durante las guerras había ocurrido un fenómeno: los hombres hábiles habían ido a la guerra y se quedaban las mujeres y los deficientes.

Así empezaron las mujeres a ingresar en el mundo laboral: trabajar en las fábricas... se creyó otra vez que los deficientes eran educables y podían trabajar.

- 1960 – actualidad

Aparece una organización en Usa: organización americana para la deficiencia mental. En 1961 ya está funcionando y aportan una nueva definición y una nueva clasificación que rompen esquemas:

1.– Deficiencia mental profunda: C.I.> 16

2.– Deficiencia mental grave: C.I.= 16–32. Con muy pocas capacidades de ser educable.

3.– Deficiencia mental moderada: C.I. =32–49. Hay mucha posibilidad de ser educables.

4.– Deficiencia mental ligera: C.I. =49–72.

5.– Deficiencia mental límite: C.I.= 72–77/80.

Lo que predomina es: Primero: la educación en los niños deficientes y segundo el asociacionismo de las familias.

Todo lo dicho anteriormente tiene que ver con el mundo occidental pero ESPAÑA vivió su propia historia, ya que estuvimos asilados por la guerra.

HISTORIA DE ESPAÑA

l estudio de la deficiencia mental empieza 30 años más tarde, todo lo que en el siglo XIX vivió Europa aquí se

saltó.

1900–1930: Periodo pre-bélico, anterior a la guerra civil. Solo había 12 centros en todo el Estado, periodo de reclusión e conventos... Solo hay dos decretos que hablan algo de las personas deficientes. En este periodo SARROT y FAULK y CAMARASA, son autores importantes. En 1917 aparece un decreto que habla de regular los centros especiales para atender el niño anormal.

1930–1960: La guerra acaba en el año 1939. Es un periodo oscuro. Se acuerda la primera ley de educación para primaria, que habla de que tiene que haber una educación para niños inválidos y subnormales.

1960–1980: Aparecen las asociaciones de padres y en el 63–64 se instaura por primera vez en España la especialidad de maestros de educación especial en Valencia y en Valladolid. En 1976 se crea una asociación para deficientes: SEREM, que posteriormente será el INCERSO.

Hasta nuestros días: En 1984 se descentraliza la educación en España, la educación forma parte de la *Generalitat*, la legislación de la educación viene dada por el *Departament de Catalunya*. Empiezan a funcionar facultades de educación especial, psicología educativa, magisterio de educación social y la deficiencia mental empieza a tomar preponderancia. Destacan los avances médicos, que han dado mucha información sobre todo a nivel etiológico.

A partir de 1983, la asociación americana para la deficiencia mental da una nueva clasificación teniendo en cuenta los test de Wechsler, edad cronológica y C.I. de Terman.

	C.I. Weschler	C.I. Terman	Edad mental
D.M. Ligera	58–52	69–55	8.3–10.9
D.M. Media	51–36	54–40	5.7–8.3
D.M. Severa	35–20	39–25	3.2–3.6
D.M. Profunda	X < 19	X < 24	X < 3.1

Esto nos lleva a una nueva definición de la asociación americana de lo que es un deficiente. La definición tiene tres características:

- 1.– Una inteligencia inferior a la media: inferior a 70 en la escala Weschler.
- 2.– Limitaciones por lo menos en dos áreas adaptativas de la vida diaria.
- 3.– Que se diera antes de los 18 años.

Las 10 áreas adaptativas son:

1.– *Área de la comunicación:* Habilidades vinculadas a la comprensión, expresión, a todo lo que tiene que ver con lo expresivo, verbal o escrito. Muchos deficientes tienen problemas de comunicación, la mayoría necesitan logopedia. El niño con síndrome de Down tiene unos retrasos fisiológicos: tiene mal la tráquea... y la mayoría tiene aún más problemas en lo escrito.

Aunque pudieran hablar muy bien, tendríamos que ver si son capaces de expresar sus emociones, sentimientos...y aquí hasta los más leves tiene problemas.

2.– *Cuidado de sí mismo:* Habilidades vinculadas a la higiene, la comida, el vestido. No hay problemas en esta área cuando la persona tiene autonomía. Hay que valorar la edad, por ejemplo, un niño de cuatro años es normal que no sepa asearse. Como eso depende de la educación se ha de tener cuidado en no sobreproteger al niño, educarles en tareas como a los demás aunque requiera más tiempo. El deficiente siempre es más lento.

Como le cuesta más tiempo, acabamos haciéndolo nosotros. Presentan problemas por lentitud. Los deficientes aprenden cosas y las pierden, no las pierden del todo pero pierden mucho.

3.*La vida del hogar*: Si son capaces de hacer una vida normalizada en la casa, con la seguridad correcta, es decir si pueden hacer cosas como poner la mesa, orientarse en la casa y en sus alrededores. Esto también es educativo. La problemática viene dada cuando salen de la casa, porque no se pueden defender.

4.*Habilidades sociales*: Como se relacionan con los demás. Aquí todos los deficientes tienen problemas, por exceso o por defecto les cuesta encontrar la normalidad.

5.Si son capaces de utilizar los *recursos comunitarios*: Coger un autobús, comprar, ir al hospital...

6.*La autodirección*: Tomar decisiones propias de la vida. Lo más probable es que no le dejemos: no les dejamos tener hijos, enamorarse...

7.*Salud y seguridad*: Ésta área tendría mucho que ver con tomar medicamentos y también con la sexualidad.

8.*Las habilidades académicas funcionales*: Hasta qué punto el deficiente es capaz de aprender las habilidades económicas que le sirvan para la vida. Es más importante la utilidad en la vida diaria que el conocimiento en sí.

9.*Ocio*: Si son capaces de tener ocio, que les dejen elegir qué leer, qué actividad hacer...en Reus está el proyecto Maragda, del consell comarcal. Consiste en agrupar deficientes, enseñarles cosas para la vida. En este proyecto les enseñan a hacer muchas cosas, pero también a tener ocio, por ejemplo ir al cine. En España este tema está muy atrasado.

10.*Trabajo*: Son capaces de trabajar pero a otro ritmo y de otra manera. Aprenden las cosas de manera muy repetitiva, automática, estándar. Así que tiene que ser un trabajo bastante mecánico. La creatividad es prácticamente nula.

LA DEFICIENCIA MENTAL Y EL TRIÁNGULO CONCEPTUAL

Al deficiente lo tenemos que ubicar dentro del triángulo conceptual. El deficiente está sometido:

- *A sus capacidades*: Aquí incluiríamos dos cosas:

–Inteligencia

–Habilidades adaptativas

Por lo que hace referencia a la Inteligencia, cabe decir que hoy por hoy no es un concepto honorífico y que aunque tenga un CI bajo, pueden haber áreas de la Inteligencia que esten bien. Hay un autor, Gardner, que dice que la Inteligencia puede estar compuesta por diferentes áreas:

–Inteligencia corporal: Saber utilizar bien el cuerpo. Por ejemplo los atletas o los bailarines tienen muy desarrollada esta área. Un deficiente es muy difícil que sea un atleta.

–Inteligencia lógica: Tendría que ver con el pensamiento formal, abstracto. Normalmente decimos que al pensamiento abstracto se llega en la adolescencia. El pensamiento abstracto sería poder pensar sobre el pensamiento, sin tocar o percibir aquello que piensas. Los deficientes no llegan en un porcentaje casi del 100%.

–Inteligencia espacial: Capacidad de orientarse en el espacio.

–Inteligencia lingüística: Habilidad o dominio del lenguaje. Los deficientes tienen problemas, sobretodo con expresar sentimientos.

–Inteligencia creativa: Tiene que ver con el pensamiento divergente: encontrar soluciones diferentes a los problemas. Este tipo de pensamiento los deficientes no lo tienen.

–Inteligencia musical: Los deficientes tienen desarrollado este aspecto, no saben leer la partitura pero tocan el piano perfectamente.

–La Inteligencia inter. e intrapersonal: Es la inteligencia para el yo, como me aclaro yo conmigo misma.

2.*A su entorno*: Hay que tener en cuenta la familia, la escuela, el entorno laboral y la comunidad.

3.*A los soportes o apoyos que recibe*: Dependerá bastante de la infraestructura del país donde resida. Hablaremos de tres grados de apoyo:

–Apoyo intermitente: Cuando el sujeto esporádicamente necesita ayuda.

–Grado de apoyo de intensidad limitada: Apoyo que necesita un sujeto que se caracteriza por tener un principio y un fin. Por ejemplo: cuando incorporamos a un deficiente a un trabajo, ha de ir con él un profesional hasta que aprenda ese trabajo.

–Grado de apoyo de intensidad extendida: Tiene que ver con que el deficiente necesita ayuda continuada por lo menos en dos áreas de las habilidades adaptativas.

–Grado de apoyo completo: Necesita para todo una persona a su lado. Se trata de personas con CI muy bajo.

TEORÍAS CONTEMPORÁNEAS QUE EXPLICAN LA ETIOLOGÍA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Hay dos grandes concepciones teóricas: Biomédica y psicológica.

1. CONCEPCIÓN BIOMÉDICA:

Teoría que predominó hasta bien entrado el siglo XIX

–Defienden la idea de que la deficiencia mental es biológica.

–Se confunde enfermedad con deficiencia

–Se basan en estudios biológicos, postulan tratamientos clínicos y prevención.

Es una teoría con grandes limitaciones porque si seguimos en esta línea:

–habría una predicción tan exhaustiva que abortaría todo el mundo.

–los que hubieran nacido estarían siempre en hospitales para optimizar sus características.

2. CONCEPCIÓN PSICOLÓGICA:

La concepción psicológica no niega la predisposición genética pero pone el énfasis en que estas personas tienen un funcionamiento cognitivo deficitario. Es decir, trasladan la cuestión básica del problema al área cognitiva. Dentro de esta concepción hay diferentes enfoques.

2.1.ENFOQUE CONDUCTUAL O COMPORTAMENTAL

Su representante es BIJOU.

- Los conductistas radicales al deficiente mental le llaman retrasado mental.
- Para ellos el deficiente mental es un ser que no tiene un repertorio adecuado de conductas.
- Le dan mucha importancia al medio: piensan que el ambiente condiciona más que lo biológico.
- CRITICAS:

–no explican que hay algo previo que limita al sujeto, parten ya e la conducta.

–generalizan tratamientos: si un tratamiento funciona para uno, funciona para todos, y esto no es así.

2.2.ENFOQUE PSICOMETRISTA

–Parte de la aplicación de pruebas psicométricas, las pruebas siempre nos darán el CI; pero desde la psicometría el CI se ve como algo estático, y el CI es algo evolutivo.

–En la deficiencia mental el CI es bajo pero hay que intervenir para que suba, por ejemplo si damos más cultura a ese deficiente, el CI subirá.

–El deficiente parece cada vez más deficiente, porque las pruebas van aumentando en dificultad con la edad, pero es igual de deficiente, no más. Por ejemplo, el WISC–R es para niños y para deficientes, tengan la edad que tengan.

–Con esta escuela le estamos sometiendo constantemente a pruebas.

–Esta escuela ha tenido muchas críticas, entre ellas las de Binet, que critica que desde este modelo estamos aplicando pruebas de niños normales a deficientes, y además no estamos teniendo en cuenta la edad mental.

El CI no puede ser nunca una medida explicativa, sino indicativa.

2.3.ENFOQUE DE LA INCOMPETENCIA SOCIAL

Escuela presidida por DOLL, y FORTER como colaborador. Estos autores crearon una escala de madurez social y esta escala la pasaban a niños y deficientes. Defendieron la teoría de que el deficiente no puede llevar una existencia social normal.

ZAZZO criticó a estos autores diciendo que la cuestión social no era el aspecto más grave en el deficiente ni el único.

2.4.ENFOQUE COGNITIVO

–Aquí se posicionan la mayoría de los autores porque lo más grave del deficiente es el problema cognitivo, el deficiente tiene un procesamiento de la información diferente: el deficiente recibe la información, la almacena y da respuesta de forma diferente a lo que lo haría una persona normal. Es como un ordenador que funciona diferente, como si el procesamiento de la información se hiciera con vacíos, sin fundamentos.

–Esto, básicamente por dos causas:

- Hay una heterocronia: en vez de crecer en todas las áreas cognitivas más o menos igual, hay unas áreas que crecen mucho y otras que crecen poco.
- La lentificación del deficiente

2.5. *TEORÍA DE LA VISCOSIDAD GENÉTICA* (INHELDER)

Se posicionó en las teorías de Piaget e intentó hacer una teoría paralela cognitiva del deficiente. Ella llegó a la conclusión de que el deficiente pasa por los mismos estadios que el niño normal pero va a un ritmo más lento y con fases inacabadas. El deficiente no llegará al período formal.

Según ella, el deficiente presenta las siguientes características:

1–No todos los deficientes son iguales: necesitan adaptaciones curriculares diferentes.

2–Se debe actuar según el CIO del niño. Ella hacía la siguiente clasificación:

- CI inferior a 25: deficientes profundos. No llegarían ni al período sensoriomotor, no construirán el símbolo, ni tampoco un nivel lingüístico satisfactorio.
- CI 25–50: Fase perceptiva (ven o perciben cosas), pero la respuesta les es muy difícil. Se quedan por debajo de la etapa de operaciones concretas.
- CI superior a 50: Dependerá de la estimulación que reciba. Llegarán al pensamiento concreto

Para estos tres grupos, ella explicará unas características:

- Que la deficiencia es irreversible, no se cura.
- Que el deficiente está condicionado por la lentitud, y eso le lleva a la viscosidad.

3–Los deficientes darán respuestas por habituación, no por razonamiento: tendrá que repetir constantemente, tiene que ser algo muy pautado.

4–El pensamiento del deficiente no tiene estabilidad: avance y decae mucho.

CRÍTICAS:

–Estudia al deficiente por comparación al niño normal.

–No da ninguna pauta de intervención

2.6. *TEORÍA DE LÚRIA*

–Es muy biologicista y da un nuevo enfoque a la deficiencia mental, la eficiencia inercia oligofrénica.

–Él dice que el problema del deficiente tiene que ver con problemas a nivel del cerebro, el problema del deficiente es que tiene dificultades para sustituir un proceso cortical por otro (p.ej.: pasar de lo motriz a lo lingüístico)

2.7. *TEORÍA DE ZAZZO o TEORÍA DE LA HETEROCRONIA*

Dice que el crecimiento madurativo es desigual en los diferentes sectores de conducta. Cambrodí utilizó un pentágono y Zazzo hace una línea con sectores:

A nivel de escuela, cuando tenemos un niño integrado con una deficiencia mental, lo primero que se nos ocurre hacer es darle un papel y que dibuje: algo de tipo manipulativo. Como potencian desde la educación lo manipulativo, hacen la curva más irregular, la heterocronia se agrava. Lo que tenemos que hacer es trabajar en lo cognitivo, aunque no sea lo más cómodo. Y además orientar lo cognitivo a la vida diaria: por ejemplo, enseñar a sumar, para que sepa ir a comprar.

2.8.ENFOQUE PSICOANALÍTICO

–Trata a la deficiencia mental como algo secundario de otro trastorno más global, porque toman la deficiencia mental como enfermedad mental.

–No niegan la base orgánica de algunas deficiencias, pero se basan en una pobre construcción del yo por mala relación con la figura materna.

Un autor, Mannoni, dirá que las deficiencias se han ido generando por la mala relación entre madre e hijo, como si el hijo no hubiera recibido el afecto necesario para construir su propia personalidad.

No van desencaminados, pero la deficiencia ya estaba allí

2.9.ENFOQUE HUMANISTA

Tiende a incluir la deficiencia dentro de la marginación. Su idea es construir mejor las relaciones humanas y sitúa al deficiente mental como marginado: un grupo especial y marginado. Aquí tenemos autores como Bernstein y Feusten. Quieren incluir al marginado en la sociedad.

CLASIFICACIÓN DE LA OMS

–NIVEL PROFUNDO:

- 1% de la población deficitaria
- etiología de tipo médico: anopsia, hemorragia...
- normalmente institucionalizados
- necesitan ayuda para todo y asistencia continuada
- gran problemática familiar, porque por un lado se rechaza a ese hijo y por otra parte hay sentimientos de culpa por institucionalizarlos.
- CI < 20–25

–NIVEL SEVERO:

- Etiología médica y/o metabólica
- 7% de la población deficitaria
- Ámbito motor más desarrollado
- Pueden decir alguna palabra (de manera muy rudimentaria)
- Pueden comer solos
- No podrán llegar a leer ni escribir
- Siempre necesitarán la ayuda de un adulto
- CI 20/25–30/40

–NIVEL MEDIO:

- 12% de la población deficitaria
- etiología diversa, hay factores médicos y sociales

- lenguaje bastante fluido, pueden hacer frases aunque cueste entenderlas
- vocabulario muy pobre
- aspecto motórico bastante desarrollado.
- Pueden empezar a adquirir conocimientos de escritura (muy rudimentaria) y de cálculo.
- Pueden ejercer un trabajo muy pautado, muy controlado
- CI 35/40–50/55

–NIVEL LIGERO:

- 80% de población deficitaria
- no se les nota físicamente.
- Los padres luchan mucho para que no sea deficiente
- Etiología médica (lesiones leves) pero la principal causa es la ambiental.
- Pueden tener amigos
- Bastante independientes
- Pueden llegar a quinto de E.G.B
- Son más lentos motóricamente y para hablar.
- CI 50/55–70

TEMA 1:

LA COMPLEJIDAD DEL ESTADO DEFICITARIO

TEMA 2: FACTORES DETERMINANTES Y PREDISPONENTES EN LA ETIOLOGÍA DEL DEFICIENTE MENTAL

A partir del siglo XIX comienza a estudiarse la etiología de la deficiencia mental. Surgen dos grandes bloques de factores:

1.Factores predisponentes: los que pueden ser, pero no necesariamente, por ejemplo, la edad de la madre, que no siempre causa retraso mental.

2.Factores determinantes: Siempre producen deficiencia mental, por ejemplo, una alteración cromosómica, como la trisomía del cromosoma 21. Todos tendrán deficiencia.

• FACTORES PREDISPONENTES:

- *Edad de los padres*: y especialmente de la madre, debido al envejecimiento de los órganos de la madre. Cuando una niña nace ya tiene ovarios con óvulos, cuando maduran los óvulos van saliendo cada mes. A medida que aumenta la edad, se van envejeciendo los órganos y hay más probabilidad de que salga un niño con deficiencia. La edad ideal de tener hijos es entre los 20 y los 35 años. Tampoco es bueno ante, por inmadurez de los órganos sexuales.
- *Consanguinidad*: Tener hijos con personas de la misma sangre. Esto se da mucho en sociedades cerradas y endógenas.
- *Padres portadores de anomalías cromosómicas compensadas*: los padres tienen una anomalía pero no se les ve.
- *Factores sociales, económicos y culturales*: Un niño en situación de privación no utilizará bien el cerebro. El ambiente puede deficienciar y será difícil la reversibilidad.

- **Factores nutricionales.** Por exceso o por defecto. La obesidad puede ser un factor predisponente. La madre obesa puede tener problemas en el parto, necesitar fórter. Por defecto, una pobre mielinización, el SNC se ha de recubrir con la mielina. Si la alimentación es pobre hay zonas del SNC que no se mielinizan.
- **Sexo:** Hay más niños que niñas deficientes. La diferencia es muy pequeña, mientras que hay un 45 % de niñas, hay un 55% de niños, pero aunque la diferencia sea pequeña hay más probabilidad.

2.FACTORES DETERMINANTES:

- **Deficiencia mental producida por infecciones:** Las infecciones con repercusión cerebral pueden darse a nivel prenatal o postnatal.
 - ◆ **Nivel prenatal:**
 - ◇ *Rubéola: se vacuna de la rubéola para evitar que cuando tengamos un embarazo la tengamos.*
 - ◇ *Toxoplasmosi: infección que cojéenlos perros y los gatos. Se aconseja no tocar perros ni gato durante el embarazo.*
 - ◇ *Sífilis: Enfermedad de transmisión sexual*
- **Nivel postnatal:**
 - ◆ *Meningitis*
 - ◆ *Hemiplejia febril aguda: por fiebre muy altas*
 - ◆ *Encefalopatías en el curso de enfermedades infecciosas.*
 - ◆
- **Deficiencia mental debida a agentes tóxicos:**

Como las enfermedades maternas específica, como por ejemplo la rubéola, que puede ser tóxico porque pasa a través de la sangre

- **Deficiencia mental debida a traumatismos:**

Pueden ser traumatismos físicos o psíquicos.

- **Prenatales:**

Pueden ser radiaciones o abortos sin éxito.

- **Neonatales:**

Traumatismos que vienen dados por anoxia (falta de oxígeno en el cerebro) o por hemorragia.

- **Postnatales:**

Pueden ser por fallo cardíaco después del parto o por traumas cerebrales postparto.

- **Deficiencia mental debida a trastornos metabólicos:**

Son errores metabólicos debido a los lípidos o hidratos de carbono. Si son tratados no pasa nada, pero si no se tratan sí.

- **Deficiencia mental debida a errores cromosómicos:**

- Anomalías autosomopáticas:

Síndrome de Down (trisomía del cromosoma 21), síndrome de Patau, Edwards.

- Anomalías gonosomopáticas:

Síndrome de Turner, Klinefelter....dan deficiencia mental

- Mixtas

- **Deficiencia mental debida a neoformación:** Si aparece un tumor en el SNC también es determinante
- **Deficiencia mental debida a influencias prenatales desconocidas**
- **Deficiencia mental debida desconocida con signos neurológicos**
- **Deficiencia mental desconocida sin signos neurológicos:** más relacionada con trastornos de la personalidad y psicosis.
- **Deficiencia mental por más de una de las causas vistas**

TEMA 3: PREVENCIÓN DE LA DEFICIENCIA MENTAL

PRÁCTICAS: EL OCTAVO DÍA

- ¿Cuál es el verdadero mensaje de la película?

Imagino que la película quiere dar una visión del deficiente como persona antes que como el de una etiqueta, con sentimientos y con unos principios. Otra visión que quiere dar la película es que el deficiente es más feliz que no su compañero, que tiene una vida infeliz, desgraciada, y que acaba desarrollando patologías incluso.

2. Núcleo familiar y problemática de ese deficiente. ¿Qué pasa con la familia?

Los padres del deficiente ya murieron y como única familia le queda una hermana, que le prometió a su madre antes de morir que cuidaría de él, pero lo institucionalizan, porque el marido de la hermana no lo acepta. El deficiente se encuentra y siente solo, pues echa mucho de menos a su madre hasta tal punto que alucina con la madre.

3. Características del Síndrome de Down del muchacho:

–La inteligencia musical la tiene preservada, ya que tiene capacidad para sentir y bailar la música, incluso se conoce las letras de las canciones.

–Ante una negación utiliza las rabietas, que son parte de la conducta infantil.

–No asimila las normas sociales, hay un egocentrismo. Actúa más desde el punto de vista del yo que desde un punto de vista de el yo englobado en una sociedad. Por ejemplo, cuando se baja del coche para comprar los zapatos.

–Hay una negación de la realidad: No admite la muerte de su madre, se refugia en la imaginación y en la fantasía.

–Hay una abundancia de conductas rígidas, automáticas y una incapacidad para decidir. Por ejemplo, siempre que ve una flecha la sigue, y cuando el hombre lo deja tirado en la carretera, es incapaz de moverse de la postura en que éste le había dejado.

–Excesivamente cariñoso.

–CI bajo

–Características físicas: ojos juntos, pequeños, achinados, cara hinchada, nariz pequeña, gordito, extremidades cortas...

4. Relación de pareja. Necesidades emocionales y posibilidades de realización

Hay una búsqueda continua de pareja porque se guía por los instintos sexuales y por una necesidad continua de cariño. La sociedad impide las relaciones ya que con su novia son los padres de la chica deficiente quienes les impiden mantener relaciones. Intervienen factores morales y éticos.

Hay otro ejemplo, cuando están el bar y él piropea a la camarera, ésta reacciona muy bruscamente cuando el deficiente se quita las gafas.

5. ¿Porqué se desenlaza de manera fatal?

La madre en su imaginación le dice que ella no es real, que sólo existe en su fantasía. La madre era la fuerza que el deficiente necesitaba para vivir, era su guía. Y al ver que su madre no es real, que está muerta, su mundo se viene abajo, y va a reencontrarse con su madre.

• PRECONCEPCIÓN

– una mujer ha de prevenir a nivel de edad

–ha de hacer una planificación familiar entre embarazo y embarazo. Es recomendable que pasen 18 meses sin estar embarazada, porque la matriz necesita regeneración.

–evitar drogas, alcohol y tabaco. Se tienen que eliminar bastante tiempo antes de quedarse embarazada, porque algunas sustancias quedan en sangre.

–reconocimiento precoz de situación de riesgo. Si hay un mapa genético conflictivo ir a un profesional para que haga un esquema de los riesgos.

–evitar radiaciones nucleares.

–evitar medicamentos de riesgo.

–no sobrealimentarse.

2.PRENATAL

- De la semana 16 a la 20 de gestación está permitido el aborto terapéutico. Se produce una depresión y un desajuste hormonal después del aborto.
- Qué técnicas se utilizan para saber si el niño es deficiente en esas semanas?
 - ◆ Amniocentesis: Consiste en introducir una aguja en el vientre atravesando la placenta para llegar al líquido amniótico. Hay un riesgo del 10% de dañar al feto, pero esto la madre no lo sabe. Se extraen 4 o 5 cm², que llevan información genética y se pueden ver las alteraciones cromosómicas, y también detecta los trastornos metabólicos, así como la espinobífida (si está cerrado o no el tubo neural)

Esta técnica solo se aconseja: cuando la persona tiene más de 35 años, si hay un historial de alteraciones cromosómicas, si la mujer ha tenido tres abortos o más anteriormente o si hay otras malformaciones en la familia.

- **Ecografía:** No tiene apenas riesgos. Permite ver las anomalías del SNC: espinobífida, macro o microcefalia o si hay malformaciones físicas.
- **Biopsia del Corión:** Consiste en insertar una aguja que no atraviesa la placenta pero si llega a las pilosidades de ésta. Se extraen las pilosidades y se analizan porque también tienen información genética. Es menos fiable, peor también se detectan trastornos cromosómicos, metabólicos, si hay un buen riego sanguíneo.. Es menos peligrosa pero menos fiable, y por lo tanto, se utiliza menos.

Ninguna técnica puede prever al 100% el riesgo. La ceguera y la sordera son muy difíciles de detectar, prácticamente imposible. Se puede detectar el 40% de las deficiencias.

• **PERINATAL**

Es el momento de mayor riesgo. El niño puede venir mal puesto o la cabeza ha de estar en corona, al final del útero), la pelvis se ha de dilatar.

Hay el riesgo de que la placenta venga antes que el niño. Si es así, la madre tiene una hemorragia muy fuerte y el niño no puede salir porque se lo impide la placenta, así el niño tiene una anoxia, falta de oxígeno y por segundos o minutos puede quedar deficiente.

Al nacer se le ha de hacer el test de Apgar, donde se miden diferentes factores y se puntúa del 0 a 10. Si la puntuación es inferior a 5, es un niño con riesgos. Si tiene una puntuación de 8 a 10, es un niño con buen potencial.

Otras pruebas que se realizan son pruebas de sangre, para ver si hay compatibilidad con la madre.

Los partos con fórceps o ventosas son partos de riesgo, se aconseja realizar cesárea.

4.POSTNATAL

Tiene que ver con el ambiente. Hay que vigilar la nutrición, las infecciones y el nivel de afecto, ya que si el niño no es querido, éste hecho llevará a psicopatologías.

TEMA 4: PROBLEMÁTICA PSICOSOCIAL DEL DEFICIENTE MENTAL

Hay tres áreas principales:

- **Área cognitiva:** Área con más problemática. A nivel psicosocial es el área más disminuida, queda por debajo de las otras. No cumplen lo que se espera de una edad determinada, no porque se sepa menos, sino porque la forma de procesar la información es diferente, hay un problema en el procesamiento de la información.
- **Área de comunicación:** Queda disminuida porque esta muy sometida a el área anterior. No nos podemos comunicar sino hemos incorporado una información, la hemos elaborado y podemos darle un nivel de salida. Está afectado casi siempre el habla, que es bastante deficiente.
- **Área afectiva:** Está muy desarrollada, a veces no se sabe controlar los afectos. Están capacitados para establecer relaciones afectivas profundas.. Afectivamente no hay problema. Hay un estudio francés que demuestra que el 80% de los deficientes leves, establecían relaciones un poco deficientes, y estudiando esta investigación es por un bajo autoconcepto que el deficiente tiene de sí mismo. Si son muy deficientes esta faceta no la tienen. En cuanto entramos en la deficiencia leve son conscientes de

que son diferentes peyorativamente. Bastante relación de cómo haya sido tratado en la primera infancia.

LA ADAPTACIÓN PERSONAL DEL DEFICIENTE

Visto desde el microcontexto, vamos a ver como el deficiente se integra en la familia, en las instituciones y en el mundo en general.

- **Familia:** Él influye mucho en la familia. Se afectan de manera recíproca. Muchas veces la familia que ya tiene problemas, nace un deficiente en su seno y eso va a agravar el cuadro familiar: esto va a ser lo peor para el niño a nivel de autoconcepto, autoestima y valoración. Tampoco es verdad que el deficiente no aporte ningún problema, no es neutral. No es verdad que no sea un foco de problema añadido. En una familia con un niño deficiente se tiene que intentar buscar un equilibrio; si la familia no lo sabe, cuando nace ya hay un *rechazo* inevitablemente, esto significa que lo tratamos diferente de cómo trataríamos a un niño normal. En un momento posterior hay *rebeldía*, y después hay una *culpabilización*, empezamos a culpar a la gente o a autoculpabilizarse, hasta llegar a la *aceptación* pasiva (porque no tengo más remedio) o activa (una aceptación verdadera).

Existen dos grandes factores generales que son generadores de angustia:

- ♦ El hijo deficiente es un proyecto fracasado.
- ♦ Genera mucha angustia al pensar cuando no esté, la gente que tiene un hijo deficiente racionaliza la muerte, yo tengo miedo a la muerte, pero por mi hijo
- **Instituciones:** Dependerá mucho del grado de deficiencia. Si es un grado grave vamos a recomendar la institucionalización. En las primeras etapas de la vida no se considera tan grave, porque es más fácil moverlo, cogerlo, transportarlo, darle la comida...pero en el momento de institucionalizarlo es muy duro para la madre porque hay mucho cariño. Puede haber un enganche tan fuerte que la madre pierda la vida, deje un poco de lado a los otros hijos, a su marido..eso no es bueno para la madre.

Cuando las deficiencias son moderadas, hay dos bloques:

- Que vayan a una escuela de educación especial.
- Integración que propone la LOGSE. Si están integrados en una escuela normal, a partir de 3ero tendrían que pasar a una escuela de educación especial, esto con la excepción de que sepamos que está en una escuela donde hay un profesor de educación especial en el aula

Por lo que hace referencia al mundo en general, la sociedad cada vez está más preparada para recibir deficiencias y para tenerlos en trabajos dentro de lo que cabe.