

PSICOLOGÍA DIFERENCIAL

TEMA 1

PSICOLOGÍA DIFERENCIAL DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1. INTRODUCCIÓN

- 1.A)** Un modelo biopsicosocial y ecológico de la comprensión de la discapacidad.
- 1.B)** Prevalencia de la discapacidad en España.

2. TERMINOLOGÍA Y CONCEPTOS BÁSICOS.

- 2.A)** Definiciones de la clasificación internacional de la OMS (1980)
- 2.B)** Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la Salud (OMS 2001)
- 2.C)** Conceptos de normalización, integración, apoyos, autodeterminación y calidad de vida.
- 2.D)** Movimiento de la vida independiente.

3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- 3.A)** Definición de la asociación americana de psiquiatría
- 3.B)** Características de cada uno de los niveles de retraso mental
- 3.C)** definición de la asociación americana (AAMP) sobre persona con retraso mental. Cambio de paradigma (1992)
- 3.D)** definición de la AAMP sobre personas con retraso mental (2002)

4 ALGUNAS ALTERACIONES ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

5. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

6. ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

7. PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

9. PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN.

10. PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

1. INTRODUCCIÓN

1.A) UN MODELO BIOPSIICOSOCIAL Y ECOLÓGICO DE LA COMPRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD.

La concepción de la discapacidad ha sufrido una evolución, que va desde el rechazo y la ignorancia hasta su comprensión científica. (A finales del s. XIX). Se ha pasado de una concepción psicopatológica y anormal de la discapacidad hasta la comprensión actual que trata de entender a la persona con discapacidad partiendo de sus necesidades de apoyo.

La discapacidad deja de ser un concepto médico (una enfermedad) y pasa a ser un concepto educativo y social. Esta visión desde enfoques más positivos a la discapacidad ha hecho necesaria la formación de profesionales del ámbito de la salud, la educación y de los SS.SS. Las aportaciones de las distintas disciplinas configuran una comprensión biopsicosocial de la discapacidad desde una perspectiva multiprofesional y haciendo un especial hincapié en los aspectos contextuales.

Desde un modelo ecológico de la discapacidad, ésta no es algo fijo (no se tiene para siempre), sino cambiante y dependiente, tanto de las limitaciones de la persona como de los apoyos disponibles en su entorno.

También señala que las limitaciones funcionales mejoran proporcionando intervenciones, servicios y apoyos que se centran en el comportamiento adaptativo de la persona.

Esta nueva concepción de la discapacidad es posible gracias a los avances de la psicología científica, gracias también a la intervención individual, mediante enfoques cognitivo-conductuales (Ej.: entrenamiento de habilidades sociales)

También gracias a la intervención de las organizaciones y las adaptaciones individuales al entorno. También gracias a la presión que han realizado las asociaciones de padres que exigieron que sus hijos tuvieran los mismos derechos que los demás ciudadanos.

También por la constatación de las repercusiones negativas que tiene la segregación.

También el nuevo concepto de Cociente Intelectual, ya que dice que este se puede mejorar a través de intervenciones.

También la introducción del concepto de conducta adaptativa, que se utiliza, a parte del CI para evaluar los casos.

1.B) PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA.

(Por la encuesta de discapacidad, deficiencia, y estado de salud de 1999)

Tienen discapacidad

- 9% de la población española (+/- 3.500.000 de pers)
- 32% de la personas mayores de 65 años. (Mayormente discapacidades físicas)
- 5% de personas entre 6 y 64 años.
- 47'4 % de personas entre 80 y 84 años.
- Las tasas más altas de discapacidad: Melilla, Andalucía y Murcia.
- La tasa más baja de discapacidad: La Rioja.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA.

- El porcentaje de personas con problemas de salud o discapacidad que tiene estudios primarios es el

doble que entre las personas sin problemas de salud.

- Dos de cada tres personas con discapacidad en edad de trabajar están en situación de paro.
 - ◆ Empleo Ordinario: de cada 50 plazas una es para pers. Con discapacidad.
 - ◆ Empleo. : ofrecer apoyo desde programas inscritos en organizaciones, tanto a la persona como al contexto.
 - ◆ Centros especiales de empleo: son centros productivos.
 - ◆ Centros ocupacionales: no reciben sueldo, no son empresas.
- Tasa de empleo de personas con discapacidad en un 40% superior a las de las personas sin discapacidad.
- Hay más paro entre las mujeres.
- La mujer accede a puestos de trabajo menos cualificados.
- Hay mayor porcentaje de auto empleado.

2. TERMINOLOGÍA Y CONCEPTOS BÁSICOS (OMS)

2. A) DEFINICIONES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMS (1980)

ENFERMEDAD

O DEFICIENCIA DISCAPACIDAD MINUSVALÍA

TRASTORNO

(Situación (Exteriorizada) (Objetivada) (Socializada)

intrínseca)

DEFICIENCIA: Dentro de la experiencia de salud, una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica

DISCAPACIDAD: Dentro de la experiencia de salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

MINUSVALÍA: Desde la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para una persona determinada consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso.

Ejemplo: obrero que se cae del andamio

Enfermedad: traumatismo

Deficiencia: daño

Discapacidad: restricción por el daño

Minusvalía: no puede realizar su rol social. (desventaja por la restricción de ese daño)

CONCEPTOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

ENFERMEDADES

Programas de intervención

DEFICIENCIA

Programas de rehabilitación

DISCAPACIDAD

Equiparación de oportunidades

MINUSVALÍA

2.B) CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DISCAPACIDAD Y LA SALUD

Leer artículo de fotocopias.

2.C) CONCEPTOS DE NORMALIZACIÓN, INTEGRACIÓN, APOYOS, AUTODETERMINACIÓN Y CALIDAD DE VIDA.

INTEGRACIÓN: Va ligado al concepto de normalización. El principio de normalización, surge a mediados de la década de los 50 (S.XX) en los países escandinavos y se desarrolla amplia y rápidamente en EE.UU. Se considera la normalización como una forma de poner a disposición de las personas con discapacidad. Los servicios que utilizan las personas sin discapacidad (tiene de.a una escuela, a empleo, al ocio, al sexo, utilización de servicio de salud).

La integración son las estrategias de intervención que hacen posible la normalización (leyes, programas, etc)

APOYOS: Recursos y estrategias que promueven intereses y metas de las personas, posibilitan el acceso a los recursos, a la información y a las relaciones de ambientes de trabajo y vivienda integrados, y dan lugar a un incremento de la dependencia/ interdependencia, productividad, integración comunitaria y satisfacción. (AAMR, 1992)

AUTODETERMINACIÓN: Es el proceso por el cual la acción de un persona es el principal agente causal de su propia vida y de las elecciones y toma de decisiones sobre su calidad de vida, libre de influencias externas o interferencias. (Wehmeyer, 1992). Es el derecho de las personas con discapacidad a dirigir su vida.

CALIDAD DE VIDA: Reutiliza de manera generalizada. Alrededor de los 80 empieza ha haber un movimiento que se plantea la intervención en la discapacidad en el contexto, por ello, se trata de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Según Schalock, el modelo de Calidad de Vida nos va a permitir la intervención centrada en las necesidades de la persona.

Es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por un programa en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, y derechos.

2.D) MOVIMIENTO DE VIDA INDEPENDIENTE.

No es una ONG. Es movimiento de pensamiento (una filosofía) que surge en EE.UU. en 1945. Es un foro, un punto de encuentro de las personas con discapacidad. Surge con un planteamiento de intervención con las personas con discapacidad. Este nuevo paradigma tiene relación con la psicología de la rehabilitación. (Toda persona con discapacidad es recuperable)

CONCEPTOS FUNDAMENTALES:

- Protagonismo de las per. con discapacidad en la participación de todos los aspectos que afectan a la discapacidad. (ellos toman sus propias decisiones)
- Plenitud como ciudadanos con la desinstitucionalización y con la ayuda mutua. (derecho de una participación activa en la sociedad)
- Supone un proceso de tomas de poder y de autonomía personal.

RECLAMAN:

IGUALDAD DE CONDICIONES

La sociedad, con sus responsables políticos, sociales y económicos, deben procurar un entorno y unos servicios concebidos de tal manera que vivamos en igualdad de condiciones respecto al resto de ciudadanos.

ASISTENCIA PERSONAL

Los servicios de asistencia personal son esenciales para las personas con discapacidad severa.

Son indicadores del nivel de desarrollo del modelo de Vida Independiente.

Es la solución para las personas con discapacidad severa para la AP.

ASISTENCIA PERSONAL == AYUDA A DOMICILIO

Las necesidades que una persona tiene las evalúa un TS.

ASISTENCIA PERSONAL

- Tipo de asistencia controlado por la pers. con discapacidad.
- La persona puede negociar el tiempo y el tipo de asistencia
- Capacidad de controlar.

AYUDA A DOMICILIO

- Quien determina las necesidades es el TS
- Una persona adjudica el tiempo
- No respeta los principios de Vida independiente
- Tareas en el domicilio

¡NADA SOBRE NOSOTROS SIN NOSOTROS!

3 . PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

COCIENTE INTELECTUAL (CI)

MEDIA 100

RETRASO MENTAL > 70

SUPERDOTADO 120/130

GENIO >130

3.A) DEFINICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA)

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL (DSM– IV, 2000):

1) Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aprox. de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativa/ inferior al promedio).

2) déficit o alteraciones concurrentes de la actividad actual (esta es la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y para su grupo cultural) en, por lo menos, dos de las áreas siguientes:

- comunicación
- cuidado personal
- vida doméstica
- habilidades sociales/ interpersonales
- utilización de recursos comunitarios
- autocontrol
- habilidades académicas funcionales
- trabajo
- ocio
- Salud
- Seguridad

3) el inicio es anterior a los 18 años.

3.B) CARACTERÍSTICAS DE CADA UNO DE LOS NIVELES DE RETRASO MENTAL

La AAMP clasifica el retraso mental en:

CI entre

LEVE	50–55 Y 70
MODERADO	35–40 Y 50–55
GRAVE	20–25 Y 35–40
PROFUNDO	Inferior a 20–25

Esta clasificación sirve para la hora de clasificar recursos.

CARACTERÍSTICAS GENERALES SOBRE CADA UNO DE LOS NIVELES:

A) LEVE:

- CI entre 50–55 y aprox 70.
- Incluye a la mayoría de personas afectadas por retraso mental (85%)
- Suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares.
- Presentan insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras.
- Pueden adquirir conocimientos que les sitúan, aproximadamente, en un 6º curso de primaria.
- Durante la vida adulta poseen habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía (pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia)
- Con los apoyos adecuados pueden vivir satisfactoriamente en la comunidad, o bien, en servicios supervisados.

b) MODERADO:

- CI entre 35–40 y 50– 55.
- Constituye alrededor del 10% de la población con retraso mental.
- Pueden adquirir habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez.
- Pueden aprovecharse de una formación laboral.
- Con supervisión moderada pueden atender a su propio cuidado personal.
- Pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales.
- Es improbable que progresen más allá de un 2º de primaria en materias escolares.
- Pueden aprender a trasladarse independientemente por los lugares que le son familiares.
- Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden inferir en las relaciones con otros muchachos/as.
- En la etapa adulta son capaces de realizar trabajos no cualificados, siempre con supervisión.

c) GRAVE:

- CI entre 20–25 y 35–40
- Incluye el 3, 4% de las personas con retraso mental
- Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo.
- Durante la edad escolar pueden aprender a hablar.
- Pueden ser adiestrados en habilidades de autonomía personal.
- Sería limitaciones académicas. Pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras o cálculo simple.
- En la etapa adulta pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas.
- En su mayoría se adapta bien en la comunidad (hogares protegidos o familias)

d) PROFUNDO:

- CI inferior a 20–25
- Constituyen aproximadamente el 1, 2% de las personas con retraso mental.
- La mayoría presentan una enfermedad neurológica identificada.
- Durante los primeros años de niñez presentan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor.
- El desarrollo motor, las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento.
- Algunos pueden realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente vigiladas.

3.C) DEFINICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA (AAMP) SOBRE PERSONA CON RETRASO MENTAL. CAMBIO DE PARADIGMA (1992)

(AAMR 1992) La definición supone un cambio de paradigma. El retraso mental deja de ser un rasgo de la persona y se contempla a la persona con retraso mental, aquella que presenta limitaciones en las distintas

áreas de funcionamiento pero no que al mismo tiempo tiene capacidades y también un aspecto importante es la persona con retraso mental en su contexto cultural y social.

Retraso mental hace referencia a las limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media (CI de 70–75 o inferior), que generalmente coexiste junto a limitaciones en 2 o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación:

– comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

El retraso mental remanifiesta antes de los 18 años.

3.D) DEFINICIÓN DE LA AAMP SOBRE PERSONAS CON RETRASO MENTAL (2002)

el Retraso Mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones específicas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años (LUCKASSON, 2002)

CAMBIO DE PARADIGMA DE RETRASO MENTAL

- el retraso mental necesita definirse en un contexto social
- una evaluación válida del retraso mental ha de considerar la diversidad cultural y lingüística
- junto a limitaciones adaptativas específicas coexista potencialidades en otras áreas adaptativas o capacidades personales.
- un objetivo importante de la descripción de las limitaciones es el desarrollar un perfil de necesidades de apoyo.
- el funcionamiento de la persona con retraso mental mejorará si se le proporcionan los apoyos individualizados apropiados,

POLÉMICA EN CUANTO A LA DEFINICION DE RETRASO MENTAL DE AARM 2002

- se mantiene el término de retraso mental (en sep de 2005 probablemente se cambiará por Discapacidad Intelectual)
- mantiene la orientación funcional y el énfasis en los apoyos.
- continúan los 3 criterios de diagnóstico: capacidad intelectual (CI de 70– 75 o inferior), conducta adaptativa y edad de comienzo.
- persiste el énfasis en la intensidad de los apoyos como el foco principal de un sistema de clasificación, aunque se adopte de nuevo la clasificación por niveles de un funcionamiento intelectual.

RETRASO MENTAL (2002) está basado en un modelo multidimensional, el cual es un modelo operacional ya que describe las capacidades y limitaciones de las persona para las diferentes dimensiones,

Estas dimensiones son claves ya que sirven como base para la planificaron de los apoyos que pueden mejorar el funcionamiento diario de la persona con retraso mental. No es necesario que esos apoyos sean por parte de profesionales sino que (DEFINICION) son recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual.

Este modelo multidimensional establece las relaciones entre el funcionamiento individual, los apoyos y las siguientes 5 dimensiones:

- Las habilidades intelectuales
- Las conductas adaptativas o de adaptación

- Participación, interacciones y roles sociales
- Salud
- Contexto

1) LAS HABILIDADES INTELECTUALES

La inteligencia es la capacidad mental general, la cual incluye el razonamiento, la planificación, las solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, aprender rapida/ y el aprender a través de la experiencia.

2) LAS CONDUCTAS ADAPTATIVAS O DE ADAPTACIÓN (examen)

A) Hab. CONCEPTUALES:

- Lenguaje comprensivo y expresivo
- Leer y escribir
- Autodirección (dirigir su propia vida)

B) hab. SOCIALES:

- Relaciones interpersonales
- Responsabilidad
- Autoestima

c) Hab. PRÁCTICAS:

- actividades personales de la vida diaria tales como comer, vestirse
- actividades instrumentales de la vida diaria tales como la preparación de comidas, tomar medicación, utilizar el teléfono, manejar el dinero
- habilidades ocupacionales

3) PARTICIPACIÓN, INTERACCIONES Y ROLES SOCIALES

La participación y la interacción se refieren a cómo la persona participa e interactúa en su ambiente.

Los roles sociales son un conjunto de actividades normales para un grupo determinado de edad (los TS debemos promover programas para esto, para su tiempo libre y de ocio)

4) SALUD

La salud es definida como un estado completo de bienestar físico, mental y social (esto es muy general e inalcanzable)

5) EL CONTEXTO

El contexto describe las condiciones interrelacionadas dentro del cual las personas viven sus vidas diariamente.

Sus familias, comunidades, sociedad y cultura.

ÁREAS DE APOYO POTENCIAL:

1) desarrollo humano

2) enseñanza y actividades educativas (en función del tipo de discapacidad, por ejemplo potenciar la lectura, la percepción según sus necesidades y limitaciones)

3) actividades en el Hogar

4) actividades en la comunidad:

- uso del transporte
- participación en la actividad de ocio y tiempo libre
- visitar a amigos y familiares
- ir a comprar
- relacionarse con los miembros de la comunidad
- usar edificios públicos

* aquí necesitan muchos apoyos. El TS tiene aquí un papel muy importante. Enseñamos estas habilidades como pedir una coca-cola, manejar el dinero

5) actividades de empleo

6) salud y actividades de seguridad

7) actividades conductuales:

- aprendizaje de hab. específicas o conductas
- aprender y tomar decisiones adecuadas
- incorporar preferencias personales en las actividades de la vida diaria
- mantener una conducta socialmente aceptable en público

8) actividades sociales

9) protección y defensa

Se identifican las necesidades de apoyo para mejorar el funcionamiento en cada una de las anteriores áreas de apoyo. Estos apoyos se planificarán en función de las necesidades de cada persona, es un plan de apoyo individualizado.

4) ALTERACIONES ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD

1) ALTERACIONES FÍSICAS:

- Retraso en las destrezas motoras
- Escaso equilibrio
- Locomoción deficitaria
- Dificultades en la coordinación de movimientos complejos
- Retraso en la destreza y manipulación
- Discapacidad auditiva y visual
- Signos específicos físicos (ej: pers. con Síndrome de Down)
- Epilepsia en caso de discapacidad grave.

2) ALTERACIONES EN ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD:

- Baja autoestima o sobreestima de sus capacidades.
- Mayor grado de ansiedad
- Conductas anómalas como estereotipias (ej: balanceo) y agresiones
- Dificultades de autocontrol

3) ALTERACIONES EN LOS PROCESOS COGNITIVOS:

- Déficit en los procesos cognitivos, en la memoria.
- Déficit en la generalización de aprendizaje (logopeda: caramelo)
- Déficit en la solución de problemas.
- Déficit en el conocimiento serial: presentan un retraso en el juego, en el ocio y en el rol sexual.
- Déficit en el desarrollo de las habilidades sociales.

4) ALTERACIONES LINGÜÍSTICAS:

- Déficit en la competencia comunicativa y en el manejo de los actos del habla. Ej: el tartamudeo, las disfemias (los niños que no pronuncian la R), dislalia (alteraciones en los niños mayores de 5 años que no pronuncian ciertos fonemas)

EJEMPLOS DE TRASTORNOS DEL HABLA:

–Disartria– Trastorno causado por lesiones del sistema nervioso central o por alteraciones en los músculos al no responder a movimientos ordenados por las áreas motoras del cerebro.

–Disfemia– tartamudo

–Disglosia– cuando, por defectos físico en la cara(boca) no puedes hablar

–Dislalia

–Afonía

5) TRASTORNOS PSICOPÁTICOS Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

LAS ESTEREOTIPIAS: es un síntoma característico de la esquizofrenia y la demencia.

CONCEPTO: la repetición reiterada innecesaria de un acto. Toda estereotipia puede interferir con el aprendizaje, limita las interacciones sociales y la adquisición de nuevos aprendizajes. Ej: soplar una mano, rechinar los dientes, balancearse, morder la mesa Son conductas que se tienen que eliminar porque las estereotipias son conductas autoestimulatorias que aíslan al niños. Son muy difíciles de corregir.

CONDUCTAS AUTOLESIVAS: conducta altamente repetitivas y rítmicas que tiene como resultado el daño físico de las personas que las realizan: arañarse, tirarse del pelo, morderse, golpearse

LA AGRESIÓN: forma intensa o violenta de conducta que produce daños a personas y consecuencias aversivas. Se produce como una parte de una rabietta más general en la que se combinan conducta como llorar, chillar, discutir, dañar a otros y destruir objetos.

Hay que tener en cuenta al tratar con ellos que una vez haya empezado la conducta agresiva, es muy difícil cortarla. Por ello debemos anticiparnos a esa conducta para que no aparezca y ver el estímulo que la provoca, hay que estudiarlo (ej: una cuidadora que pone nervioso al niño). Hay que tener en cuenta que esa conducta puede ser motivo de institucionalización. Ej: el niño del niño del aceite en la bañera que pegaba a su hermana,

le arrancaba el pelo.

CONDUCTA SOCIAL INAPROPIADA: como desnudarse en público, mostrarse excesivamente afectuosos con extraños, gritar obscenidades

Este tipo de conductas son decisivas a la hora de integrar en la comunidad a la persona con discapacidad.

Remontando a las obscenidades, hay ejemplos como insultar a las monjas del colegio, decir palabrotas desde muy pequeños (esto se refuerza porque hacia gracia a los padres y a las personas que se encontraba)

TRASTORNOS MENTALES: nos podemos encontrar con:

- Trastornos del estado de ánimo (como la depresión)
- Trastornos de ansiedad

–Trastorno obsesivo compulsivo: enfermedad bastante grave. Las

obsesiones son pensamientos estúpidos repetidos. Hay tipos: de duda, de contaminación (si le doy la mano a esta persona, me va a pegar algo)

–Fobia social: la sensación de hacer el ridículo.

- Trastornos de angustia

Con o sin agorafobia

- Fobias simples

Hipocondría

muchos trastornos van acompañados de ataques de pánico, crisis de angustia y la sensación de que te vas a morir o que vas a volverte loco.

Los ataques de pánico hacia un estímulo determinado, normalmente no es por el estímulo, sino porque el ataque lo ha ido asociando la persona a ese estímulo.

6) ETIOLOGÍA DEL RETRASO MENTAL

A) FACTORES ORGÁNICOS:

Factores que actúan antes de la concepción (factores genéticos). Se han detectado más de 70 enfermedades que se pueden prevenir. Debido a factores genéticos podemos encontrar enfermedades tales como la translocación (en algunos niños con Síndrome de Down)

B) FACTORES PRENATALES:

- Infecciones: rubéola (ya no existen en los países desarrollados (sordoceguera), toxoplasmosis (infección por un virus que traen alimentos de animales), herpes, sida
- Drogas y medicamentos: alcohol, heroína, tabaco, fármacos
- Trastornos funcionales: hipertensión, toxemia
- Trastornos endocrinológicos: diabetes (niños que nacen con 7Kg por ejemplo o abortos) hipotiroidismo, hipertiroidismo

- Alteraciones en la placenta
- Hipoxia intrauterina (esto está muy controlado)
- Edad de la madre
- Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario.

C) FACTORES PERINATALES:

- Placenta previa
- Lesión en el parto
- Anoxia
- Prematuridad

D) FACTORES POSTNATALES:

- Traumatismos (hoy en día los niños en los coche deben ir bien sujetos porque anteriormente se daban mucho casos)
- Infecciones (importancia de las vacunas)
- Nutrición
- Factores químicos

E) FACTORES AMBIENTALES

- Retraso mental sociocultural

***CUADRO DE CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA DEL RETRASO MENTAL**

FENILCETONURIA: fue la 1ª alteración genética metabólica que se demostró causante de la discapacidad intelectual. El tratamiento precoz de esta enfermedad puede evitar el retraso mental.

La causa es la incapacidad de metabolizar un aminoácido (la fenilalanina) debido a una enzima del hígado. Es hereditaria.

Produce hiperactividad (un niño tiene una tarea que hacer y no la termina), también produce discapacidad y convulsiones.

GALACTOSEMIA: es la incapacidad de metabolizar la galactosa. Se manifiesta en las primeras semanas de vida cuando el niño no tolera la leche provocando vómitos y diarrea. Produce pérdida de peso, anemia, convulsiones y ataques epilépticos.

También discapacidad intelectual si no se interviene correctamente. Es hereditaria.

ENFERMEDAD DE TAY– SACH: alteración en el metabolismo de los lípidos. Se manifiesta en los primeros meses de vida. Produce pérdida de la movilidad e hipotonía (falta de tono muscular)

ENFERMEDAD DE GAUCHER: también es una alteración de los lípidos. Produce hipertonía (aumento del tono muscular)

ENFERMEDAD DE BOURNEVILLE O ESCLEROSIS TUBERCULOSA: Es una anomalía congénita del desarrollo en el periodo embrionario. Es hereditario. Son niños que nacen sin ningún problema y en los primeros meses de vida aparecen crisis convulsivas muy generalizadas. Se detectan en el cerebro calcificaciones y alteraciones en las paredes ventriculares.

A nivel físico presentan en algunos casos tumoraciones pulmonares, renales y cardíacas.

Presentan manifestaciones cutáneas como adenomas sebáceos en las mejillas, en el mentón y manchas en el cuerpo de color café con leche.

Produce también discapacidad intelectual.

ANOMALÍAS CRANEALES: los niños no tiene remedio, se mueren.

SINDROME DE TURNER: es una cromosomopatía . Hay una anomalía de los cromosomas X e Y. se produce en las mujeres. Produce infantilismo sexual, malformaciones

EMBRIOPATÍA RUBEÓLICA: Es una infección producida por el rubéola y durante el primer mes de embarazo hay una gran posibilidad de que se produzcan anomalías como cataratas, sordera y discapacidad intelectual del niños. También retraso del crecimiento y crisis convulsivas. Esto se puede evitar.

TOXOPLASMOSIS: Infección producida por un protozoo. Los animales constituyen el foco de infección. Puede producir abortos, hidrocefalia, cataratas, ceguera, convulsiones, calcificaciones cerebrales y discapacidad intelectual.

7. PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO, PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCION

PROCEDIMIENTOS DE NTERVENCION: MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

1)REFORZAMIENTO POSITIVO: administrar una consecuencia positiva. Por ejemplo, en niños gravemente afectados, podríamos aplicar refuerzos de tipo social. Se ha de conocer bien al niño haciendo una lista de lo que a ese niño le refuerza.

2)REFORZAMIENTO NEGATIVO: quitar consecuencias negativas. Por ejemplo, si a un niño no le gusta el puré de verdura, se le quita el puré y se le pone otra cosa.

3)APROXIMACIONES SUCESIVAS: reforzar las respuestas cada vez más parecida a la deseada.

4) MODELAMIENTO: enseñar a imitar una conducta mediante la observación.

5)REFORZAMIENTO DE CONDUCTAS INCOMPATIBLES: reforzar conductas que no pueden presentarse simultáneamente (si un niño da palmas, se le refuerza cuando no lo hace)

6)REFORZAMIENTO DE CONDUCTAS ALTERNATIVAS: reforzar todas aquellas conductas que no sean la conducta problema.

7)CONTROL DE ESTÍMULOS: reforzar una conducta cuando ocurre ante unos estímulos discriminatorios y extinguirla cuando ocurre ante otros diferentes.

8)CONTROL INSTITUCIONAL: reforzar la conducta cuando ocurre después de una petición (ej: control de los esfínteres)

8. LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Se inicia a principios del s. XIX, mediante test y pruebas estandarizadas con Binet y Simon.

Crearon el primer test para medir la inteligencia e intentaron en las escuelas francesas identificar aquellos

niños que tenían déficit intelectual. (la prueba Binet–Simon)

Termen, en EEUU, hace una revisión de esta prueba y una adaptación para la población de allí y establece en concepto de Coeficiente Intelectual.

e. mental

$e = \text{edad CI} \times 100$

e. real

Tanto estas escuelas como la de Wechsler tipifican el nivel intelectual del niño y permite su clasificación por cociente intelectual. Este tipo de evaluación tenía como finalidad clasificar a la persona en función de su nivel intelectual y no estaba relacionada con la intervención, quiere decir que junto las etiquetas de diagnóstico de ir acompañado de una descripción de las capacidades de la persona.

* La evolución actual si está relacionada e la planificación y la intervención.

La definición de discapacidad intelectual se basa en un enfoque multidimensional, esto permite describir los cambios que se producen s lo largo del tiempo y evaluar las respuestas de la persona en su crecimiento, en las actividades educativas y en las intervenciones terapéuticas.

Esta definición implica ampliar la concepción de Discapacidad Intelectual (no sólo unida al CI) evitar la confianza depositada en el concepto de CI y relacionar las necesidades de las personas con los niveles de apoyo que requiere.

Según el modelo multidimensional el proceso de avaluación y planificación de apoyos requiere 4 pasos:

- identificar áreas relevantes de apoyo.
- identificar las actividades de apoyo para cada una de las áreas.
- valorar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo.
- describir un plan individualizado de apoyos que refleje a la persona.

La asociación AMER de Retraso Mental propone 3 pasos para el proceso de diagnóstico de retraso mental:

1. diagnóstico del retraso mental:

- limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
- limitaciones significativas en la conducta adaptativa.
- tiene que producirse antes de los 18 años.

2. clasificación y descripción:

- identificar las capacidades y limitaciones de la persona en cada uno de las 5 dimensiones.

1. Las habilidades intelectuales

2. Las conductas adaptativas o de adaptación

3. Participación, interacciones y roles sociales

4. Salud

5. Contexto

3. perfil de necesidades de apoyo

- identificar las necesidades de apoyos para mejorar el funcionamiento en cada una de las 9 áreas de apoyo:

- 1) desarrollo humano
- 2) enseñanza y actividades educativas
- 3) actividades en el Hogar
- 4) actividades en la comunidad
- 5) actividades de empleo
- 6) salud y actividades de seguridad
- 7) actividades conductuales:
- 8) actividades sociales
- 9) protección y defensa

9. PERSONAS CON SINDROME DE DOWN

Comprenden el 25 % de las pers. con discapacidad intelectual. Es la causa más conocida y frecuente de DI.

1 de cada 600 nacidos tiene SD y esto sucede sin distinción de razas, épocas, niveles económicos o culturales.

Configuran un grupo muy heterogéneo y no podemos figurar que la persona con SD presentará una misma conducta o personalidad ya que ésta depende de :

- Factores heredados genéticamente
- Interacción con el ambiente

CONCEPTO:

Conjunto de síntomas debido a un exceso de material genético en el cromosoma 21. Algunos de estos síntomas son comunes a la persona con SD y otras no.

COMUNES:

Características físicas particulares: ojos rasgados, pelo liso y fino, cuello corto, implantación de las orejas más bajas, hipotonía generalizada.

Tiene discapacidad intelectual

Crecimiento retardado

Vejez prematura

NO COMUNES:

Sistema inmunológico insuficiente para responder a las infecciones

Trastornos oftalmológicos

Perdidas auditivas debidas a malformaciones

Disfunción del tiroides (importante)

Cardiopatía congénita

Infecciones en el tracto intestinal

Enfermedad de Alzheimer

ALGUNAS ENFERMEDADES Y SU MEJORA:

HIPOTONÍA MUSCULAR:

Puede mejorar a lo largo del tiempo y muy especialmente durante el 1ª año de vida. (Provoca que tenga la boca abierta y babee)

El niño va a necesitar una serie de apoyos durante el 1º año: logopedia, fisioterapia

PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS como: estrabismo, cataratas congénitas o adquiridas, miopías, hipermetropías, nistagmus (movimiento circular de los ojos)

PERDIDA AUDITIVAS: hasta unos 40 decibelios. (Ya no capta la voz de una persona) si no se corrige hay un deterioro.

DISFUNCIÓN EN EL TIROIDES. Lo tiene el 50%. Si no se trata con hormona tiroidea, y no se corrige, puede afectar en el proceso de aprendizaje.

ALTERACIONES QUE PUEDE PRODUCIR EL SÍNDROME DE DOWN

TRISOMÍA REGULAR: Explica el 95% de los casos. Consiste en que la persona tiene 47 cromosomas (1 de más en el cromosoma 21)

MOSAICISMO: el error en la distribución genética no se produce en la 1ª división celular, sino en la 2ª o la 3ª. Estas personas tienen su funcionamiento intelectual mejor si es por mosaicismo.

TRANSLOCACIÓN: Un cromosoma queda fijado a otro cromosoma. Los padres si deciden tener otro hijo hay una posibilidad del 90% de que también tenga Síndrome de Down. La edad de la madre influye en el hecho de tener un hijo con SD (>35)

Antes de la concepción no se puede prevenir.

Hay DOS PRUEBAS previas de diagnóstico prenatal: (para > de 35)

1) *amniocentesis:*

2) *biopsia de corión*

Antes se hace la prueba de *SCREENING BIOQUIMICO*. Si salen alteraciones, se hace un previo diagnóstico a través de una ecografía de alta resolución en el pliegue de la nuca.

1) *amniocentesis*: EL análisis del líquido amniótico nos muestra el del niño (el..genético del niño). Es recomendable hacerla entre la 15ª y la 16ª semana. Es una prueba que tarda en dar los resultados. Hay riesgo de aborto al hacer la prueba.

2) *biopsia de corión*: extracción y análisis del tejido de la placenta alrededor de la 10ª semana de gestación y los resultados se obtienen en unas horas.

Hay mayor riesgo de hemorragias y abortos y técnicamente es más compleja.

10. PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Hasta principios del siglo pasado, hasta la década de los 70, la mayor parte de las personas con discapacidad intelectual eran recluidas en grandes instituciones. La organización de los servicios para personas con discapacidad intelectual cambió a partir de los 50 de siglo pasado gracias a las siguientes circunstancias:

–La presión que hacen las asociaciones de padres que exigen que sus hijos tengan los mismos derechos que el resto de ciudadanos.

–Los progresos científicos en la comprensión de la discapacidad intelectual.

–El nuevo concepto de discapacidad intelectual que da más importancia a las habilidades adaptativas que al CI.

–La constatación de las repercusiones negativas que tiene la segregación sobre la disc. Intelectual.

–Cambio del modelo de comprensión (modelo biopsicosocial) de la disc. Intelectual, que deja de ser un concepto exclusivamente médico, es decir una enfermedad, pasando a ser un concepto psicológico, social y educativo.

Se evita al máximo la institucionalización gracias a los conceptos:

NORMALIZACIÓN: derecho a acceder a los mismos servicios y llevar una vida como una persona sin limitaciones.

INTEGRACIÓN: estrategias que se ponen en marcha para lograr la normalización.

En España estos dos conceptos quedan recogidos en la *Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)* de 1982. Ha estado vigente hasta 2003.

ASPECTOS DE LA LISMI: (2 conceptos importantes)

1) derecho a la dignidad de la persona con sus capacidades disminuidas físicas, psíquicas o sensoriales.

2) el Estado tiene la obligación de cubrir las necesidades de prevención, cuidados médicos y psicológicos, rehabilitación, educación, orientación, integración laboral, garantía de los derechos económicos y seguridad social.

La Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (2003) (también en el dossier) es la que sustituye a la Ley anterior, el LISMI.

Una vez publicada la LISMI se va desarrollando en los distintos campos como la educación: en 19982 se publica en Real Decreto sobre la Educación Especial y es el marco legal donde se establecen los principios que inspiran la respuesta educativa del alumno con necesidades educativas especiales. La idea principal de este decreto es la visión de una escuela abierta para todos que quedaría configurada en los 4 siguientes principios:

1. todo niño es educable.
2. el fin de la educación es que todos los niños puedan conseguir el máximo desarrollo de sus posibilidades y capacidades.
3. la respuesta educativa ha de respetar las diferencias individuales en el desarrollo del niño.
4. siempre que sea posible, la respuesta educativa ha de hacerse desde el marco de la educación ordinaria. La LOGSE recoge principios generales de la atención a los niños con necesidades educativas especiales. (Incluidos los superdotados, los niños que han sido ingresados mucho tiempo...) La LODE (Ley de Calidad) deja recogido lo que estaba en la LOGSE. 2)