



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

“POSIBILIDADES DE INTERVENCION EDUCATIVA EN EL ALUMNADO QUE PRESENTA DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

AUTORÍA CLARA COLETO RUBIO
TEMÁTICA EDUCACION ESPECIAL
ETAPA EDUCACION PRIMARIA Y SECUNDARIA

Resumen

Se han producido muchos avances en la integración de los alumnos/as que presentan discapacidad intelectual pero aún queda mucho camino que recorrer. Los avances no se remiten al lenguaje y a los mejoramientos de las terminologías, se trata de un cambio profundo en la conceptualización de la discapacidad mental que redunda directamente en la calidad de vida de estas personas.

1.- DEFICIENCIA MENTAL VERSUS DISCAPACIDAD INTELECTUAL: CRITERIOS Y CONCEPTOS

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización.

Más actualizada es la definición que hace la Asociación Americana sobre Retardo Mental (AARM):

“La discapacidad mental es una condición resultante de la interacción entre factores personales, ambientales, los niveles de apoyo y las expectativas puestas en la persona”.

CRITERIOS:

Existen tres criterios fundamentales para definir lo que es la Deficiencia Mental:

-Criterio Psicológico/Psicométrico.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

Es deficiente mental aquel sujeto que tiene un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales. Binet y Simon fueron los principales impulsores del criterio psicométrico.

-Criterio Sociológico/Social.

Deficiente mental es aquella persona que presenta mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar a cabo una vida con autonomía personal. Doll, Kanner y Tredgold, utilizaron este criterio.

-Criterio Médico/Biológico.

La deficiencia mental tiene un sustrato biológico, anatómico o fisiológico que se manifiesta durante la edad de desarrollo.

Tanto en la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D.) como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), recogen en sus definiciones estos tres criterios:

La O.M.S define a los deficientes mentales como "individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos".

La A.A.M.D define la Deficiencia Mental como un "funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originado durante el período de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa".

Otros criterios son:

- Criterio Conductista. Lanzado por los partidarios del Análisis experimental de la Conducta. El déficit mental ha de interpretarse como producto de la interacción de cuatro factores determinantes: biológicos, de interacción con el medio y condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos actuales.

- Criterio Pedagógico. El deficiente mental es aquel sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por tanto tiene unas necesidades educativas especiales, es decir necesita unos apoyos y unas adaptaciones del currículo que le permitan seguir el proceso de enseñanza ordinaria.

- De acuerdo con la Asociación Americana sobre Retardo Mental (AARM): el diagnóstico de discapacidad mental depende de las siguientes variables:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

Que la condición haya comenzado antes de los 18 años.

Que los resultados que arrojen los test de inteligencia sean significativamente menores al promedio de la población.

Que existan limitaciones significativas en las capacidades adaptativas de la persona. El diagnóstico plantea que éstas deben darse, a lo menos, en dos de las siguientes áreas:

- Comunicación
- Vida en el hogar
- Habilidades sociales
- Salud y seguridad
- Habilidades académicas funcionales
- Cuidado personal
- Uso de la comunidad y de sus recursos
- Autodeterminación
- Tiempo libre y trabajo

El gran aporte de esta nueva mirada es que les otorga una dimensión más amplia a las personas con esta discapacidad, quienes usualmente se han visto limitadas por las definiciones peyorativas que las han calificado fijando la atención fundamentalmente en su déficit.

Incluso, las principales organizaciones españolas están proponiendo que las entidades públicas y privadas usen sólo el término discapacidad intelectual, haciendo un llamado a la misma AAMR para que cambie su nombre a fin de desterrar el término retraso mental.

Estos movimientos no pretenden negar la deficiencia de las personas con discapacidad mental/intelectual, sino que evitar que dicha condición les impida desarrollarse plenamente en la vida social como cualquier otro ciudadano.

2.- CAUSAS

Las causas que originan discapacidad mental pueden ser:

GENÉTICAS: Se pueden transmitir de padres a hijos. Se deben a anomalías en genes heredados de los padres, errores en la combinación genética u otros desórdenes genéticos, como el síndrome de Down y el síndrome del cromosoma "X" Frágil. También influye el factor edad de la pareja. Existe cierta prevalencia que origina discapacidad mental en parejas muy jóvenes o de edad madura.

CONGÉNITAS: Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen sólo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación. El consumo de alcohol y drogas durante el embarazo aumenta las probabilidades de deficiencia en el área mental. Asimismo, la mala nutrición de la madre, la exposición a contaminantes ambientales y



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 17 – ABRIL DE 2009

enfermedades como la rubéola son factores de riesgo en esta etapa. Del mismo modo, el bajo peso al nacer y los partos prematuros. También se incluyen algunas enfermedades metabólicas como el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria.

ADQUIRIDAS: Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento.

Enfermedades que pueden terminar en una encefalitis o meningitis, accidentes como golpes en la cabeza, asfixia por inmersión y la exposición a toxinas como plomo y mercurio pueden provocar graves e irreparables daños en el cerebro y al sistema nervioso central.

3.- CLASIFICACION

El criterio psicométrico es el que se impone, utilizando el C.I.(Coeficiente Intelectual)- introducido por Setern-para clasificar la deficiencia mental .Dicho coeficiente es el resultado de dividir la Edad Mental entre la Edad Cronológica y multiplicado por 100. Según la Asociación Americana para la Deficiencia Mental y la Organización Mundial de la Salud, existen cinco niveles o grados de deficiencia mental atendiendo al C.I:

-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.

-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.

-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.Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales básicas.

-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



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

pobre. Puede adiestrarse en habilidades de autocuidado básico y pretecnológicas muy simple.

-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.

La OMS propone una clasificación básica de la discapacidad mental según el coeficiente Intelectual pero con un carácter basado en la adaptación e integración social: Leve, moderada, severa y profunda.

De acuerdo a esta clasificación y a modo de referencia, se pueden reconocer las siguientes características:

Leve:

Se trata de personas capaces de mantener una conversación sencilla. La persona alcanza la independencia para el cuidado personal (comer, asearse, vestirse, controlar esfínter, etc.). Desarrolla habilidades sociales y de comunicación desde edades tempranas. Suele presentar dificultades de aprendizaje generalizado.

Moderada:

Hay lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje. La capacidad de cuidado personal y las funciones motrices están en desventaja. La persona logra un desarrollo adecuado de la capacidad social en cuanto a relacionarse con personas próximas de su entorno y a participar en actividades sociales simples.

Severa:

Se observa un desarrollo psicomotor muy limitado. La articulación es defectuosa. La persona suele reconocer algunos signos y símbolos. Puede adquirir alguna destreza necesaria para la vida diaria, pero resulta difícil generalizarlo. Suele tener alguna patología asociada, que implique una atención especializada.

Profunda:

En general, la persona presenta movilidad restringida o inexistente. Habitualmente, no controla esfínter. Requiere supervisión y ayuda constantemente, ya que suele presentar patologías asociadas. El grado de discapacidad que presente la persona determinará su autonomía y capacidad de



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

integración. Aquellas personas con necesidades de dependencia requerirán de atención especial y protegida. Los esfuerzos en estos casos apuntan a mejorar al máximo su calidad de vida.

4.- POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Hay que insistir que la OMS, en 1968, se pronunció; categóricamente contra la caracterización de las personas de este nivel como deficientes mentales. La multitud de casos considerados de inteligencia límite es analizable en términos de alteraciones o dificultades concretas: niños lentos en el aprendizaje, cuya lentitud afecta para el proceso de adquisición, mas no al nivel que son capaces de alcanzar; retrasados escolares, niños con repetido fracaso escolar; sujetos con dificultades o trastornos en la adquisición de competencias específicas, como las de cálculo o las de lectoescritura; niños hiperactivos o hipoactivos, con déficits atencionales que dañan seriamente sus procesos cognitivos y de aprendizaje. El mayor peligro para estas personas, cuando todavía se hallan en período evolutivo, está en que sus concretas dificultades lleguen a solidificarse en retrasos y déficits funcionalmente tan invalidantes como la deficiencia mental.

Leve

Aunque limitados en su capacidad intelectual, y con graves dificultades para seguir un currículum escolar normal, incluso en niveles básicos, son capaces de llegar a escribir, de aprender las cuatro operaciones elementales de cálculo y de alcanzar un respetable conjunto de aprendizajes y conocimientos escolares. Su rendimiento en el trabajo, sus relaciones sociales y su comportamiento sexual pueden también ser en todo o casi todo, semejantes a los de personas más inteligentes. A menudo, la deficiencia mental ligera, permiten un pronóstico esperanzador con los tratamientos psicopedagógicos pertinentes.

Moderada

Es la deficiencia mental típica, la que mejor refleja las descripciones convencionales de lo que la deficiencia mental es. Los límites reales, tanto por arriba como por abajo, son difíciles de definir y nada rígidos. Su limitación le traerá problemas serios para la inserción en un trabajo y, en general, para la inserción social.

Severa

Es difícil de rehabilitar y remontar. A pesar de los tratamientos psicopedagógicos, la deficiencia mental severa tiene un pronóstico no demasiado esperanzador, aunque pueden conseguirse metas de integración y normalización social. El objetivo prioritario con los deficientes mentales severos, no es la enseñanza convencional, sino la adquisición del mayor número posible de hábitos o habilidades de autonomía básica.

Profunda

Es muy difícil que el deficiente estrictamente profundo, llegue a alcanzar autonomía funcional



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

más allá de las conductas más elementales de vestirse y desnudarse, comer por sí solo, o adquirir las habilidades de higiene personal. La enseñanza que ha de recibir será de hábitos de autonomía y no resultará fácil que llegue ni siquiera a dominar el lenguaje oral. La meta educativa principal de un deficiente profundo es que deje de ser profundo o de aparecer como tal. La meta del educador ha de ser proporcionarles habilidades que les hagan crecientemente autónomos en diversas áreas de la vida diaria y que reduzcan así la necesidad de ayuda externa.

5.- MITOS Y CREENCIAS:

Cuando se promueve la integración plena de las personas con discapacidad, es fundamental ir eliminando los mitos y creencias que se construyen en torno a este sector de la población. La falta de información, ignorancia, ausencia de empatía y superficialidad son tierra fértil para generar contextos basados en premisas erróneas y discriminadoras, surgiendo barreras muy difíciles de superar.

Puntualmente sobre las personas con discapacidad mental, hay una serie de mitos que es necesario sacar del sistema de creencias:

- Como característica global, que no son capaces.**
- Que no pueden desenvolverse solos.**
- Que son siempre niños, no se transforman en adultos.**
- Que su vida emocional y sexual están limitadas.**
- Que son asexuados o tienen una sexualidad exacerbada.**
- Que no pueden trabajar.**
- Que son totalmente dependientes.**
- Que no aprenden.**
- Que no entienden lo que uno habla.**

La discapacidad no es una enfermedad, es una condición humana. El desconocimiento, la sobreprotección, el aislamiento y la burla son actitudes que evidentemente debilitan la autoconfianza de las personas con discapacidad mental, limitando sus condiciones para desenvolverse y aprovechar sus habilidades remanentes en función de un desarrollo acorde a su etapa de vida.

Los mitos y prejuicios irán desapareciendo en la medida que las personas, las instituciones y las sociedades aprendan a generar espacios de convivencia en la diversidad, a crear sistemas integrados donde cada individuo pueda funcionar según sus potencialidades y no de acuerdo a normas generales y rígidas.

6.- REHABILITACION Y SOCIALIZACION

El proceso de rehabilitación e integración de las personas con discapacidad mental se facilitará en la medida que exista una detección temprana y un diagnóstico que incluya un enfoque lo más amplio posible, no sólo del déficit sino de las potencialidades. Asimismo, se requieren políticas públicas, sistemas y recursos más integradores, integrales y participativos; la eliminación de las



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

barreras culturales y físicas. En definitiva, igualdad y equiparación de oportunidades por la sola razón de los derechos y no de la caridad.

Se entiende por rehabilitación integral como el proceso por el cual la persona logra la mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede tener como consecuencia de una deficiencia para el desempeño de los roles que le son propios por su edad, sexo y condición socio cultural.

En este sentido, se desarrollan estrategias que abarquen los distintos planos que componen a la persona, buscando su máximo desarrollo de acuerdo a sus características, en aspectos como el biológico, psicológico y social. Complementariamente, se deben canalizar los esfuerzos para que el entorno realice los ajustes necesarios para reducir o eliminar las barreras que se interpongan en su integración.

En el proceso de estimulación temprana y de socialización durante los primeros años de vida resulta determinante la actitud de los padres. Mientras mayor sea la confianza en las capacidades de aprendizaje del niño, mayores serán los logros y resultados.

Actualmente, se cuenta con variadas e innovadoras herramientas para potenciar las capacidades de las personas con discapacidad intelectual en cualquier etapa de su vida.

A modo de ejemplo, se pueden citar la musicoterapia y la hipoterapia, técnicas que hoy son validadas y ampliamente utilizadas para complementar los tratamientos y proceso de rehabilitación.

7.- ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN:

7.1.- AL PROFESORADO

- Asegurar la atención inicial con actividades creativas y motivadoras
- Explicación sencilla de las actividades a desarrollar
- Discriminar claramente las actividades y ejercicios que tienen que llevarse a cabo. Fragmentando la actividad en pequeños pasos hasta su consecución completa
- Reforzar adecuadamente los pequeños pasos conseguidos principalmente con reforzadores sociales, muy efectivos en este caso.
- Favorecer la generalización del aprendizaje a otros contextos no escolares con actividades de juego e interacción con sus compañeros/as así como simulaciones y representaciones de situaciones de compra, manejo de dinero, etc

7.2.- ORIENTACIONES A LA FAMILIA

En primer lugar la familia tiene que fomentar la autonomía encomendándole pequeños recados dentro y fuera del hogar.

Facilitar la interacción con niños y niñas de su edad en parques y jardines.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

Desarrollo de actividades para desarrollar la motricidad, la lateralidad y la conciencia del propio cuerpo:

- Sirva de modelo a su hijo/a para que le imite señalando las partes del cuerpo, empezando por las principales y las de mayor tamaño (cabeza, piernas, brazos...) hasta llegar a las menos usuales (barbilla, codo, hombro, cejas...). Realice este ejercicio ante el espejo, con su propio cuerpo, con el de su hijo/a, con muñecos.
- Pídale que haga un dibujo de la figura humana y oriéntele sobre las partes fundamentales de la misma.
- Enséñele y afiance su conocimiento de las nociones izquierda/derecha en sí mismo. Cuando lo haya conseguido ayúdele a reconocerlas en el espacio: qué hay a tu derecha, tuerce para la izquierda...
- Ayúdele a afianzar esas nociones de la siguiente forma: tócate la oreja izquierda, levanta tu mano derecha...buen ejercicio para desarrollar el equilibrio estático.
- Use recortes de revistas usadas para que ella forme el esquema corporal y lo pegue en otra hoja a modo de puzzle. Recorte un bebé, un niño, un adulto, anciano y que los pegue, siguiendo el orden natural del crecimiento.
- Caminar por una cinta estirada en el suelo, o una raya pintada...es un buen ejercicio para desarrollar el equilibrio estático.
- Los juegos de siempre son fundamentales para desarrollar esta área: pelotas, cuerdas, canicas, aros, bolos, "hula-hop"...
- Desarrollan el equilibrio juegos como caminar a la pata coja, quedarse quieto sobre un solo pie manteniendo el equilibrio, caminar en desnivel con un pie sobre el bordillo de la acera...

7.3.- ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO COGNITIVO

- Estimular el conocimiento de conceptos básicos espaciales, temporales, de forma, colores....
- Estimular factores como la curiosidad, imaginación, atención...
- Indicar los colores de las cosas cotidianas (sol, naranja, hierba, cielo...).
- Jugar a clasificar por colores, formas, tamaños. Para ello puede usar material como: pinzas de la ropa, botones, juguetillos, canicas...
- Jugar a situar objetos en el espacio; aprenderá conceptos básicos que luego deberá aplicar en el colegio (delante-detrás, arriba-abajo, cerca-lejos, dentro-fuera, alto-bajo,...).
- Para introducir al niño/a en el reconocimiento de números use juegos como la oca o el parchís.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

- Ayúdale a descubrir los números que encuentra cada día: puerta, piso, teléfono, monedas...

- Para enseñarle a contar, hágalo con cosas concretas (cucharas, botones, galletas, árboles...).

Desarrollan la inteligencia y la imaginación juegos y actividades como:

- Disfrazarse.
- Adivina-advinanza, veo-veo...
- Absurdos y errores. Por ejemplo: ¿qué pasa si echamos el agua sin quitar el tapón de la botella?, ¿qué pasa si metemos un helado en el horno?, supongamos que..(hay árboles de caramelos, llueve leche...).
- Ponerles distintos finales a los cuentos.
- Enseñarle a contemplar objetos desde diferentes puntos de vista: el teléfono por debajo, el cuadro por detrás...
- Observar objetos con una lupa comentando lo que ven.
- Hacer preguntas abiertas que susciten interés, desconcierto, deseos de profundizar...
- Acudir a exposiciones, títeres, teatros, museos...y conversar sobre lo que han visto.
- Puzzles y rompecabezas son una actividad lógica que desarrolla también la atención, la orientación espacial y la percepción de formas. Se pueden hacer con revistas, tapas de cuentos viejos, tableros de ocume...
- Juegos desmontables, de construcción, de dominó, hilvanar cuentas o botones, emparejar colores, hojear cuentos, recortar con tijeras romas, garabatear, imitar trazos...refuerzan destrezas que le facilitan el aprendizaje de la lectoescritura y cálculo.

8.- BIBLIOGRAFIA

- Alonso Tapia (2005) *Motivar en la escuela, motivar en la familia*, Ediciones Morata
- AARM (2000) *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza
- Díaz-Aguado M.J et al.(1995) *La evaluación de la competencia social a través del conocimiento de estrategias de interacción con los compañeros* (Cap. 3). En: Díaz-Aguado M.J. et al. Instrumentos para evaluar la integración escolar. Madrid: ONCE
- Fierro A. (1999) *Envejecimiento de las personas con retraso mental*. En: J. Gafo y J.A. Amor, eds. Deficiencia Mental y final de la vida (pp. 83 - 96). Madrid: Universidad Pontificia Comillas 1999.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

- Gardner H.(1995) *Inteligencias Múltiples: La teoría en la práctica*. Barcelona: Piados Ibérica 1995.
- Verdugo MA. y Gutiérrez B. *Retraso Mental y Envejecimiento* (cap. 16). En: M.A. Verdugo, dir. *Personas con discapacidad* (pp. 789-826). Madrid: Siglo XXI Madrid 1998

Autoría

- Nombre y Apellidos: Clara Coletto Rubio
- Centro, localidad, provincia: I.E.S Virgen de Villadiego. Peñaflor. Sevilla.
- E-mail: Clara_Rubio00@hotmail.com