

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DEL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

F. Cegarra Andrés y G. García Vilar

Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Murcia 1

Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Murcia 2

1. INTRODUCCIÓN.

La discapacidad intelectual, que afecta a un importante sector de la población, alrededor de un uno por ciento, constituye un continuo al que pertenecen personas con diferentes grados de afectación, desde aquellos que están en condiciones de desenvolverse sin grandes dificultades para dar respuesta a las exigencias de la vida actual, hasta los que tienen una autonomía limitada y precisan ayudas más o menos permanentes.

En este módulo, tras hacer una breve referencia histórica en torno al tema, analizaremos la concepción actual del retraso mental, reflexionaremos sobre los diferentes factores que ayudan a explicar la etiología de esta discapacidad y presentaremos algunos de los síndromes que producen retraso mental. A continuación, analizaremos las características de las personas con discapacidad intelectual, considerando algunas áreas importantes del desarrollo, para concluir con una reflexión general sobre las necesidades educativas de los alumnos que presentan esta discapacidad, aspecto que se estudiará, con más detalle, en la unidad siguiente.

A lo largo de la exposición, hemos procurado evitar la expresión “deficiencia mental”, que aunque aparece aún en bibliografía reciente, nos parece menos adecuada para referirnos a las personas a las que nos estamos refiriendo. Hemos mantenido la expresión “retraso mental”, por ser de uso generalizado en la actualidad tanto en contextos europeos como americanos, así como el término “discapacidad intelectual” que quizás recoja mejor la referencia a un continuo que, como hemos indicado, incluye una gran heterogeneidad de personas con características individuales y necesidades muy diferentes.

2. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL. EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

No es preciso dirigir nuestra mirada hacia una época remota en el devenir de la Historia para encontrar visiones muy alejadas de las que en nuestra época se sustentan en torno a la Discapacidad Intelectual. Tampoco es objeto de este trabajo hacer un exhaustivo análisis histórico del tema que nos ocupa; sin embargo, es interesante observar que sin necesidad de aludir a las antiguas concepciones demonológicas, sólo con volver la mirada a inicios del pasado siglo, encontramos consideraciones bien diferentes de la actual en torno a la Discapacidad Intelectual.

Hasta el siglo XIX, el retraso mental no se diferenciaba de otras alteraciones y era considerado una forma de demencia. A mediados del mismo siglo, Esquirol diferenció enfermedad mental y retraso mental. El primer centro destinado la atención de los deficientes mentales lo creó Bourneville a finales del siglo XIX.

Ley, en 1904, (citado por Molina), hace referencia a dos grados inferiores de deterioro mental: la idiotez y la imbecilidad y un tercero, el correspondiente a la debilidad mental, integrado por tres categorías:

- a) Retrasados de origen sensorial o patológico, recuperables mediante el tratamiento de esas anomalías.
- b) Retrasados de origen sociopedagógico, en los que la causa se sitúa en las condiciones sociofamiliares desfavorecedoras o en una inadecuada atención educativa.
- c) Retrasados de origen psíquico, que serían los verdaderos retrasados.

A comienzos del siglo XX, el Senado francés realizó el encargo a Alfredo Binet y Teófilo Simón de construir un instrumento que permitiera determinar de manera objetiva qué niños deberían escolarizarse en centros especiales dando ocasión a la aparición de la primera escala dirigida a evaluar la Deficiencia Mental. Los mismos autores en 1907, establecen la siguiente clasificación:

1. Idiotas, con un estado mental entre 0 y 2 años.
2. Imbéciles, con un estado mental entre dos y tres años
3. Débiles, que en función de las respuestas dadas en los tests de Binet y Simón se clasifican en:
 - a. Con capacidad de comparación razonada.
 - b. Con capacidad de sensación de los pesos.

La revisión de la escala, antes aludida, realizada por Terman en 1916, fue adoptada como un método estandarizado y objetivo para la identificación de los sujetos con retraso mental.

En 1921 Rouvroy (citado por Molina), analiza las clasificaciones existentes, hallándolas escasamente funcionales y propone otra clasificación que considera más práctica:

1. Débiles médicos.
2. Débiles mentales.
3. Débiles morales o afectivos.

4. Deficientes sociales.

En el año 1959, la Asociación Americana sobre personas con Deficiencia Mental (AAMD), publica la definición de Herber, reelaborada en 1967, ofreciendo una propuesta que servirá de pauta y obtendrá un importante consenso en medios científicos y profesionales. En esta definición se alude a los siguientes criterios de identificación:

.Funcionamiento intelectual inferior a la media (CI menor de 85)
. Deficiencia en una o más de las siguientes áreas: . Madurez. . Aprendizaje. . Adaptación social.
. El retraso mental se manifiesta en el periodo de desarrollo.

En 1973, la misma asociación propone la definición de Grossman, reelaborada en 1983, en lo siguientes términos:

. Funcionamiento intelectual inferior a la media (CI inferior a 70)
. Déficit en la conducta adaptativa, teniendo en cuenta que esta impone al sujeto diferentes exigencias en los distintos periodos de su historia personal: edad temprana, infancia y adolescencia primera, adolescencia posterior y edad adulta.
. El retraso mental se desarrolla en el periodo de desarrollo.

La AAMD a mediados de la década de los ochenta del pasado siglo, pasó a llamarse Asociación Americana sobre Personas con Retraso Mental (AAMR) y en 1992 propone la definición de Luckasson, según la cual el concepto de Retraso Mental hace referencia a:

. Funcionamiento intelectual inferior a la media (CI inferior a 70).
. Limitaciones en dos 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 ha de manifestarse antes de los dieciocho años.

Esta definición, tras su publicación originó un importante número de críticas, entre ellas las de MacMillan, Greham y Siperstein (1993) quienes señalan entre otras, que dicha definición , al proponer las

diez áreas, no lo hace con una base empírica y se ignoran aspectos del desarrollo lo que puede producir falta de fiabilidad en el diagnóstico.

Luckasson y cols. en 2002, proponen otra definición que revisa la anterior y señala que el *“Retraso Mental es una discapacidad que se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas.”* Se indica que esta discapacidad comienza antes de los 18 años, y se establecen cinco premisas:

- a) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
- b) Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales motores y comportamentales.
- c) En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.
- d) Un propósito importante de describir limitaciones es desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
- e) Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

Esta teoría pretende incorporar los progresos en la investigación y el conocimiento sobre retraso mental que se han producido lo largo de los diez años transcurridos desde la publicación de la anterior, para que sirvan de pauta en los procesos *de diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos*, a los que aludiremos más adelante

El DSM-IV, TR, al referirse a los criterios para el diagnóstico del retraso mental, establece los siguientes: Capacidad intelectual inferior al promedio (CI de 70 o inferior), déficit o alteraciones en la actividad adaptativa actual y edad de inicio anterior a los 18 años. Más adelante volveremos a referirnos, con más detalle, a esta clasificación de gran uso y aceptación en la actualidad.

3. TEORIAS SOBRE EL RETRASO MENTAL.

En este apartado nos vamos a referir a los modelos generales que con más frecuencia encontramos en la literatura referida al tema que nos ocupa. Por un lado, nos ocuparemos de los enfoques médico y psicométrico que marcan diferencias importantes en la identificación y establecen por lo tanto valores muy distintos en la prevalencia del retraso mental y a continuación revisaremos dos enfoques psicológicos que orientan la práctica educativa y fundamentan las experiencias de integración escolar y las escuelas inclusivas: los modelos conductista y cognitivo.

. Los modelos médico y psicométrico.

. El modelo médico.

El ámbito del retraso mental, se reduce desde esta perspectiva a los casos en que son identificables las causas orgánicas, lo cual supone una restricción importante a la hora de establecer la prevalencia del trastorno.

Reducir la etiología a la dimensión orgánica, permite contar con un alto nivel de homogeneidad en el diagnóstico y en las propuestas de intervención ya que los factores culturales o dependientes del contexto no se contemplan. El retraso mental se considera como síndrome: trastorno complejo caracterizado por las causas orgánicas que lo provocan, los síntomas que lo acompañan y los tratamientos disponibles; farmacológicos, quirúrgicos y rehabilitadores.

En el ámbito educativo, desde este enfoque se centra el interés en el diagnóstico, la inclusión en categorías y la disposición de personal especializado para la atención de los sujetos afectados.

. El modelo psicométrico.

Desde esta perspectiva, se considera que el retraso mental, no sólo tiene origen orgánico sino también causas ambientales. La prevalencia del problema es por tanto mayor y se extiende a todos aquellos sujetos cuyo CI se sitúa dos desviaciones por debajo de la media de la población.

El diagnóstico adquiere gran homogeneidad al utilizar pruebas estandarizadas administradas por técnicos cualificados, lo cual facilita el consenso a la hora de valorar los resultados de dichas pruebas. Los niveles de afectación de los sujetos se ajustan a los intervalos de CI acordados: ligero, moderado, severo y profundo, comentados en otros apartados de este documento.

La valoración pretende descubrir las características del sujeto, conocer el nivel de desarrollo alcanzado en las diferentes capacidades: perceptivo-motrices, lingüísticas, etc. para proponer los apoyos dirigidos especialmente a las áreas deficitarias.

Desde algunos ámbitos, se ha objetado que esta evaluación, basada fundamentalmente en la aplicación de pruebas estandarizadas, desconoce información de gran interés como es la procedente del entorno habitual del sujeto y los procesos de interacción entre ambos. Por otra parte, se suele establecer como correlato, en el mundo educativo, al modelo que estamos comentando, una organización homogénea en función de los niveles de capacidad establecidos y la asignación a diferentes modalidades de escolarización en base a los mismos criterios.

En el momento actual, en el proceso de evaluación psicopedagógica de un alumno el peso de la información aportada por las pruebas psicométricas tienen una consideración menor por parte de los profesionales que realizan dicha evaluación; los tests psicométricos son instrumentos, no exclusivos, que permiten obtener datos sobre las características de los sujetos, que deben analizarse junto con los procedentes de los contextos próximo y menos próximo así como de la historia de las interacciones entre ellos en un esfuerzo por entender la realidad de cada alumno y conocer sus necesidades.

. Los modelos conductista y cognitivo.

. El modelo conductista.

Los postulados del modelo conductista han impregnado, en general y desde sus diferentes enfoques, la mayoría de las prácticas educativas destinadas a la atención de los alumnos con retraso mental.

En coherencia con los postulados básicos de esta corriente psicológica, la evaluación de los sujetos trata de determinar cuáles son las conductas problema que presentan los sujetos, entendiendo que estas conductas son susceptibles de observación y cuantificación y están asociadas a las dificultades de aprendizaje que presentan dichos sujetos. A la hora de analizar las conductas problema, se pone especial énfasis en la atención a los antecedentes (estímulos) y consecuentes (refuerzos) que las mantienen, con el fin de aplicar tratamientos adecuados que consigan cambiar el comportamiento. Las técnicas de condicionamiento clásico o instrumental, habituales en este enfoque psicológico son utilizadas en el desarrollo de los programas elaborados para el logro de tal propósito. Estos programas, establecen objetivos formulados en términos de conducta observable y actividades jerarquizadas, organizadas para cubrir las diferentes secuencias que llevan al logro de los objetivos propuestos, previendo los refuerzos a administrar en función de los resultados obtenidos en un proceso de evaluación continua.

En el ámbito educativo, el docente tiene un papel decisivo y basa su actuación en la enseñanza directa; planifica y desarrolla la enseñanza en base a objetivos concretos, propone actividades secuenciadas para el logro de los mismos, supervisa las tareas de los alumnos y mantiene un clima de clase donde la disciplina y el orden adquieren gran relevancia.

Los programas de trabajo desarrollados en los centros de educación especial, han estado basados, en la mayoría de los casos, en el modelo que hemos comentado. Igualmente, las experiencias de integración escolar participaban, al menos inicialmente de las mismas ideas generales; basta recordar los programas de desarrollo individual (PDI) elaborados para cada alumno incorporado, durante los primeros años de desarrollo de la integración escolar en nuestro contexto.

. El modelo cognitivo.

Los postulados del modelo cognitivo fundamentan los planteamientos educativos de las escuelas inclusivas, movimiento que en los últimos años, ha alcanzado gran difusión como evolución de las experiencias de integración escolar.

El término retraso mental se reserva, desde esta perspectiva, para aquellos casos en los que existe causa orgánica identificada y que habitualmente provoca graves deficiencias. En el resto de los alumnos, se habla de dificultades de aprendizaje, originadas por la utilización de inadecuadas estrategias de aprendizaje.

Se pone el acento en los procesos internos, intermedios entre la recepción de la información y la expresión de la respuesta, en las estrategias de aprendizaje, en las destrezas cognitivas, en la motivación y en el autocontrol. La interacción entre cognición, motivación, autoconcepto y aprendizaje fundamenta la evaluación de los sujetos, prestando especial atención al conocimiento que el sujeto posee sobre sus propios procesos (procesos metacognitivos), a las estrategias de aprendizaje y a la interacción entre desarrollo y enseñanza, integrando la evaluación dentro del proceso educativo.

Se trata de un modelo optimista, que se centra en las posibilidades de los sujetos y asume que todos los alumnos con dificultades de aprendizaje pueden aprender. Utilizando programas adecuados (programas para el desarrollo de la inteligencia), se pueden mejorar los procesos cognitivos, mientras que también las técnicas de modificación cognitiva (autocontrol, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas etc.), permiten igualmente modificar el comportamiento de los sujetos.

El conocimiento es el resultado de un proceso de construcción activa por parte del alumno, con la ayuda de otros más competentes; el aprendizaje es una actividad social donde el papel del docente es disponer las condiciones, ayudar a que el alumno construya el conocimiento.

Dentro de este enfoque se han ido incorporando diversas teorías a lo largo del tiempo, como las propuestas por Luria o Vygotsy, las aportaciones de Feuerstein o las concepciones multidimensionales de la inteligencia como la teoría triárquica de la inteligencia de Sternberg o la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner.

4. ETIOLOGIA Y PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Existe acuerdo en que los factores que producen discapacidad intelectual pueden ser biológicos, ambientales o sociales o alguna combinación de los anteriores. No obstante, los porcentajes de casos en los que existe una etiología conocida suelen variar según los autores. En la década de los setenta del

pasado siglo, encontramos ejemplos tan dispares como los ofrecidos por Dunn (1973) que sitúa el porcentaje entre el 75 y el 94, mientras que en el mismo año Stern, habla del 50 por ciento. El DSM-IV, TR, señala que en torno al 30 o 40 por ciento de los casos no puede determinarse una etiología clara del retraso mental.

En nuestro contexto, *Bueno (1990), estudia una muestra de 1072 casos y agrupa las causas de la deficiencia mental con los porcentajes de cada una tal como a continuación se indica:*

CAUSA DE LA DEFICIENCIA MENTAL	PORCENTAJE
Infección	4,57
Agentes tóxicos	1,11
Traumatismos	20,89
Desórdenes metabólicos	3,91
Aberraciones cromosómicas	13,99
Neoformaciones y tumores	0,93
Influencias prenatales desconocidas	7,55
Causas desconocidas con signos neurológicos	18,09
Causas desconocidas sin signos neurológicos	25,46
Más de una causa posible	3,45

El DSM-IV, TR, sin establecer la prevalencia de cada uno de ellos, recoge los siguientes factores predisponentes:

. Factores ligados a la herencia:

- . Errores del metabolismo heredados (p. ej., enfermedad de Tay-Sachs).
- . Otras anomalías de un único gen
- . Aberraciones cromosómicas (p. ej., síndrome de Down).

. Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario.

- . Alteraciones cromosómicas.
- . Afectación prenatal por toxinas.

. Influencias ambientales.

- . Privación de crianza.
- . Falta de estimulación.

. Trastornos generalizados del desarrollo.

. Problemas en torno al embarazo y el parto.

- . Malnutrición fetal.
- . Prematuridad.
- . Hipoxia.
- . Infecciones.
- . Traumatismos

. Enfermedades adquiridas durante la infancia.

- . Infecciones.
- . Traumatismos.
- . Envenenamientos

En aquellos casos en que no se ha identificado la causa biológica, existe mayor proporción de casos menos graves. En cuanto al extracto social de los afectados, parece existir una mayor presencia de sujetos procedentes de medios socioculturales desfavorecidos en el mismo grupo antes aludido.

Según la AAMR (2006), la etiología del retraso mental, tiene un carácter multifactorial, interviniendo cuatro categorías de factores de riesgo, que interactúan a lo largo de la vida del sujeto y entre generaciones de padres a hijos. La determinación de estos factores puede, sobre todo en algunos de ello, ofrecer oportunidades para prevenir la discapacidad. Esta conceptualización, basada en los supuestos establecidos en el manual de 1992 (Luckasson y cols.) pretende reemplazar los enfoques históricos que consideran la etiología en base a dos grandes grupos, los de origen biológico y los de origen psicosocial.

Los factores de riesgo, antes aludidos se agrupan en cuatro grupos o categorías:

- . *Biomédicos*. Son los relacionados con procesos biológicos, como los trastornos genéticos o los relacionados con la nutrición.
- . *Sociales*. Son los relacionados con la interacción social y familiar como la estimulación en la infancia temprana o la respuesta de los adultos ante los problemas de los hijos.
- . *Conductuales*. Son los relacionados con comportamientos inadecuados, como actividades lesivas (ej. maltrato) o consumo de sustancias por parte de los padres.
- . *Educativos*. Son los relacionados con posibilidad de disponer de una atención educativa que favorezca el desarrollo cognitivo y las habilidades adaptativas.

La siguiente tabla, propuesta por la AAMR (2006), presenta los factores de riesgo, según el momento de la vida del sujeto:

Factores de riesgo de retraso mental

Momento	Biomédicos	Sociales	Conductuales	Educativos.
---------	------------	----------	--------------	-------------

<i>Prenatal</i>	Trastornos cromosómicos. Trastornos asociados a un solo gen. Trastornos metabólicos. Disgénesis cerebrales. Enfermedades maternas. Edad de los padres.	Pobreza. Malnutrición maternal. Violencia doméstica. Falta de cuidados prenatales.	Consumo de drogas por los padres. Consumo de alcohol por los padres. Consumo de tabaco por los padres. Inmadurez de los padres.	Discapacidad cognitiva sin apoyos, de los padres. Falta de apoyos para la paternidad.
<i>Perinatal</i>	Prematuridad. Lesiones en el nacimiento. Trastornos neonatales	Falta de cuidados en el nacimiento.	Rechazo de los padres a cuidar al hijo. Abandono del hijo por parte de los padres.	Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras el alta médica.
<i>Postnatal</i>	Traumatismo craneoencefálico. Malnutrición. Meningoencefalitis. Trastornos epilépticos. Trastornos degenerativos.	Hijos con deficiencias-cuidador. Falta de estimulación. Pobreza familiar. Enfermedad crónica en la familia. Institucionalización.	Maltrato y abandono infantil. Violencia doméstica. Medidas de seguridad inadecuadas. Deprivación social. Conductas problemáticas del niño.	Deficiencias parentales. Diagnóstico tardío. Inadecuados servicios de intervención temprana. Inadecuados servicios educativos especiales. Inadecuados apoyo familiar.

Dentro de los factores biomédicos, existen determinados trastornos, incluidos en términos generales en el cuadro anterior, que vamos enumerar, explicitando algunas de sus manifestaciones, ya que suelen conllevar retraso mental. Aludiremos inicialmente a los trastornos genéticos, para revisar a continuación los principales trastornos metabólicos.

. Trastornos genéticos.

TRASTORNO	MANIFESTACIONES
<i>Síndrome de Down</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Retraso mental entre ligero y grave . Mejor rendimiento en tareas visoespaciales que en verbales o auditivas. . Problemas de memoria a corto plazo. . Dificultades para mantener la atención y permanecer en la tarea. . Personalidad amable y sociable
<i>Síndrome X frágil</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Hiperactividad, desinhibición. . Buena memoria para acontecimientos y lugares. . Discurso rápido y reiterativo, tono de voz alto y frecuente apraxia oral. . Problemas de procesamiento e integración sensorial. . Dificultades de coordinación motora.
Síndrome de Williams	<ul style="list-style-type: none"> . Déficit de atención e hiperactividad. . Escasas habilidades sociales. . Dificultad en percepción viso espacial; mejor percepción auditiva. . Locuacidad, buen vocabulario; dificultades en la pragmática del lenguaje. . Ansiedad excesiva y trastornos del sueño.
<i>Esclerosis tuberosa</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Crisis convulsivas. . Dificultades de aprendizaje . . Trastornos de conducta.
<i>Síndrome de Prader-Willi</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Retraso mental entre moderado y grave. . Dificultad para el control de las funciones homeostáticas: hambre, sed, sueño y temperatura. . Retraso en el desarrollo psicomotor. . Problemas con el lenguaje a nivel expresivo y comprensivo.
<i>Síndrome de Angelman</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Retraso mental grave.

	<ul style="list-style-type: none"> . Ausencia d lenguaje oral. . Dispraxia motora oral. . Sonrisa o risa frecuente. . Atracción por el agua.
<i>Síndrome del maullido del gato.</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Retraso psicomotor. . Dificultades para mantener la atención. . Con frecuencia presntan carácter amistoso y sociable. . Desarrollo lingüístico y discursivo limitado.
<i>Neurofibromatosis</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Retraso mental leve. . Dificultades lingüísticas a nivel comprensivo y expresivo.
<i>Síndrome de Cornelio de Lange</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Retraso mental entre moderado y grave; algún caso con CI normal. . Problemas de expresión en la mayoría; algunos presentan lenguaje normal y otros ausencia de lenguaje.
<i>Síndrome de Edwards</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Sólo un cinco por cinto supera el año de vida. . Retraso mental y motor grave.
<i>Síndrome de Patau</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Menos del veinte por ciento alcanza el año de vida. . Retraso mental grave.

. Trastorno metabólicos.

TRASTORNO	MANIFESTACIONES
<i>Fenilcetonuria</i>	<ul style="list-style-type: none"> . CI manipulativo bajo. . Déficit viso-motor. . Motricidad fina disminuída. . Déficit de atención e hiperactividad. . Recursos visuales menos efectivos que los verbales. . Con detección precoz y dieta controlada se puede evitar el retraso mental.
<i>Galactosemia</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Puede producir retraso mental si no se trata precozmente.

<i>Síndrome de Lesch-Nyhan</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Retraso psicomotor . Retraso mental . Tendencia compulsiva automutilante.
<i>Síndrome de Hurler</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Aspecto normal en el nacimiento, con grave deterioro posterior. . Retraso en el desarrollo. . Retraso mental.
<i>Enfermedad de Tay-Sachs.</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Desarrollo normal hasta los cinco meses y deterioro posterior. . Fallecen entre los dos y cuatro años.

Los factores de riesgo, deben ser contemplados al valorar cada sujeto, para conocer cuáles están presentes y las posibles interacciones entre ellos. La consideración de estos factores y su incidencia en la aparición del retraso mental puede orientar también las actuaciones preventivas relacionadas con cada uno de ellos así como los apoyos necesarios para cada caso, entendiendo los apoyos como “recursos y estrategias destinados a promover el desarrollo, la educación, los intereses, el bienestar personal y a incrementar el funcionamiento individual” (AARM, 2006).

La prevalencia general del retraso mental, suele estimarse en torno al uno por ciento de la población, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Bueno, en el trabajo al que más arriba no hemos referido, establece en un 57,37 el porcentaje de hombres, mientras que en el DSM-IV,TR, se indica que existen 1,5 hombres por cada mujer.

5 .CLASIFICACIÓN

“Cualquier sistema por el cual una persona es diagnosticada con retraso mental y clasificada de acuerdo a algún nivel consiste en una serie de reglas formalizadas especificando las características que la persona necesita poseer para ser diagnosticada y clasificada.”

Luckasson y cols., 1992 p.23.

Existen varios sistemas de clasificación, unos por la intensidad de los apoyos necesarios y otros sistemas actuales de diagnóstico y clasificación que se centran en como se trata el retraso mental. También existen categorías diagnósticas y clasificatorias adicionales que se aplican con frecuencia a las personas con retraso mental. Por ejemplo, *la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* de la Organización Mundial de la Salud, que incluye códigos para varios niveles de retraso mental, es el sistema internacional aceptado para identificar enfermedades y condiciones físicas, incluyendo aquellas que pueden asociarse con retraso mental (Medicote,1998).

Otro sistema de clasificación de la OMS con relevancia para el retraso mental es la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*.

Este sistema clasifica el funcionamiento en términos de funciones y estructuras corporales, actividades, participación y factores contextuales. De forma similar, *el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* incluye una definición y códigos para niveles del retraso mental, pero es principalmente utilizado para clasificar una variedad de trastornos “mentales” algunos de los cuales se asocian con frecuencia al retraso mental.

En esta unidad vamos a tomar como referencia **la clasificación del DSM-IV, TR** ya que mantiene, en términos generales las consideraciones incluidas en ediciones anteriores, próximas a las comentadas antes al referirnos a las definiciones de la AARM, y establece *los siguientes criterios para el diagnóstico de retraso mental:*

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

B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autoconcepto, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años.

El DSM-IV, TR establece diferentes niveles de retraso, según la afectación intelectual:

. Retraso mental leve: CI entre 50-55 y 70.

. Retraso Mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55.

. Retraso mental grave: CI entre 35-40 y 20-25.

. Retraso mental profundo: CI inferior a 20 o 25.

En general existe un amplio consenso sobre esta clasificación acerca de los diferentes grados de retraso mental que en el ámbito educativo sigue siendo muy funcional por el alto grado de conocimiento que en general existe sobre la misma, siendo utilizada como elemento relevante, aunque no exclusivo para orientar decisiones administrativas de gran relevancia para el itinerario escolar de los alumnos. Por esa razón, vamos a ofrecer algunas consideraciones generales sobre las características que suelen presentar los alumnos incluidos dentro de cada uno de los apartados de la citada clasificación. Si bien es cierto que

estos datos solo deben ser tenidos en cuenta como información orientativa, con carácter general, pues cada caso individual presenta una historia, unas características concretas y una evolución particular, siendo también cierto que, como afirma *Molina (1994)* cualquier alumno incluido en las categorías anteriores “puede alcanzar aprendizajes académicos mucho más altos de los inicialmente previstos, siempre que se den las condiciones de estimulación temprana (sobre todo cognitiva y psicolingüística) y siempre que las condiciones pedagógicas posteriores sean especialmente diseñadas para la problemática particular de cada individuo”.

. Retraso mental leve o ligero. CI entre 50-55 y 70.

Es la categoría a la que el DSM-IV, TR, asigna la consideración de “*educable*”. Pueden desarrollar una edad mental de 8,3 a 10,9 años. La mayoría de estos niños no son identificados en los primeros años, ya que su desarrollo inicial suele producirse de acuerdo con lo esperado, aunque a veces hay un mínimo deterioro de las áreas sensoriomotoras. Pueden en muchos casos alcanzar, con más tiempo, un apoyo especializado y las adaptaciones curriculares necesarias los niveles académicos previstos para el final de la enseñanza primaria. Cuando son pequeños adquieren fácilmente habilidades sociales. Durante la vida adulta adquieren habilidades para realizar una actividad laboral y desenvolverse con cierta autonomía, aunque requieran ayuda, especialmente en situaciones sociales menos habituales o de mayor complejidad.

. Retraso mental moderado o medio. CI entre 35-40 y 50-55.

Es la categoría donde se incluyen los sujetos que el DSM-IV, TR, considera “*adiestrable*”. Pueden desarrollar una edad mental de 5,7 a 8,2 años. Los alumnos incluidos en este grupo, pueden alcanzar niveles de competencia curricular que podríamos situar en el primer ciclo de la Enseñanza Primaria. Pueden conversar, aprenden a comunicarse y pueden tener un desarrollo motor aceptable. Suelen tener un aceptable nivel de autonomía personal, desplazarse por lugares que les sean familiares y en la edad adulta, realizar tareas laborales de poca cualificación con cierta supervisión.

. Retraso mental grave o severo. CI entre 35-40 y 20-25.

Es la categoría que el DSM-IV TR, considera “*entrenable*”. Pueden desarrollar una edad mental de 3,2 a 5,6 años. Se trata de alumnos que en los primeros años alcanzan un muy escaso desarrollo del lenguaje, aunque este suele desarrollarse, de manera tardía, en la edad escolar, alcanzando también cierto desarrollo de las habilidades de autocuidado. Su desarrollo motor suele ser también retardado. Dificilmente acceden a la lectura funcional ni al manejo del cálculo básico, aunque si pueden reconocer globalmente algunas palabras cuyo conocimiento resulta especialmente relevante. En la vida adulta, pueden realizar tareas simples con supervisión.

. Retraso mental profundo. CI inferior a 20 ó 25.

Desarrollan una edad mental inferior a 3 años. Los alumnos que pertenecen a este grupo suelen presentar alteraciones neurológicas y ya desde los primeros años tienen un desarrollo sensoriomotor disminuido. Las habilidades comunicativas y de autocuidado precisan un entrenamiento sistemático para que se desarrollen en un grado mínimo. En la vida adulta, sólo algunos de ellos realizan tareas simples en un entorno muy estructurado y con supervisión cercana.

El DSM-IV; TR, reserva la expresión **“Retraso mental de gravedad no especificada”**, para aquellos casos que no pueden ser evaluados de manera precisa, por grandes insuficiencias, falta de colaboración u otras dificultades para establecer su verdadero nivel intelectual.

Otro grupo de alumnos a los que merece la pena hacer mención, es el formado por aquellos con **capacidad intelectual límite**, con valores de CI situados por encima del intervalo correspondiente al retraso mental leve o ligero y que en el ámbito escolar suponen un colectivo que aunque inicialmente responden con normalidad a las exigencias que les plantea la escolaridad, transcurridos algunos años, experimentan dificultades más o menos serias para seguir con aprovechamiento su itinerario académico, a no ser que se le ofrezcan apoyos ordinarios o especializados. *El DSM-IV, TR, indica que, teniendo en cuenta el error de medida de las pruebas utilizadas, es posible diagnosticar retraso mental en alumnos con CI superior a setenta, si presentan déficit significativos en comportamiento adaptativo que cumplan los criterios de retraso mental.*

6. ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SU EVALUACIÓN.

El desarrollo de las personas con retraso mental sigue el mismo proceso que el de los demás niños, aunque con retrasos o fijaciones precoces, sin llegar jamás a un equilibrio definitivo, diferenciándose del niño normal en el ritmo de desarrollo y en el nivel o estadio evolutivo alcanzado.

Dentro del grupo de los deficientes mentales, lo mismo que en los demás individuos, la conducta adaptativa y social es enormemente variable, y no se puede hablar de unas características que sean semejantes en todo el grupo. No existen dos individuos, deficientes o no que posean las mismas experiencias ambientales ni la misma constitución biológica. En este sentido, la variabilidad es enorme y mientras unos presentan aspectos de enfermizos, otros están completamente sanos, mientras unos están mal desarrollados, otros presentan un aspecto saludable, y se podría hacer referencia a toda una serie de características en las que las diferencias son enormes entre unos y otros.

No obstante, a través de algunos estudios experimentales se ha llegado a establecer la existencia de algunas características diferenciales entre individuos retrasados mentales.

Estas características diferenciales hay que tenerlas en cuenta puesto que cualquier programa educativo que pongamos en marcha va a estar condicionado por ellas y puede llegar, en algunos casos, si no se las contempla adecuadamente, a ser un obstáculo en el desarrollo de los individuos.

Con el fin de conocer bien las características tenemos que evaluarlas, entendiendo la evaluación como un proceso cuya finalidad es obtener el mejor conocimiento del alumno. Es preciso pues que sobre cada uno de nuestros alumnos con retraso mental podamos conocer: **su capacidad de adaptación**, su funcionamiento real en las distintas dimensiones de las habilidades de adaptación (comunicación, autocuidado, habilidades de vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, académicas funcionales, ocio y tiempo libre y trabajo) en los contextos en que se desenvuelve. (familiar, escolar y sociocomunitario), así como **su desarrollo del lenguaje, cognitivo y motriz**.

Para realizar la evaluación, no existe un instrumento psicométrico único que nos permita establecer límites cuantitativos. La evaluación del retraso mental debe de hacerse desde perspectivas más amplias, utilizando procedimientos, instrumentos y técnicas diversas. Las entrevistas con los padres y con las personas que conviven un mayor número de horas con el individuo, la observación directa y la aplicación de otras pruebas standarizadas o no, van a permitir a la persona que realiza la evaluación obtener una información descriptiva del comportamiento del niño. Esta información debe ser analizada y contrastada con los comportamientos habituales en la edad y grupo cultural del sujeto para decidir sobre su propio retraso, así como sobre el programa de apoyos a desarrollar. Este proceso exige que el profesional que toma las decisiones, tenga una experiencia acreditada en este trabajo y lo realice en estrecha colaboración con padres y profesores.

A continuación vamos a analizar las características que presentan las personas con discapacidad intelectual en relación con las diferentes áreas de desarrollo, así como su evaluación.

6.1 Adaptación social y habilidades sociales.

Los alumnos con retraso mental presentan dificultades adaptativas que provienen de *limitaciones en su inteligencia social y práctica* que forma parte de la misma definición de retraso mental.

Las limitaciones que presentan estos niños en *inteligencia práctica* hacen referencia a la capacidad de mantenerse por uno mismo como persona independiente en la realización de actividades habituales de la vida cotidiana (Luckasson et al.,1992). Este tipo de inteligencia es esencial para habilidades adaptativas

como las sensoriomotoras, las de cuidado personal (dormir, baño, aseo, comer, beber) y las de seguridad (evitar peligros y evitar lesiones). Estas limitaciones afectan también a otras habilidades adaptativas como las académicas funcionales, trabajo, ocio, autodirección y utilización de la comunidad.

Las limitaciones que presentan estos niños *en inteligencia social* hacen referencia a la capacidad para entender las expectativas sociales y la conducta de los otros, así como para juzgar adecuadamente como comportarse en situaciones sociales (Luckason et al, 1992). Este tipo de inteligencia es fundamental para el desarrollo de conductas adaptativas como las habilidades sociales, de comunicación, trabajo, tiempo libre, vida en el hogar, y utilización de la comunidad.

Las personas con discapacidad intelectual presentan dificultades de comprensión del comportamiento social, no entendiendo en ocasiones pistas o señales personales de los demás y de las situaciones que nos impulsan a realizar determinados comportamientos. Asimismo, les cuesta situarse en el lugar del otro y entender sus motivaciones. De igual manera, presentan una limitación clara para comunicar sus propios pensamientos y sentimientos.

6.1.1. Evaluación.

A continuación vamos a conocer los instrumentos y técnicas de evaluación más conocidos y eficaces para evaluar la adaptación social y las habilidades sociales.

Instrumentos de evaluación de la adaptación social

<i>Escala Vineland de conducta adaptativa</i>	<p><u>Escalas Vineland revisadas de conducta adaptativa 1984</u></p> <p>Mide las siguientes áreas: Motor/física, autonomía/independencia, Interpersonal/social, responsabilidad/profesional, cognitiva, comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Vineland S</i>: tiene forma de encuesta, a cumplimentar por padres y tutores. Se puede utilizar hasta los 18 años. - <i>Vineland E</i>: forma ampliada. Utilizada para el diagnóstico y planificación de los apoyos. - <i>Vineland C</i>: diseñada para ser cumplimentada por el profesor de clase.
<i>Escala de conducta independiente.</i>	<p>Test normativos <u>ICAP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mide las destrezas motoras, interacción social, vida personal y en comunidad; y los problemas de comportamiento: interno, externo y asocial.
<i>Test comprensivo de conducta adaptativa revisado . (CTAB-R,1999)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza en niños, adolescentes y adultos. - Evalúa habilidades de funcionamiento independiente en diferentes ambientes: colegio, comunidad y residencia. - Mide habilidades de autoayuda, de vida en el hogar, de vida independiente, sociales, sensoriales, motoras, lingüísticas y académicas.

<i>Sistema de evaluación conducta adaptativa (ABAS, 2000)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza desde los cinco años hasta adultos. - Se basa en las diez áreas de habilidades de adaptación de la AAMR de 1992.
---	--

Técnicas de evaluación de las habilidades sociales.

<i>Información y valoración de otras personas.</i>	<p><i>Información obtenida de los compañeros.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas sociométricas: evalúan y describen la atracción interpersonal entre los miembros de un grupo (información sobre el status del niño): nominación entre iguales, puntuación de los iguales, comparación de parejas, adivina quien, y juego en clase. - Escalas de apreciación: consta de una serie de ítems que describen comportamientos sociales e interpersonales. <p><i>Información de los padres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Escalas de apreciación: los padres responden a ítems que describen comportamientos personales e interpersonales, siguiendo una escala tipo lickert. <p><i>Información de los profesores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nominaciones: el profesor ordena y jerarquiza a los niños según: la popularidad en la clase, la frecuencia de interacción verbal con los iguales, etc. - Escalas de apreciación: sirven para identificar comportamientos objetivos y valorar la eficacia del tratamiento.
<i>Observación directa</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Observación natural: registro de la frecuencia, duración y o calidad de determinadas conductas y habilidades sociales, en lo contextos natrales donde espontáneamente se producen. - Test role-play: observación de la conducta interpersonal del niño, en situaciones artificiales y provocadas.
<i>Autoinformación</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Autoinformes: descripción y valoración que hace el sujeto de su propia conducta interpersonal - Entrevista al niño - Autoobservación: el niño observa y registra su propio comportamiento.

6.2 Lenguaje

Los niños con retraso mental presentan una estructura y evolución similares al niño normal, aunque los intervalos entre las etapas evolutivas presentan importantes diferencias en función del grado de retraso. *La diferencia entre el lenguaje de los niños normales y el de los niños retrasados es no solo de*

producción sino también de tratamiento interno del lenguaje (Rondal y Seron, 1991). Aquí analizaremos las características que presentan los alumnos con retraso mental en el lenguaje a nivel general y en sus diferentes dimensiones: fonético-fonológica, semántica, morfológica y sintáctica, pragmático y metalingüístico.

6.2.1 Características del lenguaje en general dependiendo del grado de retraso que presenta el niño.

<i>Deficientes mentales ligeros</i>	Desarrollan habilidades sociales y de comunicación desde la edad infantil. Su conducta lingüística suele ser pobre. Su vocabulario es algo reducido y manifiestamente mejorable, y la construcción morfosintáctica es buena.
<i>Deficientes mentales moderados</i>	Son capaces de mantener sencillas conversaciones. Pueden usar algunas frases complejas y desarrollar un mínimo proceso lectoescriptor con reducida capacidad de comprensión. Suelen presentar articulaciones defectuosas.
<i>Deficientes mentales severos</i>	Adquieren pocas o nulas habilidades verbales durante la etapa de educación infantil. Pueden desarrollar algún hábito de conversación durante el período escolar y leer alguna palabra con poca capacidad de comprensión. Presentan una articulación muy defectuosa y reconocen signos.
<i>Deficientes mentales profundos</i>	Difícilmente llegan a expresar alguna palabra. Pueden comprender órdenes muy sencillas y reconocer algunos signos. El lenguaje gestual es muy reducido.

6.2.2 Características del desarrollo fonético-fonológico

6.2.2.1 Desarrollo prelingüístico (hasta 18 meses).

- Los lloros del niño retrasado mental son más breves y más pobres en elementos vocálicos que los del niño normal, del mismo sexo y edad.
- Percepción auditiva y visual: Presentan pasividad a nivel auditivo y escasa orientación hacia los ruidos y voces familiares; a nivel visual existe retraso en el desarrollo de la agudeza visual y una menor coordinación de los globos oculares.
- Balbuceo: Siguen el mismo proceso que en los niños normales pero aparece más tarde. Es importante estimularlo y darle refuerzos sociales, ya que facilitará la comunicación y la interacción social.

- Organización de la expresión: El niño retrasado que no domina el código lingüístico, tenderá a expresarse y comunicarse mediante gestos y mímicas faciales. Hay que favorecer estas manifestaciones asociándolas al habla, para que el niño mantenga el interés por lo auditivo-oral, ya que la comunicación no verbal es una forma de comunicación que precede a la comunicación verbal y la prepara; del mismo modo, los movimientos de cabeza y de los miembros son muy importantes desde el punto de vista perceptivo y pueden aprovecharse para proporcionar los primeros elementos en el desarrollo del léxico.

6.2.2.2 Desarrollo fonético y fonológico (hasta 7-8 años).

Se caracteriza por un desarrollo fonológico atemporal, incompleto y con errores articulatorios, deficiente discriminación fonemática, trastornos del habla y una deficiente modulación de la voz (Gallardo y Gallego, 1993).

6.2.2.3 Trastornos del habla.

Todos los trastornos del habla existentes en el niño normal, se observan en el retrasado mental. En este último, estos trastornos están provocados por las dificultades emocionales, por las perturbaciones del lenguaje, por los problemas respiratorios y por la falta de control de los músculos de la fonación.

6.2.3 Características del desarrollo semántico.

6.2.3.1 Desarrollo prelingüístico (hasta los 18 meses)

- Conocimiento práctico del universo inmediato.

El niño con retraso mental es menos capaz para aprender y comprender la realidad. Los retrasos en el desarrollo cognitivo y en la construcción del conocimiento entorpecen sensiblemente la organización de la base semántica del lenguaje.

Para favorecer el desarrollo semántico hay que realizar actividades y juegos que le permitan un conocimiento práctico de los objetos, acompañadas de verbalizaciones por parte del adulto.

- El mecanismo de la simbolización.

En los niños con retraso mental hay que favorecer el simbolismo, recurriendo al gesto (asociado a lo verbal), a las onomatopeyas (para que el niño las imite), así como a las actividades o juegos simbólicos relacionados con los conocimientos habituales.

6.2.4. Desarrollo semántico.

Los procesos de subgeneralización, supergeneralización y generalización correcta son mucho más lentos en los niños con retraso mental. En estos niños se producen las mismas asociaciones secuenciales y

paradigmáticas, aunque en menor proporción que en los niños normales. La comprensión de las relaciones semánticas estructurales aunque es la misma que en el niño normal, aparece mucho más tarde.

6.2.5. *Desarrollo sintáctico.*

Presentan una carencia de lenguaje creativo y dinámico. Utilizan frecuentemente frases hechas, sin estructuras complejas, que son repeticiones de pedazos de frases oídas.

6.2.6. *Desarrollo pragmático.*

Vamos a hacer referencia a las características de las interacciones entre los niños con retraso mental y el contexto escolar y familiar.

En el contexto familiar, los niños con retraso mental presentan una menor reactividad e iniciativa en sus interacciones con la madre, y a su vez las madres se dirigen a sus hijos con un lenguaje menos complejo que el utilizado con los niños normales. Este lenguaje está empobrecido y contribuye a agravar los retrasos en el desarrollo lingüístico de estos niños (Rondal y Seron (1991).

En el contexto escolar, los profesores hablan poco a los niños con retraso mental y su lenguaje está repleto de comentarios, órdenes y encargos y, a su vez el niño recurre más a los indicios no verbales, aunque haya adquirido un nivel de desarrollo verbal suficiente. Respecto a la comunicación con los iguales, tienen una comunicación egocéntrica, no son capaces de tener en cuenta el punto de vista del interlocutor y fracasan más en las tareas comunicativas (Rondal y Seron, 1993).

6.2.7. *Instrumentos de evaluación del lenguaje.*

Al ser un contenido tratado con más, amplitud en el módulo dedicado al alumnado con trastornos en la comunicación y el lenguaje, sólo se incluye una referencia a los instrumentos más comúnmente utilizados.

<i>PEABODY, Test de vocabulario en imágenes.</i>	Edad de 2 años y medio a 18. Evalúa el desarrollo del lenguaje de niños en edad preescolar y escolar sobre todo el lenguaje a nivel receptivo y hace un screening de la aptitud verbal.
<i>A-RE-HA. Análisis del retraso del habla.</i>	Edad de 3 a 6 años. Sirve para analizar la fonética y fonología infantil.

<i>ITPA, Test Illinois de actividades psicolingüísticas.</i>	Edad de 3 a 10 años. Sirve para comparar las funciones psicológicas y lingüísticas. Con ella se pueden detectar posibles fallos o dificultades en el proceso de comunicación que son causa de la mayoría de los problemas de aprendizaje.
<i>Plon- R Prueba de lenguaje oral Navarra revisada.</i>	Edad de 3 a 6 años. Evalúa el nivel de desarrollo del lenguaje oral.

6.3. Desarrollo cognitivo.

Los alumnos con retraso mental procesan la información de manera diferente al niño normal, utilizan métodos de ensayo y error; pueden emplear estrategias más útiles cuando se les entrena, pero no pueden generalizarlas.

Las alteraciones que nos podemos encontrar en el desarrollo cognitivo de los alumnos con retraso mental son:

- Deficiencias de la **metacognición**, o conocimiento acerca del propio conocimiento, que tienen de sus propios procesos cognitivos, en particular acerca del funcionamiento de su propia memoria. No parecen conscientes de la severidad de las limitaciones de su memoria, concretamente de la memoria de trabajo, y sobrestiman mucho, por comparación con niños no retrasados, la amplitud de lo que realmente son capaces de memorizar.
- Deficiencias en los procesos ejecutivos o de **control cognitivo**, procesos que rigen a otros que se realizan de modo automatizado, rutinariamente incorporado. Son posiblemente deficiencias asociadas de modo estrecho a las ya citadas de metacognición: en ausencia de conciencia y de conocimiento acerca de las propias funciones y capacidades cognitivas, difícilmente cabe manejar y controlar de manera flexible y adecuada los correspondientes procesos, estrategias y planes de control.
- Limitaciones en procesos de **transferencia** o generalización de unas situaciones a otras. Los sujetos retrasados conservan bastante bien los aprendizajes mientras la tarea permanece igual y la situación se mantiene invariante, pero los resultados son esencialmente negativos a través de tareas y situaciones diferentes.
- Limitaciones en el **proceso de aprender** y, sobre todo, en el flexible y adaptativo manejo del aprender a aprender. No utilizan en absoluto o utilizan muy pobres estrategias para optimizar las experiencias de

aprendizaje y las adquisiciones de ellas resultantes.

6.3.1. Instrumentos de evaluación. Escalas de desarrollo y de Inteligencia.

<i>K.ABC. batería de evaluación de Kaufman para niños.</i>	Edad de 2 años y medio a 12 años y medio. Presenta 3 escalas que miden: procesamiento simultáneo, procesamiento secuencial y conocimientos.
<i>MSCA, Escalas mccarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños.</i>	Edad desde 2 años y medio hasta 8 años y medio. Evalúa el desarrollo cognitivo y psicomotor.
<i>WPPSI. Escala de Inteligencia para preescolar y primaria.</i>	Edad de 4 a 6 años y medio. Evalúa la inteligencia y nos da alguna información clínica sobre la organización de la conducta.
<i>WISC 4 Escala de Inteligencia de Wechsler para niños.</i>	Es la cuarta versión de una escala que se publicó en 1949 (1974 en España). Edad 6 a 16 años, 11 meses. Evalúa las capacidades cognitivas.

6.4 Características motrices

El desarrollo motriz del niño con discapacidad intelectual no presenta grandes diferencias con las etapas de las demás personas, pero sí existe un retraso. En términos generales los niveles de alteración de las conductas motrices son directamente proporcionales a los niveles cognitivos de cada individuo, los apoyos que se le den y la actitud de la familia. Si el déficit es leve el niño puede llegar a alcanzar niveles normales; sin embargo, en casos de deficiencias severas y profundas se pueden presentar condiciones que determinen falta de coordinación en los movimientos y otras dificultades.

Por lo tanto, a mayor déficit intelectual, y menor estimulación mayores serán, los trastornos motrices (Llasera, 1995). El mismo autor, señala como características motrices generales:

- Mala configuración del esquema corporal y de la autoimagen.
- Mala orientación y estructuración del espacio.
- Problemas para ejercitar el equilibrio de forma estática.
- Respiración superficial.
- Dificultades para conseguir un estado de relajación y distensión muscular.
- Adaptación lenta de las conductas en el tiempo (diferentes velocidades, cadencias y tiempo)
- Capacidad de coordinación más ajustada en acciones globales que en segmentarias.

- Poca eficacia y amplitud en la ejecución de habilidades motrices básicas.
- Déficit de atención, que repercute en la capacidad de concentración de los aprendizajes.
- Niveles de condición física inferiores.
- Progresan a través de las mismas etapas de desarrollo, pero a un ritmo más lento.

Instrumentos de evaluación

<i>Balance psicomotor de Piq y Vayer.</i>	1ª Infancia. Edad de 2 a 5 años. General. Edad 6 a 11 años. Evalúa los siguientes aspectos. Modicidad fina, equilibrio estático y dinámico, lateralidad, orientación derecha-izquierda, disociación, esquema corporal.
<i>EPP. Escala de evaluación de la psicomotricidad en preescolar</i>	Edad 4 a 6 años. Evalúa los siguientes aspectos. Locomoción, equilibrio, coordinación de piernas brazos y manos y el esquema corporal en el propio sujeto y en los demás.

7. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

Una vez analizadas las características que presenta el alumno con discapacidad intelectual, vamos a intentar determinar las necesidades educativas que estos alumnos presentan y como identificarlas.

Decir que un alumno tiene necesidades educativas especiales significa que a lo largo de su escolarización puede presentar dificultades de aprendizaje. En este sentido, un primer punto a considerar es que las dificultades de aprendizaje no son algo concreto y delimitado a un grupo de alumnos claramente identificable, sino que más bien, y entendidas en un sentido amplio, hacen referencia a distintos grados (mayores o menores dificultades en todas o en algunas áreas de aprendizaje), distintos momentos de aparición (al comienzo o final de una etapa educativa, etc.) y duración variable (carácter más transitorio o permanente). Por tanto, entendemos que cada alumno es especial y tiene unas necesidades individuales porque el aprendizaje es algo complejo que se produce como consecuencia de la interacción de múltiples factores. De lo anteriormente expuesto se deduce que todos los alumnos pueden presentar, en un momento determinado de la escolaridad, dificultades más permanentes o transitorias. Por ello las dificultades de aprendizaje son un "continuo" que va desde las más leves y puntuales hasta las más graves y/o permanentes, que harían alusión a aquellas que manifiestan los alumnos a los que nos hemos venido refiriendo como "retrasados mentales".

Si consideramos las dificultades de aprendizaje desde esta perspectiva, sería honesto pensar que las diversas formas de apoyo y ayuda deberían estar disponibles para cualquier alumno y todos deberían beneficiarse de ellas.

Diversos cambios conceptuales y sociales han llevado a cambios en la política educativa, considerándose como uno de los más importantes el que ha permitido que los alumnos con mayores dificultades puedan acceder a los aprendizajes comunes a todos. Esto ha supuesto que todos compartan las aulas y los aprendizajes. Estos cambios en la escolaridad de los alumnos implican nuevas concepciones en la forma de entender los procesos de enseñanza/aprendizaje, las necesidades de los alumnos, las estrategias de enseñanza del profesor y la escuela en su conjunto.

Las necesidades educativas forman un "continuo" que van configurando las ayudas que los alumnos necesitan a fin de progresar hacia las metas comunes de la educación.

En este continuo existen los alumnos con discapacidad intelectual, es decir, con mayores dificultades, que requieren unas condiciones de aprendizaje especialmente adaptadas para satisfacer sus necesidades.

Si pudiésemos hablar de una característica que definiera a estos alumnos sería la *dificultad en el proceso de aprender*, más o menos generalizada. Esto afectaría a todas las capacidades: autonomía, lenguaje, interacción social, motricidad, etc., en mayor o menor medida.

¿Qué necesidades se deducen de esa dificultad para aprender?.

Fundamentalmente la generalización de lo aprendido, entendida la *generalización*, para que sea real y efectiva, como que lo aprendido se aplique con frecuencia, a lo largo del tiempo, con otras personas y en otros marcos ambientales. Este aspecto es considerado por muchos autores como una de las dificultades principales que presentan algunos alumnos en su proceso de aprendizaje. En efecto, considerar la generalización es tener en cuenta la *utilización de lo aprendido de forma funcional*.

El hecho de tener en cuenta al alumno en interacción con su contexto supone que se debe intentar satisfacer sus necesidades como partícipe del mismo. La educación no se dirige tan sólo al alumno como tal, sino como persona miembro de una sociedad; es decir, los lugares en los que vive, las personas que le rodean y las actividades que debe realizar cobran una importancia decisiva a la hora de planificar el currículo escolar.

En este sentido, se trataría de favorecer los aprendizajes funcionales, es decir, aquellos aprendizajes que sean útiles y que aumenten la calidad de vida del alumno, permitiendo su participación presente y futura en los recursos comunitarios.

Así pues, una de las metas educativas prioritarias para nuestros alumnos y a la vez una de sus *necesidades educativas* más importantes es dotarle de *habilidades que favorezcan su funcionamiento autónomo en el entorno escolar y extraescolar*; por tanto, va a ser importante que al planificar nuestra intervención educativa tengamos en cuenta la forma de proporcionarle actividades diversas en diferentes situaciones (dentro y fuera del aula) encaminadas a conseguir que actúe y se desenvuelva de forma autónoma, es decir, que aprenda a responder adecuadamente bajo condiciones diversas, es decir, que aprenda a generalizar.

La generalización ha sido definida como la forma en que un alumno utiliza y adapta una habilidad de forma efectiva fuera de la situación en que fue aprendida. En ella hay que considerar dos aspectos fundamentales: la aplicación de una habilidad bajo diferentes situaciones y la modificación de una habilidad para aplicarla a un nivel de necesidad distinta.

Algunos de los factores que favorecen la generalización de aprendizajes son: el refuerzo que haya existido al ser aplicada en distintas situaciones y el hecho de relacionar los aprendizajes unos con otros.

Por ejemplo: Si se enseñan al alumno habilidades numéricas, probablemente mejorará también en otras, tales como manejo de dinero y tiempo, ya que tienen elementos en común como son: contar, leer los dígitos, establecer secuencias ordinales, etc.

Tener esto presente a la hora de secuenciar objetivos y contenidos podría contribuir a favorecer la generalización. Por otro lado, las investigaciones demuestran que la generalización, tratándose de alumnos con dificultades de aprendizaje más permanentes, no ocurre de forma espontánea, sino que debe ser planificada, lo cual implica establecerla como objetivo, diseñar estrategias de aprendizaje y evaluarla.

La profesora o el profesor, en su importante labor de mediación, puede desarrollar diversos procedimientos para programar actividades de enseñanza/aprendizaje encaminadas a la generalización:

- promover aprendizajes que se refuercen en el ambiente natural.
- disminuir los reforzadores artificiales aproximándolos a los naturales.
- enseñar al alumno a auto reforzarse.
- desarrollar la conducta en presencia de estímulos que estén presentes en el contexto natural.
- incorporar a los compañeros para que refuercen el comportamiento adecuado del alumno.

Las características personales de estos alumnos, que anteriormente hemos comentado, determinan que necesiten, para conseguir éxito en el aprendizaje, la *motivación* adecuada.

Como una línea de aplicación general a los alumnos con problemas de aprendizaje y adaptación, podemos decir que favorecemos su motivación cuando:

- aumentamos su seguridad ante las tareas: planteándole aquellas actividades que son adecuadas a su nivel de competencia, asegurándose de que ha comprendido bien las instrucciones, proporcionándole las ayudas que va necesitando mientras lleva a cabo las tareas,...
- partimos de sus intereses para acercarlos e incorporarlos a los objetivos y contenidos que tenemos planteados. Asimismo, hemos de procurar despertar nuevos intereses para ir ampliando sus conocimientos y experiencias.
- organizando los contenidos de forma globalizada, ya que es una forma muy apropiada de partir de los temas que interesan al alumno para ir relacionándolos con otros que son objeto de la programación del aula o de los objetivos individuales planteados para su progreso.
- utilizando el reforzamiento positivo y el autoreforzamiento. A la hora de buscar incentivos que muevan al alumno a realizar una tarea o enfrentarse a una situación, no situarles en un primer momento, en la propia satisfacción que le puede proporcionar el resolver aquellos adecuadamente, sino, partir de la utilización de reforzadores externos, aunque tengamos presente que en última instancia, se persigue el objetivo de que el alumno sea capaz de autorreforzarse..

Los reforzadores externos pueden ser sociales (elogios, sonrisas, gestos de aprobación,...), de actividad y situaciones (jugar, disfrutar de más tiempo libre, ir de excursión, estar con los amigos,...) o materiales (alimentos, golosinas, juguetes, cuentos, prendas,...). Es preferible utilizar los primeros, pues su uso supone un recurso menos artificial que la utilización de refuerzos materiales.

La mediación consiste en dispensar las ayudas pedagógicas necesarias para la consecución de los objetivos propuestos. Estas ayudas según Bluma (1978) las podemos dividir en físicas (se refiere a la acción encaminada a sostener, guiar o apoyar a un alumno a fin de que pueda realizar una actividad), verbales, lo que implica expresar oralmente algo para que el alumno pueda llevar a cabo la tarea, y visual, que la constituye cualquier estímulo visual que permite que el alumno lleve a término la tarea con éxito.

En cuanto a *la utilización de las ayudas*, hemos de considerar:

- *Ayudas a prestar* según la entrada sensorial y respuesta preferente de la información. Las ayudas serán tanto verbales como visuales, ya que el alumno con deficiencia mental responde mejor a una estimulación sensorial que le llegue por más de un canal.
- *Ayudas en función del grado de discriminación*. Así, si la presentación es verbal detallaremos más las instrucciones o las repetiremos despacio y de forma clara, adecuando el nivel de lenguaje a su comprensión. De igual forma si es visual favoreceremos la discriminación, presentando un material

ordenado, con los estímulos relevantes bien marcados,...

Debemos de tener presente que facilitar una adecuada discriminación al comenzar un trabajo, puede reducir las ayudas a prestar durante su realización. Las ayudas deben de favorecer la motivación y la atención, ya que son requisitos indispensables para iniciar y desarrollar una actividad, y los alumnos con nee necesitarán ayudas para aumentarlos.

Finalmente, como criterio general en la utilización de todo tipo de ayudas, debemos tener presente que hemos de ir reduciendo, gradualmente, la cantidad de ayuda que se presta al alumno, a medida que éste va consiguiendo los objetivos propuestos.

En definitiva, Los alumnos con deficiencia psíquica, por implicaciones del propio déficit, tienen unas necesidades que podríamos llamar "básicas".

Estas son:

Desarrollo cognitivo Motivación y refuerzo. Generalización de los aprendizajes. Mediación en el proceso de E-A.
--

8. ¿QUIÉN Y COMO DETERMINAR LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DE ESTOS ALUMNOS?

La determinación de las NEE de estos alumnos será llevada a cabo por los orientadores de los EOEPS en estrecha colaboración con lo profesores del niño y la familia.

El orientador/a realizara una evaluación psicopedagógica que recogerá información sobre los siguientes aspectos:

A) Información sobre el alumno:

- Aspectos de su desarrollo: biológico, intelectual, motor, lingüístico, emocional y de inserción social.

. Grado de desarrollo alcanzado en las diferentes áreas: cognitiva, motriz, adaptación social y habilidades sociales, lenguaje y comunicación.

- . Nivel de competencia curricular en las áreas que experimente mayores dificultades.
- . Estilo de aprendizaje y motivación para aprender.

B) Información relativa al entorno del alumno, considerando aquella que puede estar compensando o intensificando sus dificultades. Podemos distinguir:

- Información sobre el contexto escolar.
- Información sobre el contexto sociofamiliar.

La evaluación psicopedagógica nos va a permitir detectar las necesidades educativas del alumno con discapacidad psíquica y nos va a ayudar a conocer de forma precisa sus procesos de aprendizaje y los factores que están implicados (rendimiento, actitudes, motivación, intereses, relaciones personales, formas de enfrentarse a las tareas y situaciones etc.), para poder planificar las adaptaciones curriculares encaminadas a disponer las ayudas pedagógicas de forma intencional (objetivos-contenidos, actividades, organización de elementos personales y materiales) para favorecer nuevos aprendizajes y su adaptación social y escolar.

Referencias bibliográficas:

- AARM. (2006): Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyos. Alianza Editorial. Madrid.*
- Bautista, r. y otros (1993): Necesidades educativas especiales. Aljibe. Málaga.*
- Benedet, M.J (1991). Procesos cognitivos en la deficiencia mental. Madrid. Pirámide.*
- DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.*
- Fernández campos, A. y otros (2002): Documento sobre los programas de formación para la transición a la vida adulta. Consejería de Educación y Cultura. Murcia.*
- García Fernández , J.M., Pérez Cobacho, J. y Berruelo Adelantado, P.P. (2005): Discapacidad intelectual. Desarrollo, comunicación e intervención. Madrid. CEPE*
- Grau Rubio Claudia. (2006): Educación y retraso mental. Orientaciones prácticas. Aljibe. Málaga*
- Marchesi, A. Coll C. y Palacios J. (1991): Desarrollo psicológico y Educación. Alianza Editorial. Madrid.*
- Molina García Santiago. (1994): Deficiencia mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Aljibe. Málaga.*
- Sánchez Asin, A. (1993): Necesidades educativas e intervención psicopedagógica. PPU. Barcelona.*
- VV.AA. (1991): Módulo de Formación: El alumno con retraso mental en la escuela ordinaria. CNRREE. MEC. Madrid.*
- VV.AA. (1989): Módulo de formación: Las Necesidades Educativas Especiales en la Escuela ordinaria. CNRREE. MEC. Madrid.*
- Verdugo Alonso, Miguel A.. (1995): Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y*

rehabilitadoras. Madrid: Siglo XXI

Sánchez Asin, A. (1993): Necesidades educativas e intervención psicopedagógica. PPU. Barcelona.

Bibliografía comentada.

La bibliografía comentada a continuación nos va a ayudar a conocer mejor al niño con discapacidad intelectual, para poder intervenir en el contexto escolar de una manera adecuada, por lo que se aconseja su lectura y reflexión.

Grau Rubio Claudia. (2006): Educación y retraso mental. Orientaciones prácticas. Aljibe. Málaga

Este libro de reciente publicación en el mercado, analiza las perspectivas en la consideración del retraso mental abiertas por las dos últimas definiciones de la AARM, presenta valiosa información para conocer las alteraciones neurológicas de los síndromes con retraso mental a la luz de los avances en el conocimiento del sistema nervioso central, estudia otros aspectos como el lenguaje en el retrasado mental o las funciones receptoras y expresivas. Finalmente dedica una atención específica al Síndrome de Down y a la atención educativa de los alumnos que presentan dicho síndrome.

Luckason, R., Coulte, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. y Stark, J.A. (1997): Retraso mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo (traducción de M.A. Verdugo y C. Jenaro). Madrid: Alianza editorial. (Trabajo original publicado en 1.992.)

La definición de retraso mental de la Asociación Americana sobre Retraso mental es el manual más actual para conocer en profundidad el estado actual de la cuestión. Su lectura es imprescindible para los profesionales y personas interesadas en esta área.

Molina García Santiago. (1994): Deficiencia mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Aljibe. Málaga.

A pesar de ser un texto publicado en 1994, constituye una monografía rigurosa que recoge referencias a la investigación existente hasta 1993. Se analiza, con perspectiva histórica, la atención educativa al alumnado con esta discapacidad, prestando especial atención a nuestro contexto. Se estudian los principales aspectos psicoevolutivos de los alumnos con deficiencia mental: cognición y aprendizaje, lenguaje y comunicación, personalidad y relaciones interpersonales y adaptación social, para tratar después el diagnóstico psicopedagógico y la educación de este alumnado, incluyendo aspectos como la

enseñanza de habilidades básicas, la enseñanza de las disciplinas instrumentales, la educación familiar, la educación sexual y la formación profesional y el empleo.

Verdugo Alonso, M.A., y G.Bermejo, B. (1998): Retraso mental, adaptación social y problemas de comportamiento. Colección "Ojos solares" Pirámide.

Los problemas de conducta en las personas con retraso mental constituyen una de las principales dificultades a las que se enfrentan los profesionales en su trabajo diario. Este libro se centra en el análisis de las habilidades de adaptación y las habilidades sociales, para facilitar la elaboración de programas para el aprendizaje de conductas de integración comunitaria. Asimismo, analiza las conductas adaptativas y los trastornos psicopatológicos, para llevar a cabo programas de intervención educativa.

Enlaces Web comentados. Asociaciones, federaciones confederaciones y centros sobre discapacidad en España.

En este apartado ofrecemos direcciones de Internet relacionadas con la discapacidad intelectual.

- FEAPS. Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con retraso mental.

<http://www.feaps.org/>.

Publica: Siglo Cero.

- AESPW. Asociación Española para el síndrome de Prader-Willi.

<http://www.prader-willi-esp.com/>

- INCLUSION EUROPE. Asociación Europea de la Liga Internacional de Sociedades para Personas con retraso mental.

<http://www.inclusion-europe.org>

- “<http://www.down21.org/>”

Página de la fundación Iberoamericana Down21.

- “<http://www.sindromedown.net>”

Página web de la Federación Española de instituciones para el síndrome de Down.

- AEDES. Asociación Española para la Educación Especial.

<http:ctv.es/USER/aedes>.

Publica: Educación, desarrollo y diversidad.

- DISCAPNET.

<http://www.discapnet.es>

Portal sobre la discapacidad: legislación, accesibilidad, libros y noticias.

- www.jumperocio.com.

[@jumperocio.com](http://www.jumperocio.com).

Jumperocio. Puente de comunicación para personas con discapacidad psíquica.

La página tiene un foro para padres y/o tutores.

Foro para asociaciones y fundaciones.messenger, video llamadas, Chat, documentos compartidos, etc.

Glosario de términos.

Retraso mental

El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

Inteligencia

La inteligencia es una capacidad mental general. Incluye el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, la rapidez del aprendizaje y el aprender de la experiencia.

Aunque este lejos de ser perfecto, el funcionamiento intelectual tiene su mejor representación en las puntuaciones de CI cuando se obtienen de instrumentos de evaluación adecuados.

Conducta adaptativa

La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y práctica que han sido aprendidas por las personas para funcionar en sus vidas diarias. Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la capacidad de responder a cambios vitales y a demandas ambientales.

Apoyos

Los apoyos son recursos y estrategias destinadas a promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de una persona y que incrementan su funcionamiento individual.

Discapacidad

La discapacidad es la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual en un contexto social y representa una desventaja sustancial para el individuo.

Contexto

El contexto describe las condiciones interrelacionadas donde las personas viven sus vidas cotidianas. El contexto visto desde una perspectiva ecológica implica al menos tres niveles diferentes a) el entorno social inmediato, que incluye a la persona, a la familia. (microsistemas) b) el vecindario, la comunidad,

las organizaciones que ofrecen servicios educativos etc. (mesosistemas) c) Los patrones más amplios de la cultura, la sociedad, la población amplia, el país, las influencias socio-políticas. (microsistemas).

Actividades.

Actividades de reflexión.

1. De todas las definiciones sobre la discapacidad intelectual ¿Cuál coincide más con las observaciones que tú has realizado con los niños con discapacidad intelectual?
2. Señala algunas características que presentan estos alumnos.
3. ¿Qué actuaciones debes realizar cuando en tu clase detectas que un niño puede tener una discapacidad intelectual?
4. Para hacer un diagnóstico válido de un niño con discapacidad intelectual además del C.I. ¿que otros aspectos tenemos que tener en cuenta?
5. Analiza las diferentes teorías sobre la discapacidad intelectual y piensa cual es la que te parece más interesante y ¿Por qué?
6. Quien nos debe de proporcionar la información necesaria, para realizar una intervención adecuada con niño que presente discapacidad intelectual.
7. Que considera el DSM4-TR como “retraso mental de gravedad no especificada.”

Actividades de aplicación.

1. Indica qué factores de riesgo mantienen la situación actual de un alumno con retraso mental escolarizado en tu Centro y trata de establecer qué actuaciones preventivas podrían haber hecho que su situación actual fuera más favorable.
2. Analiza la situación de dos alumnos con retraso mental escolarizados en tu Centro en diferentes niveles educativos y recoge la información necesaria para completar la siguiente tabla:

	Alumno A	Alumno B
--	----------	----------

Grado de retraso mental.		
NCC en lengua castellana y literatura.		
NCC en matemáticas		
Adaptación social		

Comenta brevemente la evolución de cada alumno desde su ingreso en el Centro.

3. Indica qué apoyos preventivos, deberían utilizarse en un caso en el que concurren los siguientes factores de riesgo:

Categoría	Factores de riesgo	Apoyos preventivos
Biomédica	Síndrome de alcohol fetal	
Social	Pobreza familiar. Vivienda en condiciones inadecuadas. Escasa habilidades para la atención de los hijos.	
Conductual	Padres alcohólicos. Maltrato o abandono infantil.	
Educativa	Desconocimiento del caso por los servicios de atención temprana	
Interacción entre factores de riesgo	La falta de medios y el consumo de alcohol facilitan la falta de cuidados prenatales y el síndrome de alcohol fetal	

4. Si hay algún niño con discapacidad en tu centro, recoge información sobre su desarrollo del lenguaje y compáralo con el de un niño de la clase que no presente discapacidad.

5. Resume el nivel de desarrollo actual en habilidades sociales de tu alumno con discapacidad intelectual, teniendo en cuenta la información aportada por otras (padres, otros profesores, alumnos)

Autoevaluación. Test de 10 preguntas con 4 posibles respuestas

1. Los niños considerados límites. Presenta un C.I.

1. Entre 70 y 50.
2. Entre 50 y 35.
3. Entre 70 y 80.
4. Menos de 35

2. El Plon-R.es una prueba de:

- 1 Inteligencia.
- 2 Motricidad.
- 3 Adaptación social.
- 4 Lenguaje

3. La prematuridad en la discapacidad intelectual puede ser un factor de riesgo

- 1 Biomédico.
- 2 Social.
- 3 Conductual.
- 4 Educativo.

4. En que siglo se empieza a diferenciar el retraso mental de otras alteraciones

- 1 Siglo XVII
- 2 Siglo XIX
- 3 Siglo XVII
- 4 Siglo XX.

5. En los contextos socioculturales menos favorecidos existe:

1. Una mayor tasa de alumnos con retraso mental con una causa biológica identificada.
2. Una mayor tasa de alumnos con retraso mental con una causa biológica no identificada.
3. Dificultad para establecer diferencias como las contempladas en las respuestas 1 y 2
4. Diferencias entre las causas más frecuentes del retraso mental en unos sectores geográficos y otros.

6. Los alumnos con retraso mental moderado:

1. En la edad adulta suelen ser totalmente autónomos.
2. Suelen alcanzar los objetivos de la E. Primaria.
3. Suelen tener buenas destrezas motoras.

4. Se comunican verbalmente.

7. Para el diagnóstico del retraso mental, en general, existe acuerdo en que este ha de manifestarse

1. Antes de la escolaridad.
2. Alrededor de la pubertad.
3. Antes de los 18 años.
4. Antes de la inserción laboral del sujeto.

8. Para la evaluación de los alumnos con retraso mental las pruebas psicometricas:

1. Son los instrumentos que nos permiten obtener una información completa sobre las características del alumno.
2. Tienen escasa utilidad.
3. Aportan información importante que debe completarse con la obtenida a partir de otras fuentes.
4. Tienen más utilidad cuando se tratan de alumnos con menor edad.

9. El lenguaje en la persona con retraso mental:

1. Esta muy alterado en general.
2. Esta más alterado conforme aumenta el retraso mental.
3. Varía mucho en su desarrollo de un individuo a otro.
- 4 Presentan déficit articulatorio como la característica más relevante.

10. En general, los alumnos con discapacidad intelectual:

1. Presentan graves retrasos en el desarrollo motor.
2. Presentan con gran frecuencia problemas de comportamiento.
3. Necesitan muchas sesiones de apoyo especializado.
4. Tienen dificultades para generalizar los aprendizajes.