

TEMA 3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Contenidos:

1. Introducción. Pinceladas históricas.
2. Definición y clasificación.
3. Características psicológicas.
4. Etiología. Modelos explicativos.
5. Diagnóstico y tratamiento.
6. Intervención educativa.
7. Desarrollo del niño con Síndrome de Down.

Bibliografía y materiales complementarios:

- Castejón, J.L y Navas, L (Eds.) (2007): *Unas bases psicológicas de la Educación Especial* (Cap.12). ECU, Madrid.
 - Domínguez, A (2011): *Guía para la atención educativa de los alumnos y alumnas con discapacidad psíquica asociada al retraso mental*. Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia.
 - Gómez Vela, M. *Retraso mental y necesidades educativas especiales*. III Congreso “La atención a la diversidad en el sistema educativo”. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
 - Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano de M.A. Verdugo y C. Jenaro (en prensa). Madrid: Alianza Editorial].
 - Orientared (2012): *Síndrome de Down. Trisómico 21*. en [http:// orientared.com](http://orientared.com) (marzo 201
 - Síndrome de Down - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (2018, 8 de marzo). Mayo Clinic - Mayo Clinic. Recuperado el 11 de febrero en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/down-syndrome/symptoms-causes/syc-203559772>.
 - Verdugo, M.A (2003): *Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR,2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad*. Congreso Internacional sobre escuela inclusiva y discapacidad intelectual. Donosti.
-

Videos y guías de recursos: <http://profeblog.es/blog/joortiro/category/discapacidad-intelectual/> . <http://www.youtube.com/watch?v=iQyZYRwTZeU>

1. Introducción. Pinceladas históricas.

La manera de entender y atender hoy en día la discapacidad no se limita al ámbito teórico, sino también al escenario práctico ya que determina la necesidad de reestructurar aquellas políticas, prácticas, actitudes y normativas que dificultan la plena **participación en la sociedad de las personas con discapacidad** (Aristizábal, 2021). Lejos quedó la visión comprensiva de la discapacidad como una deficiencia intrínseca al individuo valorada en términos de menor rendimiento y actividad cotidiana respecto de la norma, donde el diagnóstico subyugaba sus vidas (Aparicio, 2009). Esa visión categorizadora, estigmatizadora y alienante de las personas con discapacidad en función del “criterio que faltaba”, llevó a la introducción de medidas rehabilitadoras para “paliar el déficit” y a valorar a las personas con discapacidad en función a lo que los demás hacían por ellos, presuponiendo su escasa o nula capacidad para actuar como el principal agente causal de su propia vida y mantener o mejorar su calidad de vida. El objetivo de las prácticas, actitudes y normativas de entonces residía en intentar convertir a la persona con discapacidad en lo que los demás consideraban normativo o típico, sin “defectos” o, al menos, que éstos no fueran apreciables. Esta visión de la discapacidad obviaba algo esencial: **la integridad de la persona, digna y con derechos** (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022).

A finales del siglo XX surgen nuevas formas de pensar acerca de la discapacidad, desdibujándose una **ruptura radical con el modelo médico-asistencial tradicional (paradigma del déficit)**. Uno de los grandes impulsores de este cambio conceptual fue promovido por la entonces llamada **Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR, 1992)**. La discapacidad deja de considerarse algo inherente al individuo, para pensarse como **un proceso dinámico** resultado del desajuste en la interacción entre las características de la persona y las demandas del entorno. La discapacidad intelectual se comprende desde **un enfoque multidimensional** caracterizado por una serie de limitaciones funcionales tanto en el desempeño de roles como de tareas, que surgen como resultado de la interacción de dimensiones personales y contextuales (i.e., Dimensión I. Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas; Dimensión II. Consideraciones psicológicas/emocionales; Dimensión III. Consideraciones físicas/de salud/etiológicas y; Dimensión IV. Consideraciones ambientales). El planteamiento requiere por tanto del **diseño e implementación de estrategias de apoyo individualizados** con el objetivo de optimizar el funcionamiento humano de la persona con discapacidad y su calidad de vida (De Ploy y Gilson, 2004; Hahn y Hegamin, 2001; Rioux, 1997; Schalock, 2004; Wehmeyer et al., 2008). Comienza el denominado **paradigma de los apoyos**. Los sistemas de apoyo son la red interconectada de apoyos, es decir, de recursos y estrategias (centrados en la persona, coordinados, comprensivos y orientados a resultados) cuyo objetivo es promover el desarrollo y los intereses de una persona y mejorar su funcionamiento individual y bienestar (Schalock et al., 2021).

Progresivamente, la Asociación Americana va perfeccionando el modelo (2002/2010). Introduce la participación de las personas con discapacidad dentro del enfoque multidimensional, cambia la terminología eliminando “retraso mental” y renombrándose como

Trastornos del desarrollo.

Tema 3. Discapacidad Intelectual

“discapacidad intelectual”, e incluso la propia **Asociación pasa a llamarse Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD)**, por sus siglas en inglés). Matizan y/o modifican los aspectos de clasificación de la discapacidad intelectual y los apoyos se convierten en el eje vertebrador de todo el modelo.

La discapacidad es, por tanto, un fenómeno complejo resultado de la interacción de la persona y sus condiciones de vida en un determinado contexto, interacción afectada positivamente por **los apoyos individualizados y centrados en la persona con discapacidad y sus necesidades**. Así, se sitúa **al individuo en el centro** de todas las decisiones que afecten a su vida y ubica el núcleo del problema fuera de la persona, desempeñando los apoyos un papel imprescindible en posibilitar un nivel de independencia, relaciones, contribuciones, participación en los contextos de vida típicos y el bienestar y calidad de vida de la persona (Aristizábal, 2021). Esta manera de entender a las personas con discapacidad implica además reconocerlas como **sujetos de derecho y con derechos (recogido así en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006)**, y lleva implícito que la persona con discapacidad sea el protagonista y agente central de la propia vida de modo que dirige las propias acciones para vivir según sus preferencias y objetivos personales (i.e., autodeterminación). Esta visión actualizada de la discapacidad intelectual, se detalla en el epígrafe siguiente donde se abordan los distintos procesos implicados en la conceptualización actual.

2. Definición y clasificación:

2.1. Modelo multidimensional del funcionamiento humano y paradigma de apoyos

La AAIDD define actualmente la discapacidad intelectual (DI) como un estado de funcionamiento resultado de la interacción entre las habilidades de la persona (intelectuales y adaptativas) y las demandas del entorno (incluyendo sus características de salud, su contexto y los roles que desempeña), e incorpora que lo más relevante en esta conceptualización son las necesidades de apoyo, entendiendo que el funcionamiento de la persona puede mejorar si se proporciona el sistema de apoyos adecuado (Schalock et al., 2010; Schalock, Luckasson y Tassé, 2021). Subraya la existencia de fortalezas y debilidades en todas las personas, subrayando la necesidad de recopilar información no solo del funcionamiento intelectual, sino también de otros elementos y dimensiones relevantes (i.e. conducta adaptativa, salud, participación, entorno, necesidades de apoyo, autodeterminación, conducta...) con el objetivo de determinar los apoyos que la persona necesita para optimizar su funcionamiento y calidad de vida.

Esta manera de conceptualizar la DI se entiende como **el modelo multidimensional de funcionamiento humano (Figura 1)**. Se establecen cinco dimensiones (i.e., habilidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, participación y contexto) que influyen en la actividad de la persona (Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2021). Estas dimensiones interactúan de manera dinámica entre ellas y son mediadas al mismo tiempo por el rol de los apoyos ya que suponen la introducción de estrategias que permiten alcanzar la mejora del funcionamiento y de la calidad de vida de la persona (Verdugo, Guillen y Vicente, 2014).

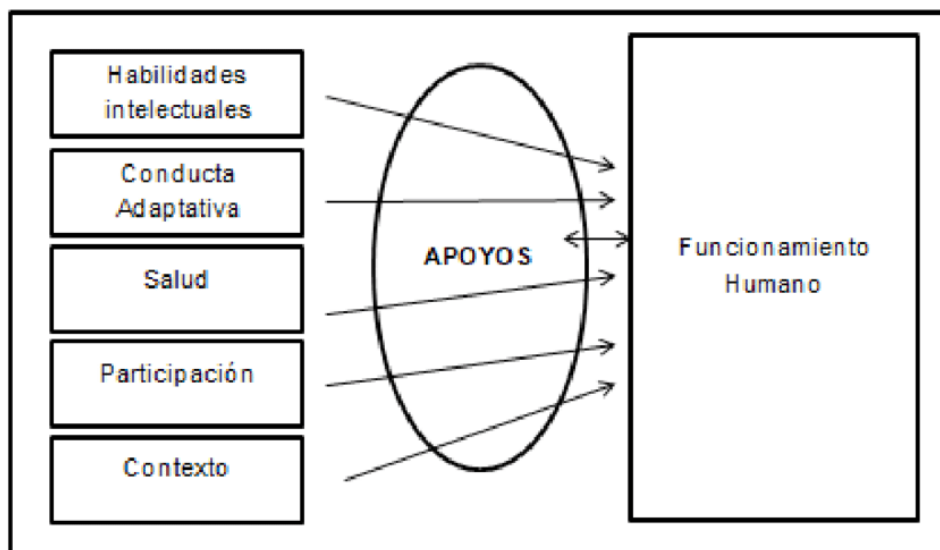


Figura 1. Modelo del funcionamiento humano (Schalock et al., 2021)

Tal y como describe Vicente (2023), los apoyos constituyen un elemento esencial en esta conceptualización y tienen una relevancia sustancial en las propuestas de intervención o evaluación. El funcionamiento en cada una de las dimensiones contempladas está mediado por los sistemas de apoyo recibidos que deben ser ajustados e idóneos a las necesidades del individuo (Verdugo, 2003). De este modo, en la valoración de la DI y en la provisión de sistemas de apoyo se tienen en cuenta las circunstancias sociales e histórico-culturales de la persona, la perspectiva desde la que se valora una determinada conducta, o el ambiente físico, social o actitudinal en el que se desarrolla. Así mismo, se asume una concepción dinámica (cambiante) e interactiva del contexto con relación al sujeto, de forma que la influencia puede ser bidireccional, destacando el papel activo de éste en su propio desarrollo y funcionamiento. La provisión de apoyos adecuados debe generar mayores oportunidades de participación social, incrementar la autonomía y las oportunidades de contribuir significativamente a la comunidad, mejorar las interacciones, las habilidades sociales y la satisfacción personal.

2.2. Diagnóstico de discapacidad intelectual

Schalock et al. (2010) señalan que la evaluación de la DI desde un enfoque multidimensional, acorde al actual paradigma de apoyos, tendría tres funciones diferenciadas: diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos individualizados. Aquí se va a profundizar en las dos primeras funciones (i.e., diagnóstico y clasificación).

Teniendo en mente el modelo del funcionamiento humano, la AAIDD propone una definición operativa de la DI que establece los criterios que delimitan el concepto, determinando lo que es y no es la DI, y que ha influido en gran medida en los distintos sistemas de diagnóstico y clasificación existentes (APA, 2014; OMS, 2018). La definición operativa establece los límites del término, es decir, separa lo que está incluido dentro del mismo de lo que está fuera. Una definición operativa de DI incluye: a) la definición actual y las premisas subyacentes; b) los límites del constructo; y c) el 'error típico de medida' para establecer un intervalo de confianza estadística dentro del cual se encuentran las puntuaciones verdaderas de las personas (Schalock y Verdugo, 2010). **Desde este enfoque ecológico y multidimensional se establecen como criterios diagnósticos de la DI: (a) la presencia de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y (b) en la conducta adaptativa, expresada en habilidades**

conceptuales, sociales y prácticas (Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2021). **Así mismo, considera que (c) estas condiciones deben aparecer durante el desarrollo antes de los 22 años** (Schalock et al., 2021):

- (a) Para determinar si **las limitaciones en el funcionamiento intelectual son “significativas”** para diagnosticar DI (Schalock et al., 2010; Verdugo et al., 2014) se establece como punto de corte obtener una puntuación de Cociente Intelectual (CI) de aproximadamente **dos desviaciones típicas por debajo de la media**, considerando el error típico de medida (ETM) de los instrumentos. Este criterio equivale a una puntuación de CI igual o inferior a 70, a la que hay que sumar o restar el ETM (el cual depende de la estandarización del test de medida utilizado, oscilando generalmente de 3 a 5 puntos). Para obtener esta información pueden utilizarse distintas pruebas estandarizadas, actualizadas y baremadas en español, que ofrecen una puntuación CI global y puntuaciones relativas a diversas áreas específicas (comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).
- (b) Por su parte, **el criterio de limitaciones “significativas” en conducta adaptativa** para diagnosticar DI se refiere a constatar en la persona un desempeño que sea aproximadamente **dos desviaciones típicas por debajo de la media** en: **1) al menos uno de los tres tipos de conducta adaptativa: conceptual, social o práctica, o 2) en una puntuación general en una medida estandarizada de conducta adaptativa**. Al igual que con el criterio de funcionamiento intelectual, el ETM del instrumento de evaluación debe considerarse cuando se interpreta la puntuación obtenida por la persona.

Con pequeños matices, los mismos criterios diagnósticos se recogen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2014) y DSM-5-TR (2022), que denomina la DI como **trastorno del desarrollo intelectual** (definición diagnóstica). El DSM-5 propone además otras dos categorías para casos específicos:

- **Retraso global del desarrollo** para niños menores de 5 años que no cumplen los hitos del desarrollo relacionados con el funcionamiento intelectual y adaptativo, pero cuyo nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable, de modo que debe volver a valorarse después de un tiempo; y
- **Trastorno del desarrollo intelectual no especificado**, para individuos mayores de 5 años cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual mediante procedimientos disponibles es difícil o imposible debido a sus deterioros asociados (de tipo sensorial, físico o presencia de problemas de comportamiento graves o trastorno mental). Este diagnóstico sólo se utilizará en circunstancias excepcionales.

En esta misma línea, la CIE-11 (Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, OMS, 2018) se sustenta igualmente en la actual conceptualización de la DI propuesta por la AAIDD y utiliza la misma nomenclatura que el DSM-5 y DSM-5-TR. Desde la CIE-11, un trastorno de desarrollo intelectual es una afección que se origina durante el período de desarrollo y se caracteriza por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio. La CIE-11 propone una sola categoría adicional (**trastorno del desarrollo intelectual provisional**), que se aplicaría en casos de sospecha de DI en menores de 4 años o en los casos en los que no es posible realizar una evaluación válida por dificultades sensoriales o físicas.

No obstante, la evaluación no debe limitarse exclusivamente a establecer los límites del término. Establecido el diagnóstico de DI, es necesario definirla además en términos de

limitaciones en el funcionamiento humano con una perspectiva multidimensional y socioecológica (definición constitutiva), acentuando el rol significativo que los apoyos individualizados desempeñan en la mejora del funcionamiento humano.

Sin pretender entrar en el debate de la necesidad y utilidad de establecer clasificaciones en relación con la DI, desde la AAIDD se propone un sistema de clasificación multidimensional en el que se deben tener en cuenta tres propósitos distintos (Schalock et al., 2021). Estos tres propósitos implican describir: (a) la intensidad de las necesidades de apoyo de la persona; (b) el alcance de las limitaciones del comportamiento adaptativo en habilidades conceptuales, sociales y prácticas; y (c) el alcance de las limitaciones en el funcionamiento intelectual. Veamos este sistema de clasificación de la DI.

2.3. Clasificación de la DI

La AAIDD se propone un sistema de clasificación multidimensional íntimamente ligado a los propósitos o fines para los que se precise realizar una clasificación de DI (Schalock et al., 2021). Por ejemplo, si el propósito es determinar las asignaciones presupuestarias individuales y hacer coincidir las necesidades con los recursos, entonces la clasificación en subgrupos debe hacerse en función de la intensidad de las necesidades de apoyo. Sin embargo, si el propósito es realizar una investigación sobre problemas asociados con el funcionamiento intelectual o el comportamiento adaptativo, la clasificación se podrá realizar sobre la base de factores de riesgo, niveles de funcionamiento intelectual o de conducta adaptativa (Tabla 1).

Tabla 1. Sistemas de clasificación

Clasificación basada en las necesidades de apoyo		Clasificación basada en la conducta adaptativa		Clasificación basada en el funcionamiento intelectual	
	<i>Percentiles</i>		<i>Puntuaciones estandarizadas en conducta</i>		<i>Puntuaciones estandarizadas de CI</i>
<i>Categorías</i>	<i>necesidades de apoyo</i>	<i>Categorías</i>	<i>adaptativa</i>	<i>Categorías</i>	<i>CI</i>
Intermitente	0 – 25	Leve	50/55 – 70/75	Leve	50/55 – 70/75
Limitado	26 – 50	Moderado	40/45 – 50/55	Moderado	40/45 – 50/55
Extenso	51 – 76	Severo	25/30 – 40/45	Severo	25/30 – 40/45
Generalizado	> 76	Profundo	< 20/25	Profundo	< 20/25

2.3.1. Según la propuesta de la AAIDD se proponen cuatro niveles para describir la intensidad de las **necesidades de apoyo** (Schalock et al., 2021), categorías que deben hacerse a partir de las puntuaciones percentiles obtenidas al usar una escala de evaluación de necesidades de apoyo.

- El nivel más bajo de intensidad de apoyo correspondería a la categoría "**necesidades de apoyo intermitentes**", es decir, cuando sea necesario, y se define operativamente con una puntuación percentil entre 0 y 25.
- El siguiente nivel de "**necesidades de apoyo limitadas**" entendido como apoyos temporales pero intensos, con una duración determinada, y específica se correspondería con puntuaciones percentiles entre 26 y 50.
- Las "**necesidades de apoyo extensas**" implicarían tener puntuaciones percentiles entre 51 y 75. Son apoyos regulares, de implicación diaria en algunos entornos, y sin limitación temporal.

- El nivel más alto de intensidad de apoyo, es decir, "**necesidades de apoyo generalizado**", se establece con puntuaciones percentiles superiores a 76. Estas necesidades pueden llegar a ser persistentes e implicar apoyos en todos los ámbitos, o solo en algunos y requerir un apoyo limitado, extenso o generalizado.
- 2.3.2. Por su parte, con relación al sistema de categorías basado en las **limitaciones en el funcionamiento intelectual**, aunque podría considerarse ya obsoleto y lejano a la actual conceptualización de la DI, la realidad es que sigue utilizándose en muchos contextos como en la investigación. Se emplean las mismas cuatro categorías: leve, moderado, severo y profundo, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en pruebas que evalúan el CI.
- 2.3.3. El sistema de clasificación basado en las limitaciones en **conducta adaptativa** establece cuatro categorías: leve, moderado, severo y profundo obtenidas a partir de las puntuaciones estandarizadas obtenidas en pruebas de evaluación que proporcionen información sobre la persona en cada una de las habilidades que componen el concepto (i.e., habilidades sociales, conceptuales y prácticas) o en las tres en conjunto.

El DSM-5 (APA, 2014) y DSM-5-TR (APA, 2022) recogen la idea de superar sistemas de clasificación y evaluación basados en el nivel de CI, para utilizar un enfoque basado en el nivel de conducta adaptativa, manteniendo las cuatro categorías (leve, moderada, severa y profunda). La principal diferencia respecto a lo descrito por la AAIDD es que, para determinar cada uno de estos niveles, ofrece una descripción sobre el funcionamiento de la persona en las distintas habilidades prácticas, sociales y conceptuales de la conducta adaptativa en vez de una puntuación estandarizada (Tabla 2). De manera similar, la CIE-11 (OMS, 2018) proporciona también una descripción basada en el nivel de conducta adaptativa para cada una de ellas, añadiendo un criterio cuantitativo basado en el percentil obtenido en pruebas de evaluación del funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa.

Tabla 2. Clasificación de DI según el DSM-5 y DSM-5-TR

Nivel de gravedad	Área conceptual	Área social	Área práctica
Leve	Para niños preescolares, puede no haber diferencias conceptuales obvias. Para niños en edad escolar y adultos, hay dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas como la lectura, la escritura, la aritmética, el control del tiempo, o del dinero, y se necesita apoyo en una o más áreas para cumplir con las expectativas relacionadas con la	Comparado con personas de su misma edad, los individuos son inmaduros en las interacciones sociales. Por ejemplo, pueden tener dificultades para percibir de una forma válida las claves de la interacción social con iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje es más concreto o in- maduro del esperado por su edad. Puede haber dificultades en la regulación de las emociones y la conducta apropiada para su edad, dichas dificultades se aprecian en las situaciones de	El funcionamiento del individuo puede ser adecuado para la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan algún apoyo en las tareas complejas de la vida diaria en comparación con sus coetáneos. En la vida adulta, los apoyos típicamente incluyen hacer las compras de la comida, el transporte, la organización de la casa y del cuidado de los niños, preparación de una comida saludable, arreglar asuntos bancarios y el manejo del dinero. Las habilidades de ocio se

	<p>edad. En adultos, está disminuido el pensamiento abstracto, la función ejecutiva (ej. planificación, establecer estrategias o prioridades y flexibilidad cognitiva), y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas (ej. lectura, manejo del dinero). Hay un planteamiento más concreto a la hora de solucionar los problemas de lo esperado para personas de su misma edad.</p>	<p>interacción con iguales. Hay una comprensión limitada para situaciones de riesgo en situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para su edad, y la persona corre el riesgo de ser manipulado por otras personas (inocencia, credulidad).</p>	<p>parecen a las de sus iguales, también lo relacionado con tomar decisiones sobre la organización de las actividades de ocio requiere apoyo. En la vida adulta el desempeño laboral es bueno en trabajos que no tienen mucho peso en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan apoyo para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud o decisiones legales, y para aprender a ejecutar habilidades vocacionales competentemente. El apoyo es típicamente necesario para formar una familia</p>
<p>Moderado</p>	<p>A través de las distintas etapas del desarrollo, los individuos muestran un marcado déficit con respecto a lo esperado para las personas de su edad. Para los preescolares, el lenguaje y las habilidades pre académicas se desarrollan más lentamente. Para los niños en edad escolar, el progreso en lectura, escritura, matemáticas, y la comprensión del tiempo y el dinero ocurre más lentamente a través de los años escolares y es marcadamente limitada en comparación con la de sus iguales. Para los adultos, las habilidades académicas se desarrollan en un nivel elemental, y requieren de apoyo para el uso de dichas habilidades en el trabajo y en su vida</p>	<p>El individuo muestra una marcada diferencia con respecto a sus iguales en la conducta social y comunicativa. El lenguaje hablado es típicamente una herramienta primaria para la comunicación social, pero es mucho menos compleja que la de sus iguales. La capacidad para las relaciones es evidente en los lazos familiares y las amistades, y los individuos pueden tener éxito en crear amistades a lo largo de su vida e incluso a veces en establecer relaciones románticas en la vida adulta. Aunque, los individuos pueden no percibir o interpretar las claves sociales de una forma correcta. Los juicios sociales y las aptitudes para la toma de decisiones están limitada,</p>	<p>El individuo puede cuidar de sus necesidades personales como comer, vestirse, higiene personal como un adulto, aunque requiere de un período extenso de enseñanza y lleva tiempo que la persona pueda ser independiente en estas áreas, y puede necesitar de tener que recordárselas. De manera similar, la participación en las tareas domésticas puede ser conseguida por un adulto, aunque implique extensos períodos de enseñanza, y posteriores apoyos para alcanzar un nivel esperado para los adultos. Puede conseguir un trabajo independiente en empleos que requieran unas limitadas habilidades conceptuales y de comunicación, pero</p>

cotidiana. La asistencia en el día a día se basa en la necesidad de completar las tareas conceptuales de la vida diaria, e incluso otras personas pueden llevar completamente dichas responsabilidades.

y los cuidadores deben asistir a la persona en las decisiones de la vida diaria. Las amistades desarrolladas típicamente con iguales están a menudo afectadas por las limitaciones en la comunicación y sociales. Se necesita un apoyo significativo para el éxito en situaciones sociales o de comunicación.

es necesario un importante apoyo por parte de los compañeros de trabajo, supervisores, y otras personas para conseguir alcanzar las expectativas sociales, en los aspectos complejos del trabajo, y las responsabilidades asociadas tales como la programación, el transporte, los cuidados para la salud, y el manejo del dinero.

Pueden desarrollarse una variedad de habilidades para el ocio. Típicamente requiere apoyo adicional y necesita de oportunidades de aprendizaje a través de un período extenso de tiempo. La conducta no adaptativa está presente en una minoría significativa, causando problemas sociales.

Grave	Está limitada la consecución de habilidades conceptuales. El individuo generalmente tiene una escasa comprensión del lenguaje escrito o de la comprensión de los números, para cantidades, el tiempo y el dinero. Los cuidadores aportan un intenso apoyo para la solución de problemas a través de la vida.	El lenguaje hablado es bastante limitado en términos de vocabulario y gramática. El habla puede consistir en simples palabras o frases y puede ser complementada por estrategias aumentativas. El habla y la comunicación están centradas en el aquí y el ahora de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje es utilizado para la comunicación social más que para dar explicaciones. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. Las relaciones con los miembros de la familia es una fuente de placer y ayuda.	El individuo requiere apoyo para todas las actividades de la vida diaria, incluyendo comida, vestido, baño y aseo. El individuo requiere supervisión todo el tiempo. El individuo no puede tomar decisiones responsables sobre su bienestar o el de otros. En la vida adulta, la participación en tareas en casa, de ocio y trabajo requiere un apoyo y asistencia. La adquisición de habilidades en todos los dominios incluye una enseñanza durante largo tiempo y apoyo. La conducta desadaptada, incluyendo autolesiones, está presente en una significativa minoría.
Profunda	Generalmente las habilidades conceptuales involucran al mundo físico más que procesos	El individuo tiene muy limitada la comprensión de la comunicación simbólica mediante el	El individuo depende de otras personas para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud, y la

simbólicos. El individuo puede usar objetos para el autocuidado, el trabajo, y el ocio. Puede adquirir ciertas habilidades visoespaciales, tales como emparejamientos y clasificaciones basadas en características físicas. Aunque, deficiencias motoras o sensoriales pueden impedir el uso funcional de objetos.	habla o gestos. Pueden comprender instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa sus propios deseos y emociones largamente a través de la comunicación no verbal, no simbólica. El individuo puede relacionarse con miembros de la familia, cuidadores y otros familiares bien conocidos, e iniciar y responder a las interacciones sociales a través de las claves gestuales y emocionales. Las deficiencias sensoriales y físicas pueden impedir muchas actividades sociales.	seguridad, aunque pueden ser capaces de participar en alguna de estas actividades. Los individuos sin deficiencias físicas graves pueden asistir a algunas de las tareas diarias de casa, como poner la mesa. Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de su participación en algunas actividades vocacionales con altos niveles de apoyo. Actividades de ocio pueden incluir, por ejemplo, escuchar música, ver películas, pasear, o ir a la piscina, todas con el apoyo de otros. Las deficiencias físicas y sensoriales son frecuentes barreras para la participación en actividades en casa (más que la mera observación), para el ocio, u ocupacionales. Conductas desadaptadas están presentes en una minoría significativa.
--	---	---

Extraído de

<http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20%20Novidades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>

3. Características psicológicas:

3.1. Características cognitivas:

Cociente Intelectual inferior a 70.

Déficit en la capacidad para aprender caracterizado por deficiencias en la cantidad de información que pueden procesar de una vez; en persistir y alcanzar la solución a problemas; en utilizar diversas estrategias para solucionar problemas.

Déficit en utilizar capacidades como metacognición y memoria.

Déficit en atención caracterizado por problemas al dirigir su atención, mantenerla y prestar atención selectiva.

Déficit en la capacidad de generalización o *transferencia de capacidades*.

3.2. Características del lenguaje y la comunicación:

Aparecen problemas de lenguaje con más frecuencia que en niños “normales”:

Se dan especialmente en la articulación, en casos como el SD: debido al tamaño de la lengua, o a la musculatura facial, o a alteraciones morfológicas en órganos fonatorios y aparato respiratorio.

Además de estos problemas cabe destacar los siguientes:

- Retraso en el ritmo al que adquieren el lenguaje.
- Vocabulario limitado.
- Tendencia a usar un número limitado y más simple de construcciones gramaticales.

Aparecen también déficit en las habilidades de comunicación no verbal:

- Proximidad, gestos -sonreír- y contacto ocular, o diferencias en la frecuencia de uso de tales habilidades.

3.3. Características del desarrollo físico:

Pueden presentar menor peso y menor estatura.

Habilidades motoras más pobres.

Problemas más frecuentes relacionados con la salud a medida que aumenta el retraso mental. Por ejemplo, en el SD son frecuentes los defectos estructurales en el corazón, mayor sensibilidad a infecciones respiratorias, dificultades visuales y de audición...

3.4. Características sociales y emocionales:

Determinados rasgos personales y /o físicos pueden afectar el grado de aceptación del niño en su grupo de referencia.

Pueden experimentar dificultades en su relación con sus compañeros, presentar baja autoestima, falta de motivación, dificultades académicas, etc.

Pueden aparecer dificultades en el manejo de la frustración, que a su vez provoca más problemas con otros adultos y el profesor, por ejemplo.

Pueden presentar también conductas desadaptativas como auto estimulatorias y agresivas.

Pueden presentar también «conductas inmaduras»: llorar fácilmente, baja tolerancia a la frustración, hacer cosas socialmente inapropiadas, etc., son posibles señales de la falta de control sobre sus emociones.

3.5. Importancia del entorno familiar:

La mayor o menor demora en la identificación y atención puede afectar el tiempo que transcurre hasta que se le suministra al niño ya la propia familia la ayuda pertinente.

La familia puede reaccionar «positivamente» mediante aceptación y compromiso (con la atención adecuada podemos normalizar su desarrollo) o bien incrementar resistencia y negación (miedo a lo desconocido, ideas erróneas acerca de las posibles limitaciones y consecuencias, rechazo familiar y/o social, etc.)

4. Etiología

Encontramos una serie de factores predisponentes o de riesgo entre los que destacan los siguientes: Edad de los padres y consanguineidad; padres portadores de reagrupamientos genéticos; factores socioeconómicos y culturales desfavorecidos; factores nutricionales...

4.1. Causas genéticas determinantes:

Junto a estos factores de riesgo, se observan una serie de causas que sí serán **determinantes** entre las que destacamos:

- **Aberraciones cromosómicas- vinculadas al sexo:**
 - Síndrome de Klinefelter (XXY). 1/1000 hombres
 - Apariencia femenina, pene y testículos pequeños, esterilidad, baja pulsión sexual, escaso pelo corporal, pechos prominentes
 - Síndrome de Turner (XO).1/10.000 mujeres
 - Ausencia de ovarios funcionales, desarrollo incompleto de órganos genitales internos y externos, piel floja, cuello corto, pezones espaciados, corta estatura, sordera.
 - Síndrome de X frágil. Trastorno de causa genética hereditario ligado al cromosoma X, constituye después del síndrome de Down la causa más frecuente de retraso mental de origen genético
- **Aberraciones cromosómicas – no vinculadas al sexo:**
 - Síndrome de Down: 1/700 (1/40 en madres de más de 40 años)
 - Síndromes de Patau: Trisomía 13. 1/20.000 Letal en el primer año de vida.
 - Síndrome de Edwards: o Trisomía 18. Más frecuente en la mujer. Retraso mental y pondero-estatural. Malformaciones de los órganos funcionales.
- **Anormalidades de genes dominantes específicos (muy poco frecuentes)**
 - Sturge-Weber, Esclerosis Tuberosa, Neurofibromatosis, Osteodistrofia.

Trastornos del desarrollo.

Tema 3. Discapacidad Intelectual

- **Anormalidades de genes recesivos específicos (muy poco frecuentes)**
 - Metabolopatías. Glucogenosis, Lipidosis, Mucopolisacaridosis (Acumulación excesiva de hidratos de carbono, lípidos o proteínas). Enfermedad de Tay-Sachs (retardo, parálisis, ceguera y muerte a los 3-4 años) o la Galactosemia.

4.2. Factores prenatales:

Entre los que destacan:

- Bajo peso al nacer, asociado a distintos factores
- Diabetes y enfermedades de la madre: Rubéola y Toxoplasmosis
- (sordera, deficiencias visuales e intelectuales)
- Ingestión de drogas y medicamentos por parte de la madre (síndrome alcohólico fetal: malformaciones y retraso mental).
- Exposición a agentes químicos: plomo o Rayos X

4.3. Factores perinatales:

- Anoxia e hipoxia.
- Traumatismo obstétrico.
- Infecciones durante el parto.

4.4. Factores postnatales:

- Malnutrición. Falta de proteínas
- Infecciones: Meningitis.
- Traumatismos craneales

5. Prevención, diagnóstico y tratamiento.

5.1. Niveles de prevención

5.1.1. **Prevención primaria:** Las actuaciones con la población universal, pueden prevenir de una manera eficaz la aparición de muchos casos de retraso mental y del resto de discapacidades:

- Orientación, planificación familiar y asesoramiento.
- Diagnóstico precoz y prevención desde el inicio del embarazo.
- Atención al embarazo, parto y puerperio.
- Atención a la infancia y adolescencia.
- Higiene y seguridad en el trabajo.
- Seguridad en el tráfico vial.
- Control higiénico y sanitario de los alimentos.
- Control de la contaminación ambiental.

5.1.2. **Prevención secundaria:** Realiza actuaciones sobre población en riesgo de desarrollar un trastorno del desarrollo. Por ejemplo: en niños con fenilcetonuria, pautas de dieta baja en proteínas para evitar que la fenilalanina se acumule en el sistema nervioso. O en niños con galactosemia, pautas de alimentación adecuadas.

5.1.3. **Prevención terciaria:** Dirigida a realizar actuaciones con niños con trastornos diagnosticados, se trata de acciones que limitan las consecuencias negativas de los mismos y mejoran el nivel de funcionamiento evitando también la aparición de problemáticas secundarias. Por ejemplo: Los programas de rehabilitación o la escolarización de niños con discapacidad.

5.2. Diagnóstico:

Frente a concepciones previas, hay que considerar que en la actualidad el diagnóstico es de poca utilidad cuando lo que se pretende es hacer una reeducación o educación, más bien cobra importancia por cuanto a la información que puede aportar para los apoyos que se proporcionarán al niño/a con discapacidad. Puede añadir información cuando incluye factores socioambientales en la medida que pueden resultar modificables.

- **Evaluación de capacidades básicas:** la evaluación e intervención van indisolublemente asociadas. Se evalúa para intervenir, y para intervenir, es preciso haber evaluado.
- **Evaluación Médica** por parte de diferentes especialistas: neurólogo, otorrino, rehabilitador, psiquiatra. Su papel variará en función de si hay déficits físicos, orgánicos, sensoriales o motores asociados al trastorno o no.
- **Evaluación psicopedagógica:** se centra en la valoración de las capacidades psicológicas del niño. Es más importante, a nivel pedagógico, conocer sus **potencialidades** que sus carencias. Existen diversos planteamientos y procedimientos que podemos agrupar del siguiente modo:
 - **Los test mentales:** Pruebas de carácter individual, entre las que se encuentran la Escala de Wechsler (Wipssi y Wisc-R), Stanford-Binet (Thorndike, Hagen y Sattler), etc. En edades tempranas se emplean las escalas de desarrollo, como son las de Gessell o la de Brunet-Lezine.
 - **Escalas para la Evaluación de la Conducta Adaptativa:** Entre las más conocidas se encuentran La Escala de Conductas Adaptativas de la Asociación Americana de la Deficiencia Mental (AAMD-ABS), El Inventario de Desarrollo Battelle, La Guía Portage de Educación Preescolar, La Escala de Madurez Social de Vineland y El Sistema de Evaluación y Registro del Comportamiento Adaptativo en el Retraso Mental West Virginia-UAM.
 - **La evaluación del Potencial de Aprendizaje:** Medida de las posibilidades de crecimiento intelectual de cada sujeto. Se basa en el modelo *test-entrenamiento-test*: modelo dinámico. Existen diferentes instrumentos estandarizados: LPAD (Learning Potential Assessment Device), EPA (Evaluación del Potencial de Aprendizaje) de Fernández-Ballesteros.
 - **Otras alternativas para la medida de la inteligencia:** Batería de Evaluación para Niños de Kaufman que permite la evaluación de la deficiencia por medio de coordenadas psicométricas, adaptativas y socioculturales según el modelo SOMPA de Mercer.

5.3. Tratamiento:

La detección precoz es fundamental. Cuanto antes se detecta el retraso antes se podrá intervenir y adecuar dicha intervención a las características y potencialidades del niño.

Los programas de Atención Temprana (de 0 a 6 años) consisten en una intervención sistemática que proporciona al niño o a la niña las experiencias necesarias para obtener un grado de desarrollo máximo en función de sus posibilidades.

Desde Atención Temprana y en coordinación con la familia y el Centro Educativo se trabajan las siguientes áreas de desarrollo:

- El **área perceptivo-cognitiva** es la que permite captar toda la información que llega del mundo exterior. Las actividades que en ella se realizan sirven para la estimulación de la vista, el oído y el tacto por medio de manipulaciones.
- El **área motora** se centra en actividades que tienen por objeto la mejora de la actividad gruesa y fina, el tono muscular, el control postural, el equilibrio y todo aquello que favorezca un desarrollo motor equilibrado.

- El **área de lenguaje** trata de desarrollar el aparato fono-articulador y de favorecer e implantar todos los repertorios previos al lenguaje, tales como balbuceos, vocalizaciones, etc. Posteriormente, se incrementarán los objetivos hasta conseguir el mayor grado de lenguaje comprensivo y expresivo.
- El **área de socialización** se orienta hacia las actividades que permiten un mayor grado de autonomía personal y de integración social: aseo personal, vestirse, toma de alimentos, etc.

6. Intervención educativa

6.1. Modalidades de escolarización:

La escolarización del alumnado con retraso mental deberá comenzar tan pronto como sea posible, debiendo realizarse en función de los criterios de carácter técnico contenidos en el dictamen de escolarización, que debe tener en cuenta las posibilidades de integración en el sistema ordinario, ya que el centro de educación especial sólo estará indicado cuando las necesidades del alumnado no puedan quedar satisfechas en el sistema ordinario.

La propuesta de escolarización que en cada caso se realice contará con la opinión de los padres y madres del alumno y será revisada periódicamente, pudiendo modificarse en función de las expectativas que cada situación escolar ofrezca.

Las modalidades en las que puede escolarizarse al alumnado con discapacidad psíquica asociada a retraso mental en un centro ordinario son las siguientes:

- **Escolarización en un grupo ordinario a tiempo completo.** Esta modalidad supone su integración total en un grupo ordinario, lo que implica un seguimiento de la programación común con las adaptaciones, refuerzos y apoyos que precise dentro de su grupo de referencia.
- **Escolarización en un grupo ordinario con apoyos en periodos variables.** En esta modalidad el alumno desarrolla una parte de la actividad escolar en su grupo de referencia y recibe algún tipo de atención personalizada fuera de ésta. El tiempo de apoyo será variable y dependerá de los requerimientos que precise el programa derivado de la adaptación de la programación.

Entre las actividades que podrían realizarse fuera del aula ordinaria son las siguientes:

- Intervención logopédica.
- Actividad psicomotriz.
- Programas para el desarrollo de las habilidades cognitivas básicas.
- Programas de estimulación de lenguaje, de las habilidades sensoriales...

- **Escolarización en un aula de educación especial.** Consiste en la atención educativa en un centro ordinario en un aula específica de educación especial. Esta modalidad se utiliza cuando el desfase existente le impide participar de las actividades del aula ordinaria, o bien cuando los niveles de atención y control que necesita son muy altos, siendo indispensable que se le atienda en un grupo muy reducido.

Los alumnos y las alumnas atendidos/as en esta modalidad pueden compartir algunas actividades que se organicen en aulas ordinarias, según sus posibilidades, y en los espacios y tiempos comunes de la comunidad escolar de forma que se facilite su participación en la misma.

- **Escolarización en un centro específico.** Está indicado para aquellos casos en los que no es posible un nivel de integración mínimo o se prevé que sea inexistente y las adaptaciones que han de realizarse en la programación ordinaria son significativas en grado extremo, sin que sea posible dispensarlas en otra modalidad de escolarización.

El alumnado se beneficia de unos medios técnicos y de un personal especializado, que le ofrecen una atención especializada y específica que en un centro ordinario no sería posible.

En los centros de educación especial se imparten la educación obligatoria y la formación que facilite la transición a la vida adulta y laboral de los alumnos escolarizados en ellos. También se desarrollan programas de garantía social para alumnos de necesidades educativas especiales con mayores posibilidades de inserción laboral.

Encontramos diferencias importantes entre la escolarización de estos alumnos durante las diferentes etapas educativas que coinciden con las peculiaridades de su desarrollo:

- En educación infantil y los primeros años de primaria no hay razones para separar a los niños. La distancia aún es corta. Será necesaria e imprescindible la coordinación entre padres y profesores dado que los programas se han de implementar en casa y en la escuela.
- Cuando los niveles suben y la distancia con el resto de los niños se incrementa, surgen las dudas sobre mantenerlos en el mismo grupo:
 - Hay objetivos de ESO que los alumnos con R.M. pueden alcanzar: artística, humanidades, conocimiento del medio, educación física...

A esas edades la educación suele centrarse en su preparación para el futuro con Formación profesional.

6.2. Adaptaciones curriculares:

Se definen en la Orden de 13 de julio de 1994 como “...un proceso de toma de decisiones sobre los elementos del currículo para dar respuestas educativas a las necesidades educativas de los/las alumnos/as, mediante la realización de modificaciones en los elementos de acceso al currículo y/o en los mismos elementos que lo constituyen”.

En el caso de las adaptaciones curriculares individualizadas (ACI), se trataría de realizar para un solo alumno, una serie de modificaciones en los elementos básicos del currículo (objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación) o en los elementos de acceso al mismo.

Estas adaptaciones tienen distintos grados de significación según se aparten de los elementos básicos del currículo:

- **Adaptaciones no significativas.** No afectan a los objetivos y contenidos del currículum sino a los medios para alcanzarlos.
- **Adaptaciones significativas.** Se priorizan unos contenidos y objetivos de currículum. El alumno no alcanzará los objetivos necesarios al final de sus estudios (según la etapa esto afectará en su titulación).

En el caso de los alumnos con discapacidad intelectual es importante tener en cuenta que las adaptaciones se irán ampliando en la medida en que el alumno va creciendo puesto que las diferencias cognitivas con su grupo de referencia irán aumentando.

6.2.1. Pasos en la realización de una ACI significativa:

1. Parte de la decisión del tutor o tutora ante la necesidad de dar una respuesta para ese alumno con la modificación, selección y priorización de determinados objetivos y contenidos en una o en varias áreas del currículo.
2. Hay que partir de una evaluación inicial en la que se recoja toda la información que sobre el alumno puedan aportar junto al tutor el resto del profesorado que interviene con el alumno o alumna, el orientador (el Equipo de Orientación Educativa, para Educación Infantil y Primaria, o el Orientador del Departamento de Orientación, en Educación Secundaria), el profesor de apoyo y el Jefe de Estudios, en la que se reflejará la situación del alumno con relación al desarrollo del currículo y los aspectos del contexto escolar y familiar que inciden sobre el proceso de aprendizaje o de enseñanza.
3. A la vista de los datos aportados por la evaluación inicial, se tomará la decisión acerca de la conveniencia o no de realizar la ACI y el alcance de la misma.
4. El tutor coordinará la elaboración del documento de adaptación realizando los apartados generales y los correspondientes a las áreas que imparte, incorporando lo relativo a las áreas que corresponden a otros profesores y redactando el documento final. Para ello dispone del asesoramiento del profesorado especializado y de los orientadores. La ACI requerirá la posterior aprobación del Servicio de Inspección de Educación.

En todo momento, el padre, la madre, o los tutores legales del alumno o alumna, deberán ser informados acerca de la decisión adoptada y sus repercusiones, pudiendo hacer las sugerencias que estimen oportunas y reclamaciones en caso de disconformidad.

7. El desarrollo de los niños con Síndrome de Down

7.1. Teorías

En 1866, J. Langdon H. Down describe las características de los niños con este síndrome: rostro asiático, "niños sin acabar".

Marthe Gauthier, en 1959 lo identifica como una enfermedad genética producida por una trisomía del par 21.

La trisomía suele aparecer en el momento de la meiosis de la célula madre, en el momento de la formación del óvulo o el espermatozoide. En función de si la división celular produce una copia total o parcial del cromosoma 21 se producen tres variaciones genéticas:

- Trisomía 21: Aproximadamente el 95% de los casos de Síndrome de Down. Se produce durante la división del óvulo o espermatozoide y da lugar a tres cromosomas 21.
- Mosaicismo: Solamente algunas de las células cuentan con una copia adicional del cromosoma, otras cuentan con dos. Se produce tras la fecundación. Los niños/as con mosaicismo presentan las mismas características, pero la gravedad de la afectación puede ser menor.

- **Translocación:** Sucede cuando una parte o un cromosoma 21 completo se liga a otro cromosoma en lugar de estar separado como otro cromosoma 21.

Se precisa realizar pruebas genéticas para determinar el tipo de variación genética que presenta el individuo con síndrome de Down. Los efectos que este material adicional provoca son alteraciones en la formación de los órganos y exceso de sustancias que pueden provocar alteraciones en el desarrollo cerebral y el funcionamiento del individuo.

Existen dos teorías generales respecto al desarrollo de las personas con SD:

- **Teoría del desarrollo:** Siguen las mismas pautas de desarrollo que el resto de los niños, pero de manera retrasada.
- **Teoría del defecto específico:** Hay áreas específicas de retraso, razona y comprende de manera diferente.

7.2. Aspecto físico:

- Cabeza:

Alteración del número de neuronas de determinadas zonas de la corteza cerebral, alteraciones del aparato receptor de la neurona o menor número de algunos neurotransmisores. Causa morfológica o por acción de alguna sustancia tóxica en el tubo neural.

Rasgos faciales característicos, debido a un menor crecimiento del cráneo: órbita de los ojos en forma de huevo, hueso nasal no desarrollado, huesos de la mandíbula más pequeños. El insuficiente desarrollo de los huesos de la nariz conlleva que estos niños respiren por la boca, lo que conlleva que la tengan seca con más frecuencia, infecciones y abierta.

Cabeza más pequeña, coronilla aplanada. La cara tiene un aspecto plano por el no desarrollo del puente de la nariz y los pómulos más bien altos.

Ojos inclinados hacia fuera y hacia arriba. Tienen un pliegue subcutáneo (epicanto) y pequeñas manchas en el borde del iris (manchas de Bronshfield).

Boca pequeña y labios delgados. El bajo tono muscular asociado a estos niños hace que la boca se les abra y saquen la lengua. Dientes pequeños e irregulares, les aparecen más tarde y a veces están incompletos.

Orejas pequeñas y situadas más abajo. Canales auditivos externos y cámaras auditivas más pequeñas por el bajo tamaño del cráneo. En ocasiones esto provoca sordera temporal por bloqueo. Hay sorderas temporales de tipo conductivo, ya que el canal puede estar lleno de líquido.

Problemas de visión: estrabismo, miopía o hipermetropía.

- Tronco:

Parece grande, ya que en proporción las piernas y los brazos están menos desarrollados.

Los ligamentos son laxos y permiten que las vértebras se muevan con soltura. Esto, a veces provoca que las dos primeras vertebras, el axis y el atlas se junten, se desplacen y produzcan una compresión de la médula espinal – que provoca, dolor, tensión, rigidez, rigidez en las piernas, dificultad para deambular o incontinencia.

Trastornos del desarrollo.
Tema 3. Discapacidad Intelectual

Pecho excavado o en pichón (esternón hacia fuera o dentro).

No hay alteraciones pulmonares, pero presentan más infecciones. A veces les puede causar la muerte.

Estómago normal, pero en algunos casos presenta bloqueos en el esófago, duodeno o intestino grueso – vómitos, asociados también a una baja tonicidad muscular.

Problemas cardiacos: menos ramas capilares y arterias más delgadas.

– **Extremidades:**

Manos pequeñas, dedos cortos. A veces la mano presenta un solo pliegue palmario de lugar de dos. Dedo meñique pequeño y curvado hacia el interior.

Pies anchos, dedos cortos, con una ligera distancia entre el primero y segundo dedo (este problema aparece también en otras deficiencias mentales). Pies planos.

Articulaciones hiperflexibles.

7.3. Desarrollo motor:

Según Cunnigan (1990) el desarrollo motor de los niños con síndrome de Down presenta tres características:

- Hipotonía generalizada
- Desaparición más lenta de los reflejos.
- Problemas de coordinación que provocan desarrollo retrasado a partir de los 4-6 meses de vida.
- La prensión en pinza es sustituida por un tipo de pinza lateral.

Logran más tarde hitos evolutivos como la sedestación, bipedestación o la deambulación y presentan menor competencia psicomotriz.

Este retraso motriz también podría ser debido a falta de estimulación: los niños con síndrome de Down nacidos en décadas más tardías y que reciben estimulación temprana se desarrollan más que los predecesores.

Por otra parte, se sabe que los niños con síndrome de Down siguen la misma secuencia evolutiva y llegan a alcanzar los mismos hitos que el resto. Encontramos datos para decir que se retrasan, pero no que su desarrollo psicomotriz sea distinto.

7.4. Desarrollo Cognitivo:

Hay una amplia variabilidad en el desarrollo cognitivo en los niños con síndrome de Down en función de que el retraso sea leve, moderado, grave o profundo.

Tienen un desarrollo normal hasta un punto en el que empieza a ralentizarse, aproximadamente a los 6 meses, cuando se observan en los niños los primeros entrecamientos del desarrollo. Algunos otros autores defienden incluso retrasos a partir de las 6 semanas: sonríen más tarde que los niños normales (3 vs. 7 semanas).

De momento se acepta que el retraso intelectual no guarda relación con otras variables (culturales, educacionales, problemas físicos asociados...).

7.4.1. Hitos evolutivos que se retrasan:

- **Permanencia del objeto:** El bebé con síndrome de Down muestra un retraso en la adquisición de este hito evolutivo, además muestra retrocesos en logros alcanzados. Este efecto se denomina *viscosidad*, lo que implica no seguir una tendencia evolutiva normal en los estadios evolutivos.
- **Juego simbólico:** Retraso del desarrollo del pensamiento simbólico.
- **Desarrollo del autoconocimiento:** Se explora mediante la prueba de la mancha de carmín en la cara, si intentan quitársela han desarrollado la capacidad de reconocerse delante de un espejo. El retraso se advierte en torno a los 15-22 meses (media 18 meses) momento en que los niños de desarrollo típico se suelen reconocer en el espejo.
- Desarrollo más tardío de procesos de **adquisición de información y de toma de decisiones.**

7.4.2. Procesos cognitivos alterados:

- i. **Atención:** Los niños con síndrome de Down tienen las siguientes características en cuanto a atención (Fernández-Olaria y Florez, 2018):
 - Tienen tendencia a distraerse.
 - No diferencian los objetos nuevos de los antiguos, o lo hacen en menor medida que los individuos de desarrollo típico.
 - Presentan dificultades de atención sostenida durante la realización de una tarea.
 - Así como dificultades de atención selectiva, es decir, la capacidad de dirigir la misma a un único objeto frente a otros irrelevantes. Experimentando dificultades para cambiar su centro de atención de un objeto a otro.
 - Del mismo modo, muestran dificultades para llevar su atención de manera conjunta con la de su madre hacia un objeto concreto (joint attention).

Todo ello puede llevar a dificultades de generalización de los aprendizajes, de hecho, se llega a plantear que el retraso cognitivo de los niños con síndrome de Down podría deberse a este fallo atencional de naturaleza estructural. Los problemas de generalización de los niños Down implicaría no ser capaces de fijar la atención en estímulos relevantes. Otros procesos básicos como la memoria o el aprendizaje están limitados por las deficiencias atencionales.

- ii. **Memoria:** La capacidad de memoria se relaciona hace años con el C.I. La prueba inmediata de recuerdo está incluida en las escalas de Binet y Weschler.

Los niños con síndrome de Down tienen rendimientos inferiores en Memoria a Corto Plazo (MCP):

- Hipótesis Estructuralista: Las huellas mnésicas persisten menos tiempo en la memoria.
- Hipótesis Funcional: El no uso de estrategias de repetición, organización o elaboración conlleva un peor rendimiento

Los niños con síndrome de Down no producen espontáneamente reglas nemotécnicas o difícilmente generalizan el uso de las mismas.

En cuanto a Memoria a Largo Plazo (MLP): las limitaciones vendrían dadas por déficits sensoriales, atencionales, perceptivos o de MCP, añadido a la falta de estrategias de almacenamiento.

- iii. **Metacognición:** Definida como la capacidad para reflexionar y regular su propio aprendizaje. Los procesos metacognitivos, de control ejecutivo, son los procesos de mayor importancia para el desarrollo de conductas inteligentes. Flavell, comprobó en los años 70 que los niños de 7 años son capaces de reflexionar sobre su propio pensamiento, reflexionar sobre el uso de estrategias y establecer sus propias reglas. Sin embargo, cuando niños con S.D han sido sometidos a procesos de entrenamiento, muestran grandes dificultades para generalizar los resultados a situaciones nuevas.

7.5. Desarrollo del lenguaje:

–**Fase prelingüística:** Llama la atención que el llanto del bebé sea cuantitativa y cualitativamente distinto, llama menos la atención, lloran menos y tardan más en hacerlo. Esto les hace tener la consideración de buenos bebés, aunque también las expectativas sobre ellos son especiales.

–**Fase lingüística:** Muestran un desarrollo inferior incluso al encontrado en el desarrollo cognitivo.

Muestran más dificultades en lenguaje expresivo que en comprensivo:

- **Lenguaje Comprensivo:** menos contacto ocular, lo que dificulta el desarrollo del vocabulario.
- **Lenguaje Expresivo:** Importante retraso en la pronunciación de las primeras palabras, problemas en el aparato bucofonatorio, flacidez de la lengua, etc. que dificultarán la producción del lenguaje.

Presentan dificultades específicas que se manifiestan en las vías sensoriales.

- Dificultades auditivas.
- Dificultades respiratorias, con falta de potencia y capacidad para mantener la respiración.
- Fonatorias: voz grave, monótona y gutural.

Trastornos del desarrollo.

Tema 3. Discapacidad Intelectual

- Articulatorias, asociadas al bajo tono muscular de lengua y boca, a una disposición dentaria deficiente y malformaciones del paladar.
- Estructuración lógica: dificultades para organizar la información en secuencias espaciotemporales y para sintetizar y enlazar la información nueva.

7.5.1. Hitos evolutivos que se retrasan o no llegan a darse:

Desde el nacimiento hasta los cuatro años, el desarrollo es más lento, a pesar de estar recibiendo la misma estimulación que el resto de los niños. Retrasos de 7 días/mes para el lenguaje

El desarrollo fonológico sigue el mismo patrón que en niños normales, pero con retroceso. Mejor para las vocales y las consonantes oclusivas sordas y sonoras. Más dificultades con el resto (dificultades con la r/rr).

Los niños con SD presentan dificultades articulatorias, más acusadas en aquellos consonantes más difíciles de pronunciar para los niños normales, debido a la necesidad de velocidad y coordinación motora necesaria para producir estos sonidos:

- Fricativas: b (caballo) o g (agarrara)
- Africadas: ch (muchacho o canguro)
- Líquidas: b (blanco) y s (abstinencia).

Algunos niños farfullan, pero no presentan síntomas de tartamudeo.

El retraso del lenguaje es menor en las primeras etapas, cuando la complejidad es menor, pero cuando se incrementa la dificultad, al usar plurales o contar una historia, el retraso es mayor (habilidades que no se adquieren antes de los 48 meses).

7.6. Desarrollo social y afectivo:

Los niños con síndrome de Down no presentan un desarrollo socioafectivo unitario, no obstante, se dan algunas similitudes.

– **Bebés:** Se los define como bebés plácidos e inactivos, que duermen mucho, sobre todo cuando hay problemas de corazón y otras complicaciones. La falta de tono y la falta de fuerza en las extremidades influye precisamente en estas condiciones (a veces el grado de estimulación del niño, por temor a daños, es menor).

– **Niños:** Los padres los definen como menos agresivos, malhumorados, exigentes y emotivos, al tiempo que agradables y afectuosos. Presentan distintos problemas de conducta: problemas para irse a la cama, despertar por la noche, dormir con los padres, escasa concentración y solicitud de mimos, y temores a ruidos y ascensores. La testarudez aparece como un rasgo evolutivo específico, fruto del lento desarrollo cognitivo. Al crecer y producirse un mejor desarrollo, el niño va superando esta fase.

7.7 Desarrollo de la personalidad:

Rigidez comportamental: preferencia por la ejecución sistemática de tareas rutinarias. Fruto de la falta de inteligencia entendida esta como la capacidad para adaptarse a los cambios.

Relaciones sociales dependientes: buscan mantener el contacto, el apego, pero que cuando se vuelven adultos les limita bastante.

Estilo atributivo externo: ya que dependen en gran medida de la guía externa a la hora de ejecutar su conducta.

Dificultades para ejecutar procesos autorregulatorios: ya que no llegan a desarrollar el concepto del self, base de la personalidad.

Dificultades para demorar el refuerzo y para entender las relaciones entre las metas y los medios (planes de acción).

Dificultad para desarrollar un proyecto de vida, que implica un conjunto organizado de acciones. Tienen dificultades específicas en las decisiones aisladas, por lo que más en conjunto. Aspecto entrañable que dificulta que los demás confíen en su capacidad de autonomía.

Autoestima baja: relacionada con un pobre autoimagen y autoeficacia e igualmente transmitida por los demás.

Inestabilidad emocional, relacionada con las dificultades antes descritas relacionadas con el refuerzo y las relaciones dependientes.

7.8. Problemas de comportamiento:

Pueden aparecer (en relación con el estilo educativo y el grado de retraso) conductas como:

- Estereotipias: respuestas motoras o posturas altamente consistentes y repetitivas que son excesivas en grado, frecuencia o amplitud.
- Conductas autolesivas: conductas altamente repetitivas y rítmicas, que tienen como resultado el daño físico de la persona que las lleva a cabo.
- Agresión: Forma intensa o violenta de conducta física, que produce consecuencias aversivas y daño en otros sujetos, así como respuestas verbales, con efectos similares debido a su contenido e intensidad.
- Conducta social inapropiada, muestras de carencias como desnudarse en público, mostrar afecto exagerado con extraños, robar, masturbarse en público, etc.
- Desórdenes en la regulación física: enuresis, encopresis.
- Ecolalia: uso de palabras de modo no comunicativo: ¿cómo estás? – responde lo mismo en lugar de la pregunta.
- Desórdenes emocionales específicos. Problemas emocionales y de adaptación psicológica.

