



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

LIC. PSICOLOGÍA EDUCATIVA

**“Intervención educativa para el desarrollo
de habilidades adaptativas de tipo social
en un niño con retraso mental leve”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA:

LAURA LETICIA LÓPEZ SERRATO

ASESORA:

DRA. ANA NULIA CÁZARES CASTILLO

MÉXICO, D.F. JUNIO 2012

ÍNDICE

Presentación del problema de estudio	1
Introducción	4
Capítulo 1	
Educación especial	6
1.1 Evolución de la educación especial	7
1.2 Normalización	11
1.3 Integración educativa	13
1.4 Fundamentos y principios de la integración educativa	15
1.5 Necesidades educativas especiales	20
1.6 Clasificación de las necesidades educativas especiales	26
Capítulo 2	
El retraso mental	31
2.1 Etiología del retraso mental	34
2.2 Características del retraso mental	40
2.3 Clasificación según el grado de retraso	44
2.4 Evaluación y diagnóstico del retraso mental	48
2.5 Tratamiento	50
2.6 Retraso mental leve	53
2.7 Características del retraso mental leve	54
2.8 Nueva conceptualización del retraso mental. Discapacidad Intelectual	60
2.9 Modificación conductual en el retraso mental	63
Capítulo 3	
Habilidades adaptativas.	72
3.1 Habilidades adaptativas específicas	73
3.2 Habilidades sociales	76
3.3 Modelos de competencia social	83
3.4 Habilidades sociales y retraso mental	87

3.5 Evaluación psicopedagógica para personas con retraso mental	91
Capítulo 4	
Método	88
4.1 Objetivos general y específico	95
4.2 Descripción del caso	95
4.3 Escenario	97
4.4 Evaluación Psicopedagógica	97
4.5 Procedimiento	98
Capítulo 5	
Informe psicopedagógico	100
Datos personales	
Datos familiares	
Familiograma	
Motivo de consulta	
Apariencia física y conducta durante la evaluación	
Antecedentes del desarrollo	
Interpretación de resultados	
Conclusiones y recomendaciones	
Capítulo 6	
Programa de intervención	113
Sesión de integración	
Sesión de autoconocimiento	
Sesión de asertividad	
Sesión de manejo de emociones	
Sesión de resolución de conflictos	
Capítulo 7	
Resultados	
7.1. Resultados del programa de intervención	126
7.2. Evaluación del programa	130
Conclusiones	132
Referencias	135
Anexos	139

Agradecimientos

Hoy he terminado una etapa grandiosa en mi vida, que me hizo crecer, conocer gente extraordinaria y adquirir nuevos conocimientos que me hicieron ser una mejor persona. Por lo que agradezco a todos aquellos que hicieron posible que esto ocurriera, pero en especial quiero agradecer:

A Dios por darme la oportunidad de vivir este momento tan importante en mi vida y poder compartirlo con los seres que más quiero. Agradezco también a mi **mamá** y a mi **papá** porque gracias a su esfuerzo, apoyo, cariño he concluido una de mis grandes metas en mi vida. Su ejemplo me motivó en los momentos más difíciles.

A mis hermanos **Myriam, Paola, Carla y Marcos** que con sus consejos y apoyo me motivaron a seguir adelante. A mis sobrinos, **Fer, Samy y Sofi**.

A **Alberto**, mi gran amor, confidente y amigo, por todos los alicientes que me dio durante esta gran etapa de mi vida.

A mis tíos, **Yola y José Luis** por su gran apoyo y consejos, así como a mis primos, **Ceci, Lalo, Cintya e Ivan**.

A mis grandes amigas **Diana y Moni** quienes no solo fueron mis compañeras de estudio, también pase grandes momentos junto a ellas.

A mis amigos de toda la vida **Claudia, Fabiola, Pilar, Abraham y Marco** que siempre han estado conmigo acompañándome en mis logros pero también en mis fracasos. También quiero agradecer a **Lili** quien con su estupenda actitud me motivó con su energía para culminar este trabajo.

A mi asesora la Dra. **Ana Nulia** por toda la ayuda que me brindó para realizar este trabajo, pues no solo me brindó conocimiento sino también apoyo, cariño y confianza.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES ADAPTATIVAS DE TIPO SOCIAL EN UN NIÑO CON RETRASO MENTAL LEVE

Presentación del problema de estudio.

Las diferencias existentes en cada individuo, permiten percibir que no todos aprendemos de la misma forma, pues nuestras habilidades y destrezas desarrolladas a lo largo de nuestra vida son distintas, lo que implica que también las formas de enseñanza sean diversas. En el caso de la educación especial, se da una forma más específica de enseñanza por parte de los especialistas puesto que en este contexto las necesidades de los individuos son muy marcadas y requieren mayor atención.

A este respecto, la necesidad educativa que interesa mencionar es la relacionada con el Retraso Mental Leve (RML), el cual es un trastorno del desarrollo cognitivo, en donde el individuo tiene dificultades intelectuales y de adaptación particularmente, como pueden ser la comunicación, el cuidado personal, las habilidades sociales e interpersonales, el autocontrol, las habilidades académicas, el trabajo entre otras.

Con todo lo anterior mencionado y con los estereotipos que la sociedad marca, se puede inferir que este tipo de población tiene más dificultades para insertarse en el ámbito educativo y social, fuera de su contexto familiar, lo que a su vez hace que el individuo no lleve una vida tan normal como se querría.

Con todo esto, se pretende estudiar a fondo una necesidad educativa especial como lo es el Retraso Mental Leve, estudiar e identificar las características de esta necesidad, y del mismo modo identificar las potencialidades de las personas que presenten Retraso Mental Leve, por medio de una evaluación psicopedagógica que incluya observaciones, entrevistas e instrumentos.

Todo esto para poder desarrollar mediante un programa de intervención, una serie de estrategias que permitan que el individuo con RML, logre un desarrollo óptimo de sus habilidades sociales, obtenga una buena autoestima y por consiguiente mejore su calidad de vida.

Si bien es cierto que los niños con Retraso Mental Leve tienen dificultades en las habilidades de adaptación, también es cierto que éstas pueden desarrollarse con un buen entrenamiento.

Tal como señala Molina (1994) en Dificultades de Aprendizaje Escolar en niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE): un enfoque cognitivo (1999), hay dos tipos de causas, para que se dé una Deficiencia Mental:

En la primera se encuentran las *causas predisponentes*: las cuales incluyen la edad parental, por ejemplo las mujeres mayores de 35 años corren el riesgo de concebir niños deficientes; los factores genéticos, que podrían provocar alteraciones genéticas y de cromosomas; los factores socioeconómicos entre los que destacan la baja estimulación sensorial, cognitiva y afectiva; los factores nutricionales donde lo más importante es la carencia nutricional la cual produce una degeneración en el desarrollo cerebral y en el desarrollo mental; y el sexo, donde es pertinente mencionar que, se sabe que hay más incidencia de deficiencia mental en el sexo masculino que en el femenino.

En la segunda se encuentran las “causas determinantes”, estas serán las que se deban a una infección o agentes tóxicos, a la probabilidad de tener deficiencia mental debido a un traumatismo, a tumores, a influencias prenatales o a causas desconocidas con signos neurológicos.

Ahora bien, debido a que se encuentra un considerable número de causas que pueden provocar el Retraso Mental, es de vital importancia que las familias, y en general la población estén cada vez más informadas de las causas de este trastorno del desarrollo, sin embargo y lo más importante en este trabajo es la intervención que se hará desde la visión de la psicología educativa con niños que presentan Retraso Mental Leve, con la idea de potenciar sus habilidades sociales y que por ende puedan llevar una vida lo mas normal posible.

Desde la psicología educativa se pretenden identificar a partir de la utilización de pruebas estandarizadas y no estandarizadas las habilidades del menor en el que se va a incidir o con el que se va a trabajar, ya que debido a la perspectiva de la psicología educativa, el quehacer del profesional estará dirigido a intervenir tomando en cuenta las diferentes maneras en que las personas aprenden algo (estilos de aprendizaje); las influencias sociales y culturales sobre el aprendizaje no solo en el contexto escolar, sino en el aprendizaje en general.

Introducción

Si bien, la historia a través de las épocas va cambiando, las necesidades de las personas son distintas así como las exigencias de la propia sociedad para subsistir. En el ámbito educativo, también las cosas cambian, las formas de enseñanza se van modificando, y por lo tanto también las formas de aprendizaje. En este aspecto, es bien sabido que cada individuo aprende de forma diferente, algunas personas son mas visuales, otras mas auditivas etc., y otras tienen necesidades educativas especiales en distintas áreas de desarrollo.

Actualmente, en las sociedades, una característica que se considera valiosa en los individuos es que éstos se muestren con una inteligencia normal o sobresaliente, con el fin de crear, analizar y desarrollar conocimientos, o que cuenten con habilidades productivas para ser “útiles” dentro de la comunidad. Por lo anterior, quien no cumple con esta expectativa suele ser señalado, humillado y discriminado o etiquetado, limitándose en él la oportunidad de desarrollar sus capacidades, por el prejuicio existente en las personas de que nada se puede hacer por él o ella.

Como se mencionó en el párrafo anterior, podemos entender, que una persona con algún tipo de Necesidad Educativa Especial (NEE), puede o no, tener problemas para su integración en cualquiera de los contextos externos al familiar, por lo tanto es importante recalcar que hay que obtener un diagnostico eficaz para la detección, evaluación e intervención de dicha necesidad.

Pues consideramos que un alumno tiene una Necesidades Educativas Especiales, cuando presenta dificultades mayores que el resto de sus compañeros para tener acceso al aprendizaje, el cual se determina en función de su edad.

En el presente trabajo, se pretende no sólo identificar las habilidades sociales desarrolladas en un niño con Retraso Mental Leve, sino que además se realizará una intervención para desarrollar dichas capacidades adaptativas de tipo social en estos niños. Primeramente, se describirán a detalle las causas de esta necesidad, consecuencias y definiciones, entre otros aspectos; y se detallará el programa de intervención desde su inicio, desarrollo y resultados.

En el primer capítulo, se escribe acerca de la evolución de la educación especial, desde el movimiento de la normalización, las necesidades educativas especiales y la integración educativa, se describe brevemente cada una de estas etapas de la educación y los cambios que ha tenido a través de los tiempos. Posteriormente, se detallan características del retraso mental, su definición, etiología, clasificación, tratamiento, evaluación, diagnóstico e intervención, así mismo se describen en un capítulo las habilidades adaptativas, las habilidades sociales y su relación con el retraso mental. Finalmente se especifica el método para realizar la intervención, el programa de actividades, la evaluación del mismo y los resultados.

Es importante destacar en este caso que si bien los profesionales en psicología educativa son expertos en aplicar principios de la psicología a la educación se dedican no solo a entender a los aprendices sino su proceso de aprendizaje y las estrategias que facilitan el mismo, por lo tanto, este trabajo pretende desde la psicología educativa entender cuál es el proceso de aprendizaje de un niño con retraso mental en cuanto a sus habilidades sociales se refiere, para identificar sus aptitudes desde lo que él conoce y realiza, para poder potenciarlas y lograr que el menor mejore su calidad de vida en general.

1. EDUCACIÓN ESPECIAL

Como ha de mencionarse a continuación, la historia de la educación especial ha estado normalmente ligada a la idea de apoyo a ciertas personas con alguna dificultad o discapacidad, sin embargo este concepto ha evolucionado en muchos aspectos: con el surgimiento del movimiento de normalización (década de los 60's en los países bajos, con Bank-Mikkelsen en Dinamarca y Bengt Nirje; en América con Wolfensberger) se propugna porque las personas con retraso mental lleven una vida lo más posiblemente cercana a lo normal (movimiento comenzado por padres de niños con Deficiencia mental); más tarde esta propugna se extendería a personas con todo tipo de discapacidad; a raíz de este movimiento de normalización se empieza a gestar lo que en algunos países ha revolucionado el concepto de educación especial y de escuela, nos referimos al movimiento de *Integración Educativa*, éste defiende la idea progresista de que todo niño, con discapacidad o no, debe integrarse a la escuela y al aula regular, no sólo porque tiene el derecho inalienable de ser educado junto con los demás, sino también para desarrollar al máximo sus capacidades; y por último, la visión y postura más reciente sobre la educación e integración total de toda persona a la sociedad, es el movimiento de inclusión escolar que pugna por una integración total del discapacitado no sólo a la educación formal sino a la vida en general, esto es, enseñarle a desenvolverse no solo en contextos educativos sino que sea de una forma más integral, es decir, familiarmente, laboralmente, socialmente, etc.

1.1 Evolución de la Educación Especial

Es de vital importancia mencionar que sucesivamente se han utilizado una serie de términos asociados a la educación especial con diferentes significaciones y contenidos. El cuadro siguiente rescata los más destacados:

TÉRMINOS Y AUTORES	NOTAS DE IDENTIFICACION
Pedagogía curativa Asperger 1966 Debesse 1969	*Cuidados que requiere el niño con un grado de desarrollo en situación de desventaja. *Debido a factores de naturaleza individual o social
Pedagogía correctiva Bomboir 1971	*Se circunscribe al ámbito del aprendizaje *Se basa en las potencialidades específicas de los sujetos. *Vinculado a la pedagogía correctiva y a la enseñanza correctiva.
Pedagogía especial Zaballoni 1979-1983	*Identificado con la educación especial *Proyectado sobre el sujeto hacia el desarrollo normal *Considerando sus potencialidades de aprendizaje.
Pedagogía terapéutica García Hoz 1958- 1978 Moor 1978 Meler 1982 Ortiz 1988	*Identificada con la curativa, con la diferencia de que en ésta el hecho de la sanación se da como real y por tanto desaparecería el hándicap; en cambio la terapéutica se considera como un proceso de ayuda con el resultado de constante

	mejora.
Enseñanza Especial Unesco 1958	*Desde el campo de la didáctica arbitrar los mecanismos necesarios para atender a los alumnos con limitaciones dirigiéndolos hacia su máximo desarrollo (estrategias, técnicas etc.)
Didáctica Diferencial y Especial Comes 1987	*La didáctica diferencial establece modelos de enseñanza en función de los modos de aprendizaje de los sujetos. *Organiza métodos y recursos en función de las necesidades de los sujetos.
Didáctica Especial Diferenciada López Melero 1990 Como 1991	*La diferencia es un valor *Exige la adaptación de modelos y patrones ajustados a las diferencias individuales
Didáctica curativa/ terapéutica Fernández Huerta 1985	*Establecer modelos de enseñanza de acuerdo con las capacidades educativas de los sujetos para conseguir mejoras sucesivas y gradualmente.

*Tabla 1. Fuente: López. U. N, Lou. R. Ma. A. (2004). Bases psicopedagógicas de la educación especial. , Pirámide, Granada

Ahora bien, en el esquema siguiente, se recuperan los acontecimientos más significativos de la evolución de la Educación Especial, todos ellos antecedente de la normalización:

AUTOR	AÑO	ACONTECIMIENTO
Pedro Ponce de León	1520-1584	Se proporciona atención a personas ciegas y sordas
Jacobo Pereira	1715-178	Interés por las personas sordomudas. Inicia la enseñanza de lenguaje y cálculos matemáticos.
Itard y Esquirol	1774-1836	Establecieron la diferencia entre idiocia y demencia. Se emprendió el tratamiento del deficiente mental.
Séguin	1812-1880	Creó una autentica pedagogía para retrasados. A través de la educación de los sentidos, educaba la inteligencia.
Binet	1857-1911	Elabora test para medir la inteligencia
Claparade	1873-1940	Introduce en las escuelas públicas, clases especiales para los niños con retraso
María Montessori	1870-1952	Interés por la educación de los niños "anormales". Método de autoeducación. Técnicas de entrenamiento sensorial.
Ovide Decroly		Estudio y clasifico a los niños deficientes. Elaboró métodos globales para la enseñanza de la lectoescritura.

Frostig	1964	Creadora de la evaluación de percepción visual.
Strauss-Wernwer	1943	Publican las causas de la deficiencia mental: exógenas y endógenas en Bases neurológicas de las dificultades del aprendizaje.
Samuel Kirk	1963	Acuña el termino “discapacidad para el aprendizaje”
Nirje, Mikkelsen y Wolfensberger	1967-1983	Se inicia la escolarización conjunta de alumnos “normales” y con alguna deficiencia (normalización)

*Tabla 2 Elaborada a partir de la revisión teórica

En el cuadro anterior, se destacaron algunos acontecimientos relevantes que permitieron el seguimiento de las situaciones que afectan a personas con Necesidades Educativas Especiales, posteriormente, se dieron nuevos movimientos para el surgimiento de nuevos conceptos y conocimientos para la intervención con estas personas, sin embargo sigamos en el punto de la educación especial la cual antecede lo que mencionaremos mas adelante.

Otro aspecto importante que cabe mencionar es que históricamente la evolución de la Educación Especial y por consecuencia la forma de tratar y educar a las personas con Deficiencia Mental, ha tenido un recorrido de tres épocas, conocidas como eras. Éstas son mencionadas por Castanedo, 1997: 1. La era de las instituciones; 2. La era de las escuelas

especiales o centros de educación especial; 3. La era de la integración escolar o normalización y la más reciente época es la de la inclusión educativa Marchesi et al 2000.

En las dos primeras eras, los sujetos eran segregados de los centros educativos ordinarios. La tercera opción de integración escolar surgió en varios países casi simultáneamente, como consecuencia del principio de normalización elaborado por Nirje y Bank-Mikkelsen y Wolfensberger en 1972 (citado por Castanedo 1997).

Como hasta ahora se ha revisado, la evolución de la educación especial, ha seguido un largo proceso, el cual ha integrado nuevos conceptos, objetivos y propuestas para la mejora en cuanto a ofrecer mejor educación a las personas que requieren atención más especializada. Siguiendo en este punto, y después de la cronología que se vio anteriormente, se destaca entonces uno de los movimientos más importantes que se dio a través de la evolución de la educación especial, la normalización.

1.2 Normalización

Primeramente, se ha de mencionar que la normalización es entendida como el hecho de trabajar porque el niño con deficiencias tenga una existencia tan cercana a la normal como sea posible.

Este movimiento de normalización se llevó a cabo a finales de los años 60 y principios de los 80 por Nirje (1967-1972), Mikkelsen (1968-1980) y Wolfensberger (1971-1983), en donde se inicia con la escolarización conjunta de alumnos “normales” y con alguna discapacidad.

Cabe mencionar que el principio de normalización viene definido por la norma y la normalidad, ésta última es establecida por la sociedad, y se refiere a que un conjunto de individuos que aun siendo entre si diferentes, muestran más semejanzas que diferencias

en cuanto a su forma de vivir y comportarse en el contexto social al que pertenecen. Normalidad por tanto no es homogeneidad, sino comportamientos semejantes, dentro de un contexto social determinado (Sánchez, 1994).

Es decir, la “normalización” es un movimiento que recalca la importancia, para las personas con requerimientos de educación especial, de vivir en condiciones consideradas “normales” tanto como sea posible. Este movimiento responde a necesidades existenciales, que están por encima de otras más elementales y más fácilmente reconocibles. Por razones muy diversas, históricamente y aun en la actualidad, estas personas fueron rechazadas, segregadas o, por lo menos, tratadas de manera diferente en su propia familia y en el medio que las rodea. Como no se les ha permitido desarrollar la capacidad de responder a las exigencias sociales de una sociedad que les pide más de lo que pueden dar, son excluidas de su medio y por eso ven afectada su necesidad de pertenencia, propia del ser humano. El rechazo y la exclusión del grupo, a su vez, es causa de su inseguridad social, que afecta de manera negativa a su realización mediante los logros obtenidos en su relación con el mundo.

Por lo anteriormente mencionado, sabemos que el movimiento de normalización fue de gran relevancia en cuanto a la educación especial se refiere, ya que a través de éste se establecieron criterios que permitían a las personas con alguna deficiencia, integrarse a un aula regular y por lo tanto llevar una vida más normal a la que tenían, lo que poco a poco permitió que la persona con deficiencias, se integrará más satisfactoriamente a la sociedad.

Cabe destacar que después de bastantes esfuerzos de intentar normalizar la vida de personas con algún tipo de discapacidad, se comenzó a hablar de un nuevo término “Integración Educativa”, del cual se hablará a detalle en el siguiente apartado.

1.3 Integración Educativa

Como desarrollo del movimiento de normalización aparece el de «integración» que se define en la utilización de los dispositivos de la técnica y de la organización de los servicios sociales, procurando que los deficientes reciban la asistencia necesaria en el seno de los grupos normales y no de forma segregada.

El principio de integración exige que las actuaciones globales de las atenciones médicas, pedagógicas, psicológicas y sociales sean prestadas al deficiente en el marco general de los servicios. Para una mayor eficacia de esta medida es primordial la atención y asistencia en el estado temprano de la vida de la persona con retraso y de la forma más natural posible. Entonces la integración implica ir más allá siendo el mismo concepto, una concepción más amplia que una integración de la persona con retraso en las aulas escolares, sino que además se deben tener en la cuenta como seres activos y socialmente participes de la sociedad.

Según Sánchez (1994), los principios de normalización e integración, están íntimamente relacionados y son complementarios, sin embargo, menciona que muchos autores afirman que la normalización es el objetivo a seguir mediante la integración y otros autores por el contrario afirman que la integración ha de ser la consecuencia de la normalización.

En otro punto de vista, según Cedillo y Escalante (2000), mencionan que:

“Son muchas las condiciones que se deben conjuntar para alcanzar la meta de integrar a las escuelas y aulas regulares a los alumnos y las alumnas con necesidades educativas especiales. Entre ellas, las modificaciones legislativas, el apoyo de las autoridades educativas, los cambios en la organización de los centros escolares y en las actitudes de todos los implicados (directivos, maestros, padres de familia y, en algunas ocasiones, de los mismos niños), la transformación

de los procesos de enseñanza y de aprendizaje, y la evolución en las prácticas de evaluación (Cedillo, Herrera, Minutti, et al, 2000 pp 33).”.

Como bien mencionan estos autores, la integración educativa no debe consistir en un acto caritativo sino que debe ser un esfuerzo para generar condiciones que permitan que los niños aprendan de acuerdo con sus potencialidades.

Con relación a lo anteriormente mencionado, Martínez M. (1999) en su artículo “La integración educativa un nuevo reto”, hace mención de lo siguiente:

“Durante muchos años todos aquellos niños que presentan una incapacidad han permanecido marginados de la sociedad en general, pero particularmente en los salones de clase”

En la opinión de la autora de este trabajo, y de los autores citados se afirma que las personas con Necesidades Educativas Especiales (NEE), o con algún tipo de discapacidad, normalmente permanecen segregadas, ya que hasta ahora no se han podido integrar de manera óptima en un aula ordinaria; esto debido a una gran diversidad de factores, sin embargo en la opinión de la autora de este trabajo, se difiere de esta idea ya que en México se ha intentado la integración educativa y tan es así que las escuelas de educación especial fueron cerradas y los niños integrados en aulas regulares con una participación de estos sujetos mas activa, cabe mencionar que los CAM aun tienen funcionamiento, no obstante porque tienen características particulares de atención.

Por lo tanto, es importante mencionar que una cosa es que se haya intentando conseguir la integración educativa y otra que realmente se haya logrado; de hecho en nuestro país siguen existiendo escuelas especiales; los mismos CAM son escuelas especiales para las cuales uno de los propósitos es brindar a las personas con discapacidades las habilidades necesarias para acceder al aprendizaje escolar,

habilidades que la escuela regular no pudo desarrollar. La idea es, en el mejor de los casos, reintegrar a estas personas posteriormente a la escuela regular. La integración educativa no es una utopía, pues varios países lo han logrado; sin embargo México está lejos de conseguirla aún.

Puesto que esta era de integración educativa ha significado un gran cambio, un cambio de paradigma en la visión filosófica e instruccional de personas con discapacidad, vamos a profundizar en ella, ya que la integración educativa juega un papel fundamental.

1.4 Fundamentos y Principios de la Integración educativa

Para poder entender de lo que se trata la educación integradora, habrá que mencionar en que se fundamenta. A este respecto, Cedillo et als (2000) explican los principales fundamentos filosóficos en los que se basa la integración educativa, y citan a varios autores y organizaciones, estos son:

Respeto a las diferencias

Es indudable que en toda sociedad humana existen tanto rasgos comunes como diferencias entre los sujetos que la conforman. Las diferencias se deben a diversos factores, unos externos y otros propios de cada sujeto; pueden considerarse un *problema* que se resolvería *homogeneizando* a los individuos, o como una *característica* que enriquece a los grupos humanos. A esta segunda visión obedecen las amplias reformas de los últimos años, acordes con una sociedad *cada vez más heterogénea*, que establecen la necesidad de aceptar las diferencias y de poner al alcance de cada persona

los mismos beneficios y oportunidades para tener una vida normal (Toledo, 1981, citado por Cedillo y colaboradores, 2000).

❑ *Derechos humanos e igualdad de oportunidades*

Por el simple hecho de existir y pertenecer a un grupo social, todos tenemos derechos y obligaciones; de su cumplimiento y respeto depende, en buena medida, el bienestar de la sociedad. Una persona con discapacidad, al igual que el resto de los ciudadanos, tiene derechos fundamentales, entre ellos el derecho a una educación de calidad. Para ello es necesario, primero, que se le considere como *persona*, y después como sujeto que necesita atención especial. Más que una iniciativa política, la integración educativa es un derecho de cada alumno con el que se busca la igualdad de oportunidades para ingresar a la escuela (Rioux, 1995; Roaf y Bines, 1991 citado por Cedillo y colaboradores, 2000).

❑ *Escuela para todos*

El artículo primero de la *Declaración Mundial sobre Educación para Todos* señala que cada persona debe contar con posibilidades de educación para satisfacer sus necesidades de aprendizaje (PNUD, UNESCO, UNICEF, Banco Mundial, 1990 citados por Cedillo et als 2000). Así, el concepto *escuela para todos* va más allá de la garantía de que todos los alumnos tengan acceso a la escuela. También se relaciona con la calidad. Para lograr ambos propósitos cobertura y calidad, es necesaria una reforma profunda del sistema educativo; una de las propuestas de la UNESCO en este sentido es que la escuela reconozca y atienda a la diversidad. En el listado a continuación se señalan (X) los aspectos en los que, según lo ve la autora de este trabajo, a partir de

la literatura, de los testimonios de profesores, padres de familia, investigadores, tesis, etc., México no ha logrado cambios relevantes.

Una escuela para todos sería aquella que:

- Se asegura que todos los niños aprenden, sin importar sus características (X)
- Se preocupa por el progreso individual de los alumnos, con un currículo flexible que responda a sus diferentes necesidades (X)
- Cuenta con los servicios de apoyo necesarios (X).
- Reduce los procesos burocráticos.
- Favorece una formación o actualización más completa de los maestros (X).
- Entiende de manera diferente la organización de la enseñanza. El aprendizaje es un proceso que construye el propio alumno con su experiencia cotidiana, conjuntamente con los demás (García Pastor, 1993; Remus, 1995; Marchesi y Martín, 1990 citados por Cedillo y colaboradores, 2000).

Como vemos, estos fundamentos filosóficos, son base esencial para que como seres sociales, logremos integrarnos a la sociedad escolar de una u otra forma, con nuestros alcances y limitaciones, como seres humanos que somos, ya que esto nos dará la oportunidad de lograr una óptima integración, en general de cualquier tipo y en particular en el aula.

Otros puntos importantes que se manejan en libro de La integración educativa en el aula regular de Cedillo et als (2000), son los principios generales, por ejemplo:

- ❑ La Integración: la cual consiste, en que las personas con discapacidad tengan acceso al mismo tipo de experiencias que el resto de su comunidad. Se busca su participación en todos los ámbitos (familiar, social, escolar, laboral) y por tanto la eliminación de la marginación y la segregación. “El objetivo de la integración es coadyuvar al proceso de formación integral de las personas discapacitadas en forma dinámica y participativa, aceptando sus limitaciones y valorando sus capacidades. Se brinda así a cada individuo la posibilidad de elegir su propio proyecto de vida” (DGEE, 1991: 4 citado por Cedillo y colaboradores, 2000).
- ❑ La Sectorización: la cual implica que todos los niños puedan ser educados y recibir los servicios de apoyo necesarios cerca del lugar donde viven. Para ello es necesario descentralizar los servicios educativos. De esta forma, el traslado del niño a la escuela no representará un gasto oneroso para la familia, y al mismo tiempo beneficiará su socialización, pues el niño asistirá a la misma escuela que sus vecinos y amigos (Mittler, 1995; SEP-NL, 1994; Van Steenlandt, 1991 citados por Cedillo y colaboradores, 2000).
- ❑ La Individualización de la enseñanza: este principio se refiere a la necesidad de adaptar la enseñanza a las necesidades y peculiaridades de cada alumno y alumna, mediante adecuaciones curriculares. Se fundamenta en el reconocimiento de que en el aula no debe existir una respuesta educativa única, ya que el grupo es un conjunto heterogéneo y diverso de alumnos en cuanto a intereses, forma de aprender y manera de actuar (Parrilla, 1992 citado por Cedillo et als, 2000).

“Según estos principios generales, los alumnos con necesidades educativas especiales deben ser educados cerca de sus casas, en un ambiente lo más normal posible, con las adaptaciones necesarias para que puedan acceder a

todas las experiencias educativas y, de esa manera, integrarse a la sociedad en todos los ámbitos” (Cedillo, Herrera, Minutti, et al, 2000 pp 36).

Como se ha venido mencionando, la Integración Educativa no es algo sencillo, ya que implica la relación de varios factores que a su vez produzcan en los niños más vulnerables y con deficiencias específicas, una vida lo más normal posible, que les permita insertarse a la sociedad y ser funcionales en la misma, además de que su autoestima y su auto-concepto no se vean degradados por las incapacidades que presenten, sino que esta integración logre de manera óptima potenciar sus habilidades al máximo para que las personas con deficiencias lleguen a tener una buena calidad de vida.

Cabe mencionar también que como se menciona en el Informe Warnock (1987) citado por Verdugo 2005, *“la educación consiste en la satisfacción de las necesidades especiales de un niño, con objeto de acercarse en lo posible al logro de sus fines generales de la educación, los cuales son los mismo para todos; es decir, aumentar el conocimiento del mundo en que vive y proporcionarle toda la independencia y autosuficiencia de que sea capaz”*

En general, Verdugo refiere que el concepto de integración supone la concreción de la escuela del principio de normalización en virtud del cual todos los alumnos tienen derecho de asistir a la escuela y de tener una vida lo mas normal posible.

Por todo lo anterior, se puede decir que a través de las épocas las concepciones de la educación especial han ido evolucionando de tal forma que ahora no se habla de personas con discapacidad, deficientes mentales, minusválidos etc., sino que se ha

integrado a la literatura un nuevo término que ubica a estas personas en un rubro específico, este término, el de Necesidades Educativas Especiales, es en el que se ahondará a continuación.

1.5 Necesidades Educativas Especiales

En primera instancia y para entender de qué estamos hablando, hablaremos del concepto de las Necesidades Educativas Especiales, desde diversas fuentes.

En primer lugar, según la Ley General de Educación (2006), el alumnado con necesidades educativas especiales es *"aquel que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta"*. En México en el Programa Nacional de Educación 2001-2006 se reconoce la necesidad de poner en marcha acciones decididas por parte de las autoridades educativas para atender a la población con discapacidad. Asimismo se establece como uno de los objetivos estratégicos de la política educativa alcanzar la justicia y equidad educativas. Entre las líneas de acción destacan las siguientes: establecer el marco regulatorio así como los mecanismos de seguimiento y evaluación que habrán de normar los procesos de integración educativa en todas las escuelas de educación básica del país; garantizar la disponibilidad, para los maestros de educación básica, de los recursos de actualización y apoyos necesarios para asegurar la mejor atención de los niños y jóvenes que requieren de educación especial, y establecer lineamientos para la atención a niños y jóvenes con aptitudes sobresalientes.

Conceptualmente hablando, el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa en México, establece como objetivo general lo siguiente:

Garantizar una atención educativa de calidad para los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales, otorgando prioridad a los que presentan discapacidad, mediante el fortalecimiento del proceso de integración educativa y de los servicios de educación especial.

Otro referente de las necesidades educativas especiales es el informe Warnock (1990), en donde se menciona que *“Las Necesidades Educativas Especiales son aquellos requerimientos que no son inherentes al niño, niña o al adolescente que las manifiesta, sino necesidades que se presentan en función de la respuesta que le ofrece el contexto familiar, escolar, social y cultural en que se desenvuelve”*.

Por tal motivo como profesionales, se debe realizar una óptima evaluación de todos los factores que influyen en la vida del niño, ya que con un diagnóstico eficaz, se podrá realizar una intervención efectiva.

Ahora bien, según el informe, se dice que cuando un alumno requiere:

a) Dotación de medios especiales de acceso al curriculum (tableros de comunicación, libros Braille, silla de ruedas etc.). b) Un curriculum adecuado a sus necesidades y c) Especial atención en la estructura social o al clima relacional en los que se produce la educación. Se está hablando de un caso de Necesidades Educativas Especiales.

Por lo anterior mencionado, una definición comprensiva de las Necesidades Educativas Especiales que se deriva del informe Warnock es la siguiente:

“Se entiende que hay una NEE cuando una deficiencia (física, sensorial, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de estas) afecta al aprendizaje hasta tal punto que son necesarios algunos o todos los accesos especiales al currículo especial o modificado, o a unas condiciones de aprendizaje especialmente adaptadas para que el alumno sea educado adecuada y eficazmente. La necesidad puede presentarse en cualquier punto en un continuo que va desde la leve hasta la aguda; puede ser permanente o una fase temporal en el desarrollo del alumno (Warnock 1990)”

Finalmente, de este informe también se destacan los siguientes puntos (Warnock 1990):

1. Ningún niño será considerado en lo sucesivo anti-educable.
2. La educación es un bien al que todos tienen derecho.
3. Los fines de la educación son los mismos para todos.
4. La Educación Especial consistirá en la satisfacción de las necesidades educativas (NEE) de un niño con objeto de acercarse al logro de estos fines.
5. Las NEE son comunes a todos los niños.
6. Ya no existirán dos grupos de alumnos, los deficientes que reciben EE, y los no deficientes que reciben simplemente educación.
7. Si las NEE forman un continuo, también la EE debe entenderse como un continuo de prestación que va desde la ayuda temporal hasta la adaptación permanente o a largo plazo del currículum ordinario.

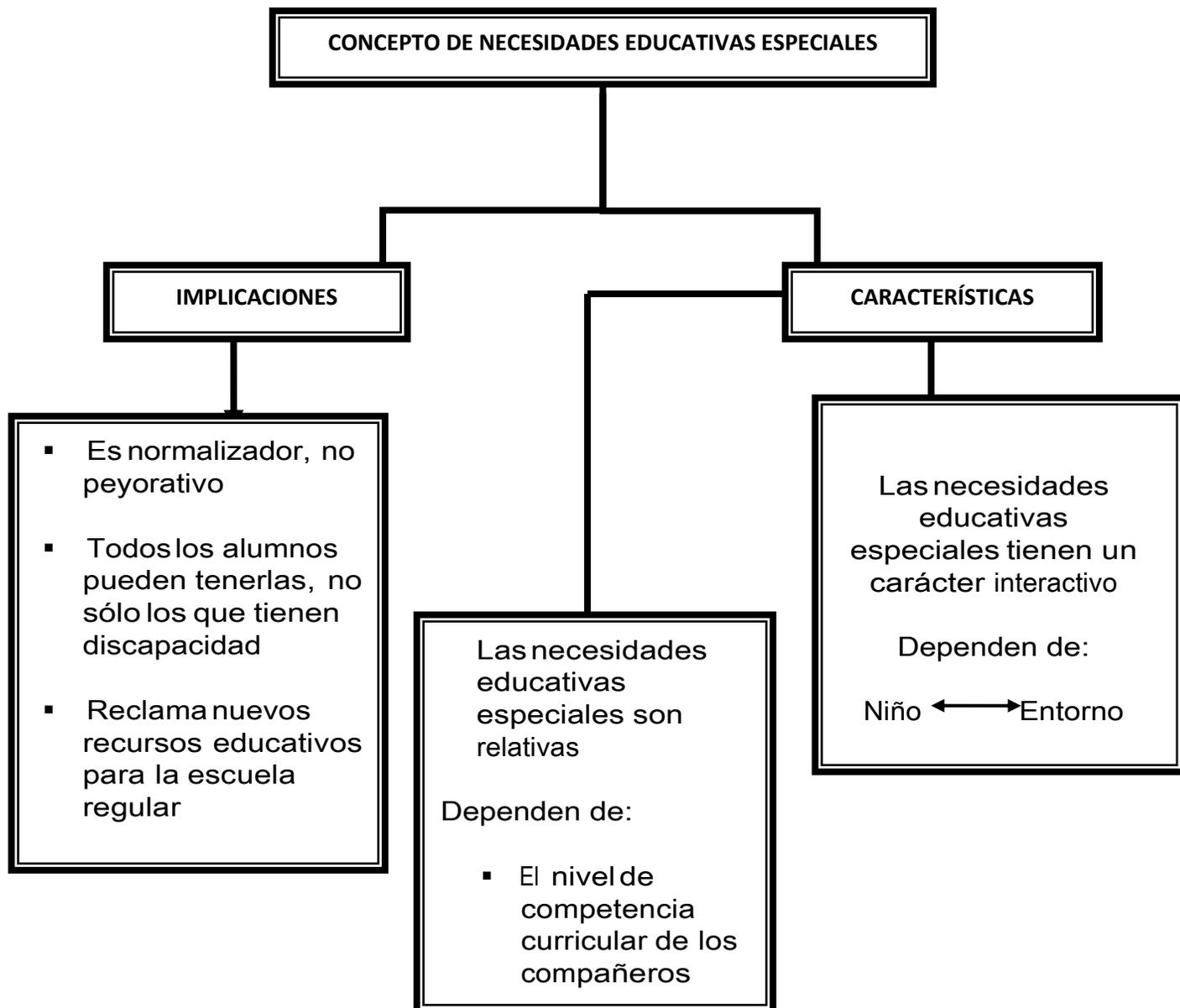
8. Las prestaciones educativas especiales, donde quiera que se realicen tendrán un carácter adicional o suplementario y no alternativo o paralelo.
9. Actualmente los niños son clasificados de acuerdo con sus deficiencias y no según sus NEE.
10. Se recomienda, por tanto, la abolición de las clasificaciones legales de los deficientes.
11. Se utilizará, no obstante, el término «dificultad de aprendizaje» para describir a los alumnos que necesitan alguna ayuda especial.
12. Se adoptará un sistema de registro de los alumnos necesitados de prestaciones educativas especiales en el que no se impondría una denominación de la deficiencia sino una explicación de la prestación requerida.

Con todo lo anterior, es importante mencionar que la educación especial y la especificidad en la misma, en las personas que tengan algún tipo de Necesidad Educativa Especial, es fundamental; primeramente, en el desarrollo de un currículo adecuado para el óptimo desarrollo de las capacidades intelectuales y sociales de las personas con ciertas discapacidades, la atención individualizada y en muchos casos la integración a una aula regular, la capacitación constante del profesorado y la aceptación de la sociedad de aquellas personas que tengan una necesidad educativa especial.

Es importante saber que estas definiciones, se dieron, no sin antes tener un proceso muy amplio de cambio y re-conceptualización, pues como ya se había dicho, la dinámica de la sociedad es cambiante y por ende también debe existir un cambio en la epistemología de la enseñanza, que promueva la satisfacción de las necesidades de todos

los individuos, en este caso educativamente hablando, se deberá proporcionar y dotar a los alumnos de una educación propia, óptima y que esté al alcance de todas las personas

Siguiendo en el punto del conocimiento de las necesidades educativas especiales, Echeita (1989), realiza el siguiente esquema en donde se pueden observar las características y las implicaciones del concepto.



*Cuadro 1. Fuente: Echeita, G. (1989) Las necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria. Serie Formación. Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia / Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial.

El cuadro anterior, ubica las principales implicaciones y características de las necesidades educativas especiales (NEE), lo que nos permite entender y estudiar de una forma más integral las situaciones que viven las personas que tienen una necesidad especial y por lo tanto potenciar mejor las cualidades que tengan.

En general, se considera entonces que las NEE, no se pueden detectar solamente tomando en cuenta un factor, sino que es necesario encontrar todas las variables que intervienen en la problemática de algún alumno, es decir, revisar su contexto familiar, su comportamiento dentro de su comunidad, cómo se desarrolla en el contexto escolar, cómo es su aprendizaje, de qué forma aprende, cuáles son sus habilidades, intereses, aptitudes etc., todo esto para poder detectar de forma eficaz una NEE, y proponer acciones dirigidas a mejorar la situación del alumno.

Por ultimo es de vital importancia mencionar que desde la educación especial, hasta ahora la integración e inclusión educativa y la utilización de los nuevos conceptos como el de necesidades educativas especiales, se han modificado para que las intervenciones que se realizan con las personas involucradas sean más efectivas y útiles para su vida diaria y no solamente su vida educativa. A este respecto, Verdugo (2005), refiere varios aspectos en los que se ha evolucionado desde la educación especial, estos son:

- Desde una pedagogía terapéutica basada en los déficits a una educación especial basada en las necesidades educativas especiales.
- Desde una clasificación por etiología orgánica a una clasificación según sean las necesidades especiales transitorias o permanentes.

- ❑ Desde una educación especial en sentido restringido llevada a cabo de forma segregada en los centros de educación especial a un sentido amplio integrada en el sistema educativo ordinario.
- ❑ Desde un programa específico para cada tipo de deficiencia, a una adaptación del currículo a las necesidades educativas especiales de los alumnos.
- ❑ Desde un tratamiento medico psicopedagógico, a una adaptación curricular individualizada.
- ❑ Desde una educación especial de los distintos tipos de deficiencia, a una educación especial como conjunto de apoyos y adaptaciones que ha de ofrecer la escuela para ayudar al alumno integrado de desarrollo y aprendizaje.

Estos puntos nos hacen ver que las re conceptualizaciones que han sucedido a través del tiempo han permitido que la atención a personas con necesidades especiales sea más específica, más individual, más pertinente, más centrada en sus dificultades y más eficaz.

Ahora bien, existe una clasificación de las necesidades educativas especiales, que permite ubicar a los niños o niñas en una determinada dificultad para que su atención sea más específica y más útil para ellos, de esto se hablará en el siguiente apartado.

1.6 Clasificación de las Necesidades Educativas Especiales

La denominación de necesidades educativas especiales referida a los alumnos con dificultades importantes en el aprendizaje, es un concepto fundamental ya que forma parte esencial en el desarrollo de un individuo. Ahora bien las necesidades educativas especiales, pueden ser temporales y permanentes y a su vez debidas a diversas causas.

Un hecho importante es que pueden estar asociadas al ambiente escolar en el que se educa a los alumnos. Si la escuela no está sensibilizada a brindar la atención a la diversidad de aprendizaje de los alumnos, los maestros no están lo suficientemente preparados, la metodología y las estrategias de enseñanza no son adecuadas o las relaciones interpersonales y la comunicación entre la comunidad educativa están deterioradas, ello puede afectar seriamente en el aprendizaje escolar de los alumnos y propiciar la presencia de necesidades educativas especiales.

Es de vital importancia mencionar que todos los alumnos pueden llegar a tener necesidades educativas, esto es por el solo hecho de ser personas y tener diferentes formas de aprender dependiendo de sus contextos, algunas veces, estas necesidades son enfrentadas por los profesores o las escuelas sin embargo esto no es siempre. Muchas veces los profesores se encuentran con problemáticas de alumnos que tienen alguna necesidad educativa y no la pueden resolver pues requieren recursos que no están a su disposición y tendrían que utilizar recursos especiales, estos niños son los que tienen necesidades educativas especiales.

Como ya hemos mencionado, se encuentra una necesidad educativa especial cuando existe algún tipo de deficiencia ya sea física, intelectual, emocional, sensorial o una combinación de éstas y puede afectar la capacidad de aprendizaje del sujeto, esto aunado a que algunas veces son necesarios cambios en el currículo y condiciones físicas de la institución para que el individuo con estas necesidades tenga acceso a una educación de calidad y pueda lograr un óptimo desarrollo.

La Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF) de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de 1980 define la discapacidad como *“el resultado de la interacción entre una persona con una disminución y las barreras medioambientales y de actitud que*

esa persona puede enfrentar". En la CIF de la OMS de 2001, la discapacidad engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación; es decir las perspectivas corporal (deficiencia), individual (discapacidad) y social (minusvalía), en breve, se describe lo más destacado de esta perspectiva:

Discapacidad Intelectual. Funcionamiento intelectual inferior a la media de la población asociado a dificultades adaptativas y a alteración sensorio motora y neurológica. Tiene su inicio en el periodo de desarrollo entre el nacimiento y los 18 años de edad.

La discapacidad intelectual de un individuo no es una entidad fija e incambiable. Va siendo modificada por el crecimiento y desarrollo biológicos del individuo y por la disponibilidad y calidad de los apoyos que recibe en una interacción constante y permanente entre el individuo y su ambiente.

Discapacidad Emocional. Conjunto de trastornos de desarrollo dentro de los primeros tres años de vida y se caracterizan por alteraciones en las habilidades físicas, sociales y de lenguaje, respuestas anormales a sensaciones, ausencia o grave retraso en el lenguaje y dificultad en los referentes a personas, objetos y acontecimientos.

Pueden presentar movimientos corporales repetitivos (movimientos de las manos, balanceos...), respuestas extrañas a situaciones cotidianas, apego a objetos y resistencia a cambios en su rutina. En ocasiones conductas agresivas y/o auto agresivas pueden estar presentes.

Discapacidad Sensorial. Cuando un sentido falta, el niño no podrá recolectar toda la información que normalmente se percibe por ese sentido

Discapacidad Visual. Una definición para esta discapacidad es la de carencia, disminución o defectos de la visión. Se distinguen dos grupos: las personas con ceguera y las personas con disminución visual. Las personas con ceguera han perdido absolutamente su capacidad de ver, mientras que las personas con disminución visual presentan una cierta pérdida que se refleja de diferentes modos: imposibilidad de distinguir colores, molestia ante la iluminación o percibir sólo una parte del ambiente.

Discapacidad Auditiva. En este tipo de discapacidad están incluidos las personas sordas y las hipoacúsicas. En las primeras el resto auditivo no es susceptible de ser recuperado. En las segundas, se puede trabajar en la rehabilitación del resto auditivo.

Discapacidad Motora. Una persona con discapacidad motora es aquella que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración de su aparato motor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema nervioso, muscular y /u óseo, o en varios de ellos relacionados, que en grados variables limita alguna de las actividades que puede realizar el resto de las personas de su edad.

Esta discapacidad implica la limitación del normal desplazamiento físico. Las personas que tienen este tipo de discapacidades pueden ser semiambulatorias o no ambulatorias. En el caso del primer tipo, se movilizan ayudadas por elementos complementarios, como son muletas, bastones, andadores, etc. Las no ambulatorias sólo pueden desplazarse con silla de ruedas. Esto implica la fundamental importancia de estos elementos para las personas con discapacidad.

Ya que se observó cómo la OMS define cada tipo de necesidad, observamos que una de estas necesidades educativas especiales es la discapacidad mental y la cual se

abordará en este trabajo, siendo meramente una necesidad educativa especial el retraso mental leve.

Ahora bien y por último, los alumnos con NEE. se pueden clasificar en:

- Alumnos con discapacidad física, psíquica, sensoriales o por manifestar graves trastornos de la personalidad o la conducta.
- Alumnos con sobredotación intelectual.
- Alumnos en situaciones desfavorecidas de tipo socioeconómico, cultural, étnico o de salud.
- Alumnos extranjeros.
- Alumnos con desajuste curricular significativo en el desarrollo de las capacidades y las exigencias del currículo del curso en el que está escolarizado, sin que éste, tenga por causa las situaciones anteriores.

Ahora bien, una vez ubicando al Retraso Mental como una Necesidad Educativa Especial, hablemos particularmente de su concepción, etiología, características, entre otras.

2. EL RETRASO MENTAL

Normalmente cuando se habla de personas con retraso mental, se piensa que no son capaces de realizar ninguna actividad de la vida cotidiana, incluso se expresan sentimientos de lástima o condescendencia, se etiquetan como personas “inútiles”, “retrasadas”, etc., sin embargo, no sabemos de lo que estas personas son capaces ni de las habilidades que poseen o de lo que pueden lograr, pues muchas veces ni siquiera sabemos a qué se refiere el término de Retraso Mental.

Para poder realizar o citar una definición de retraso mental por principio de cuentas Bengoechea (1999) menciona que se deben seguir ciertos criterios para ello, y estos son:

- **Criterio Psicométrico.** Según este criterio el deficiente mental es aquel sujeto que tiene un déficit en sus capacidades intelectuales.
- **Criterio Social.** Según este criterio la persona con deficiencia mental es aquella que presenta una dificultad para adaptarse al medio social.
- **Criterio médico.** Según este criterio la deficiencia mental es un trastorno que tiene un fundamento biológico o fisiológico y se manifiesta durante la edad de desarrollo.
- **Criterio conductista.** Según este criterio el déficit mental es un déficit de conducta, como resultado de la interacción de factores:
 - Biológicos del pasado (genéticos, prenatales, etc.)
 - Biológicos (drogas, fármacos, cansancio, etc.)
 - Interacción con el medio (reforzamiento)
 - Condiciones ambientales o acontecimientos actuales.
- **Criterio pedagógico.** Hace referencia al sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje y tiene necesidad de apoyos y

adaptaciones curriculares que le permitan seguir el proceso de enseñanza ordinaria.

Cabe mencionar que en el aspecto de la definición del retraso mental, a lo largo de la historia y al no existir un consenso en la denominación de este trastorno, se utilizan diferentes terminologías para definirlo, por ejemplo: Retraso Mental (RM) para la Organización Mundial de la Salud (OMS, CIE-10, 1992, citadas por Castanedo 1999); Excepcionales en EE.UU; RM para la American Psychiatric Association (DSM-IV, 1994-1995, citada por Castanedo 1997); Discapacitados en Italia; Sujetos Excepcionales y con NEE (necesidades educativas especiales) en el Reino Unido; en España, Excepcionales, RM y DM (débiles mentales), alumnos con NEE y últimamente también sujetos que necesitan “atención en la diversidad”, Castanedo (1997).

Ahora bien, para entender mejor este término, es importante definir qué es el Retraso Mental.

Castanedo (1997), menciona que los deficientes mentales son aquellos niños, adolescentes y adultos que, como resultado de una inteligencia poco desarrollada, están penalizados significativamente en cuanto a su habilidad para aprender, retener y adaptarse a las exigencias impuestas por la sociedad; y define a la deficiencia mental como:

“Un estado de desarrollo incompleto, de tal calidad y grado que el individuo es incapaz de adaptarse totalmente al medio ambiente normal de sus semejantes, de manera que no puede vivir completamente independiente sin algún tipo de apoyo externo. El déficit mental representa una condición de lento desarrollo, detención, deficiencia o deterioro, que siendo grave y permanente, se origina a temprana edad y siempre afecta a la inteligencia, el juicio, el razonamiento, la comprensión y la capacidad para la adaptación social y económica”.

Calderón y Calderón (2002), mencionan que el retraso mental no es una enfermedad o propiamente un síndrome, sino una designación o concepto que reúne un grupo de trastornos médicos. En los años recientes se han utilizado como sinónimos la deficiencia mental, subnormalidad mental, discapacidad mental, discapacidad intelectual y oligofrenia. Estos autores mencionan que la definición de retraso mental es tan difícil como la de inteligencia. Esta última ha sido considerada como el grado de habilidad de las experiencias de un individuo para la solución de problemas inmediatos y la anticipación de problemas futuros; también como una forma de desarrollo biológico que le permite a un individuo actuar e interactuar en forma efectiva con el ambiente (Piaget 1952, citado por Calderón y Calderón 2002).

En 1992, la Asociación Americana de Retraso Mental, publicó su última definición de retraso mental, en la que se menciona que:

“Retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio, presente al mismo tiempo con limitaciones relacionadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, salud y seguridad, función académica, trabajo y tiempo libre”.

Esta asociación también refiere que son necesarias cuatro presunciones para que sea aplicable esta definición:

1. Que una evaluación validada considere la diversidad lingüística cultural, así como las diferencias en comunicación y factores conductuales;
2. Que existan limitaciones en las habilidades de adaptación dentro del contexto de ambientes de la comunidad, típicos de sus iguales en edad e indicados a las necesidades de apoyo individuales de la persona;
3. Que frecuentemente coexistan limitaciones en unas habilidades de adaptación con aptitudes en otras, o bien en diferentes capacidades personales, y
4. Que con apoyo apropiado, durante períodos prolongados, generalmente mejora el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental.

Ahora que ya se ha descrito desde diferentes perspectivas, la conceptualización del retraso mental, se describirán a continuación los motivos o causas del retraso mental para ubicar de manera integral todas las características que conforman este trastorno.

2.1 Etiología del Retraso Mental

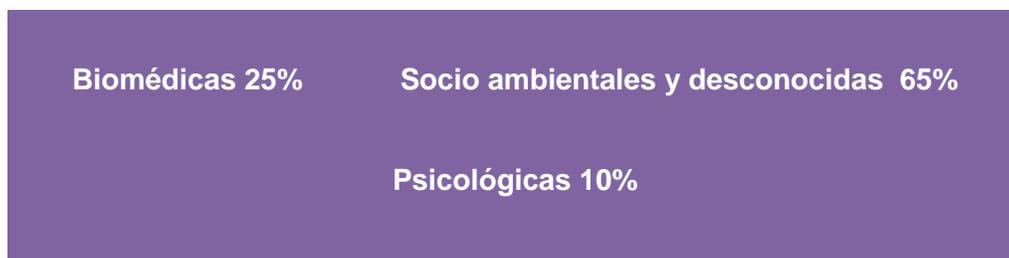
Según Castanedo (1999), hasta ahora se han identificado unas doscientas cincuenta causas que originan la deficiencia mental, lo que corresponde al 25% de todos los casos detectados como deficientes, por lo que se puede deducir que existen cerca de mil causas de deficiencia mental.

Ahora bien, de acuerdo a la Asociación Americana de Deficiencia Mental citada por Castanedo 1999, el Retraso Mental es debido a uno o varios de los siguientes factores:

- Enfermedades y condiciones debidas a infecciones:* Comprende las infecciones cerebrales prenatales y postnatales.

- ❑ *Enfermedades y condiciones debido a intoxicaciones:* Entre ellas se encuentran la leucemia y la encefalopatía.
- ❑ *Enfermedades debidas a traumas o agentes físicos:* El trauma puede resultar de condiciones tales como la asfixia al nacimiento y los daños postnatales.
- ❑ *Enfermedades y condiciones debidas a trastornos hereditarios en el metabolismo:* A esta categoría pertenecen el crecimiento, la nutrición. La fenilcetonuria se transmite genéticamente.
- ❑ *Enfermedades y condiciones debidas a nuevos nacimientos:* Neoplasma intracraneana, arteriosclerosis.
- ❑ *Enfermedades y condiciones producidas por circunstancias prenatales:* Desconocidas en su origen como son los déficits cerebrales congénitos, el síndrome de Down.
- ❑ *Causas inciertas y psicológicas:* A este, corresponden solamente las reacciones funcionales manifiestas. Incluye la deficiencia mental cultural-familia, las deficiencias debidas a la privación del medio ambiente, las deficiencias engendradas por trastornos emocionales o trastornos severos de la personalidad etc.

Para ubicar, cuál de estas causas sucede con más frecuencia, en el siguiente cuadro se resumen estadísticamente cada una de ellas:



Con lo anteriormente mencionado, es importante destacar que en un Retraso Mental, no siempre es posible determinar una etiología biológica específica, sin embargo como menciona Edgerton (1985), el conocimiento general acerca de las causas del retraso clínico está progresando rápidamente. A este respecto, este autor, menciona algunas de ellas y examina estas causas, entre las cuales se encuentran:

- ❑ *Infecciones:* Existen varias enfermedades principales que pueden ocasionar el retraso mental en el feto. Las más importantes son toxoplasmosis, sífilis, rubeola y citomegalia, ésta última provocada por un virus relacionado con los herpes. De estas enfermedades, la rubeola se encuentra en la actualidad bastante controlada. Para las otras, aún no se dispone todavía de vacunas o tratamiento. Hay también diversas enfermedades que provocan encefalitis post infecciosa, causante de retraso mental en niños: meningitis, rubeola, parotiditis y varicela.
- ❑ *Intoxicaciones:* Las principales formas de intoxicación que afectan al feto en el desarrollo son: la toxemia del embarazo, que sigue constituyendo un importante problema obstétrico, la fenilcetonuria materna, la hiperbilirrubinemia, la intoxicación saturnina y el alcoholismo materno. Todas estas enfermedades, pueden dañar al cerebro en vías de desarrollo. Así, una madre con fenilcetonuria, da a luz hijos mentalmente retrasados, aun cuando no presenten ellos mismos fenilcetonuria. La hiperbilirrubinemia va asociada con la incompatibilidad Rh. La intoxicación saturnina es un antiguo problema, al cual se está prestando actualmente atención, ya que se sabe que incluso reducidas cantidades de plomo pueden causar retraso mental. El consumo abundante de alcohol, por parte de la madre, es considerado también en la actualidad como una amenaza potencial para la evolución del feto.

- ❑ *Trastornos del metabolismo o de la nutrición:* Existen diversos trastornos metabólicos que producen retraso mental, con frecuencia tras un periodo de degeneración cerebral. El retraso mental puede estar causado también por trastornos del metabolismo hidrocarbonado, tales como la galactosemia, afección en la que un niño recién nacido no tolera la leche; por trastornos del metabolismo de los aminoácidos, de los nucleótidos o de los minerales y por malnutrición grave, la cual puede impedir de un modo importante el desarrollo cognoscitivo. Hay también diversas formas de grave enfermedad cerebral y de malformaciones craneales, así como un gran número de trastornos gestacionales, que incluyen factores tales como parto prematuro, peso bajo al nacer o disfunción placentaria y que, en combinación con la experiencia social y educacional de un niño, puede dar lugar a retraso mental.
- ❑ *Anomalías genéticas:* Por último, existen múltiples anomalías genéticas que provocan retraso clínico, con diversos grados de gravedad. La anomalía de este tipo más conocida, es el Síndrome de Down, el cual procede habitualmente de un número anormal de cromosomas, al igual que el síndrome de Turner, el síndrome de Klinefelter entre otros. El 80% de las causas genéticas conocidas de retraso mental son atribuibles a anomalías cromosómicas, pero el retraso clínico puede ser debido a mutaciones de genes aislados tales como las que se observan en la fenilcetonuria, la leuco distrofia mata cromática, y diversas formas de microcefalia y de hidrocefalia.

Siguiendo en el punto de la explicación del Retraso Mental y como menciona Edgerton en su libro de Retraso Mental, el retraso clínico, es un tremendo problema que no obstante su elevada incidencia en la población general, afecta solamente al 25% de todas las

personas con retraso mental; el resto queda incluido en la categoría que se designa corrientemente, como “retraso sociocultural”.

Los incluidos en este último según el autor, eran designados antes como “débiles mentales”, pero más recientemente han sido identificados como personas con retraso mental, asociado con su situación psicosocial desventajosa. En este caso, el autor utiliza el termino “retraso sociocultural”, en donde el grado de deficiencia intelectual es ligero, con un CI entre 55 y 69. Menciona también que habitualmente no existen signos fácilmente demostrables de incapacidad física. Asimismo, que por motivos que aún no están determinados, un 65% de los retrasados socioculturales son varones.

Sin embargo, cabe destacar que algo muy importante, es que los niños socioculturalmente retrasados proceden de aquellos grupos sociales que se hallan en situación desventajosa desde los puntos de vista económico, educacional y social. Además de que se puede considerar que el retraso mental sociocultural, va asociado a ingresos bajos, hacinamiento, viviendas deficientes y familias numerosas etc.

Edgerrton (1985), refiere que el punto clave relativo al retraso mental sociocultural, es el de que casi siempre aparece en grupos sociales indigentes, carentes de educación y culturalmente distintos; lo que hace que nos preguntemos ¿Qué es lo que causa el retraso mental sociocultural?, ¿son solo estos factores, o influyen algunos más?

A este respecto, el autor considera que entre las causas más destacadas, se encuentran:

- ❑ *El enriquecimiento del medio cultural:* Ya que el retraso cultural tiene lugar en primer término entre individuos pobres y culturalmente aislados, y dado que rara

vez existe una causa física conocida de tal retraso, se han desarrollado muchos planes destinados a enriquecer el entorno cultural de estas personas; por ejemplo, se estimula el aprendizaje del lenguaje, la resolución de problemas y la motivación para aprender y realizar. Así mismo, se manejan una serie de factores relativos al ambiente prenatal del niño como la salud, la nutrición de la madre, los intervalos entre los partos, la asistencia obstétrica etc. Otra cosa importante, es que en casi todos estos planes procuran enriquecer el medio ambiente de los niños retrasados, sin embargo tales esfuerzos son costosos, consumen mucho tiempo y son tremendamente complejos.

- ❑ *El medio ambiente físico: el plomo:* Actualmente, existen ciertas recomendaciones que exigen que se salve o purifique el medio ambiente, pues el continuo crecimiento de la población ha afectado el entorno. Un caso específico es el uso que le da el hombre al plomo y hay que destacar que es el tóxico más extendido y peligroso que nos puede afectar. Ahora bien, el plomo es un tóxico que interfiere con el metabolismo celular. Ocasiona irritabilidad, pérdida de apetito, náuseas, estreñimiento, entre otros síntomas.
- ❑ *Malnutrición:* La dieta de una madre gestante debe proporcionar las sustancias alimenticias esenciales para ella y para el feto, ya que si la nutrición es deficiente, puede afectarse el desarrollo de éste. En la actualidad se acepta de un modo general que la malnutrición durante el desarrollo fetal, o los primeros dieciocho meses de vida, no solo retrasa el desarrollo físico, sino que puede originar también RM. Cabe destacar que cuanto más profunda es la privación de calorías y más prolongada su duración, tanto peores son las consecuencias, al menos en cuanto a las mediciones clínicas convencionales, pues una leve privación calórica impide el desarrollo de un niño de corta edad.

- ❑ *Las escuelas:* Se sabe que la gran mayoría de los niños que son identificados en la escuela como socioculturalmente retrasados, no se muestran como completamente competentes fuera de la misma. Pero ya que la gran mayoría de los niños socioculturalmente retrasados son pobres y de medios culturalmente distintos, existe la posibilidad de que las escuelas los estén tratando como si fuesen mentalmente retrasados, cuando lo que en realidad sucede, es que sencillamente no se hallan preparados en cuanto a un lenguaje, cultura o motivación para enfrentarse de modo eficaz a las exigencias que las escuelas plantean.

Se ha visto hasta ahora, que el retraso mental no puede deberse a una sola razón, sino que existen numerosos factores por los que una persona puede llegar a tener retraso mental, siendo estos factores tanto biológicos como sociales o ambientales, es decir, una persona puede estar biológicamente destinada a tener algún tipo de deficiencia mental, o puede ser por causas de cuidado durante y después del parto, ajenas a condiciones meramente biológicas. En general, ahora que se conoce la diversidad de causas, reconozcamos las características de este trastorno.

2.2 Características del Retraso Mental.

El individuo con deficiencia mental se caracteriza por un funcionamiento de la inteligencia por debajo de lo “normal”. Esa deficiencia del funcionamiento intelectual va a veces asociada a trastornos de madurez, casi siempre a dificultades de aprendizaje y de adaptación social.

La Asociación Americana de Psiquiatría en 1994 manifiesta que el trastorno por Retraso Mental esta caracterizado por:

- a) Un funcionamiento intelectual general por debajo del margen considerado como normal, que corresponde a un cociente de inteligencia (CI) de 70 o menor en pruebas de CI administradas en forma individual.
- b) Déficit o impedimentos en la capacidad de adaptación de los niños con RM; por ejemplo, limitación personal del niño para alcanzar los niveles que se esperan para su edad y grupo cultural, cuando menos en dos de las siguientes áreas: comunicación, independencia y responsabilidad personal, habilidad para resolver problemas cotidianos, capacidad social y de relaciones interpersonales, autosuficiencia, habilidades académicas funcionales de trabajo, de empleo del tiempo libre, salud y seguridad.
- c) Inicio antes de los 18 años de edad. El CI normal está dentro del intervalo entre 70-75 y 130.

En la siguiente tabla citada por Castanedo (op. Cit), éste hace referencia a algunas características de los individuos con Deficiencia Mental, las cuales a continuación se presentaran:

Grado de Retardo	0-5 años, Madurez y desarrollo	6-21 años, Entrenamiento y educación	Adulto, Adaptación social y vocacional	Factores ambientales que contribuyen a la DM
Ligero	A menudo no puede ser detectado como DM, aunque es lento en caminar, correr	Puede llegar a adquirir conocimientos prácticos. Lectura y aritmética a un	Puede adquirir habilidades sociales y vocacionales adecuadas para mantenerse por	Carencia de un diagnóstico temprano. Ausencia de ciertas experiencias

	solo y hablar.	nivel de 3º a un 6º.	sí mismo. Ocasionalmente puede necesitar soporte terapéutico cuando se encuentra bajo una fuerte tensión, como en situaciones de dificultades económicas o sociales.	necesarias al desarrollo durante la temprana edad. Salud y dietas pobres. Educación deficiente. Carencia de entrenamiento vocacional. Estímulos inadecuados de los padres hacia la escuela.
Moderado	Desarrollo lento apreciado en la motricidad y más aun en el lenguaje. Responde bien al entrenamiento de los cuidados personales.	Puede aprender la comunicación simple, los cuidados de la salud y los hábitos de seguridad elementales. Simple conocimientos prácticos. No progresa en lectura o aritmética.	Puede realizar labores simples bajo supervisión. Participa en actividades recreativas simples. Viaja sólo por lugares familiares. Generalmente es incapaz de mantenerse por sí solo.	Mala salud general de la madre. Carencia de cuidados prenatales. Insuficientes cuidados médicos durante el parto. Insuficientes cuidados pediátricos frente a las enfermedades propias de la infancia.
Severo	Retardo marcado en el desarrollo	Tiene alguna comprensión del lenguaje y emite	Se puede conformar a las rutinas diarias y	Insuficiente educación de los padres

	motor, muy poca o ninguna comunicación. Puede responder bien al entrenamiento de los cuidados personales básicos.	algunas respuestas. Puede sacar beneficio de un entrenamiento sistemático de los hábitos cotidianos.	a las actividades repetitivas. Necesita ayuda y supervisión continua en entornos protegidos.	relacionada con los métodos de crianza de sus hijos DM. Carencia de instituciones especializadas que pongan el acento en el desarrollo del niño.
Profundo	Capacidad mínima para el funcionamiento sensorial. Necesita cuidados como un bebé.	Retardo obvio en todas las áreas del desarrollo. Expresa respuestas emocionales básicas. Puede responder a un entrenamiento especializado centrado en el uso de las piernas, manos y rodillas. Necesita supervisión.	Puede caminar. Necesita cuidados de alimentación. Posee un lenguaje primitivo. Se beneficia de las actividades físicas. Incapaz de mantenerse por sí mismo.	Padres carecen de conocimientos pertinentes a las prácticas de crianza de los hijos. Insuficiente acceso a los servicios especializados de clínicas, hospitales y escuelas. Fallos en la aplicación de medidas correctivas. Alta incidencia de accidentes.

*Tabla 3. Fuente: President's Panel on Mental Retardation (1963), p. 15 citado por Castanedo (1997), en Bases psicopedagógicas de la educación especial.

Lo anterior explica de forma muy detallada cuáles son las características de las personas con algún grado de retraso mental, lo que hace que la detección sea más eficiente y pertinente, ubicando al individuo en un tipo de retraso e interviniendo y potenciando sus mayores capacidades y cualidades y saber hasta dónde puede llegar.

Estas características, no solamente funcionan como información de detección, sino que habrá que tomar en cuenta lo que el autor quiere resaltar aquí, que son las acciones precisas que un individuo con retraso mental ya sea leve, moderado o grave puede realizar a lo largo de su desarrollo. Hay que tomar en cuenta que para cada persona el alcance de tales acciones siempre va a ser diferente dependiendo de los contextos en los que se desenvuelva, ya que si bien dos personas pueden tener el mismo nivel de retraso, no tienen la misma estimulación; o en el caso que así sea, su aprendizaje dependerá de las habilidades con las que cuenten ya que al reforzar éstas se podrá obtener un mejor desempeño en estas personas.

Precisamente, hablando de tipos de retraso, a continuación se describe la clasificación de este trastorno para entender de forma muy puntual la diferencia entre los niveles que existen de retraso.

2.3 Clasificación según el grado de retraso

La Asociación Americana de Psiquiatría refiere que el retraso mental se puede clasificar de la siguiente forma:

- a) *Retraso mental leve (educable)*, con un CI entre 50-55 y 70- 75 (2-3 Desviaciones Estándar (DE) por debajo de la normalidad), este tiene las siguientes características:

- Retraso mínimo en áreas motoras y sensoriales.

- Son educables dentro de ciertos límites.
- Podrán adquirir habilidades de lectoescritura funcionales.
- Podrían cursar con dificultades la escuela primaria.
- Podrían desarrollar capacidades sociales y de comunicación.
- Con entrenamiento adecuado, de adultos podrían trabajar y alcanzar una vida independiente.
- Desarrollan la mitad o tres cuartas partes de lo esperado en una persona sana.

b) *Retraso mental moderado (entrenable)*, con un CI entre 35- 40 y 50-55 (3-4 DE por debajo de la normalidad):

- Retraso más evidente en áreas motoras y sensoriales.
- Son capaces de aprender a cuidar de sí mismos.
- Podrían ser capaces de aprender a leer algunas palabras.
- Difícilmente captarán los conocimientos para lidiar con el segundo año de primaria.
- Podrían desarrollar capacidades sociales y de comunicación.
- Podrían desarrollar una actividad laboral en un ambiente protegido.
- Requerirán supervisión continua y respaldo económico.
- Desarrollan desde una tercera parte hasta la mitad de lo esperado en una persona normal.

c) *Retraso mental grave*, con un CI entre 20-25 y 35-40:

- Marcadas dificultades en destrezas motoras y en funciones sensoriales.
- Marcadas dificultades en la comunicación.
- Podrían aprender hábitos sanitarios elementales.
- Podrían tener defectos físicos asociados.

d) *Retraso mental profundo*, con un CI inferior a 20-25:

- Graves problemas en la actividad motora y en funciones sensoriales.
- Graves problemas en la comunicación.
- Requieren de un cuidado especial y supervisión constantes durante toda la vida.
- Habitualmente presentan graves defectos físicos asociados.

Nivel de retraso	Siglas	CI (*)	Código DSM-IV	% de RM	EM adulto
Retraso Mental Leve o Ligero	(RML)	55-70	(317.0)	85.00	8;3/10;9
Retraso Mental Moderado	(RMM)	40-54	(318.0)	10.00	5;7/8;2
Retraso Mental Severo o Grave	(RMS)	25-39	(318.1)	¾.00	3;2/5;6
Retraso Mental Profundo	(RMP)	<=24	(318.2)	½.00	<=3;1
No especificado			(319.0)		

Cuadro 3: Fuente Grossman, H. J. (Ed.) (1983). *Classification in Mental Retardation*: Washington, DC: American Association on Mental Deficiency en Castanedo (1997)

Este sistema de clasificación de Grossman (1983) ha sufrido algunas modificaciones con respecto a la última clasificación presentada por la AAMR de 1992, la cual contiene los mismos criterios de diagnóstico que el DSM-IV:

- a) Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio
- b) Dificultades en las habilidades adaptativas
- c) Edad de inicio inferior a los 18 años

Los criterios de gravedad del retardo se han asignado en patrones y grados de asistencia que requieren los sujetos con Retraso Mental: asistencia intermitente,

limitada, extensa y generalizada. Estos niveles de asistencia corresponden a los cuatro niveles de clasificación del Retraso Mental, leve moderado, severo y profundo.

En la siguiente tabla se muestra la definición y ejemplos de la intensidad de los apoyos:

INTERMITENTE. Recibe apoyo <<cuando sea necesario>>. El apoyo se caracteriza por su naturaleza episódica. Así, la persona no siempre requiere el (los) apoyo(s), o recibe apoyos de corta duración, durante determinados momentos de transición en el ciclo vital (por ejemplo, pérdida de trabajo o agudización de una crisis médica). Los apoyos intermitentes pueden ser de alta o baja intensidad.

LIMITADO. Apoyos intensivos caracterizados por su consistencia temporal, por tiempo limitado, pero no intermitente. Pueden requerir un menor número de profesionales y menos costes que otros niveles de apoyos más intensivos (por ejemplo, entrenamiento laboral por tiempo limitado o apoyos transitorios durante el período de transición de la escuela a la vida adulta).

EXTENSO. Apoyos caracterizados por una implicación regular (ejemplo, diarios) en, al menos, algunos entornos (tales como el hogar o el trabajo) y sin limitación temporal (ejemplo, apoyo a largo plazo), (Aula o Centro de Educación Especial).

GENERALIZADO. Apoyos caracterizados por su constancia, elevada intensidad; proporcionados en distintos entornos, con posibilidad de sustentar la vida. Estos apoyos generalizados suelen requerir más personal y mayor intrusión que los apoyos extensivos o los de tiempo limitado, (Centro Residencial, Hospital).

Tabla 4: Fuente Luckasson, R; Coulte, D. L; Polloway, D. A; Reiss, S; Schalok, R. L; Senells, M.E; Spitalnik, D.M; and Stark, J.A. (1992). Mental Retardation: Definition, Classification, and systems of support. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, en Castanedo (1997).

Por lo anterior mencionado, es importante que se precise la forma en que cada uno de los tipos de retraso debe ser evaluado y diagnosticado para que el tratamiento que se proponga sea funcional para la persona; a este respecto a continuación se mencionan estos rubros de evaluación y diagnóstico del trastorno de retraso mental.

2.4 Evaluación y Diagnóstico del Retraso Mental

En un primer momento, se puede decir que las personas con Retraso Mental, pueden presentar también trastornos afectivos unipolares y bipolares, trastornos por ansiedad, reacciones psicóticas, trastorno autistas e incapacidades específicas del aprendizaje. (Reiss y Szyzsko, 1983).

Por lo que Reiss y Szyzsko 1983 mencionan que la evaluación debería incluir:

Un examen físico y test de laboratorio, incluyendo estudios cromosómicos, estudios de aminas y ácidos orgánicos, función tiroidea, pruebas de plomo y un estudio de mucopolisacáridos. También radiografías (rayos X) de los huesos largos y de las muñecas. Una evaluación neurológica, incluyendo un EEG y una tomografía computarizada Se debería evaluar el tamaño y las simetrías de la cabeza y la cara, la forma de la cabeza (incluyendo el pelo), la posición de ojos y orejas y las asimetrías de las funciones motoras y sensoriales. Se debe obtener información del historial materno de abortos, infecciones o exposición a tóxicos, y del tamaño y la actividad fetal.

A nivel psicológico, se requieren test que incluyan una evaluación neuropsicológico. Otro aspecto importante, es que la nueva concepción, de la Asociación Americana del Retraso Mental, refleja un enfoque multidimensional de evaluación, el cual se describe a continuación:

DIMENSIÓN	EVALUACIÓN
<p>Dimensión I: Dimensión</p> <p>Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas</p>	<p>Paso 1. Diagnostico del Retraso Mental</p> <p>Determina su selección para recibir apoyos</p> <p>Se diagnostica retraso mental si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El funcionamiento intelectual es de 70 o inferior 2. Se dan discapacidades en dos o más áreas de la conducta adaptativa 3. La edad de inicio es anterior a los 18 años
<p>Dimensión II:</p> <p>Aspectos emocionales</p> <p>Dimensión III:</p> <p>Aspectos físicos/salud/etiológicos</p> <p>Dimensión IV:</p> <p>Aspectos ambientales</p>	<p>Paso 2. Clasificación y descripción</p> <p>Identifica las capacidades, limitaciones y la necesidad de apoyos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describe las capacidades y limitaciones de la persona en referencia psicológica o emocional. 2. Describe el estado general físico y de salud de la persona y su discapacidad 3. Describe el entorno habitual de la persona y el ambiente optimo que podría facilitar su continuo crecimiento y desarrollo.
	<p>Paso 3. Perfil e intensidad de los apoyos necesarios</p> <p>Identifica los apoyos necesarios</p> <p>Identifica el tipo y la intensidad de los apoyos necesarios en cada una de las cuatro dimensiones</p> <p>Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas</p> <p>Dimensión II: Aspectos psicológicos/emocionales</p> <p>Dimensión III: Aspectos físicos/salud/etiológicos</p> <p>Dimensión IV: Aspectos ambientales</p>

*Cuadro 4. Adaptado de Luckasson, R. et al (1992), citado por Castanedo 1999

En el cuadro anterior, encontramos de forma muy puntual las sugerencias que realiza Castanedo (1999), para realizar una buena evaluación y concluir con un buen diagnóstico, ya que al realizar pertinentemente estas acciones, se podrá encontrar qué tratamiento puede ser el más eficaz para la persona que se esté evaluando, tomando en cuenta claro sus habilidades mejor desarrolladas, su contexto y alcances. Para hablar del tema, en el siguiente apartado se describe un poco más acerca del tratamiento en personas con retraso mental.

2.5 Tratamiento

En las últimas dos décadas, el problema de la condición de retraso mental ha recibido una atención creciente por el reconocimiento del derecho de los sujetos que la padecen a recibir los cuidados médicos apropiados y por el principio de normalización, que apoya el que estos sujetos convivan en la comunidad y utilicen sus recursos.

En un primer momento, existen diversos tipos de evaluaciones que determinan si una persona tiene un retraso mental, a este respecto, y como antecedente, Binet construyó un test que permite diferenciar entre los niños que pueden beneficiarse de una educación y los que no lo harán. Y en este sentido Baez 1989 (citado por Verdugo 2005), afirma que una de las razones del nacimiento de la psicología escolar es ofrecer respuesta a la necesidad que tiene el sistema educativo de identificar y clasificar a los alumnos que requieren programas educativos especiales o alternativos.

Para el tratamiento de las múltiples discapacidades y complicaciones asociadas con el retraso mental, resulta característico el tratamiento multimodal, con una orientación evolutiva. Así, los programas de rehabilitación a largo plazo suponen la intervención de un

gran número de especialistas y organismos trabajando en colaboración a lo largo del tiempo.

A nivel psicológico aunque los tratamientos basados en el pensamiento abstracto pueden no resultar útiles, las intervenciones psicoterapéuticas orientadas evolutivamente pueden resultar eficaces en el manejo de crisis o en los objetivos psicosociales a largo plazo. En determinados pacientes adolescentes o adultos con un retraso mental leve, la psicoterapia individual puede utilizarse para promover la diferenciación de uno mismo y del otro, la autoestima, la formación de la identidad, el desarrollo interpersonal, el control emocional y conductual. La modificación de la conducta resulta útil para el tratamiento de la agresión, el desafío, la hiperactividad, las estereotipias, las autolesiones, la pica, y el comportamiento asocial. En algunos casos pueden enseñarse el entrenamiento del control de esfínteres, a vestirse y acicalarse, y las habilidades para comer. La psicoterapia de grupo, ha sido más utilizada que la individual, ya que es especialmente útil para los adolescentes y adultos jóvenes que necesitan el apoyo de sus compañeros para poder separarse de sus familias, y además pueden utilizarlos como modelos de rol.

El entrenamiento educativo y evolutivo para aumentar las habilidades del lenguaje y del habla, motoras, cognitivas, ocupacionales, así como sociales, recreativas, sexuales y adaptativas, se llevan a cabo por profesionales especializados. El individuo puede entrenarse para iniciar simplificaciones de tareas, pedir clarificaciones de comunicación, y realizar mejoras ambientales. La educación y asesoramiento de los padres, así como el apoyo a la familia son una norma.

El componente psiquiátrico incluye a los fármacos psicótrópos que funcionan y deben utilizarse del mismo modo que si la inteligencia del paciente es normal. En el RM deben ser usados dentro del contexto de un programa global y no como tratamiento único.

Dependiendo del trastorno psiquiátrico concomitante pueden prescribirse: anti psicóticos, antidepresivos, sales de litio y ansiolíticos.

El mejor tratamiento del RM es la prevención. La educación y la conciencia de las personas en general acerca del RM son fundamentales. El consejo genético y familiar ayuda a disminuir la incidencia de RM en aquellas familias con historia de trastorno genético asociado a RM. Para las familias de bajo nivel socioeconómico, los cuidados médicos apropiados tanto prenatales como posnatales, los diferentes programas suplementarios de mejora y los servicios de asistencia social pueden ayudar a minimizar las complicaciones médicas y psicosociales.

Debido a la alta prevalencia de psicopatología en personas con déficit intelectual y sus limitadas capacidades cognoscitivas y sociales, se requieren modalidades de tratamiento psiquiátrico modificadas.

Ahora bien, en palabras de Bengoechea 1996, éste menciona que cuando existen diversas áreas afectadas vinculadas al desarrollo evolutivo, como son la motricidad fina y gruesa, el cuidado personal, el lenguaje, el desarrollo cognitivo, emocional y social hay que insistir en ellas, estimulando para lograr un desarrollo más eficaz de la persona.

Este autor refiere que en los primeros años y edad preescolar el objetivo se basará en la estimulación temprana; entre los 3 y 5 años el tratamiento podría basarse en fisioterapia, desarrollo del lenguaje y percepción junto con una potenciación de la socialización; entre los 6 y 15 ños se insistirá en la adquisición de conocimientos y desarrollo social además de tratamiento físico y psicopedagógico.

Como se menciona anteriormente, es muy importante la prevención, sin embargo es de vital importancia mencionar que también existen tratamientos que expertos en el

área pueden utilizar para ayudar a que las personas que tengan una deficiencia intelectual logren mejorar su calidad de vida en general.

Es importante considerar que si bien existen tratamientos para desarrollar áreas que se encuentren atrasadas, también es fundamental ubicar qué tipo de retraso presenta el individuo para ubicar sus alcances; anteriormente ya se mencionaron los tipos de retraso, no obstante se realizará una descripción del retraso mental leve, ya que es éste tipo de retraso en el que se intervino dentro de este trabajo.

2.6 Retraso Mental Leve

Ya que en este trabajo interesa específicamente el Retraso Mental Leve como una Necesidad Educativa Especial, hablemos a detalle entonces sobre éste. A menudo las personas con retraso mental, no se distinguen de los niños normales sino hasta años después. Su inteligencia subnormal se manifiesta en los años escolares, ya que tienden a retrasarse respecto a su grupo de edad. Si perseveran están en condiciones de aprender los conocimientos académicos, alcanzando en la adolescencia un desarrollo intelectual equivalente al de sexto grado (DSM-IV, 1994, en Castanedo 1997). Durante su vida adulta suelen aprender los conocimientos vocacionales indispensables para lograr independencia económica.

Lambert (1987), menciona que el Retraso Mental Leve constituye un amplio campo de estudios, cuya importancia se centra en dos puntos: primero el hecho de que el retraso mental leve abarca la franja más extendida en cuanto al número de individuos agrupados bajo la etiqueta "Retrasados mentales"; segundo, el problema de las interacciones genéticas y ambientales en el desarrollo intelectual de un individuo.

En un estudio sobre el retraso mental, Clark 1969, (citado por Lambert, 1987), propone una doble etiología en el retraso mental leve. Primero sugiere que una proporción de retrasados mentales leves, debe su condición a variaciones genéticas normales; y segundo, un grupo de sujetos presenta retrasos que se atribuyen generalmente a condiciones socioculturales desfavorables.

Como bien menciona Lambert, el diagnóstico de retraso mental con un origen sociocultural reposa primordialmente en la ausencia de síntomas orgánicos y en el estudio del medio familiar.

A este respecto, la Asociación Americana de Retraso Mental (1992), propone cinco criterios que deben estar presentes para establecer el diagnóstico de retraso de origen sociocultural de un sujeto:

1. Retraso intelectual medido con un test estandarizado (CI entre 50 y 75)
2. Falta de adaptación social
3. Evidencia de un retraso intelectual en el seno de la familia.
4. Ausencia de afección cerebral
5. Empobrecimiento del medio: condiciones materiales inadecuadas

Los puntos anteriores, nos dan una idea más general acerca de las características de un niño que tiene un retraso mental sociocultural, ya que se diferencia bastante de un retraso de etiología orgánica.

2.7 Características del Retraso Mental Leve

Ahora bien, según la investigación que realizó Castanedo y otros autores, existen ciertas particularidades de los niños con Retraso Mental Leve (RML), las cuales,

Castanedo 1999, las ubica como características conductuales básicas de las personas con deficiencia mental, considerando los seis factores fundamentales de funcionamiento:

- ❑ *Comunicación y lenguaje:* En las investigaciones sobre la incidencia de los déficits de lenguaje en sujetos con deficiencia mental, se ha encontrado que el lenguaje normal se presenta solamente en 1/3 de ellos mientras que está ausente en 1/6. Además existe correlación entre el grado de deficiencia mental y la incidencia de los déficits en el lenguaje.
- ❑ *Interrelación social:* Los niños con RML con CI 50, se interrelacionan con los otros niños solamente en un nivel elemental, se encuentran totalmente perdidos en situaciones sociales complejas. Aunque pueden aprender las conductas y costumbres sociales básicas. Son seguidores y no líderes. Los niños con RML con CI 65 pueden participar en una gran cantidad de situaciones que implican interrelación social. Aprenden a conformarse a las costumbres y usos sociales, así como a participar en actividades grupales sin que éstas les planteen gran dificultad.
- ❑ *Cuidados personales:* Los niños con RML con CI 65, no enfrentan tantas dificultades en este campo, aunque aprenden más lentamente que los niños normales y necesitan seguir un programa de aprendizaje adecuado para que lleguen adquirir el dominio de los cuidados personales.
- ❑ *Habilidades académicas:* Los niños con RML pueden adquirir un nivel de lectura equivalente al sexto grado escolar, lo que significa que pueden llegar a leer razonablemente bien, aunque despacio libros de lectura simple, libros cómicos, periódicos etc.; en cuanto al ritmo de la instrucción, la mayoría de los niños con RML no están preparados para obtener beneficios de la instrucción formal, hasta algunos años después de que ésta haya sido introducida en el curriculum de estos

niños; en la selección del tipo de aprendizaje, los programas deben adaptarse a cada niño del grupo, como ocurre en la educación normal.

- ❑ *Habilidades motrices:* El término se refiere a la capacidad del niño para servirse del control muscular en la manipulación de objetos. El niño con RML tiene dificultades para establecer tales controles y movimientos musculares, especialmente en todo lo relacionado con la motricidad fina.
- ❑ *Ajuste vocacional:* Los niños con RML son capaces de ejecutar un gran número de trabajos tales como: peón en fábricas o fincas, agricultura o ganadería, vendedor, jardinero, trabajos de limpieza etc.

Ahora bien, sabemos que un niño con retardo mental leve posee un coeficiente intelectual entre 55 y 69. Su capacidad mental está entre los límites de lo normal, sin embargo se encuentra un poco disminuida; estos niños en su desarrollo no presentan características especiales, y la mayoría de las veces pasan desapercibidos en su vida familiar, pero cuando están inmersos en el proceso educativo tienden a detectarse como tales debido a su fracaso escolar precisamente en los primeros años de su infancia.

El niño con retraso mental leve, tiene un desarrollo más lento, no obstante, es capaz de adquirir ciertos conocimientos de tipo académico, por ejemplo lectura, escritura y algunas nociones aritméticas. Cabe mencionar que sí es posible potenciar las habilidades básicas de aprendizaje, tomando en cuenta que es trabajo arduo, pues los niños con NEE, requieren de una atención más especializada, no hay que olvidar que además del aprendizaje de habilidades básicas académicas, habrá que potenciar también habilidades que le permitan una integración escolar, social y en todos los aspectos para que pueda tener una vida lo más normal posible y mejorar su calidad de vida.

En un sentido estricto, la autora Ramírez, A (2006), en su tesis “Una aproximación al concepto de retraso mental leve”, menciona ciertas características que posee la población con este diagnóstico, las cuales se describen a continuación:

⇒ *CARACTERÍSTICAS FÍSICAS*: Generalmente los niños con una ligera disminución intelectual, tienen la apariencia de un niño normal las desviaciones en el desarrollo son mucho mas débiles que el niño profundo, casi inadvertidas y se manifiestan más comúnmente en la demora de actividades como el sentarse o caminar, o en el lenguaje inmaduro con relación a otros niños, por lo cual su retraso puede pasar desapercibido para sus padres hasta que el niño fracasa en la escuela. En el examen físico de estos niños, no se encuentra muchas veces alguna señal de daño cerebral, y cuando éste se presenta, suele ser una lesión superficial y difusa de la corteza, producida por causas desconocidas o inflamaciones y traumatismos. En estos últimos pueden presentarse alteraciones de la conducta, la motricidad y hasta convulsiones en algunos casos, los cuales deben ser controlados por medicamentos ya que su repetición empeora cada vez más el funcionamiento mental del niño. En otros casos también pueden presentarse con alguna frecuencia problemas auditivos y visuales, distorsiones en el lenguaje y modificaciones en la motricidad aunque éstos son poco evidentes y concurren más comúnmente en los movimientos más complejos. Además son usuales en nuestro medio, las deficiencias nutricionales que repercuten no sólo en el crecimiento físico de los niños, sino también en el desarrollo y funcionamiento cerebral. El lenguaje es lento, mal articulado, carente de modulación y expresión y su vocabulario es muy reducido.

⇒ *CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES*: Muchos de los niños tienen dificultad para controlar sus impulsos y algunas veces suelen generar

comportamientos violentos y agresivos cuando se sienten frustrados en alguna actividad que realizan. Además estos niños pueden reaccionar de dos formas hiperactiva y agresiva lo que denota escaso control interno, incapacidad para tolerar el fracaso o una crítica, hipersensibilidad y conducta destructiva compulsiva. Lo anterior conlleva a que se genere en estos niños incapacidad de relacionarse con los otros, inconformismo en grado extremo, falta de adaptación, incapacidad de aprender por medio de la experiencia y a la vez de comunicarse verbalmente.

⇒ *CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES:* Aunque la deficiencia intelectual no implica necesariamente que estos niños sean inadaptados socialmente, sí es evidente que su adaptación social se hace más difícil; debido a los tropiezos que encuentran en el medio ambiente, a problemas orgánicos y a su deficiencia intelectual. El niño menos retardado es quizá el que más sufre, pues es consciente del efecto que su problema causa en las personas que lo rodean y esto lo hace muy sensible al rechazo o a la crítica de su familia o de sus compañeros. Por eso si el ambiente le es favorable, puede ser tranquilo y agradable, pero si el ambiente le es hostil puede presentar signos de problemas emocionales como hiperactividad o irritabilidad, y desarrollar defensa para responder a sus conflictos: portándose como un payaso o dejándose arrastrar por influencias dañinas, para conseguir prestigio y aceptación, agrediendo a los demás por que se siente despreciable, o en busca de protección puede volverse excesivamente dependiente.

Por todo lo anterior mencionado, podemos decir que algunos niños con Retraso Mental Leve, tienen una marcada inactividad social debida muchas veces a la insatisfacción de necesidades afectivas, además de el retardo en el que son atendidos, lo que por ende puede provocar que sus problemas se acentúen más y en lugar de mejorar, se frustren y transmitan inconformidad social y apatía.

Otro aspecto importante, es que en cuanto a la educación y a la forma de enseñar a los niños con retardo mental leve, se caracteriza por tener semejanza a la educación regular sin embargo el ritmo de trabajo es diferente, es decir los programas pensados en la Educación Básica de estos niños deben de ser más lentos y cortos de acuerdo con el ritmo de aprendizaje de estas personas, para que puedan llevar en su cotidianidad una vida mas activa y funcional para ellos y la propia sociedad.

En este rubro, cabe mencionar lo que dice Verdugo (1997) respecto a que el retraso mental, implica limitaciones intelectuales tanto en la inteligencia conceptual, práctica y social, refiriendo que afectan la capacidad de las personas para solucionar problemáticas de la vida cotidiana.

A grandes rasgos, se mencionará cada una de las inteligencias citadas por Verdugo 1999,

- ❑ *Inteligencia conceptual:* Refiere la capacidad de resolver los problemas cotidianos que se le presentan a través de reconocimientos de ciertos conceptos.
- ❑ *Inteligencia práctica:* Hace referencia a la capacidad de desenvolverse por si mismos como personas independientes en la realización de actividades de la vida diaria, logrando tener habilidades sensorio motoras, de auto cuidado y habilidades de seguridad y protección.
- ❑ *Inteligencia social:* Se refiere a la habilidad de comportarse en diversas situaciones, ésta es fundamental para las habilidades adaptativas como las sociales, de comunicación, vida en el hogar e interacción social y comunicativa.

Ahora bien, ya que se han descrito características específicas de las personas con Retraso Mental Leve, se puede decir que en el Retraso Mental Leve, los individuos tienen una mayor posibilidad de lograr potenciar las habilidades que tengan, lo cual se determinará en primer momento con un buen diagnóstico, el cual incluirá la ayuda de una buena evaluación psicopedagógica, que contemple todos los contextos implicados en el desarrollo del niño, así como toda la información que se pueda obtener, y en segundo lugar, la realización de un programa de intervención acorde a sus capacidades para que se logren potenciar sus habilidades más notorias y lograr una buena calidad de vida para el individuo.

Por ahora y antes de hablar de las habilidades, se realizará una breve explicación acerca del nuevo paradigma acerca del retraso mental, es decir, la nueva conceptualización: discapacidad intelectual.

2.8 Nueva conceptualización del retraso mental. Discapacidad Intelectual

La revista Española sobre discapacidad intelectual, en su artículo *“Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual”* Verdugo y Shalock, (2010) menciona que los avances en el campo de la discapacidad intelectual han sucedido con mucha rapidez, lo que obliga a los investigadores a generar conocimientos nuevos y actualizados que permitan mejorar la vida de las personas con estas características.

En esta misma línea, se describirán a continuación algunas de las principales ideas propuestas por Verdugo y Shalock 2010 acerca de la Discapacidad intelectual, es decir, esta nueva terminología para referirse hoy al retraso mental.

En este aspecto, la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), menciona cuáles son las bases para proponer este nuevo concepto de Discapacidad Intelectual:

- Evidencia el constructo socio- ecológico de discapacidad
- Se alinea mejor con las prácticas profesionales actuales que se centran en conductas funcionales y factores contextuales
- Proporciona una base lógica para proporcionar apoyos individualizados debido a que se basa en un marco de referencia ecológico-social
- Es menos ofensivo para las personas con esa discapacidad
- Es más consistente con la terminología internacional, incluyendo los títulos de revistas científicas, investigación.

Ahora bien, más explícitamente, Verdugo y Schalock definen a la Discapacidad Intelectual de la siguiente forma: *“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años”* (Verdugo y Schalock , 2010, p. 1).

Con lo anterior mencionado, se puede detectar que la definición de Discapacidad Intelectual no está alejada de la definición de retraso mental, sin embargo cabe mencionar que en el nuevo paradigma del término, se incluyen premisas importantes para determinar, diagnosticar, evaluar e intervenir con alguna persona que tenga éstas características, estas premisas son las siguientes:

1. *Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.*
2. *Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.*
3. *En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.*
4. *Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.*
5. *Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará (Schalock y Verdugo, 2010, p. 1).*

Como se ha referido hasta ahora, la nueva conceptualización de retraso mental ahora discapacidad intelectual, es una terminología que permite incluir a las personas con estas características a cada uno de los contextos de los cuales pudieron haber sido separados o excluidos; sin embargo, y lo más importante en este aspecto, es que ya sea que se utilice la palabra retraso o discapacidad, como profesionistas especializados debemos tomar en cuenta todos los aspectos relacionados con el individuo para lograr una buena intervención en ellos y por lo tanto que se modifique para bien la calidad de vida de estas personas.

Como se ha descrito, los paradigmas van cambiando a través del tiempo y de las necesidades de la sociedad, por lo tanto, es importante recalcar, que en este trabajo se utilizó la terminología retraso mental por el simple hecho de que las nuevas concepciones apenas están siendo publicadas.

También es importante mencionar que si realizamos una comparación entre las definiciones de retraso mental y discapacidad intelectual, se encuentran muchas coincidencias, por lo que la intervención puede llegar a ser igual de exitosa si se conocen bien las características de la persona que se evaluará y se apoyará.

En este orden de ideas, y rescatando de la definición de discapacidad intelectual, que las personas con estas características tienen limitaciones significativas en sus habilidades adaptativas, en los siguientes apartados, se mencionaran no solo las habilidades adaptativas, sino las habilidades sociales pues es crucial que se conozcan éstas ya que esto es una herramienta poderosa para comenzar a trabajar con alguna persona que tenga discapacidad intelectual leve, pues partiendo de sus habilidades y de lo que puede y sabe hacer es como se intentará potenciar las que le hagan falta.

A este respecto, para poder trabajar con alguna persona con discapacidad intelectual, o retraso mental, se debe no solo identificar las habilidades con las que cuenta, sino que habrá de identificarse una técnica que permita la modificación de las conductas del menor, por tal motivo, en este trabajo se pretende realizar el programa de intervención con la técnica de modificación conductual, y de ésta hablaremos al respecto en el siguiente apartado.

2.9 Modificación conductual en el retraso mental

La modificación o cambio conductual es un concepto que proviene de la teoría de aprendizaje ligada a teóricos como Pavlov, Watson, Skinner y Bandura, y a conceptos como Condicionamiento Clásico (Pavlov), Conductismo (Watson), Condicionamiento operante (Skinner) y Aprendizaje social (Bandura).

El cambio o modificación conductual está basado sobre una simple idea de aprendizaje. Está basado sobre la idea de que la conducta seguida por un premio (reforzador) es más probable a ser repetida o retenida, que la que no lo es. Por otro lado, la conducta la cual es seguida por un castigo o un resultado displacentero tiende a ser rápidamente abandonada o a desaparecer.

El cambio conductual está basado sobre la idea de que la conducta es, en parte, controlada por sus consecuencias y esta idea ha sido demostrada tanto en humanos como en animales. Por supuesto, la gente tiene interacciones mucho más complejas entre los reforzamientos físicos, emocionales y cognitivos, que los animales. Pero muchos de los principios son aún relevantes a los animales también.

Mencionábamos ya teóricos y conceptos relacionados a esta teoría del aprendizaje. Veamos algunos de los modelos teóricos que parten de ésta.

- 1. Aprendizaje respondiente (condicionamiento clásico).** Este modelo fue formulado por el psicólogo Ruso Ivan Pavlov y está basado sobre la fórmula $E \rightarrow R$ (estímulo – respuesta). A un estímulo dado se produce una respuesta dada.
- 2. Condicionamiento operante.** Esta teoría está basada en el trabajo de B.F. Skinner quien partió de la teoría del condicionamiento clásico pero pensó que los individuos son más activos en el proceso de aprendizaje que lo que proponía la teoría anterior. Para que el aprendizaje ocurra, es esencial que la persona sea un participante activo. En esta teoría cuando el aprendizaje es premiado la conducta se perpetua o mantiene, mientras que la conducta castigada desaparece eventualmente.
- 3. Modelamiento social.** Está basado sobre el trabajo de Albert Bandura, quien piensa que más del aprendizaje es producto de copiar o imitar lo que los otros hacen, ej. Aprendizaje

vicario. La teoría del modelamiento social enfatiza la importancia de reforzadores externos, y permite que el aprendizaje ocurra independientemente del reforzamiento.

Vamos a revisar ahora los Principios Fundamentales del Cambio Conductual:

1. La conducta humana es causada por el aprendizaje, por lo tanto esta guiada por las leyes del aprendizaje.
2. La conducta humana es el producto del aprendizaje y puede asumirse que puede estar sujeta al des-aprendizaje o a la corrección.
3. La conducta humana está influida por las consecuencias, y es fortalecida cuando es seguida por premios, y debilitada o tendiente a desaparecer cuando es seguida por consecuencias negativas.
4. La conducta humana está controlada no sólo por factores internos pero también por externos tales como la presencia de modelos de rol significativos, y otras recompensas sociales como premios y reconocimientos.
5. La conducta humana mal ajustada puede cambiarse al cambiar las circunstancias las cuales la mantienen.
6. Los seres humanos empiezan su vida como una tabla rasa adonde nada ha sido aún escrito. En efecto, ellos heredan hábitos malos o buenos cuando empiezan su vida en el mundo.
7. La conducta es aprendida en la vida individualmente, o mirando a otros, o por entrenamiento o condicionamiento.
8. Los estudiantes quienes necesitan ayuda pueden mostrar conductas negativas observables que quieren eliminar, o conductas positivas observables que desean promover.

En suma, la Modificación conductual usa todos los principios efectivos del aprendizaje los cuales influyen en la conducta (UNESCO, 2000).

Pasos en la Evaluación y Manejo de la Conducta en el Cambio Conductual:

Cuando se trabaja con conductas que se quieren modificar es benéfico usar algunas estrategias y pasos en un proceso sistemático. Estos pasos pueden categorizarse como sigue:

1. Identificación del PROBLEMA

Este problema se identifica a través de la observación (directa e indirecta) revisión de registros del estudiante o a través de lo que nos dice el estudiante que le sucede.

2. Establecer el objetivo

El objetivo de cambio se define en términos conductuales y el foco está centrado en las metas a lograrse o en la solución del problema.

3. Establecimiento de la línea base.

Se realiza una evaluación de la conducta en la línea base (sin modificación aún) respecto de la ocurrencia e intensidad del problema que se estudia.

4. Selección de la intervención.

Se escoge un tratamiento apropiado que se espera que funcione para lograr el objetivo (conducta meta). Este es un plan de acción. Con niños mayores esto es más efectivo cuando se hace con la cooperación del estudiante mismo.

5. Evaluación.

Se hace una evaluación para determinar si la intervención fue exitosa. La conducta ya modificada se compara con la conducta meta.

Las estrategias de Modificación conductual son varias: (UNESCO, 2000)

Existen numerosas estrategias que se pueden usar para modificar la conducta de sus pupilos. Varias de éstas serán explicadas en las siguientes páginas:

1. Reforzamiento positivo

Esto se aplica donde es necesario promover una conducta deseada. Quiere estimular al estudiante a tener libros ordenados. Se observa la conducta objetivo y se recompensa con un elogio o un premio.

2. Extinción o técnica de ignorar

Esto se aplica cuando la conducta de un estudiante (usualmente de derrota), es eliminada.

La conducta no deseada es simplemente ignorada en vez de ser castigada o reforzada.

Un alumno en de la clase en particular frecuentemente atrae su atención llamándole "Señor, señor" en vez de levantar la mano. Llamarlo a usted lo distrae, especialmente si todos los alumnos lo hacen a la vez. Puede ignorar a ese alumno, hasta que levante la mano. Encaminando la atención de los estudiante a la estrategia puede incrementar su efectividad, tanto como la consistencia en la aplicación.

3. La técnica del modelado

Puede utilizar esta técnica para ayudar a sus estudiantes a adoptar una nueva conducta.

Se hace al pupilo un modelo rol (usualmente alguien que admire o una autoridad) se muestra la conducta deseada o se condena la conducta no deseada. Un alumno en una clase avanzada puede, por ejemplo, ser un ejemplo. Observándolo, otros alumnos pueden aprender a hacer lo mismo.

4. La técnica del castigo

Esta se usa cuando se vuelve necesario aplicar un estímulo aversivo para corregir la conducta no deseada. Cuando ve varias técnicas disponibles para modificar la conducta, puede darse cuenta de que esta técnica ha sido sobre utilizada. Las escuelas han sido conocidas por hacer un buen y honesto trabajo "castigando", llevando a la estigmatización en la mente de los estudiantes. Ejemplos de esto pueden incluir cortar el césped o cavar en el patio de la escuela.

5. Técnica de desensibilización sistemática

Esta técnica es efectiva cuando se trata ansiedad y otros problemas relacionados con el miedo. El individuo es expuesto a estímulo temido en pequeñas dosis hasta que construye una respuesta relajada. Por ejemplo, un estudiante que teme hablar frente a la clase puede primero practicar hablando sólo con el profesor. Cuando esté cómodo con eso, se le puede dar la oportunidad de hablar con el profesor y dos compañeros, después de eso puede involucrarse en pequeñas discusiones en grupo y así hasta que su miedo sea superado y gane la confianza para hablar frente a la clase.

6. La técnica de corregir la falta

Esta técnica es usada cuando un castigo leve es administrado con el propósito de reducir una conducta destructiva. Como Achebe (citado en Nwoye, 1990) ha explicado, se requiere que el culpable restaure el ambiente que ha dañado en una mejor condición que la que existía antes de que la conducta destructiva ocurriera. Esto es efectivo cuando un estudiante escribe en una pared o raya un pupitre de la escuela. Pintar o resanar la propiedad dañada puede producir cambios efectivos en el futuro.

7. La técnica del tiempo fuera

El tiempo fuera es utilizado para controlar la incidencia de una conducta no deseada en alumnos retirando privilegios cuando ocurre la conducta no deseada. Un estudiante que interrumpe a sus compañeros de clase en la biblioteca, por ejemplo, lo hace porque ser refuerza haciéndolo. La pérdida de privilegios de la biblioteca, o sentarse solo por un período mientras otros están juntos puede ayudar el problema de conducta.

8. La técnica del reforzamiento negativo

El reforzamiento negativo es utilizado para promover la ocurrencia de una conducta deseada removiendo los obstáculos que evitan la incidencia. Mojar la cama es causado por tomar cosas a altas hora de la noche. Eliminar las bebidas después de la cena, y tal vez instituir despertar en la noche para ir al baño pueden ayudar a tener una cama seca.

9. La técnica de costo de respuesta

Esta técnica es utilizada para eliminar la conducta no deseada haciendo que el culpable pierda algo valioso. Cuando un estudiante no come la comida del comedor, puede perder los privilegios del comedor.

10. La técnica de la formación

La formación desarrolla una compleja conducta humana deseada. Esto se relaciona al ejemplo mencionado con anterioridad de desensibilización. Pequeños pasos exitosos están vinculados juntos para producir grandes cambios de conducta. Un estudiante sucio puede primero ser enseñado a bañarse diario y después de que ocurra un gran cambio de conducta se le puede instruir a peinarse, usar ropa limpia, etc.

11. Entrenamiento de asertividad

El entrenamiento de asertividad es utilizado para ayudar a los estudiantes a controlar la timidez excesiva y otros problemas relacionados con el miedo que impiden su habilidad para vivir plenamente.

El entrenamiento de asertividad es una técnica de conducta ampliamente utilizada. Está basada en una combinación de modelado y acercamientos operantes de reforzamiento. Su propósito es enseñar a la gente como tolerarse sin ser agresivos. La explotación depende de la conducta obediente de la persona explotada.

El entrenamiento de asertividad puede practicarse individualmente o en grupos. Es relevante para un amplio rango de problemas inter personales. Lo puede utilizar para incrementar habilidades asertivas y reducir la agresividad en pro de la asertividad.

Por su parte, Galindo et al., (1999) nos dan una definición de Modificación conductual. Estos autores han usado dicha técnica en su trabajo con personas con retraso mental así como con autismo. También proponen que estas técnicas de modificación conductual bien pueden utilizarse para modificar o promover conductas en niños con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, por ejemplo, niños ciegos, sordos o con problemas articulatorios del habla, la definición es la siguiente:

“La modificación conductual, es un conjunto de técnicas muy diferentes que se han aplicado y se aplican a la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, la psicología clínica, la educación especial y la rehabilitación, Galindo et al., (1999) p 22”.

En este caso particular, en donde se trabajará con un niño con retraso mental leve, y bajo la dirección de Galindo, el cual menciona que *“el aprendizaje, el establecimiento y el*

mantenimiento de conductas nuevas, es un concepto clave para entender el retraso p. 19”

se puede entender que teniendo claro el concepto del retraso y de las características de esta necesidad, el diagnóstico puede ser mas funcional, ya que al determinar las características conductuales del individuo, se podrá determinar cuál es la mejor intervención para dicha dificultad.

Ahora bien, en este caso, el diagnóstico debe proporcionarnos la línea que seguiremos para la intervención, la cual deberá centrarse en enseñar al menor conductas que debió haber aprendido según su edad, no obstante, también hay que tomar en cuenta cuáles son sus mejores habilidades no solo para reforzarlas sino para que éstas sean útiles en el desarrollo de nuevas habilidades.

Cabe mencionar que las conductas que no se dan nunca durante el desarrollo, no es posible reforzarlas, en este caso es posible enseñar esa conducta en otra persona.

Algunas críticas al modelo de modificación conductual de antaño mencionan que ahora es un modelo integrado, ya que participa la conducta y la cognición, y no como lo era antes que se concentraba solamente en el estudio de la conducta.

Es decir, la modificación conductual como lo menciona Pérez Álvarez, se caracteriza por ser una terapia breve, directiva, activa, centrada en el problema, orientada al presente y supone una relación colaboradora entre el individuo y el terapeuta.

3. HABILIDADES ADAPTATIVAS

En este capítulo vamos a revisar las diferentes habilidades que las personas con discapacidad intelectual (pero no limitadas a éstas) deben desarrollar para adaptarse adecuadamente a la vida. Son diferentes tipos de habilidades que van a permitir a la persona una mejor integración social a su comunidad y una vida independiente exenta de cuidados sobre-protectores; un crecimiento y desarrollo más sanos que propiciará también una adecuada auto-estima y el bienestar general de la persona.

Las dificultades adaptativas en los alumnos o personas con retraso mental según Verdugo (1999), provienen de limitaciones en su inteligencia social y práctica y forman parte de la misma definición de retraso mental.

Luckasson, 1992 (citado por Verdugo, 1999), menciona que la inteligencia práctica se refiere a la capacidad de mantenerse por uno mismo como persona independiente en la realización de actividades habituales de la vida cotidiana; es esencial para habilidades adaptativas como las sensorio motoras, las de cuidado personal (dormir, baño, aseo, comer, beber) y las de seguridad (evitar peligros y prevenir lesiones)

Asimismo al hablar de inteligencia social, se hace referencia a la capacidad para entender las expectativas sociales y la conducta de los otros, así como para juzgar adecuadamente cómo para comportarse en diversas situaciones sociales. (Luckasson, 1992 citado por Verdugo, 1999).

En la definición de la Asociación Americana de Retraso Mental, una segunda consideración dentro de la definición, es la existencia de limitaciones en las habilidades adaptativas. Estas limitaciones deben afectar a dos o más áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales,

utilización de la comunidad, autorregulación, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

Cabe mencionar que el concepto de habilidades adaptativas, deriva del de conducta adaptativa incluido formalmente por primera vez en la definición de 1959 de la AAMR y el cual se definió de la siguiente forma:

La conducta adaptativa hace referencia a la calidad de las ejecuciones diarias en respuesta a las demandas ambientales. La calidad de la adaptación general está mediatizada por el nivel intelectual. Es evidente, sin embargo, teniendo en cuenta el énfasis de la definición de conducta adaptativa, que ésta se refiere a lo que las personas hacen para cuidar de sí mismas y para relacionarse con otros en la vida diaria, más que al potencial abstracto implícito en el concepto de inteligencia.

Ahora bien, se describirán cada una de las habilidades adaptativas que refiere la AAMR.

3.1 Habilidades adaptativas específicas

Según la AAMR (1992), las áreas de habilidades adaptativas específicas identificadas en la definición, proporcionan una mayor clarificación del concepto de conducta adaptativa.

Los siguientes ejemplos concretos de las áreas de habilidades adaptativas, están basados, en parte en un sistema descriptivo desarrollado por Ford 1989, (citado por Verdugo 1999):

1. **Comunicación:** Incluye habilidades como la capacidad de comprender y de expresar información a través de conductas simbólicas (palabra hablada, escrita,

símbolos gráficos etc.) o conductas no simbólicas (expresión facial, movimiento corporal, gestos etc.).

2. **Cuidado Personal:** Incluye habilidades relacionadas con el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia personal.
3. **Habilidades de vida en el hogar:** Relacionadas con el funcionamiento dentro del hogar, mantenimiento adecuado, preparación y cocinado de comidas, planificación de las compras. Se puede considerar también las habilidades asociadas a la orientación y conducta en el hogar y en el vecindario, interacción social y la aplicación de habilidades académicas funcionales en el hogar.
4. **Habilidades Sociales:** Relacionadas con intercambios sociales con otras personas, incluyendo iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros; comprender y responder a los indicios situacionales pertinentes; reconocer sentimientos,, proporcionar retroalimentación positiva y negativa, regular la propia conducta, hacer y mantener amistades y amor, entender el significado de la honestidad y de la imparcialidad, controlar impulsos, etc.
5. **Utilización de la Comunidad:** Habilidades relacionadas con la utilización adecuada de los recursos de la comunidad, que incluyen el transporte, comprar en tiendas, comprar u obtener servicios de otros negocios de la comunidad, asistir a la iglesia, ir a la escuela, librerías, parque y áreas recreativas.
6. **Autorregulación:** habilidades relacionadas con elegir, aprender y seguir un horario; iniciar actividades adecuadas a la situación, condiciones, horarios e intereses personales, demostrar asertividad adecuada y habilidades de autodefensa.
7. **Salud y Seguridad:** Habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud de uno, en términos de comer, reconocer cuando está enfermo, primeros auxilios, sexualidad, seguir reglas o leyes, utilizar el cinturón de seguridad, cruzar adecuadamente la calle, chequeos médicos o dentales, hábitos personales.

Habilidades que incluyen el protegerse de conductas criminales, comunicar preferencias y necesidades etc.

8. **Habilidades académicas funcionales:** Habilidades cognitivas y habilidades relacionadas con aprendizajes escolares que tienen también una aplicación directa en la vida personal (escritura, lectura, utilización práctica de los conceptos matemáticos, conceptos básicas de ciencias en la medida en que estos se relacionan con el conocimiento del entorno físico y la propia salud y sexualidad; geografía y estudios sociales)
9. **Ocio:** Hace referencia al desarrollo de intereses variados de ocio y recreativos que reflejan las preferencias y elecciones personales.
10. **Trabajo:** Habilidades relacionadas con tener un trabajo o trabajos de tiempo completo o parcial en la comunidad, en el sentido de mostrar habilidades laborales específicas, conducta social apropiada y habilidades relacionadas con el trabajo (finalizar tareas, conocer los horarios, habilidades para buscar ayuda, interactuar con los compañeros)

Ya descritas anteriormente las habilidades adaptativas que una persona tiene que desarrollar, se detallarán a continuación específicamente las habilidades sociales, ya que la pretensión aquí fue elaborar un programa de intervención para desarrollar dichas habilidades en un niño con Retraso Mental Leve, se especificará su definición y se describirán las más usuales.

3.2 Habilidades sociales

Como ya se ha mencionado hasta ahora, para que las personas con algún tipo de Necesidad Educativa Especial (NEE) consigan tanto como sea posible una vida normal así como una óptima integración, deben lograr un nivel de independencia que les permita ser autosuficientes en su contexto para que posteriormente alcancen una buena integración en todas las esferas sociales.

Las habilidades sociales tienen un papel fundamental para el desarrollo del individuo ya que como vimos anteriormente, éstas están relacionadas a la interacción con otras personas, saber responder ante cualquier situación que se nos presente, regular nuestra propia conducta así como hacer y mantener relaciones sociales, de amistad y de amor; ante todo esto es importante conocer entonces qué son específicamente las habilidades sociales.

Cabe mencionar que si de habilidades sociales se trata, se encuentra una extensa bibliografía, sin embargo aquí se mencionará la que se considera más relevante.

Hay que resaltar que las habilidades sociales son muy importantes en la vida de las personas, pues desde que nacemos, requerimos de estar en constante interacción no solo con las cosas que nos rodean sino con las personas comenzando por la familia como grupo primario, posteriormente con el contexto escolar, la comunidad, el trabajo etc., por lo que es de vital importancia que al ser seres socialmente activos varias de las actividades que necesitamos para desenvolvernos en el mundo en que vivimos requieren del uso de nuestras habilidades sociales.

A este respecto, Trianes (1997) refiere que *“las habilidades sociales son un comportamiento o tipo de pensamiento que lleva a resolver una situación social de manera*

efectiva para el propio sujeto y para el contexto social en donde esta, es decir las habilidades sociales se utilizan para resolver conflictos, situaciones o tareas sociales”.

Esta autora, no solo considera que las habilidades sociales pueden ser útiles para la resolución de conflictos, sino que éstas pueden proporcionar sentimientos de valía y competencia personal, lo cual es una condición saludable para la vida de los sujetos en cuanto a bienestar y satisfacción.

En una recogida de datos, Trianes (1997), proporciona la siguiente tabla de ejemplos de distintos tipos de habilidades sociales:

Habilidades sociales centradas en la aceptación social

- Mirar a los ojos de quien te habla
- Sonreír a quien te mira amistosamente
- Saber expresar las emociones
- Saludar y devolver un saludo
- Comportamientos educados en la mesa
- Saber compartir
- Saber expresar emociones

Habilidades sociales centradas en la aceptación de iguales

- Saber hacer y mantener amigos
- Saber ceder en un conflicto
- Dejar que otros niños entren el juego
- Defender a un amigo si le atacan

Habilidades sociales internas

- Saber aplazar un deseo
- Ponerse en el lugar del otro
- Controlar un enojo
- Fijarse un objetivo que se desea conseguir
- Conocer formas de resolver conflictos.

Ahora bien, estas habilidades se van dando a través del desarrollo y crecimiento de los sujetos, las experiencias, las costumbres en el hogar y en cómo el niño resuelva sus problemas, por lo que no es nada sencillo ya que el niño debe de contar con metas y estrategias que le permitan no solo resolver el conflicto sino sentirse satisfecho con su actuación.

En otro punto de vista, Monjas (1999) en su Programa Enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar, menciona que las habilidades sociales son:

"Conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad. Son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas (Pp. 28)".

Monjas (1998), en su libro *Las habilidades sociales en el curriculum* hace referencia al término asertividad, mencionando que existe cierta confusión entre este término y el de habilidades sociales, y dice, que la asertividad "es la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y de la defensa

de los propios derechos personales sin negar los derechos de otros (Fernsterheim y Baer 1976, citados por Monjas (1998)).”

Siguiendo con las definiciones, otra que también es importante, es la que realiza Caballo. E, (2000) en su libro *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, en el cual refiere a la conducta socialmente habilidosa como:

“Un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas”(Caballo, 2000 pp 6).

Una definición también muy completa, es la que realizan Michelson y colaboradores (1999), en el libro *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*, en este libro se desarrollan los siguientes puntos refiriendo que:

1. Las habilidades sociales se adquieren, principalmente, a través del aprendizaje (por ejemplo, mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información).
2. Las habilidades sociales incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos.
3. Las habilidades sociales suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas.
4. Las habilidades sociales acrecientan el reforzamiento social (por ejemplo, las respuestas positivas del propio medio social).

5. Las habilidades sociales son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada (por ejemplo, la reciprocidad y coordinación de comportamientos específicos).

6. La práctica de las habilidades sociales está influida por las características del medio (por ejemplo, especificidad situacional). Es decir, factores como son la edad, el sexo y el estatus del receptor, afectan la conducta social del sujeto.

7. Los déficits y excesos de la conducta social pueden ser especificados y objetivados a fin de intervenir.

Ahora bien, en un sentido estricto acerca de las habilidades sociales, la Asociación Americana de Retraso Mental 2000 (AARM), enuncia el concepto de Inteligencia social y refiere lo siguiente relacionándolo con el Retraso Mental.

"La inteligencia social hace referencia a la capacidad para entender las expectativas sociales y la conducta de los demás, así como juzgar adecuadamente cómo comportarse en situaciones sociales. Los principales componentes son la conciencia social y las habilidades sociales. Más concretamente, incluyen: comprensión social, intuición, juicio y comunicación. Las personas con retraso mental pueden tener limitaciones significativas en su capacidad para comprender el comportamiento social, lo que incluye dificultades para inferir señales personales mediante la asunción de papeles y la dificultad para inferir señales situacionales en transacciones interpersonales. Pueden presentar limitaciones significativas en su habilidad para mostrar perspicacia social sobre las características personales y motivacionales de los otros. Pueden tener limitaciones sustanciales en la habilidad para mostrar un adecuado juicio ético en sus comportamientos interpersonales y en su

capacidad para comunicar sus propios pensamientos y sentimientos para resolver problemas cuando existen necesidades conflictivas en situaciones sociales. La inteligencia social es fundamental en conductas adaptativas como las habilidades sociales, de comunicación, trabajo, tiempo libre, vida en el hogar y utilización de la comunidad".

Con todo lo mencionado anteriormente y referido por distintos autores, podemos decir que las habilidades sociales, no solamente nos permiten relacionarnos con los demás o estar en constante interacción con lo que nos rodea, sino que son una parte fundamental para el desempeño óptimo de un ser humano: Requerimos de habilidades sociales para comenzar una conversación, participar en clase, hacer amigos, expresar nuestros sentimientos, resolver conflictos, tomar decisiones, elegir una carrera, pedir un empleo etc., lo cual nos lleva a pensar que los sujetos que no cuentan con buenas habilidades sociales podrán llevar una vida pero no tan satisfactoria para ellos mismos.

Sin embargo, con una buena estimulación de todas las habilidades es probable que las personas que tienen la discapacidad intelectual, logren muchos objetivos a lo largo de sus vidas, por eso la importancia de una buena evaluación, diagnóstico, tratamiento y sobre todo la intervención. Es importante entonces destacar que hay que conocer bien a las personas con las que se va a intervenir para ubicar de forma acertada sus áreas de oportunidad, a este respecto dentro del siguiente apartado se explicará de manera breve algunas de las características de las personas que cuentan y no con habilidades sociales, es decir, como actúan ante diversas situaciones.

A este respecto, Monjas (1998) menciona que en las relaciones interpersonales que llevan a cabo los individuos, se puede actuar de tres maneras distintas, y basándose fundamentalmente en las aportaciones de Caballo (1993), estas tres maneras son: pasiva, agresiva y asertiva, descritas en el cuadro siguiente:

ESTILO PASIVO	ESTILO ASERTIVO	ESTILO AGRESIVO
Demasiado poco, demasiado tarde Demasiado poco, nunca	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto	Demasiado, demasiado pronto Demasiado, demasiado tarde
<u>Conducta no verbal</u> Ojos que miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones, gestos desvalidos, negando importancia a la situación, postura hundida, puede evitar totalmente la situación, se retuerce las manos, tono vacilante o de queja, risas falsas.	<u>Conducta no verbal</u> Contacto ocular directo, nivel de voz conversacional, habla fluida, gestos firmes, postura erecta, mensajes en primera persona, honesto, verbalizaciones positivas, respuestas directas a la situación, manos sueltas.	<u>Conducta no verbal</u> Mirada fija, voz alta, habla fluida/rápida, enfrentamiento, gestos de amenaza, postura intimidatoria, deshonesto, mensajes impersonales.
<u>Conducta verbal</u> “Quizá”, “Supongo”, “Me pregunto si podríamos”, “Te importa mucho”, “Solamente”, “No crees que”, “Ehh”, “Bueno”, “Realmente no es importante”, “No te molestes”	<u>Conducta verbal</u> “Pienso”, “Quiero”, “Siento”, “Hagamos”, “¿Cómo podemos resolver esto?”, “¿Qué piensas?”, “¿Qué te parece?”	<u>Conducta verbal</u> “Haría mejor en”, “Haz”, “Ten cuidado”, “Debes estar bromeando”, “Si no lo haces”, “No sabes”, “Deberías”, “Mal”
<u>Efectos</u> Conflictos interpersonales Depresión Desamparo Imagen pobre de uno mismo Se hace daño a si mismo Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gusta a si mismo ni le gusta a los demás Se siente enfadado	<u>Efectos</u> Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a si mismo y a los demás Es bueno para si y para los demás	<u>Efectos</u> Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de si mismo Hace daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gustan los demás Se siente enfadado

*Tabla 5: Fuente Diferencias de los estilos de relación (Caballo, 1993 pp 227, citado por Monjas, 2000, pp 21).

Como vimos en el cuadro anterior, éstas pueden ser algunas de las características de los niños que pueden o no alcanzar a desarrollar las habilidades sociales, se acuerdo a una forma específica de actuación, y de cómo pueden ser potenciadas de acuerdo a sus contextos inmediatos; sin embargo y ante todo esto, nuevamente se muestra la importancia de saber y aprender a relacionarnos bien con las demás personas ya que esto nos permitirá tener relaciones interpersonales que nos ayuden a adaptarnos en la sociedad y comportarnos de manera adecuada ante cualquier situación.

Se mencionó anteriormente que la estimulación desde edades muy tempranas es muy importante, no obstante, si ésta no se dio en esta etapa es básico que la intervención sea lo más eficaz posible dependiendo de las características de la persona con la que se van a llevar a cabo las acciones. En relación a este aspecto se encuentran varios modelos que se pueden llevar a cabo en una intervención dependiendo de las características personales que ya se han indicado, éstos se detallan a continuación.

3.3 Modelos de Competencia Social

Es importante mencionar que un modelo de intervención nos permitirá incidir de forma más precisa, ya que éstos refieren acciones muy puntuales para realizar, a este respecto, ejemplificando este rubro se encuentra un modelo de competencia social según Gumpel (1989) descrito desde el paradigma cognitivo conductual, el cual refiere seis áreas claves para el proceso de las habilidades sociales:

- ❑ **Habilidades de descodificación:** proceso por el cual la información sensorial es recibida y percibida, habilidades para atender y discriminar entre diferentes tipos de estímulos ambientales (imágenes faciales, tonos de voz, etc.).

- ❑ **Habilidades de decisión:** implica interpretar los estímulos y generar posibles opciones de respuesta apropiadas para una reacción apropiada. Después de la generación de posibles opciones de respuesta y de la comparación de esas opciones de respuesta con las habilidades presentes en el repertorio conductual del actor, se elige un comportamiento adecuado y ejecutable para efectuarlo.
- ❑ **Habilidades de ejecución:** el individuo debe ejecutar el comportamiento. Las habilidades de ejecución incluyen la comunicación verbal y no verbal, habilidades comportamentales moleculares.
- ❑ **Juicios de monitorización personal:** tener la certeza de que se está ejecutando la habilidad de manera adecuada y de que la habilidad en particular continúa siendo la respuesta comportamental más adecuada para el estímulo inicial.
- ❑ **Juicios ambientales:** El comportamiento es observado por otros quienes pueden realizar un juicio positivo o negativo con relación a su adecuación y nivel de habilidad.
- ❑ **Estructuras cognitivas:** El comportamiento percibido como apropiado y habilidoso aumenta los sentimientos de auto eficacia y reduce la ansiedad. En contrapartida, los comportamientos percibidos como inapropiados e inhábiles reducirán los sentimientos de auto eficacia y aumentarán la ansiedad. Las habilidades juzgadas positivamente se repetirán con mayor probabilidad, mientras que las habilidades que reciben solamente reacciones negativas de los demás (y del propio individuo) tenderán a extinguirse.

Cabe mencionar que este modelo da especial importancia no tanto al aprendizaje de habilidades comportamentales específicas sino a aprender a decidir qué habilidad utilizar y a ejecutarla correctamente.

El autor refiere que desde este enfoque, entrenar a personas con retraso mental únicamente en respuestas comportamentales es incompleto; *el entrenamiento de las habilidades sociales debe incluir la instrucción de habilidades de decisión, habilidades de ejecución, y de monitorización o seguimiento.*

Otro modelo importante de destacar es el de Monjas y González, 1998, pag.18, ya que ellas desarrollaron un Programa de Entrenamiento llamado PEHIS (Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social). En este programa ensayan una clasificación de habilidades sociales según áreas, a saber (Monjas 1998, pp. 36):

Habilidades básicas de interacción social

- Sonreír y reír
- Saludar
- Presentaciones
- Favores
- Cortesía y amabilidad

Habilidades conversacionales

- Iniciar conversaciones
- Mantener conversaciones
- Terminar conversaciones
- Unirse a conversaciones
- Conversaciones de grupo

Habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones

- Expresión de autoafirmaciones positivas
- Expresar emociones
- Recibir emociones
- Defender los propios derechos

- Defender las opiniones
- ☐ Habilidades para afrontar y resolver problemas (cognitivos e interpersonales)
 - Identificar problemas
 - Buscar soluciones
 - Anticipar consecuencias
 - Elegir una solución
 - Probar la solución
- ☐ Habilidades para relacionarse con adultos
 - Cortesía con el adulto
 - Refuerzo al adulto
 - Conversar con el adulto
 - Solucionar problemas con adultos
 - Peticiones del adulto

Los modelos antes mencionados nos muestran un panorama general acerca de lo que el niño debería tener en cuanto habilidades sociales se trata; sin embargo, no es una regla general que el niño deba presentar todas estas habilidades en todo momento, ya que dependiendo del contexto en donde el niño se desarrolle las habilidades serán más específicas dependiendo de su funcionalidad.

Por lo tanto, lo importante a destacar es el trabajo que se puede realizar con un niño que padezca retraso mental leve, tomando en cuenta que un proceso de intervención puede desarrollar o mejorar dichas habilidades, incluidas las que nos ocupan especialmente aquí, las habilidades sociales. Los modelos anteriores de desarrollo de habilidades son una guía para diseñar una intervención adecuada para estimular ciertas habilidades en el niño que

mejoren por tanto su funcionamiento en el contexto social donde se encuentre. Esto es explicado más a fondo en el siguiente apartado.

3.4 Habilidades Sociales y Retraso Mental

Hasta ahora, se han visto diversas concepciones de las habilidades sociales, sin embargo, es un hecho que todas apuntan a que las habilidades sociales propician una integración positiva a las distintas esferas de la sociedad y más importante aún, es que los niños con RML, podrán enriquecer su forma de vida si utilizan y potencian sus habilidades sociales.

Parece pertinente mencionar que si se desarrollan al largo de la vida buenas habilidades sociales, es más probable que se tenga una mejor relación con los profesores, con la familia, con los compañeros, con los vecinos, etc., por lo que es muy importante aprender habilidades sociales ya que éstas permitirán a los individuos tener menos conflictos con los demás, o en todo caso tendrán la posibilidad de resolverlos de manera acertada.

En general, hay que considerar que las habilidades sociales en los sujetos, sirven para establecer una relación adecuada con los demás y son fundamentales en las personas con deficiencia mental por lo que se deberían trabajar desde que los sujetos son pequeños, ya que son imprescindibles para su posterior adaptación a todos los ámbitos de la vida.

Como se ha visto visto, las habilidades sociales, no solamente implican el hecho de interactuar con las demás personas, sino que involucran una serie importante de factores que le permiten al individuo desarrollarse frente a un mundo social, en donde requiere expresar sentimientos, deseos, necesidades, así como resolver problemas que se le

presenten en su cotidianidad, por lo que se ha de mencionar que es de vital importancia desarrollar y potenciar las habilidades sociales de los individuos, en este caso de los niños que presenten retraso mental leve, para que logren adaptarse a los contextos en los que se encuentran inmersos y por consiguiente tengan una vida lo más satisfactoria posible.

En el capítulo siguiente se explica la metodología que se lleva a cabo para el diagnóstico de una persona que presenta algún tipo de NEE, y se presenta un paso esencial en el proceso de intervención y ayuda para estas personas que no han podido ser completamente satisfechas con los recursos ordinarios del profesor en el aula, nos referimos al paso previo de la evaluación psicopedagógica con la cual se determinarán las actuaciones precisas que son necesarias a realizar tanto por el especialista como por la familia.

Por lo tanto se describirá y explicará a que se refiere la evaluación psicopedagógica y como se llevó a cabo dentro de esta intervención.

3.5 Evaluación psicopedagógica para personas con retraso mental

En este aspecto, la evaluación psicopedagógica es una parte fundamental de este proceso, por lo cual se explica con más detalle su definición, características y aplicación específicas.

Se entiende por Evaluación Psicopedagógica:

“Un proceso compartido de recogida y análisis de información relevante de la situación de enseñanza-aprendizaje, teniendo en cuenta las características propias del contexto escolar y familiar, a fin de tomar decisiones para promover cambios que hagan posible mejorar la situación planteada (Colomer, Masot, Navarro, 2001) citado por Bonals y Sánchez-Cano 2006 p

14”

Este proceso según Bonals y Sánchez- Cano (2006) se desarrollará en los contextos más significativos donde se dé la situación de enseñanza-aprendizaje. En el aula donde la interacción entre el alumnado, el profesorado y los contenidos, configuran, en parte, esa situación. Pero no podemos olvidar que el aula forma parte de una institución escolar con su propia historia, su organización y su funcionamiento. Es evidente que ambos contextos, interactúan mutuamente. Al mismo tiempo el centro educativo forma parte de un contexto social más amplio con el que también se produce esta influencia mutua. Dentro de este contexto social hay que hacer una referencia especial a la familia de la que el alumnado forma parte pero interactuando con los otros contextos.

Otra cosa importante que cabe mencionar, es que como lo mencionan en su libro *La Integración Educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*. Ismael García Cedillo, Iván Escalante Herrera, Ma. Carmen Escandón Minutti, Luis Gerardo Fernández Torres, Antonia Mustri Dabbah, e Iliana Puga Vázquez, el contexto de la integración educativa, la evaluación psicopedagógica debe concebirse:

“como un proceso que aporte información útil principalmente para los profesores de educación regular, quienes podrán así orientar sus acciones para satisfacer las necesidades educativas de sus alumnos” p 93.

También mencionan que en el marco de la atención a los niños con necesidades educativas especiales no se puede prescindir de una evaluación psicopedagógica cuya finalidad sea la de ofrecer elementos suficientes y oportunos relacionados con las capacidades, habilidades, dificultades, gustos e intereses del niño al que se evalúa, ya que con esa base en todo ello se determinan las adecuaciones curriculares pertinentes.

En este sentido, como lo mencionan los autores, hay dos preguntas que guían el procedimiento de evaluación:

¿Para qué me sirve el dato o la información que estoy obteniendo?

¿Qué acciones concretas se pueden poner en marcha a partir de esta información?

Estos autores consideran que la evaluación psicopedagógica constituye un procedimiento ampliamente utilizado para profundizar de manera sistemática en el conocimiento de los niños. Habitualmente la realiza uno o varios especialistas y puede ser de gran ayuda para aquellas personas que, de una u otra forma, están en estrecha relación con el niño evaluado.

Sin embargo, hasta ahora la práctica común ha sido que dicha evaluación se realice de acuerdo con el siguiente procedimiento general:

- 1) Se lleva a cabo en el gabinete del especialista, lo que implica sacar al niño de su contexto natural.
- 2) Se le aplica al alumno una batería de pruebas predeterminadas, muchas veces diseñadas para niños de otras culturas y que, incluso, ni siquiera han sido normalizadas y/o estandarizadas.
- 3) Se proporcionan resultados basados en un análisis cuantitativo y con un lenguaje técnico que, con mucha frecuencia, únicamente los especialistas comprenden.
- 4) Por lo anterior, es frecuente que los resultados de esta evaluación solamente sean útiles para que el especialista planee y desarrolle un tratamiento terapéutico individualizado, y no ofrezca información práctica para el maestro o maestra del alumno evaluado.

A este respecto, también se otorga un ejemplo de los rubros que se deben tomar en cuenta para la realización de la evaluación psicopedagógica, éstos se muestran en el cuadro siguiente:

La evaluación psicopedagógica en el contexto de la atención de los niños con necesidades educativas especiales

1. Datos personales
2. Motivo de evaluación
3. Apariencia física
4. Conducta durante la evaluación
5. Antecedentes del desarrollo
 - Embarazo
 - Antecedentes heredo-familiares
 - Desarrollo motor
 - Desarrollo del lenguaje
6. Situación actual
 - Aspectos generales
 - Área intelectual
 - Área de desarrollo motor
 - Área comunicativo-lingüística
 - Nivel de competencia curricular
 - Contexto escolar
 - Estilo de aprendizaje y motivación para aprender
7. Interpretación de resultados
8. Conclusiones y recomendaciones

*Cuadro 6: La integración educativa en el aula regular. Principios finalidades y estrategias.

Cedillo, C. Escalante, H. et al. México 2000.

Ahora bien, con respecto al retraso mental, en el documento “Orientaciones Técnicas para la evaluación diagnósticas de estudiantes que presentan NEE asociadas a discapacidad intelectual. MINEDUC 2009”, se menciona que el diagnostico de retraso

mental tiene como propósito proporcionar o mejorar los apoyos al estudiante, a fin de que le permitan un mejor funcionamiento individual, para ello, el proceso de evaluación debe ofrecer información de su funcionamiento en cinco dimensiones que abarcan diferentes aspectos personales y del ambiente, estas dimensiones son:

1. Habilidades Intelectuales: Referidas al funcionamiento intelectual general del estudiante, representado por el CI. Incluye habilidades tales como razonar, planificar, solucionar problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia.

2. Conducta adaptativa: Hace alusión al conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria (Luckasson, 2002 p 73) tales como:

- ❖ Habilidades conceptuales: Lenguaje expresivo y receptivo, lectura y escritura, conceptos de dinero, autodirección.
- ❖ Habilidades sociales: Habilidades interpersonales, responsabilidad, autoestima, credibilidad, ingenuidad, sigue las reglas, obedece las leyes, evita la victimización.
- ❖ Habilidades prácticas: Actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria como preparación de comidas, mantenimiento de la casa, transporte, toma de medicinas, manejo de dinero, uso del teléfono, etc., y habilidades ocupacionales, mantiene entornos seguros.

3. Participación, Interacción y Roles Sociales: Se refiere a las interacciones con los demás y al rol social desempeñado por el estudiante en su comunidad. Se destaca la importancia de analizar las oportunidades y restricciones para participar en la vida de la comunidad. Se evalúa a través de la observación directa de las interacciones cotidianas

que establece con su mundo material y social, basándose en el comportamiento activo e involucrado (asistiendo *a*, interaccionando *con*, participando *en*) que tiene con su ambiente, así como también en el conjunto de actividades valoradas como normales para su grupo específico de edad (personales, escolares, laborales, comunitarias, de ocio, etc.)

4. Salud: Considerada ésta desde la perspectiva de la OMS, como un “*estado de completo bienestar físico, mental y social*”, alude a cualquier condición -física o mental- del estudiante que altere su salud, afectará su funcionamiento y tendrá repercusión en las otras dimensiones. Se distinguen cuatro categorías que agrupan factores de riesgo: biomédico, social, comportamental y educativo y que interactúan en el tiempo. La evaluación de esta dimensión, debe identificar el estado de salud física así como las características particulares del funcionamiento emocional y psicológico del estudiante, como antecedente para la toma de decisiones respecto a los apoyos a implementar en el centro educativo y en el hogar.

5. Contexto: (ambientes y cultura) está referida a las condiciones, tanto ambientales como culturales interrelacionadas, en que el o la estudiante vive diariamente. Distingue tres niveles para la descripción y análisis de la situación del estudiante: a) el espacio social inmediato que incluye a su familia y amigos, b) la comunidad y las organizaciones e instituciones que prestan servicios sociales, educativos o de salud; y c) los patrones generales de la cultura y la sociedad en su conjunto. Cada uno de estos sistemas puede proporcionar oportunidades y fomentar el bienestar y desarrollo de las personas con discapacidad. La evaluación del contexto no suele realizarse con medidas estandarizadas, sino que es un componente del juicio clínico, la observación integral y la comprensión del funcionamiento de la persona y de la provisión de apoyos individualizados.

Estos rubros antes mencionados, tienen como propósito identificar la discapacidad intelectual y determinar si, el o la estudiante puede acceder a los recursos de la

subvención de educación especial. Ahora bien, conociendo esta información, lo que se requiere es realizar el informe psicopedagógico en donde se analizaran los resultados obtenidos de la evaluación y se ubicara en ella los puntos antes mencionados.

4. MÉTODO

4.1 Objetivo general

- Diseñar, desarrollar y evaluar un programa de intervención que potencialice las habilidades sociales de un niño con Retraso Mental Leve.

Objetivos específicos

- Identificar las dificultades que existen en cuanto al desarrollo de las habilidades sociales en un niño con Retraso Mental leve.
- Estudiar cómo una intervención basada en un programa cognitivo –conductual puede favorecer el desarrollo de habilidades sociales en un niño con Retraso Mental leve.

4.2 Descripción del caso

El menor “Roy” es un niño de 8 años 3 meses de edad, es descrito físicamente como un niño de complexión muy delgada, de tez morena y con regulares condiciones de higiene y aliño, cabe mencionar que “Roy” aparenta una edad menor a la cronológica.

“Roy” es un niño de 8 años de edad que actualmente cursa el segundo grado de primaria con problemas no solo de tipo académico, sino también de carácter social. Las deficiencias en su capacidad intelectual afectan sus habilidades adaptativas de tipo social.

Debido a que el menor presenta retraso mental leve no ha logrado adquirir habilidades propias de su edad. Su comportamiento en la escuela es de un niño aislado, tímido, cohibido, poco participativo tanto en lo académico como en la interacción con sus iguales, por tal motivo ha presentado problemas de tipo escolar, referidos al mínimo conocimiento que el niño tiene en cuanto a la lectura, escritura y cálculo matemático, además de presentar dificultades en el establecimiento de relaciones de amistad o una relación maestro-alumno, esto aunado a que la escuela a la que asiste al parecer no cuenta con personal capacitado para atender problemáticas de este tipo en los niños (sic madre del menor).

En casa “Roy” es más desenvuelto, pues juega con sus hermanos, sin embargo la mayoría del tiempo prefiere jugar solo, el menor cuenta con un conocimiento muy precario académicamente hablando, por lo que su hermana es la que se dedica con él a realizar sus tareas escolares, cabe mencionar que al parecer es con ella con la que tiene una mejor relación y con quien logra establecer una buena comunicación. En casa como ya se mencionó “Roy” es más desinhibido, no obstante si llegan visitas a su casa, él casi de inmediato prefiere jugar solo.

En lo que se refiere al diagnóstico médico realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (HPIJNN), “Roy” presenta un probable retraso mental leve (el cual se corroboró con una prueba psicológica aplicada al menor), trastorno de ansiedad por separación y trastorno de lenguaje (HPIJNN), los cuales son tratados con terapias de apoyo psicopedagógico, terapias de lenguaje y psicoterapia.

En general, “Roy” es un niño que al no lograr adquirir ciertas habilidades, ha presentado varias problemáticas en su vida cotidiana, como el no haber concluido los procesos de lecto-escritura y cálculo básicos, así como no lograr establecer relaciones sociales con sus iguales, en la comunidad etc., esta información es corroborada con las

observaciones y entrevistas realizadas, en donde se ubica a “Roy” como un niño poco participativo, poco asertivo, tímido etc. Por todo lo anterior mencionado, el programa de intervención estuvo dirigido a habilitar y potenciar sus habilidades para mejorar sus funciones sociales.

4.3 Escenario

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro ubicado en Av. San Buenaventura n. 86 Col. Belisario Domínguez Tlalpan C.P 14080

Dentro de este hospital, el lugar en donde se realizó la intervención es en hospital de día consultorio 5 dentro del área de apoyo psicopedagógico.

El consultorio es un lugar adaptado para los menores, cuenta con mesas, sillas, juegos infantiles, material didáctico, papelería y el espacio es considerable para que el trabajo sea el más óptimo.

4.4 Evaluación psicopedagógica

La evaluación psicopedagógica se realiza a través de un proceso dinámico e integrador que se realizó por medio de una serie de fases y tareas, por un lado a la recogida de datos válidos y fiables procedentes de fuentes diversas, a su análisis e interpretación y por otro, a la orientación, toma de decisión e intervención posterior.

Observación (Anexo 2)

La observación que se llevó a cabo fue solamente en el espacio del hospital.

Entrevista (Anexo 3)

La serie de entrevistas se llevaron a cabo con la madre.

Test de matrices progresivas Raven escala coloreada

Modelo de valoración de habilidades adaptativas (ICAP)

El *ICAP (Inventory for Client and Agency Planning*, de Bruininks, Hill, Weatherman y Woodcock, 1986, o Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual) es el instrumento de evaluación de la conducta adaptativa traducido y adaptado en España más recientemente, es un instrumento estructurado que sirve para valorar distintas áreas del funcionamiento adaptativo y de las necesidades de servicios de una persona.

El ICAP se utilizó para registrar información descriptiva, diagnóstico actual, limitaciones funcionales, destrezas de conducta adaptativa, problemas de conducta, estatus residencial, servicios de rehabilitación y de apoyo, actividades sociales y de tiempo libre. Su propósito principal es contribuir a una evaluación inicial, orientación, seguimiento, planificación y evaluación de servicios para personas con deficiencias, discapacidades o para ancianos.

4.5 Procedimiento

1.- En un primer momento se llevó a cabo una observación para encontrar si el sujeto tenía las características mínimas para realizar la intervención señalada en los objetivos.

- 2.- Se llevó a cabo una serie de entrevistas con la madre del menor.
- 3.- Se aplicaron dos pruebas: la primera, el inventario ICAP para encontrar el nivel de capacidad adaptativa del menor en su vida cotidiana y la segunda el Test de inteligencia RAVEN para conocer su capacidad intelectual.
- 4.- Se analizaron y calificaron las pruebas correspondientes para ubicar las dificultades y habilidades del menor.
- 5.- Se construyó un programa de intervención con el objetivo de desarrollar las habilidades sociales del menor y se trabajaron estas partes.
- 6.- Se evaluó el programa de intervención.

5. INFORME PSICOPEDAGÓGICO

DATOS PERSONALES

Nombre del niño: "Roy"

Fecha de nacimiento: 13/diciembre/2002

Edad del paciente: 8 años 3 meses

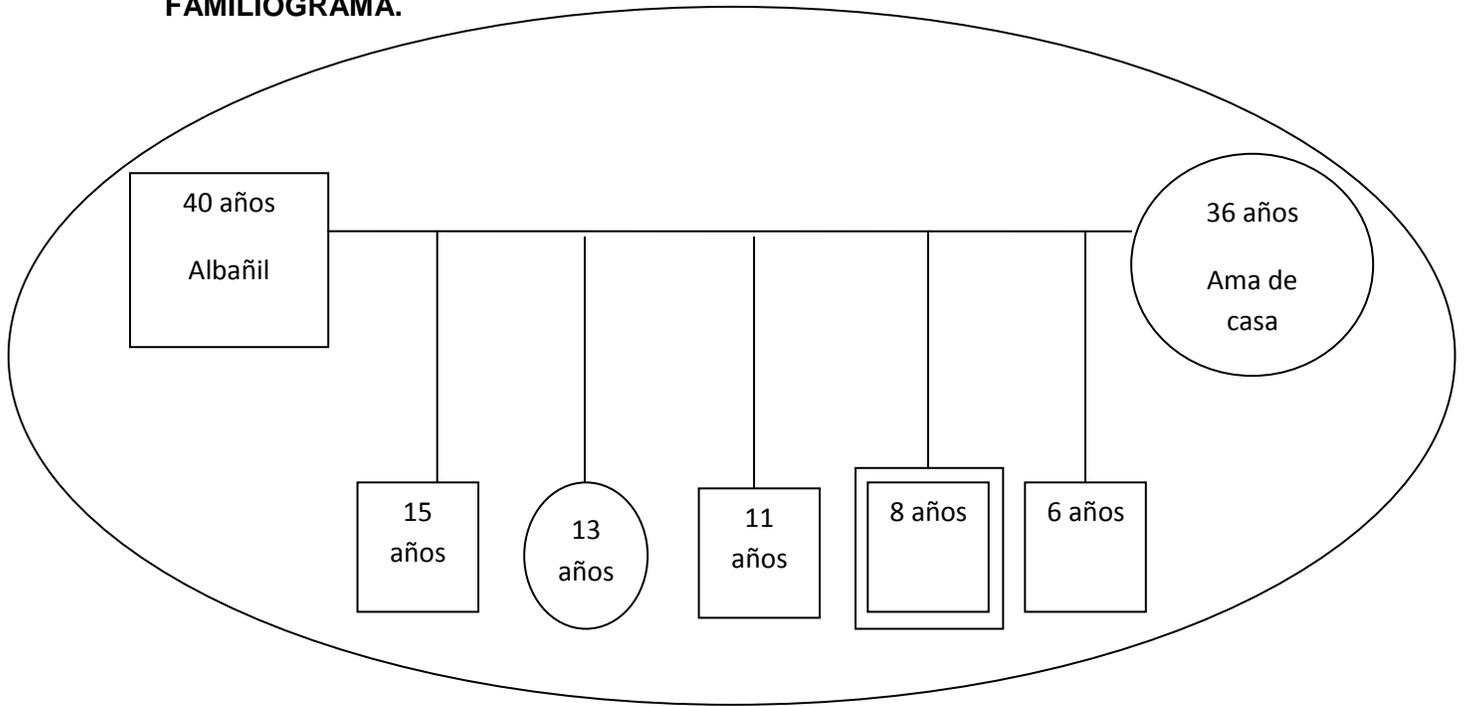
Escolaridad: 2do de Primaria

Ocupación: Estudiante

DATOS DE LA FAMILIA DIRECTA

NOMBRE	PARENTESCO CON EL MENOR	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD
X	Madre	36 años	Ama de casa	Primaria
X	Padre	40 años	Albañil	Secundaria
X	Hermano	15 años	Estudiante	Secundaria
X	Hermana	13 años	Estudiante	Secundaria
X	Hermano	11 años	Estudiante	Primaria
X	Hermano	6 años	Estudiante	Primaria

FAMILIOGRAMA.



El papá y la mamá son de Veracruz. Hace muchos años llegaron al DF y vinieron a trabajar aquí. Cuando se casaron la madre tenía 18 años y el padre 20. Un año después, la madre queda embarazada del primer hijo de cinco. Se casaron de común acuerdo y hasta ahora han llevado una buena relación.

La madre desde que se casó se dedicó al hogar, y el único sustento económico de su hogar es su marido.

Actualmente viven en dos cuartos, uno lo utilizan como dormitorio y otro para cocinar y comer, comparten un baño con otras tres familias, y tienen todos los servicios de agua, luz y drenaje. La relación entre hermanos, padres e hijos y como pareja es buena en general, hay respeto y amor.

Su situación económica es inestable, ya que el padre no tiene un trabajo fijo, sin embargo, se obtiene que en el hogar se cubren los gastos mínimos de educación y alimentación.

MOTIVO DE CONSULTA Y EVALUACIÓN

Como lo menciona la madre, el menor no quiere aprender, la maestra se queja mucho, no sabe números ni letras y no coopera ni participa, es aislado.

APARIENCIA FÍSICA

Sujeto del sexo masculino de 8 años 3 meses de edad. El sujeto descrito físicamente como un menor de complexión muy delgada, de tez morena y con regulares condiciones de higiene y aliño. El menor aparenta una edad menor a la cronológica.

CONDUCTA DURANTE LA EVALUACIÓN

En la aplicación del test de matrices progresivas Raven, realizó lo que se le pidió con tranquilidad y no le tomó más de 20 minutos concluirla.

En los cuestionamientos que se le realizaban al menor esporádicamente, éste reaccionaba primero contestando en un tono de voz muy bajo y con aspecto nervioso, no obstante al pasar el tiempo, fue relajándose más y contestaba sin ningún problema.

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

La madre del menor tuvo un embarazo normal de 9 meses de gestación sin presentar ningún tipo de enfermedad durante éste; al momento del parto presenta dolores normales y le fue administrada una dosis de anestesia. El parto fue normal, el niño pesó 1500 kg por lo que el médico receta vitaminas para aumentar el peso, así mismo el menor presenta sensibilidad en los ojos por lo que le es recetado un tratamiento para esto.

Posterior al parto, el menor reacciona bien ante las vitaminas y sube de peso rápidamente, así mismo el tratamiento ocular funciona a la perfección.

Durante su crecimiento, se obtiene que su desarrollo fue aparentemente normal ya que comía de todo, gateaba, jugaba etc, sin embargo algunas dificultades comenzaron cuando el menor Roy entró al pre-escolar, pues a decir de la madre, el niño se volvió muy tímido y nervioso al asistir a la escuela, esto ocasionaba que no trabajara en clase, que fuera aislado, poco participativo y que actuara con miedo y angustia.

A raíz de estos conflictos, el menor es atendido en el Hospital Psiquiátrico Infantil y recibe servicio de psicopedagogía y de terapia de lenguaje.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- **Coeficiente intelectual**

Las habilidades intelectuales en este caso, se obtuvieron mediante los resultados que arrojó el test de inteligencia Raven, en el cual, el sujeto de investigación obtuvo los siguientes resultados, y estos a su vez son interpretados de la siguiente forma.

En conclusión y con las puntuaciones que obtuvo, el menor rinde con una capacidad intelectual inferior al término medio, presenta adecuada habilidad para seguir instrucciones, sin embargo la velocidad y la agudeza para realizar tareas rutinarias son precarias, se observa adecuada memoria visual a corto plazo y poca capacidad de análisis y síntesis.

- **Conducta adaptativa**

De la prueba ICAP se obtuvieron los siguientes resultados:

En el rubro de limitaciones funcionales y asistencia necesaria, se obtiene que el menor tiene problemas con su sentido de la vista debido a la sensibilidad en sus ojos padece comúnmente infecciones oculares; en la audición, logra escuchar voces con un tono de voz normal, no padece ataques epilépticos, sin embargo requiere de atención psicológica, lingüística y psiquiátrica por lo menos una vez al mes, utiliza sus brazos, manos y piernas para realizar sus actividades físicas cotidianas por lo que no requiere de ningún tipo de ayuda para desplazarse, en general su salud no limita sus actividades cotidianas.

Entrando en las conductas adaptativas, comenzaremos por las destrezas motoras en donde se encontró que el menor con mayor habilidad y sin requerir ayuda puede recoger objetos pequeños con las manos, pasar objetos de una mano a otra, sentarse solo, mantenerse de pie, hacer garabatos, cortar con tijeras diversas líneas, armar rompecabezas u objetos armables etc., ahora bien las cosas que el menor realiza pero con más dificultad son abrir y cerrar puertas, escribir su nombre y subir y bajar escaleras. En tanto que la puntuación que obtuvo el menor en esta capacidad fue 45 de 54.

En cuanto a las destrezas sociales y comunicativas, hay que mencionar que el menor sin ninguna dificultad puede realizar conductas propias de los primeros años del desarrollo social como: emitir sonidos para llamar la atención, alzar los brazos buscando personas o ayuda, gira la cabeza si le llaman por su nombre, imita acciones, indica si o no moviendo la cabeza para responder, entrega juguetes a otras personas, señala objetos o personas conocidas, en actividades grupales espera su turno, se comporta de manera adecuada sin llamar la atención de los demás, reacciona correctamente ante la mayoría de las señales etc., y las acciones que aún no están establecidas en la conducta del niño y que se le dificultan son: decir al menos 10 palabras que puedan ser comprendidas por otra persona, formular preguntas, hablar usando frases de tres o cuatro palabras, contar de manera resumida una historia que otra persona pueda comprender, escribir a mano notas legibles para las demás personas y localizar información que necesita en libros, revistas, periódicos etc.

En cuanto a las destrezas de la vida personal, el menor logra comer alimentos duros y blandos, lavarse las manos, controla esfínteres, se pone playeras sencillas, cierra la puerta del baño cuando lo utiliza, se baña, ayuda con quehaceres del hogar, prepara comidas simples; lo que le cuesta más trabajo es vestirse completamente incluyendo botones, cinturones, cierres y agujetas de los zapatos y utilizar utensilios como cuchillos o cubiertos.

En las destrezas de vida en la comunidad, los resultados arrojan que el menor encuentra juguetes cuando se guardan en el mismo lugar, va solo si lo mandan a otro cuarto, indica que ha terminado alguna tarea, permanece quieto sin alejarse por más de 10 minutos, hace encargos etc., ahora bien algunas de las actividades que aún no se han precisado en su vida cotidiana son: intercambiar dinero por objetos, comprar objetos,

cruzar calles o avenidas, no sabe su fecha de nacimiento y no sabe usar las palabras mañana y noche.

En cuanto a problemas de conducta el menor no presenta ningún comportamiento autolesivo ni heteroagresivo, de igual manera es nula la presencia de destrucción de objetos y conducta disruptiva; en cuanto a la falta de atención y retraimiento existe una frecuencia de comportamiento de una a seis veces por semana, y si existe algún tipo de conductas de este tipo la madre se encarga de pedirle al menor que abandone la conducta y habla con el menor al respecto.

En términos cuantitativos el ICAP permitió obtener que en el área de destrezas motoras se obtuvieron 45 puntos que equivalen a un nivel de funcionamiento de un niño de 4.9 años, en donde el menor puede realizar fácilmente actividades que realiza un niño de 3.5 años y difícilmente cosas que realiza un niño de 6 años.

En el área de destrezas sociales y comunicativas, el menor obtiene una puntuación de 35 que equivale a un nivel de funcionamiento de un niño de 3.4 años y en donde puede realizar fácilmente acciones de un niño de 2.5 años y difícilmente las de un niño de 6.1 años.

En el área de destrezas de la vida personal obtuvo 42 puntos que equivale a un nivel de funcionamiento de un niño de 7 años, en esta área el menor puede realizar con menor dificultad acciones que realiza un niño de 5.5 años y con más dificultad las que realiza un niño de 9.4 años.

Finalmente en el área de vida en la comunidad, el menor obtuvo una puntuación de 22 lo que implica un nivel de funcionamiento de un niño de 6.1 años en donde puede realizar fácilmente actividades que hace un niño de 4.6 años y difícilmente actividades que hace un niño de 7.7 años.

En general los resultados oscilaron entre B (bajo) y MB (muy bajo) y las edades madurativas correspondientes a cada área también resultaron bajas en comparación con la edad cronológica del menor, por lo tanto se obtiene (en el cruce de las puntuaciones de conducta con habilidades adaptativas -matriz de puntuaciones) en esta prueba un nivel de servicio de 6 que significa "Limitada atención a la persona y/o seguimiento periódico", es decir el niño tiene dificultad para realizar ciertas actividades y capacidad para realizar otras, sin embargo, potenciando las habilidades del niño de forma integral y llevando un seguimiento en casa, en escuela y en comunidad, el menor tendrá más oportunidad de lograr realizar cosas que hasta ahora para él han sido difíciles.

- **Participación, Interacción y Roles Sociales**

Roy tiene 8 años 3 meses de edad y ocupa el 4to lugar de sus hermanos, actualmente estudia el 2do grado de primaria, asiste a la escuela con regularidad y vive en el mismo hogar al lado de sus padres y hermanos.

En la escuela se obtiene que Roy es un niño muy pasivo, ya que debido a sus dificultades académicas son pocas las participaciones que tiene dentro del salón de clases, es retraído y tímido por lo que no establece ningún tipo de conversación con sus compañeros de clase, no interacciona con sus iguales y se aísla. En el aula la atención de la profesora para con Roy es mínima por lo tanto el menor se limita a hacer garabatos en el cuaderno de trabajo sin hacer ningún tipo de cuestionamiento a la maestra cuando no entiende algo.

En casa el menor se nota más desenvuelto, sin embargo si llega alguien de visita a quien no ve seguido, se cohibe y se va a su cuarto a jugar él solo. Habla poco, cuando se le pregunta algo comienza a hablar y poco tiempo después empieza a decir que ya no se acuerda y se pone nervioso. No tiene relación con sus vecinos y normalmente juega solo pues si lo hace con alguien lo molestan y él prefiere retirarse.

En general Roy es un niño muy pasivo, tanto en la escuela como en su casa se observa tímido y cohibido, muestra una actitud muy tranquila, no obstante es cooperador, comprende bien las instrucciones, realiza lo que se le pide y tiene pocas expresiones faciales, casi no sonríe.

- **Salud**

Los siguientes datos se obtuvieron del expediente médico del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN).

El menor con actualmente 8 años 3 meses de edad, presentó un desarrollo perinatal, prenatal y postnatal normal sin complicaciones durante el parto (sic madre), peso 1500 kg y calificación 8 del APGAR, el menor solo presentó una infección en los ojos y fue medicado para la situación, así mismo se le recetaron vitaminas. Durante su crecimiento, se obtiene que el menor tuvo un desarrollo psicomotriz normal sin retraso (sic padres), sostén cefálico a los 4 meses, sedestación a los 6 meses, deambulación a los 12 meses, control de esfínteres a los 18 meses.

En cuanto a los antecedentes heredo-familiares, los abuelos maternos presentan alcoholismo y problemas renales, los tíos maternos presentan alcoholismo y el padre también, la madre se encuentra aparentemente sana.

Se observan conductas de ansiedad y cuadros compatibles con terrores nocturnos cuando el menor ingresa al kínder. Se despierta en el primer tercio de la noche gritando para posteriormente llorar sin despertar totalmente e ignorando lo sucedido al día siguiente. La inteligencia se presenta por debajo de lo normal.

La impresión diagnóstica es la siguiente:

- Probable retraso mental leve
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno de lenguaje
- Trastorno de las emociones

El trastorno del lenguaje fue atendido en el hospital con motivo de consulta “no puede distinguir letras sic madre”. Las pruebas que le fueron realizadas son: entrevista, exploración breve del lenguaje, CEFI y niveles semánticos. A esta terapia el menor estuvo asistiendo durante 3 meses consecutivos trabajando las áreas de motivación, percepción, orofaciales, articulación, analogías, análisis de situaciones, cuento, lenguaje corporal y gestos.

Dentro de este servicio se le da de alta por máximo beneficio y tras cumplir la mayoría de los objetivos establecidos; se le proporciona a la madre un programa de actividades a realizar en casa para concretar la articulación de dos grupos heterosilábicos faltantes (Datos obtenidos del expediente del HPIJNN).

En cuanto al diagnóstico de ansiedad y trastorno de las emociones, aún está en lista de espera para recibir la psicoterapia necesaria.

En general la salud mental del menor está teniendo un funcionamiento menor al que correspondería por lo que en sus contextos inmediatos no está rindiendo como debería.

- **Contexto**

Roy vive bajo el mismo techo con sus cuatro hermanos el mayor de 15 años, seguido por el de 13 años, una niña de 11 años y su hermano más pequeño de 6 años, vive también con su papá de 40 años dedicado a la albañilería y proveedor principal de la familia, y su mamá de 36 años de edad dedicada al hogar.

Habitan en una colonia urbana, la casa es rentada, la construcción es de mampostería y cuenta con todos los servicios. Está dividida en dos cuartos uno es utilizado para cocinar y comer y el otro cuarto es para dormir, el baño es compartido con otras tres familias. El transporte es cercano a la vivienda.

Los hijos asisten normalmente a la escuela ya que todos son estudiantes, la madre se dedica al hogar y el padre a la albañilería, en sus tiempos libres los hijos normalmente juegan en casa, y ocasionalmente van a los parques cercanos a la casa.

La madre del menor realiza ocasionalmente reuniones familiares en donde los niños conviven con tíos y primos, sin embargo en este caso Rodrigo no interactúa con los demás niños pues cuando ve a muchas personas prefiere irse a su cuarto a jugar solo.

No realizan actividades deportivas, ni culturales, la familia en general se limita a asistir a la escuela, al trabajo y al hogar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Diagnostico psicoeducativo

Masculino de 8 años de edad, producto de la gesta 4/5, proviene de una familia nuclear ubicada en la etapa del ciclo vital de la adolescencia y la crianza de los hijos aparentemente funcional. Los padres refieren un desarrollo psicomotriz normal y sin retraso, se obtiene del expediente que hubo sostén cefálico a los 4 meses, sedestación a los 6 meses, deambulación a los 12 meses, primeras palabras a los 12 meses, primeras frases a los 2 años y control de esfinteres a los 18 meses.

Durante la evaluación se encontró que el menor tiene un CI ligeramente menor al que debería tener de acuerdo a su edad cronológica, en cuanto a sus habilidades adaptativas, se encuentra que en todas las habilidades (destrezas sociales y comunicativas, de la vida personal, destrezas motoras y de la vida en comunidad), obtiene una edad de maduración en cuanto a actividades a realizar se refiere de 4 a 6 años, lo cual difiere de su edad cronológica.

En conclusión, se encuentra que el menor tiene un retraso mental leve en su desarrollo tanto intelectual, como en sus habilidades adaptativas, por lo tanto se propone mejorar sus habilidades sociales e intelectuales en las siguientes áreas para contribuir a la mejora de sus interacciones sociales:

- autoconocimiento,
- asertividad,
- manejo de emociones y
- resolución de conflictos.

Se sugiere trabajar estas áreas de una forma sencilla y comprensible para el menor debido a su baja capacidad cognitiva, por lo que se realizarán actividades de acuerdo con lo que pueda realizar y logre comprender para intervenir de forma adecuada, eficaz y eficiente y la calidad de vida así como las relaciones sociales del menor cambien significativamente y pueda establecer relaciones sociales sin ningún problema para lograr ser un ser social activo y productivo y para ello se diseñó un programa de Intervención (anexo 1).

6. PROGRAMA DE INTERVENCION: DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN UN NIÑO CON RETRASO MENTAL LEVE”

Objetivo general del programa: Desarrollar a través de actividades dirigidas, las habilidades de autoconocimiento, asertividad y manejo de emociones en un niño con retraso mental leve para mejorar sus interacciones sociales.

De acuerdo con la división de promoción y protección de la salud de la Organización Mundial de la Salud (2001), un enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los niños adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria.

Estas habilidades para la vida incluyen 1) habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación y empatía), 2) habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación), y 3) habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control).

Así mismo en este documento se menciona que las teorías sobre el desarrollo humano y las conductas de los niños establecen que estas habilidades específicas son componentes esenciales de un desarrollo saludable, y son habilidades que definen a un niño de carácter fuerte.

Por lo anterior mencionado, se detecta que a lo largo del desarrollo se deben potenciar ciertas habilidades que nos permitan incluirnos en la vida social, resolviendo conflictos internos y externos a nosotros para poder llevar una vida lo más funcional y satisfactoria posible, por este motivo se realiza el siguiente programa de intervención para desarrollar habilidades sociales en un niño con retraso mental leve tomando en cuenta las

habilidades de autoconocimiento, asertividad, manejo de emociones y resolución de conflictos.

El programa se llevó a cabo de la siguiente forma: en primer lugar una sesión de integración, tres sesiones de autoconocimiento, tres sesiones de asertividad, dos sesiones para el manejo de las emociones, dos sesiones para la resolución de conflictos y una sesión de cierre y reflexión, cabe mencionar que debido a que se trata de un programa que potencie las habilidades sociales, éste se llevó a cabo junto con otros tres niños que también asisten al hospital y éstos serán incluidos en todas las sesiones del programa; las sesiones se detallan a continuación.

DESCRIPCION Y JUSTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Las actividades que a continuación se presentan se justifican en el documento que presenta la Organización Panamericana de la Salud (2001) en cuanto a las habilidades para la vida se refiere; los autores que hablan sobre los contenidos específicos que se manejan en el programa de intervención son diversos citados en el mismo documento y las acciones a realizar, son basadas en experiencias pasadas aunque no de mi autoría.

1ra Sesión

Contenido específico: Integración

Las interacciones sociales efectivas son un factor crítico para funcionar exitosamente en el hogar, en la escuela y en el trabajo, por lo que es muy importante que el menor se sienta integrado al grupo y en confianza para que logre realizar las actividades preparadas para él y para mejorar sus habilidades sociales.

En la primera sesión, se llevó a cabo el encuadre, informándole al menor las actividades que se realizarán, esto con la finalidad de que entienda que áreas se trabajaran y que beneficios le traerán a su vida cotidiana y académica.

En esta primera sesión se abordó el tema de integración, ya que es de vital importancia que se estableciera un clima de confianza entre los miembros que participaron en el programa, para que se pudieran expresar de forma libre y sin miedos a burlas o comentarios hirientes.

Por lo tanto, en esta sesión se realizó la presentación y la técnica de la telaraña en donde se incluyeron a tres niños más los cuales participaron en todas las sesiones; la

técnica sirvió para que los niños se presentaran y dijeran qué es lo que más les gusta hacer.

Se les pidió a los niños que trajeran una foto de ellos para la próxima sesión y se les preguntó cómo se sintieron.

2da, 3ra y 4ta sesión

Contenido específico: Autoconocimiento

En una idea muy general, el autoconocimiento forma parte de conocer mejor nuestro ser, carácter, fortalezas, oportunidades, actitudes, valores, gustos y disgustos. Conocerse a sí mismo también significa construir sentidos acerca de nosotros mismos, de las demás personas y del mundo en que vivimos.

Ahora bien, como mencionan Slaby y cols., 1995 (citados en *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes OPS 2001*), el proceso de entenderse a sí mismo, a los demás y las relaciones humanas es parte importante del crecimiento desde la niñez, en la adolescencia y la edad adulta. A los dos años de edad, los niños reconocen claramente su propia imagen, y demuestran la existencia del concepto visual de sí mismos. Alrededor de los ocho años, los niños comienzan a reflejar sus habilidades, preferencias y aversiones, y en general cómo sienten y qué piensan de las cosas.

La conciencia social se mueve de la perspectiva egocéntrica del niño pequeño a una habilidad para entender, predecir y responder a los sentimientos y perspectivas de otros iguales. Por lo tanto motivar y estimular esta conciencia social es de vital importancia ya que si un menor carece en buena medida de esta habilidad, podrá tener dificultades en sus interacciones sociales.

Por lo anterior mencionado, conocerse, saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo, son aspectos que le permiten a una persona tener claridad sobre el proyecto vital que quiere emprender y desarrollar las competencias que necesita para lograrlo por tal motivo se propuso desarrollar esta habilidad en “Roy” para que logre una mejor integración en los contextos en los que se desenvuelve así mismo para que pueda ubicar sus debilidades y aptitudes y utilizarlas en su beneficio.

Durante la primera sesión del tema autoconocimiento, se les explicó a “Roy” y a los niños que integran el grupo la técnica “Las partes del cuerpo” primeramente todas las partes que componen su cuerpo físicamente. Ellos identificaron estas partes en un dibujo construido para tal fin. Además de esta actividad se observaron diferentes fotografías de diversas personas y los niños ubicaron las diferencias entre estas.

Posteriormente se realizó la actividad “Cómo soy, cómo me veo y cómo me ven los demás”, en donde los niños a través de su fotografía se describieron como ellos pensaron que son tanto físicos como emocionalmente, esta actividad la hicieron los cuatro niños. Una vez que terminaba cada uno de describirse los demás participaban diciendo como lo veían ellos, se cuidó que fueran comentarios asertivos.

Al final se reflexionó sobre el tema y sobre lo que sintieron.

En la segunda sesión del tema autoconocimiento se realizó la técnica “Mi cuerpo mis sentimientos”, en donde les entregó a los niños una hoja con la silueta de una persona en donde ellos dibujaron todo lo que le faltaba a esta silueta pensando que ellos eran esa persona, y se les hicieron preguntas dirigidas en el dibujo: ¿Qué me hace feliz?, ¿Qué me pone triste?, ¿Qué me hace enojar?, y ¿Qué es lo que más me gusta hacer?

En la tercera sesión del tema autoconocimiento, se hizo la técnica “Cuenta tu historia”, en donde se les pidió a los niños que por medio de dibujos hicieran una historia de su vida ubicando sus cualidades y defectos y que la expusieran ante los demás, lo cual nos permitió observar y escuchar cómo es que los niños se auto-perciben.

Esporádicamente se realizaron preguntas como, ¿Qué es lo que te hace único?, ¿Cuáles son tus puntos fuertes y débiles? , ¿Cuáles son tus amistades preferidas (individuos o grupos)? ¿Quiénes son tus héroes, tus modelos? ¿Qué tipo de diferencia tienes y con quién? ¿Cómo se arreglan estas diferencias? ¿Cuál es tu papel en casa y en la escuela? ¿Qué te hace feliz? ¿Qué te pone triste? ¿Qué te pone molesto? ¿Qué es lo que más disfrutas hacer?

Al final de la sesión se reflexionó acerca del tema para detectar si se comprendió la temática.

5ta, 6ta y 7ma sesión

Contenido específico: Asertividad

Es importante mencionar que una persona que sabe comunicarse de forma asertiva logra expresar en forma clara y sencilla lo que piensa, siente y necesita siempre tomando en cuenta los derechos y valores de las demás personas, es decir la persona se comunica y da a conocer sus derechos, necesidades y sentimientos pero respetando los de otros individuos.

La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones con las demás personas. Así se aumentan las posibilidades de que las relaciones interpersonales se lesionen menos y sea más sencillo abordar los conflictos. Por lo tanto, es importante

desarrollar esta habilidad en “Roy” para que logre tener una mejor autoestima y capacidad de decisión para su vida cotidiana, en casa, en la escuela y en su comunidad.

En la primera sesión del tema asertividad, comenzamos con una lluvia de ideas para retroalimentar el tema pasado y se observó si el niño lo estaba comprendiendo y aplicando.

Se realizó una breve exposición del tema de “asertividad”, nuevamente haciendo partícipe de esto al menor y a los demás integrantes, se realizó una función de teatro guiñol presentando una situación escolar (unos niños burlándose de otro niño) se les pregunto que notaron en la función y qué harían ellos, para esto se presentaron diversas opciones de resolución.

En la segunda sesión se observó un video que permitió que el niño de forma más visual ubicara situaciones de la vida cotidiana y se observaron ejemplos claros de actuar con asertividad.

En la siguiente sesión se llevó a cabo la técnica “ser asertivo”, en donde el niño y los integrantes del grupo se colocaron una cartulina en su espalda y cada uno de los niños escribió un comentario asertivo para cada uno de sus compañeros, al final se leyeron frente a todos los comentarios y se habló de cómo se sintieron.

Se dieron durante cada una de estas sesiones algunos consejos para que el niño pudiera ser más asertivo, algunos de estos serán:

- Sea tan claro y específico como pueda al expresar lo que quiere, piensa y siente, preguntar por qué debe hacer las cosas que le manden cuando esto sea desagradable para él.
- Que el menor comparta sus opiniones y sentires

- ❑ Que participe y se incluya en los grupos, así mismo
- ❑ Que mantenga contacto visual cuando hable con alguien, que mantenga un tono de voz modulado y estable,
- ❑ Que escuche a los demás y demuestre interés y pueda pedir lo mismo, que haga preguntas si tiene dudas.

8va y 9na Sesión

Contenido específico: Manejo de emociones

El manejo de las emociones puede lograr un buen equilibrio entre nosotros y las demás personas, lo cual enriquece de forma importante las relaciones interpersonales. Las técnicas de relajamiento se enseñan para ayudar a los jóvenes a calmarse, de manera que sean más capaces de pensar y manejar en forma efectiva la frustración y la provocación (Deffenbacher y cols., 1996 citados en *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes* 2001). El control de la ansiedad es otra importante habilidad de enfrentamiento emocional. “Los niños ansiosos tienden a tener percepciones distorsionadas del grado de amenaza presente en ciertas situaciones, y carecen de la auto-eficiencia o las habilidades efectivas de control para manejar su angustia interior.” Greenberg y cols, citados en *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes* 2001, proponen aprender a navegar en el mundo de las emociones y sentimientos, logrando mayor “sintonía” con el propio mundo afectivo y el de las demás personas. Esto enriquece la vida personal y las relaciones interpersonales.

Por lo anterior mencionado, las emociones y sentimientos nos están continuamente enviando señales, aunque no siempre las escuchamos. A veces pensamos que no tenemos derecho a sentir miedo, tristeza o indignación, sin embargo tener conocimiento de

lo que sentimos nos permite darles un sentido más amplio a las situaciones a las que nos enfrentamos día a día.

En la búsqueda de la mejora de la situación social de “Roy”, es importante el manejo de las emociones, las cuales en un principio debe conocer y posteriormente utilizar para mejorar las interacciones con sus iguales y en general todas sus relaciones.

Por lo tanto durante las sesiones de manejo de emociones, se procuró que el niño identificara las emociones que siente y las exprese, por lo que en la primera sesión se realizó una pequeña explicación de lo que son las emociones haciendo que participaran de acuerdo a sus experiencias.

En esta primera sesión también se realizó una encuesta que permitió conocer el nivel de conocimiento en materia de emociones que el menor tiene y sabe, en esta encuesta se realizaron preguntas sencillas como:

¿Sabes qué son las emociones?

¿Conoces estas emociones?

• Alegría	• miedo	• Angustia	• Rabia	• Felicidad
• Odio	• Tristeza	• Seguridad	• Amor	• Tranquilidad

¿Cuál de estas emociones experimentas con más frecuencia?

Dibuja a cada uno de los integrantes de tu familia e indica qué emoción te hace sentir y cómo te sientes al respecto.

¿Te gusta cómo te tratan en la escuela compañeros y profesor?

¿Qué quieres ser de grande?

Al final se reflexionó sobre lo visto.

En la segunda sesión se realizó la técnica de “El juego de la mímica”, en donde los niños tuvieron que representar cada una de las emociones sin hablar, las cuales estaban escritas en una tarjeta mientras que los otros niños adivinaban cuál era, lo que podrá permitir que el niño aprenda a expresar de forma no verbal algunas de las emociones mas comunes.

Como un plus, se realizó una técnica de relajación en donde los niños siguieron las instrucciones para que pudieran relajarse, además se les enseñó que esta es una opción para que puedan controlarse emocionalmente y tomar decisiones más racionales que impulsivas.

Al final de la sesión se les preguntó cómo se sintieron y si tuvieron dudas.

10 Y 11 Sesión:

Contenido específico: Resolución de conflictos

Manejar los problemas y conflictos de la vida diaria de forma flexible y creativa, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social es una forma sana de convivir con nuestros iguales, así como de mostrar nuestros valores personales.

La Organización Panamericana de la Salud, refiere que la “solución de problemas” se identifica como un curso de acción que cierra la brecha entre la situación actual y una situación futura deseable. Este proceso requiere que quien toma la decisión sea capaz de identificar diferentes cursos de acción o solución a un problema, y determinar cuál es la mejor alternativa de solución (Beyth-Marom y cols., 1989 citados en *Enfoque de*

habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes 2001). De acuerdo a la teoría de Bandura sobre el aprendizaje social, las personas que experimentan dificultades de desarrollo son menos capaces de plantear metas apropiadas y generar medios para lograr esas metas (Bandura, 1977 citado en *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes 2001*).

Cognitivamente, el modelo de construcción de aptitudes de prevención primaria se basa en la teoría de que la enseñanza de habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema (EISCP) en niños a temprana edad puede reducir y prevenir conductas negativas inhibidas e impulsivas y que resolver problemas hipotéticos, pensar en voz alta, juegos de rol y dar información de retroalimentación son algunas de las metodologías óptimas para enseñar estas habilidades.

Cabe mencionar que en ciertas ocasiones no es posible ni deseable evitar los conflictos. Están siempre alrededor nuestro, forman parte de la vida diaria de las personas y no son algo que podamos escoger, sin embargo gracias a éstos las personas podemos reorganizar nuestros pensamientos, buscar nuevas estrategias de solución más creativas y flexibles, aprender a vivir y a adaptarse a cada contexto, lo cual es una habilidad para la vida.

En este orden de ideas, es importante que los niños desarrollen la habilidad de solucionar sus problemas porque como se mencionó antes, haciendo esto pueden ser más adaptables en cada uno de los contextos en donde se desenvuelven y aprenden a tomar mejores decisiones.

Por lo anterior mencionado en la primera sesión del tema resolución de conflictos se explicó a que se refiere este tema, primeramente se realizó la técnica “Comunicación con o sin preguntas” en donde se les dio a los niños una hoja en blanco. la expositora se

volteó de espaldas a ellos y les dio instrucciones para realizar un modelo en su hoja, éste lo hicieron los niños sin hacer ninguna pregunta, al final se mostró el modelo exacto que debieron haber hecho y se observó el que los niños hicieron. Este ejercicio se repitió pero ahora con la oportunidad de que los niños hicieran preguntas y vieran la cara de la persona que les da las instrucciones, se comentaron las diferencias de hacer el dibujo con y sin preguntas y se habló de la importancia de la comunicación verbal y no verbal.

En esta sesión se habló de la importancia de la comunicación, ya que sin comunicación no se pueden expresar nuestras necesidades, ideas, preguntas etc.

Al final de esta sesión se reflexionó acerca de lo que sintieron en la técnica, además se les pidió a los niños que pensarán en conflictos que tienen en la escuela y en su casa y que consideraran opciones de solución, ya que éstos se expondrán en la sesión siguiente.

En la segunda sesión de este tema, se presentaron conflictos que estaban apegados a lo que los niños viven cotidianamente los cuales han sido vividos por ellos. Se les preguntó cuál creían que es la mejor forma de arreglar la situación, esto con la finalidad de generar comportamientos asertivos en defensa de sus propios derechos, y sin violencia. Se compartieron y escucharon las diversas opiniones.

Con cada situación presentada se formularon preguntas causa-efecto, encaminadas a facilitar la identificación de los comportamientos y su posterior valoración.

¿Por qué creen que se dio la situación?

¿Hicieron bien o hicieron mal? ¿Por qué?

¿Qué otra cosa podían haber hecho?

12 Sesión

Contenido específico: Cierre del programa

En esta última sesión se realizó una retroalimentación de todo lo que se vio en las sesiones anteriores, permitiendo observar si al niño le han quedado claras estas cuestiones, se observó si es que se han realizado cambios en la vida cotidiana de los niños y si las habilidades sociales finales tuvieron alguna modificación con respecto a las habilidades sociales de inicio.

Se les preguntó a los integrantes si es que tuvieran alguna duda, y cómo se sintieron durante este tiempo, si creen que han cambiado y cómo.

Se habló con la madre del menor para hacerle saber qué fue lo que ocurrió durante el programa de intervención y se le dieron algunas sugerencias para que haya un seguimiento.

NOTA:

En todas las sesiones hubo retroalimentación y lluvia de ideas para hilar cada uno de los temas que se iban presentando, dándole la importancia debida a cada uno de ellos, motivando siempre al menor y a los integrantes del grupo e intentando que traspolen lo aprendido a otros contextos.

La evaluación que se llevó a cabo es formativa, pues en cada sesión se llevaron notas de lo que el niño sabe y lo que va incorporando a sus conocimientos.

7. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

INTEGRACIÓN

En cuanto a integración se refiere, Roy era un niño muy aislado y tímido, sin embargo, a partir de las actividades presentadas para establecer un clima de confianza e integración, logró incluirse al grupo que se formó, así mismo demostró interés por seguir participando, se observaba tranquilo pero motivado para participar.

En esta sesión, el objetivo de establecer un clima de confianza e integración sí se cumplió ya que los niños al paso del tiempo lograron integrarse más entre ellos y demostraron un gran interés por seguir participando en las actividades.

AUTOCONOCIMIENTO

En esta sesión los niños mostraron mucho interés desde el principio, Roy mostró una buena capacidad para entender instrucciones y su comprensión fue buena.

Se observó que los niños tienen un buen conocimiento de su cuerpo en general, sin embargo exponerse frente a los demás es algo que aún les cuesta trabajo.

En el caso específico de Roy, el menor por decisión propia accedió a realizar la actividad y ser el primero en hacerlo, lo que demuestra en él una mayor seguridad y confianza, esto es referido a que sabe de lo que habla y lo hace sentir más seguro.

Se detectó una buena comprensión del autoconocimiento y de sus utilidades en su vida cotidiana. Durante esta sesión, logró identificar sus cualidades y defectos.

ASERTIVIDAD

Se observa que en general es comprendido el concepto de asertividad por los ejemplos, sin embargo si se pide que lo expliquen aún no lo logran. Los niños fueron honestos y es una buena señal de que estén identificando lo que les gusta y lo que no. En este rubro se identificaron factores que a Roy no le gustan, por ejemplo: a) no me gusta que me peguen en la escuela; b) no me gusta que no tengo amigos; c) me gusta jugar.

“Roy”, ha mejorado mucho en cuanto a las acciones que realiza en cada sesión, habla más y participa sin que se le pida, se ha logrado establecer un clima de confianza y de integridad con sus demás compañeros lo cual repercute en la auto-confianza de Roy. Lo cual le ha permitido hablar sin miedo frente a sus compañeros expresando lo que siente, lo que le gusta y lo que no frente a los demás

Roy ha logrado comprender que tiene derechos y que cuando algo le esté causando malestar tiene que expresarlo para que las cosas cambien. Se observa que Roy ha reconocido ciertas características para ser asertivo y además las ha integrado en su vida cotidiana.

MANEJO DE EMOCIONES

En un principio Roy ni siquiera podía observar a la gente que le hablaba a los ojos o sostener la mirada, sin embargo, se ha mostrado muy desenvuelto y participativo, en estas sesiones de manejo de emociones en donde tiene que comunicarse a través de lo no verbal, lo hace muy bien, se muestra desinhibido y contento. Ha logrado identificar quién es él, cómo es y está aprendiendo a saber cómo lo ven los demás.

Se encontró además que en contexto familiar hay un buen desenvolvimiento emocional, sin embargo en la escuela se encontraron dificultades de expresión de sentimientos, además de obtener que en la escuela generalmente se siente enojado o triste.

Durante la reflexión de este tema, se observó que Roy identifica perfectamente cuáles son las emociones que puede sentir, sabe lo que significan y lo que conllevan.

En general se nota un cambio importante en cuanto a participación e interacción con los demás niños, se muestra más seguro dentro del grupo, sin embargo en el contexto escolar aún no lo logra por completo. Al final de esta sesión, Roy logró expresar su forma de ser y de sentir, además de reconocer las diferentes emociones que existen.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

A través de las sesiones que se han realizado, se observan cambios importantes en conducta, Roy ahora logra saludar a los demás sin pena y es capaz de hablar y entablar conversaciones cortas con los demás niños. Se observa que ha logrado hablar frente a los demás de cosas que no le gustan, incluso en el contexto escolar, aunque aún no se desenvuelve por completo.

Durante esta sesión fue capaz de decir que no lograba entender lo que se les pedía e incluso dio una alternativa de solución. Se habló de la importancia de la comunicación y la comprensión fue buena por parte de Roy, por lo que en esta sesión Roy pudo comprender la importancia de la comunicación clara, directa y sencilla para que pudiera resolver algún conflicto y de saber tomar decisiones.

Se detecta que Roy ya habla con sus padres al respecto de los conflictos que tiene en la escuela, por lo que se le motiva a seguirlo haciendo e integrarlo a su vida cotidiana. Se observa también un mejor desempeño cognitivo, ya que antes ni siquiera era capaz de hablar con alguien o saludar y ahora logra hablar de lo que siente y lo que le pasa además de incluso proponer qué cosas puede hacer para cambiar la situación conflictiva.

En estas sesiones Roy ha integrado a su conocimiento algunas opciones de solución a ciertos conflictos cotidianos tanto en casa como en la escuela.

RESULTADOS GENERALES

En general las conductas de Roy se modificaron notablemente, si bien en la evaluación se determina que el menor es aislado, poco participativo, callado e inhibido, ahora se observa como un niño más desenvuelto.

Ahora ha integrado a sus habilidades las de saludar, entablar una conversación corta, participar, hablar frente a los demás, identificar sus cualidades y defectos, y ha mejorado su seguridad.

Ya no se observa temor en él al participar frente a los demás, se observa mas desapego de él hacia la madre y se sabe que ya logra expresarse más en clase.

En general ha integrado a su vida cotidiana ciertos factores que se dieron durante la intervención, es decir, se ha modificado su forma de actuar en otros contextos.

Roy ha logrado desarrollar sus habilidades sociales por medio del aprendizaje de ciertas habilidades (autoconocimiento, asertividad, manejo de emociones y resolución de conflictos).

7.1 Evaluación del programa

Los resultados que se perciben del programa de intervención para desarrollar habilidades sociales en un niño con retraso mental leve, sugieren que éste tuvo un impacto positivo tanto en factores intelectuales como sociales. Los resultados sugieren que el programa potenció los siguientes cambios en el menor:

- ✓ Saluda
- ✓ Mantiene la mirada cuando alguien habla con él
- ✓ Logra establecer una conversación
- ✓ Participa

Autoconocimiento:

- ✓ Conoce su cuerpo y las partes de éste
- ✓ Ubica sus cualidades y defectos
- ✓ Sabe lo que siente en diferentes contextos

Asertividad:

- ✓ Identifica cosas que le causan malestar
- ✓ Da y recibe cumplidos

- ✓ Puede expresar quejas

Manejo de emociones:

- ✓ Expresa sentimientos positivos y negativos
- ✓ Identifica y diferencia sentimientos

Resolución de conflictos:

- ✓ Detecta una situación de conflicto
- ✓ Propone alternativas de solución

En cuanto a la valoración del ICAP se observan las siguientes diferencias

ANTES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	DESPUÉS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
<p>Destrezas sociales y comunicativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • No expresa más de 10 palabras • No formula preguntas • Usa frases de tres o cuatro palabras • No cuenta historias 	<p>Destrezas sociales y comunicativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logra establecer una conversación con otra persona. • Cuestiona cuando no entiende algo. • Aprendió a describirse, contar anécdotas cotidianas, situaciones de conflicto en su vida escolar y familiar. • Se observa mayor seguridad.

CONCLUSIONES

Después de obtener los resultados, se concluye que un programa de intervención basado en estrategias cognitivas y conductuales que ayuden a desarrollar las habilidades sociales puede ser una respuesta acertada para apoyar a los niños con NEE, específicamente los niños con retraso mental leve que requieren de importantes ayudas y no de meras adaptaciones curriculares.

Es importante mencionar que si bien el programa “no curó” al menor, si le enseñó a corregir conductas y progresar en su desarrollo, pues le proporcionó herramientas para que realizara un ajuste en su vida social, esto para adaptarse a sus contextos más inmediatos.

Las actividades que se propusieron en el programa para mejorar las habilidades de auto concepto, asertividad, manejo de emociones y resolución de conflictos, produjeron cambios significativos en la conducta social en general de Roy, esto es un aliciente de que el menor tiene capacidad de aprender estrategias para mejorar su desarrollo personal y social.

En función de los resultados obtenidos, se considera que el programa de intervención que fue diseñado para potenciar las habilidades sociales en un niño con retraso mental leve ha respondido lo suficientemente bien a los objetivos principales, no obstante, se cree que en cuanto a habilidades sociales se refiere, aún falta mucho por hacer con el niño, pues si bien se le ha capacitado para responder adecuadamente ante ciertas situaciones, a lo largo de su desarrollo éstas cambiarán y deberá utilizar estrategias más funcionales.

A este respecto, en cuanto a las funciones de la psicología educativa en el hospital, es importante rescatar que la acción educativa en un centro hospitalario hace posible atenuar el posible retraso en los niños, así mismo el psicólogo educativo con propuestas específicas y dirigidas puede prevenir situaciones de conflicto o fracaso personal o escolar asociado al desarrollo de la NEE.

En general, la autora de este trabajo puede decir que se encuentra satisfecha del trabajo realizado, sobre todo considerando que los objetivos que se plantearon al principio de este trabajo se cumplieron. Por lo tanto, concluye diciendo que este programa de intervención constituye una herramienta útil para poder desarrollar habilidades sociales en niños con retraso mental leve.

Experiencia profesional

Durante la intervención, pude darme cuenta de todo lo que influye para que un niño pueda llegar a tener retraso mental, no solamente lo biológico, sino lo importante que es el contexto en el que se desenvuelve, las carencias que tiene, pero también las habilidades con las que cuenta ya que pueden ser vitales para que se dé un cambio significativo en su vida en general.

Las características que encontré en el menor con el que trabajé me permitieron realizar mi investigación e intervención de forma muy enriquecedora no solo para mí, sino que los cambios que observé en el niño, me dieron la satisfacción de que lo que realizamos juntos podrá ayudarlo para su desarrollo próximo.

Puedo decir entonces que este programa para desarrollar habilidades sociales funcionó de manera satisfactoria para “Roy”, y para otros niños que no tenían retraso mental pero que tenían precariedades en estas habilidades.

Es importante mencionar que yo me di cuenta de que no puedo hacer un programa de intervención antes de conocer a las personas a quienes será aplicado, si no hubiera caído en el error de querer que el niño aprenda lo que yo quiero y no lo que realmente él puede o quiere aprender o necesita aprender. En este orden de ideas considero que este programa funcionó debido a que tomé en cuenta cuáles eran las áreas a potenciar del niño, no imponiendo sino reforzando lo que ya sabe y puede hacer.

Otro aspecto importante, es que dentro de las oportunidades que tuve durante la intervención, fue el acceso a los expedientes clínicos del hospital, la constante comunicación con la madre de Roy, la confianza del personal del hospital para realizar las actividades y la disposición de los participantes, por lo que el alcance de los objetivos que me plantee fueron muy satisfactorios.

En cuanto a las limitaciones, considero que fueron muy pocas pues obtuve mucho apoyo para la realización de este estudio, sin embargo creo que una limitación que hubo, fue que se pospuso el programa de intervención debido a la incapacidad de la psicóloga titular, no obstante programé actividades de observación para corroborar información.

En general, considero que de acuerdo a los resultados que se obtuvieron, “Roy” logró desarrollar ciertas habilidades sociales que le eran necesarias para tener un desarrollo más óptimo, sin embargo habrá que dar un seguimiento para que el niño logre mejorar su calidad de vida no solo en su casa sino en todos los contextos en los que se vaya a desarrollar en un futuro, en la escuela o en el trabajo.

REFERENCIAS

Antología de la UPN: *“Registro y organización de la información: pautas para la elaboración del informe psicopedagógico”*

Bengoechea, P. (1996) *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. España: Universidad de Oviedo servicio de publicaciones

Bengoechea, P. (1999) *Deficiencia mental en: dificultades de aprendizaje escolar en niños con necesidades educativas especiales: un enfoque cognitivo*. España: Universidad de Oviedo servicio de publicaciones PP. 25-38

Bonals. J. Sánchez-Cano, M. (comp) 2006 *La evaluación psicopedagógica*. España: Editorial GRAO. PP. 13-21.

Buela-Casal, G. y Sierra, C. (1997). *Manual de evaluación psicopedagógica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. España: Siglo Veintiuno. PP 222-234.

Buela-Casal, G. y Sierra, C. (1997). *Manual de evaluación psicopedagógica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*.. España: Siglo Veintiuno Editores. PP. 222-234.

Caballo. E V. (2007) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI. PP 6

Calderón G., Calderón S. (2003). Prevención del Retraso Mental. *Revista Neurológica* 2003. Num 36 Volumen 2 pp. 184-194

Castanedo, C. (1997) *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial: evaluación e intervención*. CCS. Pp 15-258

Cedillo et al. (2000). *La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*. México-España: Dirección general de investigación educativa. Fondo mixto de cooperación técnica y científica.

Edgerton, R (1985). *Retraso Mental*. Madrid, España: Editorial Morata. PP. 24-27, 80-81, 93-121.

Esquivel, F., Heredia, C., Lucio, E. (1999). *Psicodiagnóstico Clínico del niño*. Colombia. Manual moderno. PP. 245-247.

García, I. Escalante, I Escandón, M., Fernández, L., Mustri A., Puga, I (2000). *La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*. México-España. Subsecretaria de Educación Básica y Normal. Dirección General de Investigación Educativa. Fondo mixto de cooperación técnica y científica.

Galindo, E. et al (1999). *Modificación de conducta en la educación especial*. México, Argentina, España. Editorial trillas. PP 297

Gisbert J. (1981). *Educación especial*. Madrid: Cincel P. 51

Gumpel T. (1998) *Competencia social y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental: una expansión del paradigma conductual*. Siglo Cero PP 31-37. <http://www.cedu.niu.edu/lepf/edpsych/psychology.pdf>

Lambert. J.L (1987). *Introducción al Retraso Mental*. Barcelona. Editorial Herder. PP 63-66

Ley Orgánica de Educación (LOE) Capítulo V. 3 de mayo de 2006

Luckasson, R. Et. Al. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, D.C: A.A.M.R

Marino Pérez Álvarez en "Caracterización de la Intervención Clínica en Modificación de Conducta". Manual de Terapia de Conducta, Volumen 1, Dykinson Psicología.

Martínez. M (1999). *La integración educativa: un nuevo reto*. FES Zaragoza. UNAM. <http://cexpe.iztacala.unam.mx/historico/recomedu/orbe/zaragoza/martinezm.html>.

Consultado el 28 de marzo de 2010 4:35 pm.

Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

Monjas Casares, M^ª; González Moreno, B.(1998). *Las habilidades Sociales en el Currículo*. España. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Secretaría General de Educación y Formación Profesional. Centro de Investigación y Documentación Educativa. (CIDE). N^º146. Colección: Investigación. Pp 19-21

Monjas, M. I. (1992). *Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales en Educación* Valladolid. Orientaciones Técnicas para la Evaluación Diagnóstica de estudiantes que presentan NEE asociadas a discapacidad intelectual. MINEDUC. 2009. Unidad de Educación Especial - DEG.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983

Ramírez, A (2006). Tesis "*Aproximación al concepto de Retraso Mental Leve en Colombia*" de la Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Educación y Pedagogía. Facultad de Educación. Medellín. 2006

Reiss S, Szyzsko J (1983), *Diagnóstico sombra y la experiencia profesional con las personas con retraso mental*. 396-402.

Sánchez, M, E (1994). *Introducción a la Educación Especial*. Madrid: Editorial complutense. PP. 22-26, 149-150.

Sánchez-Cano, M., Bonals, J. (comp) 2006 *La evaluación psicopedagógica*. España: Editorial GRAO. PP. 13-21.

Shalock, R. y Verdugo, M. (2010). "Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual". *Revista Española sobre discapacidad intelectual* Volumen 41 (4). Núm. 236 pp 21

Verdugo, M., Urries J.(1999) . *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. Salamanca: Amarú, 1999. p. 75.

Verdugo. M. (2005). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitatorias*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Verdugo. M., Jenaro. C. (1997). *American Association on Mental Retardation. Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial. PP 21-24 y 59-62

Warnock, M. (1990) *Informe sobre NEE*, Madrid: Siglo Cero. PP. 12-24.

Woolfolk, A. (2010). *Psicología Educativa*. Pearson: México.

ANEXOS

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA POTENCIAR LAS HABILIDADES SOCIALES EN UN NIÑO CON RETRASO MENTAL LEVE (Anexo 1)

SESIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS PEDAGÓGICOS	RECURSOS TÉCNICOS	RECURSOS HUMANOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
1ra Sesión	Establecer un clima de confianza y de integración	INTEGRACIÓN	“Presentación” “La telaraña”	Exposición	Hojas de colores Plumones Estambre	Pasante de Psic Edu Laura López Serrato	1 hora	La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.
2da Sesión	Lograr que el niño conozca en qué consiste el autoconocimiento y sus utilidades en la vida cotidiana.	AUTOCONOCIMIENTO	“Cómo soy, cómo me veo y cómo me ven los demás” “Las partes del cuerpo”	Lluvia de ideas Juego Expositiva-Participativa	Fotografía del sujeto. Colores Dibujo de un cuerpo completo de niño y niña.	Pasante de Psic Edu Laura López Serrato	1 Hora	La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.

3ra Sesión	Lograr que el niño conozca en qué consiste el autoconocimiento y pueda expresar su forma de ser y sentir.	AUTOCONOCIMIENTO	"Mi cuerpo mis sentimientos"	Lluvia de ideas Juego Expositiva-Participativa	Hoja de papel con un dibujo de una persona Hoja de papel con preguntas dirigidas de situaciones emocionales.	Pasante de Psic Edu Laura López Serrato	1 Hora	La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.
4ta Sesión	Lograr que el niño conozca en qué consiste el autoconocimiento y a través de esto reconozca sus cualidades.	AUTOCONOCIMIENTO	"Cuenta tu historia"	Expositiva-Participativa Lluvia de ideas Juego	Hojas de papel Colores	Pasante de Psic Edu Laura López Serrato	1 Hora	La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.
5ta Sesión	Lograr que el niño conozca en que consiste la asertividad, así como las utilidades de esta habilidad en su vida cotidiana.	ASERTIVIDAD	"Teatro guiñol situaciones escolares"	Expositiva-Participativa Lluvia de ideas Juego	Títeres Láminas expositivas	Pasante de Psic Edu Laura López Serrato	1 Hora	La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.

<p>6ta sesión</p>	<p>Lograr que el niño conozca en qué consiste la asertividad, y que logren integrarla en su vida cotidiana</p>	<p>ASERTIVIDAD</p>	<p>“Exposición video interactiva”</p>	<p>Expositiva-Participativa Lluvia de ideas</p>	<p>Video interactivo Láminas expositivas</p>	<p>Pasante de Psic Edu Laura López Serrato</p>	<p>1 Hora</p>	<p>La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.</p>
<p>7 Sesión</p>	<p>Lograr que el niño conozca en qué consiste la asertividad, y que identifiquen ciertas características para ser asertivo.</p>	<p>ASERTIVIDAD</p>	<p>“Sé asertivo”</p>	<p>Expositiva-participativa Lluvia de ideas Juego</p>	<p>Cartulinas Plumones Diurex</p>	<p>Pasante de Psic Edu Laura López Serrato</p>	<p>1 Hora</p>	<p>La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.</p>
<p>8 Sesión</p>	<p>Lograr que el niño reconozca las diversas emociones.</p>	<p>MANEJO DE EMOCIONES</p>	<p>“Encuesta dirigida al niño” “Técnica de relajación”</p>	<p>Expositiva-participativa.</p>	<p>Encuesta Hojas blancas y de colores. Lápices y plumas.</p>	<p>Pasante de Psic Edu Laura López Serrato</p>	<p>1 Hora</p>	<p>La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.</p>

<p>9 Sesión</p>	<p>Lograr que el niño reconozca las diversas emociones.</p>	<p>MANEJO DE EMOCIONES</p>	<p>Exposición Juego de mímica "Técnica de relajación"</p>	<p>Expositiva-Participativa Juego</p>	<p>Hojas blancas Papel Bond Lápices Plumones Tarjetas con nombres de emociones</p>	<p>Pasante de Psic Edu Laura López Serrato</p>	<p>1 Hora</p>	<p>La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.</p>
<p>10 Sesión</p>	<p>Que el menor comprenda la importancia de la comunicación directa.</p>	<p>RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS</p>	<p>"Comunicación con preguntas y sin preguntas"</p>	<p>Expositiva-participativa. Juego Lluvia de ideas</p>	<p>Papel bond Hojas blancas Lápices</p>	<p>Pasante de Psic Edu Laura López Serrato</p>	<p>1 Hora</p>	<p>La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.</p>
<p>11 Sesión</p>	<p>Generar comportamiento asertivo en defensa de los propios derechos</p>	<p>RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS</p>	<p>"Resolviendo conflictos sin pegar"</p>	<p>Expositiva-Participativa Lluvia de ideas</p>	<p>Videos interactivos Hojas de colores Lápices Colores</p>	<p>Pasante de Psic Edu Laura López Serrato</p>	<p>1 Hora</p>	<p>La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.</p>

12 Sesión	Cerrar el taller y evaluar los resultados	RETROALIMENTACION	Exposición informal Lluvia de ideas	Lluvia de ideas	Laminas informativas	Pasante de Psic Edu Laura López Serrato	1 Hora	La evaluación continua va a permitir obtener información real de lo que el menor sabe y lo que a lo largo de la sesión va incorporando a sus conocimientos.
----------------------	---	-------------------	--	-----------------	----------------------	--	--------	---

Anexo 2: Observación

DATOS PERSONALES

Apellidos:_____ Nombre:_____

Fecha de nacimiento:_____ Lugar:_____

Sexo:____ Lugar que ocupa en su familia:_____

Domicilio:_____ Tel:_____

OBSERVACIÓN DE LA ANATOMÍA FÍSICA

- Estatura
- Peso
- Test
- Condiciones de higiene
- Complexión

CONDUCTAS OBSERVADAS

- Autonomía personal
- Conductas problemáticas
- Conductas pasivas
- Conductas disruptivas

Anexo 3: Guía de Entrevista

DATOS FAMILIARES

NOMBRE	PARENTESCO CON EL MENOR	EDAD	OCUPACIÓN	OBSERVACIONES

SITUACIÓN ECONÓMICA - AMBIENTAL

a) Ingresos familiares:

Padre: _____

Madre: _____

Hijos: _____

Observaciones: _____

b) Vivienda:

Propia: _____ Alquilada: _____

Nº de habitaciones: _____ Ventilación: _____

Servicios: Agua caliente:_____ Aseo:_____

Baño:_____ Calefacción:_____ Otros:_____

Observaciones:_____

c) Situación escolar :

¿Grado que cursa?

¿Tiene amigos en la escuela?

¿Sufre algún tipo de discriminación?

¿Cuenta con servicio de USAER?

¿Participa en actividades extraescolares?:

¿Cuáles?:_____

¿A qué hora debe levantarse el alumno para asistir a clase?_____

ANTECEDENTES PERSONALES

a) Prenatales - embarazo:

¿Fue un embarazo deseado?:_____

¿Cómo reaccionó la familia al embarazo?:_____

¿Transcurrió el embarazo bajo control médico?:_____

¿Durante el embarazo tuvo lugar algún problema médico?:_____

¿Cuál?:_____

¿Cuándo?:_____

b) Circunstancias perinatales - parto:

¿Fue la madre preparada al parto?:_____

¿Cuánto tiempo transcurrió desde las primeras contracciones hasta el parto?:_____

Lugar del parto:_____

¿El parto fue normal o inducido?:_____

Si fue inducido ¿cómo?:_____

Prematuro: meses de gestación:_____

Incubadora:_____

¿Tuvo el niño algún problema durante o inmediatamente después del parto?

¿Cuál?:_____

¿Tuvo la madre algún problema durante o inmediatamente después del parto?

¿Cuál?:_____

¿Nació el niño con algún defecto o malformación?:_____

Otros datos:_____

c) Desarrollo psicomotor:

¿Cuándo sostuvo la cabeza?:_____

¿Cuándo apareció la sonrisa social?:_____

¿Cuándo se mantuvo sentado?:_____

¿Cuándo comenzó a gatear?:_____

¿Cuándo se mantuvo de pie?:_____

¿Cuándo comenzó a caminar?:_____

d) Control de esfínteres:

¿Cuándo comenzó a controlar esfínteres?

¿Dejó de controlar en algún momento?:_____

¿Tuvo enuresis diurna o nocturna?:_____

¿Desde cuándo y hasta cuándo?:_____

¿Tuvo encopresis diurna o nocturna?:_____

¿Desde cuándo y hasta cuándo?:_____

e) Describa a su hijo

DINÁMICA FAMILIAR

Problemática familiar que puede afectar al niño

Relación de los padres con los hijos

Actitud de los padres hacia este hijo o esta hija

Relación entre hermanos y participación de estos en los juegos del niño

Nivel de expectativas de los padres hacia este hijo

Nivel de integración familiar del niño

HISTORIA FAMILIAR

a) Noviazgo

- 1.- Lugar de origen de la pareja
- 2.- ¿Cómo se conocieron?
- 3.- ¿A qué edad se conocieron?
- 4.- ¿Cuánto tiempo duraron de novios?
- 5.- ¿Quién y cómo decidieron continuar con la relación?
- 6.- ¿Qué le gustaba de él?
- 7.- ¿Qué le no le gustaba?
- 8.- ¿Tuvieron algún problema durante el noviazgo?
- 9.- ¿Quién y cómo decidieron casarse?

b) Encuentro

- 1.- ¿Cuándo comenzaron a vivir juntos como se relacionaban como pareja?
- 2.- ¿Cómo era su situación económica antes de tener hijos?
- 3.- ¿Cuándo fue que decidieron tener su primer hijo?

c) Hijos

- 1.- ¿Cómo pareja decidieron cuántos hijos iban a tener?
- 2.- ¿Comentaron sobre la forma de educar a sus hijos?

d) Crianza

- 1.- ¿Cuántos hijos tienen?
- 2.- ¿Se apoyaban mutuamente para educar a sus hijos?
- 3.- ¿Les ponían reglas y límites a sus hijos?
- 4.- ¿Respetaban las sanciones?

5.- ¿Cómo pareja se involucran con las actividades de sus hijos, juegan con ellos?

6.- ¿Cómo era su situación económica?

7.- ¿Tenían problemas como pareja?