

TEMA 2: Tipos de Discapacidad





Introducción

Ya sabemos que **la discapacidad es** una restricción o impedimento en la capacidad de realizar una actividad, bajo el parámetro de lo que es "normal" (refiriéndonos por normal a la "mayoría") para un ser humano. Es una consecuencia o situación, con diferentes factores causales, habiendo por lo tanto, **distintos tipos de discapacidad.**

En general la población percibe la discapacidad como una condición permanente. Sin embargo, **hay discapacidades temporales y discapacidades permanentes.** Por ejemplo, fracturarse el brazo o perder grados de visión por la exposición de los ojos a algún agente químico nocivo, pueden ocasionar discapacidad temporal. Esto nos hace pensar que cualquier de nosotros o de nuestros allegados estuvo en situación de discapacidad alguna vez, pero probablemente no lo percibimos de tal forma.

Por otra parte, también hay **niveles de discapacidad:** *leve, moderada o severa.* Señalar que **estos niveles no son siempre fijos.** Una persona **puede evolucionar o involucionar,** y pasar de un nivel severo a leve, o de moderado a severo (también dependiendo del tipo de discapacidad que hablemos).

Dicho esto, pasemos a ver los distintos **tipos de discapacidad.**

Hemos de aclarar que existen diferentes clasificaciones ya que se puede identificar numerosas clases de deficiencia asociadas a las distintas discapacidades.



Tipos de Discapacidad

De manera general hablamos de:

- [Discapacidad Intelectual \(Mental, psíquica, Cognitiva..\)](#), que es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa. Aquí encontraríamos discapacidades como el Retraso Mental (término que está siendo sustituido por el de *Discapacidad intelectual*), *Síndrome de Down*...
- [Discapacidad Física \(motora, motriz, orgánica\)](#).- Quienes la padecen ven afectadas sus habilidades motrices. Algún ejemplo sería la *Parálisis Cerebral*, *Espina Bífida*, *distrofia muscular*, *amputaciones*...
- [Discapacidad Sensorial](#).- Aquí se encuentran aquellas discapacidades relacionadas con la disminución de uno o varios sentidos. Dentro de esta clasificación, diferenciamos entre: *D. Auditiva*, *D. Visual* o incluso *D. Multisensorial*.



Tipos de Discapacidad

DISCAPACIDAD FISICA

Se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas

DISCAPACIDAD COGNITIVA

Presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y, por ende, en el aprendizaje.

DISCAPACIDAD SENSORIAL

Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.

TEMA 2



1. Discapacidad Visual

DEFINICIÓN:



La discapacidad visual es un término genérico que engloba muchos tipos de problemas y dificultades visuales. Habitualmente se suele utilizar el término discapacidad visual para englobar conceptos como **ceguera total** y **déficit visual** (baja visión), si bien se trata de dos poblaciones con necesidades educativas diferentes y, por tanto, que requieren de intervenciones educativas igualmente diversas.

Cuando hablamos de **Discapacidad visual** nos referimos a un estado de *limitación* o de *menor eficiencia* de ese órgano sensorial, debido a la interacción entre factores individuales (entre los que se encuentra la deficiencia visual) y los de un contexto menos accesible.

En el ámbito de la motricidad (nivel de competencia motriz o en el aprendizaje motor) tanto la ceguera como las deficiencias visuales tienen una *gran repercusión* por las restricciones o limitaciones que esta discapacidad conlleva, por ejemplo en el Esquema corporal.

Legalmente queda encuadrada dentro del término **ceguera legal** y **deficiencia visual** toda persona cuya visión en ambos ojos reúna, al menos, una de las siguientes condiciones:

- a) Agudeza visual igual o inferior a 0'1 (1/10 de la escala Wecker) obtenida con la mejor corrección óptica posible.
- b) Campo visual disminuido a 10 grados o menos.



CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD VISUAL:

Clasificación según la forma de percibir:

a) **Personas con ceguera total:** Bajo este concepto se encuadran a aquellas personas que **no tienen resto visual o que no les es funcional** (no perciben luz o si la perciben no pueden localizar su procedencia).

b) **Personas con restos visuales:** Este término engloba a aquellas que **poseen algún resto visual**. Dentro de esta población, que agrupa a la mayor parte de las personas con discapacidad visual, podemos distinguir **dos tipos:**

- **Pérdida de agudeza:** Aquellas cuya capacidad para identificar visualmente detalles está seriamente disminuida.



- **Pérdida de campo:** Se caracteriza por una reducción severa de su campo visual. Normalmente se pueden diferenciar **dos grupos principales** de problemas de campo:



* **Pérdida de agudeza y de la Visión Central:** El sujeto tiene afectada la parte central del campo visual.



* **Pérdida de agudeza y de la Visión Periférica:** Sólo percibe por su zona central.

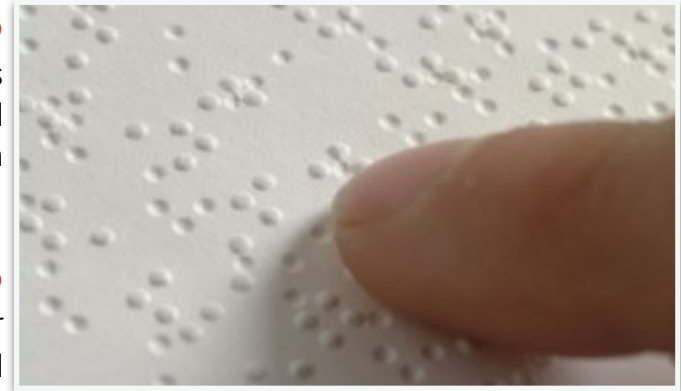


CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD VISUAL:

Clasificación según el momento de aparición:

a) **Personas con discapacidad visual congénita o innata:** La tienen desde que nacen. Construyen sus conocimientos a cerca del entorno sin información visual (información acústica, táctil, olfativa, gusto, e información propioceptiva).

b) **Personas con discapacidad visual adquirida o sobrevenida:** La adquieren con el tiempo normalmente por enfermedad o accidente, pero tienen experiencia visual previa.



Las personas que han nacido con discapacidad visual, **presentan unas características que los diferencian** de aquellos a los que les ha sobrevenido en épocas posteriores de su vida. Los primeros deben construir sus conocimientos acerca del entorno que les rodea con una menor o nula información visual, mientras que los segundos disponen de un mayor repertorio visual inicial.

Otros factores, como la **evolución de la discapacidad visual**, la **actitud que adopte la familia**, la **presencia de otras discapacidades asociadas**, etc., también influyen en la evolución y normalización de esta población.



ORIENTACIONES METODOLÓGICAS:

ASPECTOS MOTRICES A TRABAJAR

- Esquema corporal(auto-imagen corporal).
- Lateralidad (dominancia hemisferio Dcho. o Izq.)
- Control respiratorio.
- Relajación y control tónico.
- Equilibrio.
- Coordinación sensomotriz.

Adaptaciones de acceso físico:

- Favorecer las condiciones de seguridad de las instalaciones en las que se realizará la práctica deportiva o física. Evitaremos elementos innecesarios que obstaculizarán los desplazamientos; los lugares peligrosos deberán estar convenientemente señalizados (en el suelo con material de distintas texturas que avise, por ejemplo, de la cercanía de las escaleras o gradas, o con señales fluorescentes para baja visión o déficit visual).
- Provisión de buena iluminación en algunos casos de baja visión

ADAPTACIONES DE ACCESO A LA COMUNICACIÓN:

- Los textos ofrecidos deberán estar adaptados (braille, amplificadores), por ejemplo en postas del Circuit training.
- Las consignas deberán ser acústicamente recibidas (silbatos, palabras, palmadas...).
- Uso de materiales específicos para la práctica deportiva (balones sonoros, correas para carreras, uso de protectores de gafas...).
- Utilización de señales acústicas para ayudar a la orientación y localización de objetos.



ORIENTACIONES METODOLÓGICAS:

Área de Educación Física:

En esta área las modificaciones principales se centran en:

- a) Utilización de la persona con ceguera como modelo para la explicación de los movimientos que deben realizarse.
- b) Sustitución de las actividades deportivas que impliquen lanzamiento y recepción de objetos aéreos por otros que incluyan otros sentidos distintos al visual.
- c) Aprendizaje de técnicas de orientación y movilidad que permitan el desplazamiento autónomo en el entorno escolar y social de los alumnos y alumnas con ceguera o discapacidad visual.

Algunos de los **materiales utilizados** en esta área son:

- Material sonoro para los deportes específicos como son el goalball y el fútbol sala.
- Utilización de un guía para la marcha en carrera (carrera a dos o ciclismo en tándem) y para la práctica deportiva (palmadas, silbato...).

El alumnado con ceguera o discapacidad visual puede precisar de diversos **materiales, técnicas** (training, técnica guía,...) o **adaptaciones** que le faciliten tanto la orientación (ser capaz de ubicarse en el medio a través de los sentidos indemnes) y movilidad (capacidad de desplazarse hacia un objetivo con eficacia).



SEÑALIZACIÓN



BASTÓN



2. Discapacidad Auditiva

DEFINICIÓN:

La discapacidad auditiva **se define** como la **pérdida o anormalidad** de la función anatómica y/o fisiológica del **sistema auditivo**, y tiene su consecuencia inmediata en una **discapacidad para oír**, lo que implica un *déficit en el acceso al lenguaje oral*.

Partiendo de que *la audición es la vía principal a través de la cual se desarrolla el lenguaje y el habla*, debemos tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva del niño y la niña, a edades tempranas, va a **afectar a su desarrollo lingüístico y comunicativo, a sus procesos cognitivos** y, consecuentemente, a su posterior integración escolar, social y laboral **(FIAPAS, 1990)**.

Las personas con discapacidad auditiva son aquellos que tienen una audición deficiente que afecta a ambos oídos, es decir padecen **pérdidas auditivas bilaterales**. Las pérdidas unilaterales (un solo oído) permiten una audición normal, no presentando necesariamente alteraciones en el lenguaje.





CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD AUDITIVA:

A la hora de hablar de alumnado con discapacidad auditiva podemos clasificarlos en dos grandes grupos: alumnado con **hipoacusia** y alumnado con **sordera**.

1. **Personas con hipoacusia:** son aquellas que aun padeciendo una pérdida de audición, son **capaces de adquirir por vía auditiva el lenguaje oral** y utilizar el mismo de manera funcional en su proceso comunicativo, aunque necesitarán en la mayoría de los casos del uso de unas prótesis adecuadas.

2. **Personas con sordera:** se considera que una persona presenta sordera cuando su pérdida auditiva es de tal grado que sus restos auditivos no son aprovechables y se encuentra **incapacitado para adquirir la lengua oral por vía auditiva**, convirtiéndose la visión en su principal canal de comunicación.

En el caso de las **sorderas profundas**, el alumnado con sordera no cuenta con este modelo auditivo y por tanto **se produce una mudez**, que no es producida por la sordera, sino consecuencia de ella. De ahí, el término hoy denostado e impropio de “**sordomudo**”.

Pero la clasificación de la pérdida o discapacidad auditiva, **será distinta en función de los fines, criterios y puntos de vista de los autores** que abordan el tema, por ello vamos a ver algunas de estas clasificaciones:



CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD AUDITIVA:

A.- CLASIFICACIÓN AUDIOLÓGICA

Tomamos como referencia la pérdida auditiva o umbral de nivel de audición (HTL) medida en decibelios (dB). La más utilizada es la clasificación según el *Bureau Internacional de audiología*:

- **Audición normal: Umbral de audición (0-20 dB).** El sujeto no tiene dificultades en la percepción de la palabra.
- **Hipoacusia leve o ligera (20-40 dB).** La voz débil o lejana no es percibida. En general el niño o la niña es considerado como poco atento y su detección es importantísima antes y durante la edad escolar.
- **Hipoacusia media o moderada (40-70 dB).** El umbral de audición se encuentra en el nivel conversacional medio. El retraso en el lenguaje y las alteraciones articulatorias son muy frecuentes.
- **Hipoacusia severa (70-90 dB).** Es necesario elevar la intensidad de la voz para que ésta pueda ser percibida. El niño presentará un lenguaje muy pobre o carecerá de él.
- **Hipoacusia profunda o sordera (más de 90 dB.)** Sin la rehabilitación apropiada, estos niños no hablarán, sólo percibirán los ruidos muy intensos y será, casi siempre, más por la vía vibrotáctil que por la auditiva.
- **Cofosis o anacusia.** Pérdida total de la audición. Se puede decir que son pérdidas excepcionales.



CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD AUDITIVA:

B.- CLASIFICACIÓN OTOLÓGICA

Esta clasificación se realiza en función del lugar de la lesión:

- **Hipoacusia de conducción o transmisión:** Corresponden a patologías del oído externo y medio.
- **Sordera neurosensorial o perceptiva:** Es cuando está dañada la cóclea «órgano de Corti».
- **Sordera central.** Es la pérdida de reconocimiento del estímulo auditivo por lesión en las vías auditivas centrales.
- **Sordera mixta:** Es aquella que la patología está tanto en la vía de conducción del sonido, como en la de percepción.

C.- CLASIFICACIÓN SEGÚN EL MOMENTO DE APARICIÓN

- **Hipoacusia prelocutiva.** La pérdida auditiva está presente al nacer el bebé o aparece con anterioridad a la adquisición del lenguaje (2-3 años de vida) y por tanto el niño o la niña es incapaz de aprender a hablar en el caso de sorderas graves o profundas.
- **Hipoacusia postlocutiva.** La pérdida auditiva aparece con posterioridad a la adquisición del lenguaje, produciéndose de manera progresiva alteraciones fonéticas y prosódicas así como alteraciones de la voz.



DISCAPACIDAD AUDITIVA Y MOTRICIDAD

CARACTERÍSTICAS DE TIPO MOTOR

El defecto sensorial es totalmente invisible desde la óptica de su entorno social pero entraña una disminución de su capacidad de reacción lo que supone colocarle por debajo del nivel medio de la población normal en cuanto al deporte se refiere.

La diferencia entre una persona oyente y otra sorda es nula. Solamente al andar se puede diferenciar.

La motricidad de la persona con deficiencia auditiva viene marcada por la ausencia del control de la audición. Tienen problemas en el equilibrio estático y dinámico, por su problema vestibular, pueden tener torpezas motrices por falta de experiencias, lo mismo que con los conceptos de tiempo, espacio, lateralidad, etc...porque no los entienden, son conceptos abstractos que no los tienen claros **(Myklebust,1975)**.





DISCAPACIDAD AUDITIVA Y MOTRICIDAD

LA ACTIVIDAD MOTRIZ EN EL DISCAPACITADO AUDITIVO

La motricidad se halla retrasada respecto a la población en general.

Se puede retrasar la adquisición de la marcha y al andar se puede diferenciar de una persona oyente por no oír sus propios pasos. Nunca puede guardar la línea estética de su paso al mirar constantemente alrededor, hecho que afecta en la práctica deportiva del sujeto. No por defectos físicos en sus piernas o caderas sino porque tienen arraigada la costumbre de estar siempre pendientes del entorno que les rodea (vista).

Puede identificarse un retraso en la noción del cuerpo, ya que en un principio se desconoce la terminología que habitualmente se emplea para nombrar sus diferentes partes. Vayer (1977) constata que mostraban dificultades en el control de la postura y en el control segmentario dado su evolución del esquema corporal.

También pueden aparecer retrasos en los movimientos simultáneos, la coordinación locomotriz y en la velocidad de reacción. Pero todas estas conclusiones necesitan demás estudios para poder llegar a conclusiones definitivas.



ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

ASPECTOS PREVIOS A CONSIDERAR

- Antes de entrar en la clase ordinaria, deberá ser estimulado en el desarrollo de sus destrezas auditivas.
- Los docentes conocerán la dificultad auditiva y su implicación en el aprendizaje.
- El/la profesor/a estará familiarizado con los aparatos auditivos y prótesis correspondientes.
- El/la profesor/a no deberá prejuzgar su éxito o fracaso respecto al aprendizaje, cambiando las actitudes y autoconcepto para ellos.
- Informar a sus compañeros/as de esta discapacidad ya que son una ayuda valiosa para el/la profesor/a y para el propio sordo/a o hipoacúsico/a.

ADAPTACIONES DE ACCESO FÍSICO.

- Favorecer las condiciones de seguridad de las instalaciones en las que se realizará la práctica.

- Evitaremos elementos innecesarios que obstaculizarán los desplazamientos; los lugares peligrosos deberán estar convenientemente señalizados previendo que no podrán ser alertados con señales sonoras(en el suelo con material de distintas texturas que avise, por ejemplo, de la cercanía de las escaleras o gradas,etc).



ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

ASPECTOS MOTRICES A TRABAJAR

- Esquema corporal (auto-imagen corporal).
- Lateralidad (dominancia hemisferio Dcho. o Izq.)
- Control respiratorio.
- Relajación y control tónico.
- Equilibrio.
- Coordinación sensomotriz.

ADAPTACIONES DE ACCESO A LA COMUNICACIÓN.

- Ofrecer la información en textos escritos y con ilustraciones (por ejemplo en las estaciones del Circuit training).
- Proporcionar la información verbal, cuando proceda, siempre de frente a los discapacitados visuales (lectura de labios).
- Utilizar señales visuales o táctiles para el comienzo o final de una actividad, o para llamar su atención (cartulinas, pañuelos, proyecciones, gestos corporales, etc).
- Uso de materiales específicos para la práctica deportiva (balones de colores llamativos, de materiales blandos, etc).

3. Discapacidad Física o Motora

DEFINICIÓN:

De acuerdo con el concepto de necesidades educativas especiales, las necesidades derivadas de una discapacidad motora o motriz hacen referencia a un grupo de alumnos y alumnas muy heterogéneo que puede oscilar desde los especiales requerimientos que presenta un niño con una alteración ósea (baja talla), hasta una persona con secuelas de parálisis cerebral o espina bífida (daños derivados de una lesión en el sistema nervioso central)

La discapacidad física o motora se define como la *dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las barreras presentes en el contexto.*

Es la pérdida o restricción de la capacidad de movimiento, desplazamiento y equilibrio de todo o de una parte del cuerpo





CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA O MOTORA:

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MOTORES ATENDIENDO A LA TOPOGRAFÍA DEL TRASTORNO.

1.-Una extremidad afectada. **Monoplejía**.

2.-Dos extremidades afectadas:

- **Diplejía**: afectación mayor de los miembros inferiores con respecto a los superiores.

- **Paraplejía**: afectación de las dos piernas

- **Hemiplejía**: afectación de un hemicuerpo, es decir, de medio cuerpo en el eje vertical: pierna y brazo del mismo lado.

3.-Tres extremidades afectadas: **Triplejía**

4.-Cuatro extremidades afectadas: **tetraplejía**:afectación de las dos piernas y los dos brazos.





CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA O MOTORA:

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MOTORES ATENDIENDO AL GRADO DE AFECTACIÓN

1.-Afectación leve: 23% del total.

- *Lenguaje*: Problemas articulatorios ligeros.
- *Motricidad*: movimientos torpes que afectan a motricidad fina.
- Desplazamiento autónomo.
- *Autonomía personal*: Pueden realizar de forma correcta e independiente acciones físicas cotidianas.
- *Potencial motor*: existencia de potencial para:
 - mejorar capacidades motoras con intervención
 - regresión de capacidades motoras sin ésta.

2.-Afectación moderada: 39% del total.

- *Lenguaje*: dificultades de lenguaje. Habla imprecisa, aunque comprensible.
- *Motricidad*: marcha inestable y problemas en el control de las manos. Problemas en motricidad fina y gruesa. Marcha inestable con desplazamiento con ayudas parciales, como bastones. Control funcional de la cabeza.
- *Autonomía personal*. Cierta grado de realización independiente de acciones físicas cotidianas.
- *Potencial motor*: existencia de potencial para:
 - mejorar capacidades motoras con intervención
 - regresión de capacidades motoras sin ésta intervención.

3.-Afectación severa o grave: + del 39% del total.

- *Lenguaje*: muy afectado, en ocasiones no está presente y se requiere el uso de sistemas alternativos de comunicación.
- *Motricidad*: Sin control de extremidades. No pueden caminar. Control defectuoso o ausente de la cabeza.
- *Autonomía personal*: Inhabilidad para realizar acciones cotidianas: dependencia total para satisfacción de necesidades físicas.
- *Otros*: déficits perceptivos y/o sensoriales que impiden adquirir capacidades de acuerdo a la edad cronológica. Alteraciones físicas que producen dolor.



CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD MOTORA

La discapacidad motora puede deberse a **diferentes causas** y se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano (pre-natal, peri-natal y post-natal), por alguno de los siguientes **factores**:

- **Factores congénitos:** Alteraciones durante el proceso de gestación, como malformaciones congénitas (espinas bífidas, amputaciones, agenesias, tumores, Parálisis Cerebral, etc).
- **Factores hereditarios:** Transmitidos de padres a hijos, como Distrofia Muscular de Duchenne, Osteogénesis Imperfecta, entre otras.
- **Factores adquiridos en la etapa post-natal:** Traumatismos, infecciones, anoxia, asfixia, accidentes vasculares, Parálisis Cerebral, etc.





4. Discapacidad Intelectual

DEFINICIÓN:

La discapacidad intelectual, discapacidad psíquica o discapacidad cognitiva son conceptos diferentes que a menudo vienen relacionados o asociados a una misma tipología de discapacidad.

El campo de la **Discapacidad Intelectual (D.I.)** está actualmente en un estado cambiante no sólo respecto a una comprensión más plena de la condición de Discapacidad Intelectual, sino también sobre el lenguaje y proceso empleado en su denominación, definición y clasificación.



Discapacidad intelectual está asociado al concepto de Retraso Mental pero el término Discapacidad Intelectual lo consideramos más adecuado y menos estigmatizante que retraso mental, incluso la AAMR (Asociación Americana sobre Retraso Mental), está a punto de modificar su nombre para pasar a denominarse Americana Association on Intellectual Disabilities (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual).

Según la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR): Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002).

Aquí encontraríamos discapacidades como el Retraso Mental (término que como ya hemos comentado está siendo sustituido por el de **Discapacidad intelectual**), **Síndrome de Down**, **Trastorno del Espectro Autista...**



CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

Para clasificar la Discapacidad Intelectual se pueden utilizar **diferentes criterios**, de manera que las necesidades de los diferentes profesionales puedan ser satisfechas. Estos sistemas de clasificación pueden basarse, por ejemplo, en las *intensidades de apoyo necesario, etiología, niveles de inteligencia medida o niveles de conducta adaptativa* evaluada.

Clasificación por intensidades de apoyos necesarios:

La intensidad de apoyos variará en función de las personas, las situaciones y fases de la vida. Se distinguen cuatro tipos de apoyos (ILEG):

- (I) **Intermitente**: Apoyo cuando sea necesario. El alumno o alumna no siempre requiere de él, pero puede ser necesario de manera recurrente durante periodos más o menos breves. Pueden ser de alta o baja intensidad.
- (L) **Limitados**: Intensidad de apoyos caracterizada por su consistencia a lo largo del tiempo, se ofrecen por un tiempo limitado pero sin naturaleza intermitente (preparación e inicio de una nueva actividad, transición a la escuela, al instituto... en momentos puntuales).
- (E) **Extensos**: apoyos caracterizados por la implicación regular en al menos algunos ambientes y por su naturaleza no limitada en cuanto al tiempo.
- (G) **Generalizados**: apoyos caracterizados por su constancia, elevada intensidad y provisión en diferentes ambientes; pueden durar toda la vida.



CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

Clasificación según el nivel de inteligencia medida:

- Retraso mental ligero: C.I. (Coeficiente intelectual) entre 50 y 69.
- Retraso mental moderado: C.I. entre 35 y 49.
- Retraso mental grave: C.I. entre 20 y 34.
- Retraso mental profundo: menos de 20.

Aunque este sistema de clasificación sólo **se basa en la medición de la capacidad intelectual**, es decir, sólo contempla una de las dimensiones de la persona, hacemos mención a él ya que continúa siendo una referencia en los ámbitos relacionados con la Discapacidad Intelectual, aunque si nos basamos en este nuevo enfoque (AAMR), la clasificación de los alumnos o alumnas no es posible, ya que debemos considerarlos de forma independiente y en constante cambio.

Actualmente se tiende a clasificar la intensidad de los apoyos que requiere el alumnado para mejorar su funcionamiento, en lugar de a la persona.



CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SUS NECESIDADES Y AYUDAS

En este apartado describimos [características generales de la persona con D.I.](#), dividido según el antiguo sistema de clasificación, aunque podemos encontrar que una persona tenga características pertenecientes a distintos grupos ya que, como hemos dicho, no podemos agrupar a la persona con D.I. en cuatro grupos atendiendo sólo a su nivel de inteligencia medida.

También aporta una [orientación sobre necesidades y apoyos requeridos](#) por estas personas, que variarán en intensidad y duración según el momento y la persona.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE

CARACTERÍSTICAS	NECESIDADES Y AYUDAS
CORPORALES Y MOTRICES	CORPORALES Y MOTRICES
<ul style="list-style-type: none"> - No se suelen diferenciar de sus iguales por los rasgos físicos -Ligeros déficit sensoriales y / o motores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Por lo general no precisan atención especial en estos aspectos.
AUTONOMÍA, ASPECTOS PERSONALES Y SOCIALES	AUTONOMÍA, ASPECTOS PERSONALES Y SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> - En general, aunque de forma más lenta, llegan a alcanzar completa autonomía para el cuidado personal y en actividades de la vida diaria. - Se implican de forma efectiva en tareas adecuadas a sus posibilidades. - A menudo, la historia personal supone un cúmulo de fracasos, con baja autoestima y posibles actitudes de ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas específicos, cuando sea preciso, para el aprendizaje de habilidades concretas. - Propiciar las condiciones adecuadas en ambientes, situaciones y actividades en las que participen para que puedan asumirlas con garantías de éxito.

TEMA 2



DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE

CARACTERÍSTICAS	NECESIDADES Y AYUDAS
<ul style="list-style-type: none"> - Suele darse, en mayor o menor grado, falta de iniciativa y dependencia de la persona adulta para asumir responsabilidades, realizar tareas... - El campo de relaciones sociales suele ser restringido y puede darse el sometimiento para ser aceptado. - En situaciones no controladas puede darse inadaptación emocional y respuestas impulsivas o disruptivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar la sobreprotección, dar sólo el grado preciso de ayuda. Nivel adecuado de exigencia. Posibilitar experiencias que favorezcan la autodeterminación. - Búsqueda expresa de entornos sociales adecuados en los que se consiga una participación efectiva. - Mediación de la persona adulta y concienciación de los iguales para conseguir una adecuada dinámica de grupo en los ámbitos en los que se integran.
COGNITIVAS	COGNITIVAS
<ul style="list-style-type: none"> - Menor eficiencia en los procesos de control atencional y en el uso de estrategias de memorización y recuperación de información. - Dificultades para discriminar los aspectos relevantes de la información. - Dificultades de simbolización y abstracción. - Dificultades para extraer principios y generalizar los aprendizajes. - Déficit en habilidades metacognitivas (estrategias de resolución de problemas y de adquisición de aprendizajes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar los ajustes precisos del currículo ordinario (contenidos, actividades, formas de evaluación, metodología...) y, cuando sea preciso, la A.C.I. correspondiente. - Facilitar la discriminación y el acceso a los núcleos de aprendizaje (instrucciones sencillas, vocabulario accesible, apoyo simbólico y visual...). - Partir de lo concreto (aspectos funcionales y significativos, enfatizar el qué y el cómo antes que el porqué). - Asegurar el éxito en las tareas, dar al alumno y a la alumna las ayudas que necesite y administrarlas de forma eficaz.
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	COMUNICACIÓN Y LENGUAJE
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del lenguaje oral siguiendo las pautas evolutivas generales, aunque con retraso en su adquisición. - Lentitud en el desarrollo de habilidades lingüísticas relacionadas con el discurso y de habilidades pragmáticas avanzadas o conversacionales (tener en cuenta al interlocutor, considerar la información que se posee, adecuación al contexto...). - Dificultades en comprensión y expresión de estructuras morfosintácticas complejas y del lenguaje figurativo (expresiones literarias, metáforas). - Posibles dificultades en los procesos de análisis / síntesis de adquisición de la lectoescritura y, más frecuentemente, en la comprensión de textos complejos... 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar mecanismos de ajuste (empleo de lenguaje correcto, sencillo, frases cortas, énfasis en la entonación...) adecuados al nivel de desarrollo. - Empleo, en situaciones funcionales, de estrategias que favorezcan el desarrollo lingüístico (extensión, expansión, feedback correctivo...). - Sistemas de facilitación, como apoyos gráficos o gestuales... - Práctica y aplicación sistemática de giros, construcciones... que otrezcan dificultad. - Trabajar, independientemente del método de lectura que se emplee (global o fonético), los procesos de análisis / síntesis. - Primar el enfoque comprensivo frente al mecánico, desde el inicio del aprendizaje de la lectoescritura.



DISCAPACIDAD INTELLECTUAL MODERADA

CARACTERÍSTICAS	NECESIDADES Y AYUDAS
<p>CORPORALES Y MOTRICES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ligeros déficits sensoriales y / o motores. - Mayor posibilidad de asociación a síndromes. 	<p>CORPORALES Y MOTRICES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por lo general no precisan atenciones especiales.
<p>AUTONOMÍA, ASPECTOS PERSONALES Y SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcanzan un grado variable de autonomía en el cuidado personal (comida, aseo, control de esfínteres...) y en actividades de la vida diaria. - Pueden darse problemas emocionales y rasgos negativos de personalidad. - El escaso autocontrol hace que en situaciones que les resultan adversas pueden generar conflictos. - Precisan de la guía de la persona adulta y suele ser necesario trabajar la aceptación de las tareas y su implicación en las mismas. - Con frecuencia muestran dificultad para la interiorización de convenciones sociales. - El campo de relaciones sociales suele ser muy restringido. 	<p>AUTONOMÍA, ASPECTOS PERSONALES Y SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programas específicos y funcionales para las aptitudes a desarrollar, que proceda sean aplicados en entornos naturales. - Control de las condiciones ambientales para facilitar la adaptación. - Empleo de técnicas de modificación de conducta cuando sea preciso. - Sintonía emocional y adecuado nivel de exigencia por parte de las personas adultas. - Aprendizaje y puesta en práctica de los usos sociales propios de los entornos en los que se desenvuelven. - Búsqueda expresa de actividades y entornos en los que puedan interactuar socialmente.
<p>COGNITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficits, a veces importantes, en funciones cognitivas básicas (atención, memoria, tiempo de latencia...). - Por lo general, dificultades para captar su interés por las tareas y para ampliar su repertorio de intereses. - Dificultades para acceder a información de carácter complejo. - Dificultades, en muchos casos, para el acceso a la simbolización. - Posibilidad de aprendizajes que supongan procesamiento secuencial. - Posibilidad de aprendizajes concretos y de su generalización a situaciones contextualizadas, para lo que puede precisar la mediación de la persona adulta. 	<p>COGNITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir en la A.C.I. los ajustes precisos de los elementos curriculares (objetivos, contenidos, actividades, metodología...). - Diseño y disposición intencional de los contenidos y condiciones de aprendizaje. - Partir de sus intereses y preferencias. Procurar situaciones y materiales que les resulten atractivos. - Empleo de técnicas de secuenciación, modelado, encadenamiento. - Uso adecuado de estrategias de ayuda (físicas, sensoriales, gestuales, orales...). - Recursos intuitivos, secuenciales y sensoriales (apoyos visuales, marcadores espacio temporales...). - Aprendizaje de rutinas y habilidades concretas en sus entornos naturales.



TEMA 2

DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA

CARACTERÍSTICAS		NECESIDADES Y AYUDAS	
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE		COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	
<ul style="list-style-type: none"> - Evolución lenta y, a veces incompleta, en el desarrollo del lenguaje oral, pero según las pautas evolutivas generales. - Dificultades articulatorias, que se pueden agravar por causas orgánicas (respiración, tonicidad...). - Frecuente afectación en el ritmo del habla (taquilalia / bradilalia) y disfluencias (tartamudeo / farfulleo). - Las anteriores características del habla afectan a la claridad del discurso. - Dificultades para la adquisición y uso de categorías morfológicas y gramaticales. - Producciones de complejidad y longitud reducidas en el plano sintáctico. - Recurso al contexto extralingüístico para compensar dificultades de comprensión. - Inhibición en el uso del lenguaje oral (falta de interés, escasa iniciativa...). - Con frecuencia adquieren niveles básicos de lectoescritura, al menos en sus aspectos más mecánicos. 		<ul style="list-style-type: none"> - Estimular el desarrollo del lenguaje oral en todas sus dimensiones (forma, contenido y uso) y en su vertiente comprensiva y expresiva. - Atención directa por parte del maestro o maestra de audición y lenguaje. Intervención desde un doble enfoque: actividades de tipo formal (ejercicios de lenguaje dirigido) y funcional (situaciones comunicativas). - Utilizar de forma sistemática mecanismos de ajuste (empleo de lenguaje correcto, sencillo, frases cortas, énfasis en la entonación...). - Empleo, en situaciones funcionales, de estrategias que favorezcan el desarrollo lingüístico (extensión, expansión, feed back correctivo...). - Facilitación por medios gráficos y gestuales... - Uso, cuando sea preciso, de sistemas aumentativos de comunicación para favorecer desarrollo. - Aprendizaje de la lectura por medio de métodos globales de palabra. - Emplear, si fuese preciso, técnicas de lectura funcional (etiquetas, rótulos, iconos...). 	



TEMA 2

DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE

CARACTERÍSTICAS	NECESIDADES Y AYUDAS
<p>CORPORALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puede relacionarse con metabopatías y alteraciones pre o perinatales cromosómicas, neurológicas, biológicas, etc. 	<p>CORPORALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención a posibles cambios (regresiones, alteraciones, etc.) en aspectos relacionados con la salud.
<p>MOTRICES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lentitud en el desarrollo motor que se manifiesta en dificultades para: <ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de la conciencia progresiva de sí mismo. • Conocimiento de su cuerpo. • Control del propio cuerpo y adquisición de destrezas motrices complejas. • Control postural y equilibrio corporal en los desplazamientos. • Realización de movimientos manipulativos elementales (alcanzar, arrojar, soltar...). 	<p>MOTRICES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de distintas habilidades propias de la motricidad general y fina siguiendo las pautas evolutivas. - Intervención específica de fisioterapia en el caso de trastornos motores asociados. - Realización de diversos juegos de movimiento para adquirir conceptos básicos (temporales, espaciales...). - Adquisición de rutinas motrices en los desplazamientos (bajar escaleras alternando los pies...).
<p>DE AUTONOMÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lentitud en la adquisición de destrezas motrices y manipulativas necesarias para el desarrollo de hábitos de autonomía (aseo, higiene, vestido, alimentación). - Escasa conciencia de sensaciones relacionadas con la higiene y el aseo personal (conciencia de limpieza, suciedad). 	<p>DE AUTONOMÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de habilidades relacionadas con las necesidades básicas de aseo, higiene, vestido, alimentación... estableciendo rutinas y técnicas y estrategias de enseñanza específicas (modelado, moldeamiento, encadenamiento hacia atrás...). - Desarrollo sistematizado de la percepción de sensaciones corporales relacionadas con el aseo y la higiene personal.
<p>COGNITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distintos grados de retraso/trastorno en las funciones cognitivas básicas. - Dificultades para la simbolización. - Alteraciones de las funciones metacognitivas (autocontrol y planificación). - Problemas de anticipación de consecuencias y asociación causa-efecto. - Dificultades para aprender de experiencias de la vida cotidiana. - Dificultades para generalizar los aprendizajes. 	<p>COGNITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de habilidades básicas de percepción, atención y memoria. - Establecimiento de relaciones de causa-efecto entre sus acciones y las consecuencias que éstas producen en el medio. - Desarrollo de las capacidades de anticipación y predicción de sucesos habituales y rutinarios. - Puesta en marcha de estrategias de generalización de los aprendizajes.



DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE

CARACTERÍSTICAS	NECESIDADES Y AYUDAS
<p>LENGUAJE Y COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retraso en la adquisición del lenguaje. Durante los primeros años el lenguaje comunicativo es escaso o nulo. - Emisión tardía de las primeras palabras. - El desarrollo fonológico en general sigue las mismas pautas evolutivas generales, si bien no llega a completarse. Uso de numerosos procesos de simplificación del habla (omisiones, sustituciones, asimilaciones...). - Dificultades en la comprensión, adquisición y uso de los elementos morfosintácticos como género, número, tiempos y flexiones verbales. - Retraso y lentitud en adquisición de léxico. - Puede llegar a usar funcionalmente un lenguaje con vocabulario y estructuras sintácticas muy elementales. - En algunas casos no se adquiere lenguaje oral funcional, aunque puede beneficiarse de la enseñanza de algún sistema aumentativo / alternativo de comunicación. 	<p>LENGUAJE Y COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de habilidades de comunicación potenciando fundamentalmente los aspectos pragmáticos en relación a la intencionalidad y a las funciones comunicativas básicas en contextos significativos. - Desarrollo progresivo de los aspectos semánticos (léxico y roles semánticos) y de aspectos morfosintácticos. - Aprendizaje de un sistema aumentativo o alternativo de comunicación cuando se considere necesario.
<p>EQUILIBRIO PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasividad y dependencia de la persona adulta, en distinto grado. - Limitado control de impulsos. - Baja tolerancia a la frustración. - Posible presencia de conductas autolesivas o comportamientos estereotipados, de carácter autoestimulatorio. - Dificultad de adaptación a nuevas situaciones. - Escasa confianza en sí mismo y bajo nivel de autoestima. - Negativismo en mayor o menor grado a las propuestas de la persona adulta, etc. 	<p>EQUILIBRIO PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de sí mismo como persona diferenciada del otro. - Establecimiento de vínculos positivos con las personas significativas de su entorno próximo. - Desarrollo de sentimientos de autoeficacia, confianza en sí mismo y mejora de la autoestima. - Desarrollo de habilidades comunicativas alternativas a conductas disruptivas que interfieren en el aprendizaje. - Desarrollo de la capacidad de elección, con objeto de favorecer la iniciativa personal.
<p>ACTUACIÓN E INSERCIÓN SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escasa iniciativa en las interacciones. - Importante dependencia de la persona adulta. - Dificultades de adaptación a personas no conocidas. - Dificultades para el aprendizaje espontáneo de habilidades sociales. 	<p>ACTUACIÓN E INSERCIÓN SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participación activa en diversas situaciones de interacción con personas adultas y con iguales. - Desarrollo de habilidades sociales adaptadas a estas situaciones. - Desarrollo progresivo de habilidades de autocompetencia e independencia personal.



POSIBLES CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La etiología (causas) se entiende de modo multifactorial; es decir, depende de múltiples factores.

El enfoque multifactorial de la etiología amplía la lista de factores causales en dos direcciones:

tipos de factores y momento de ocurrencia de éstos:

MOMENTO	BIOMÉDICOS	SOCIALES	CONDUCTUALES	EDUCATIVOS
PRENATAL	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos cromosómicos. • Trastornos asociados a un único gen. • Síndromes. • Trastornos metabólicos. • Disgénesis cerebrales. • Enfermedades maternas. • Edad parental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza. • Malnutrición maternal. • Violencia doméstica. • Falta de acceso a cuidados prenatales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de drogas por parte de los padres. • Consumo de alcohol. • Consumo de tabaco. • Inmadurez parental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad cognitiva sin apoyos, por parte de los padres. • Falta de apoyos para la paternidad y/o maternidad.
PERINATAL	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad. • Lesiones en el momento del nacimiento. • Trastornos neonatales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de cuidados en el momento del nacimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo por parte de los padres a cuidar al hijo o hija. • Abandono del hijo o hija por parte de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras el alta médica.
POSTNATAL	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craneoencefálico. • Malnutrición. • Meningo-encefalitis. • Trastornos epilépticos. • Trastornos degenerativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de adecuada estimulación. • Pobreza familiar. • Enfermedad crónica en la familia. • Institucionalización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato y abandono infantil. • Violencia doméstica. • Medidas de seguridad inadecuadas. • Deprivación social. • Conductas problemáticas del niño o niña. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias parentales. • Diagnóstico tardío. • Inadecuados servicios de intervención temprana. • Inadecuados servicios educativos especiales. • Inadecuado apoyo familiar.

TEMA 2