

# DISCAPACIDAD INTELECTUAL

**ESCUELA PRIMARIA MIGUEL HIDALGO**

**CCT 15EPR03310**

**SAN FELIPE TEOTITLÁN, NOPALTEPEC ESTADO DE MÉXICO, MÉXICO**

**ZONA ESCOLAR P053**

**SUBDIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN BÁSICA DE ZUMPANGO**

**MARISOL YAZMIN ESPINOZA ORTEGA**

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

**ENERO 2020**

## **DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Lo que mejor caracteriza a los seres humanos respecto a otras especies es su inteligencia, ya que se tiene una gran facilidad de aprender, razonar, crear, investigar, tomar decisiones y resolver problemas. Sin embargo, esta capacidad va acompañada de la necesidad de ejercitar dichas herramientas y considerar que algunas personas tienen mayores necesidades intelectuales que otras.

Es preciso, pues, que se conozca qué es y cuáles son las necesidades intelectuales que representa la Discapacidad Intelectual, tal como se ha ido definiendo hasta la actualidad por parte de las organizaciones especializadas, pues esto guiará en la atención a las personas con esta Necesidad Educativa, así como a adoptar una posición positiva hacia la persona.

El concepto de discapacidad se refiere a la condición de vida de una persona, que obstaculiza su funcionamiento intelectual, sensorial y motriz, afectando su desarrollo psicomotor, cognoscitivo, de lenguaje y socio-afectivo. Estas limitaciones se manifiestan en dificultades para aprender, adquirir conocimientos y lograr su dominio y representación; por ejemplo: la adquisición de la lectura y la escritura, la noción de número, los conceptos de espacio y tiempo, las operaciones de sumar, restar, multiplicar y dividir.

La Discapacidad Intelectual ha sido concebida desde diferentes perspectivas, por lo que los enfoques, maneras de entender y abordar el fenómeno de la discapacidad intelectual han variado. Estos cambios han oscilado desde las primeras concepciones de finales del siglo XIX basadas en el carácter propio e inalterable del problema, hasta las aproximaciones actuales basadas en la modificabilidad del mismo, dependiendo de la cantidad, calidad y funcionalidad de las interacciones familiares, educativas y sociales a las que el individuo tiene acceso.

En el presente, a diferencia de hace unas décadas, entre los profesionales de la salud y la educación, hay un panorama optimista respecto a las expectativas de desarrollo intelectual, emocional y social de sujetos afectados por la condición de Discapacidad Intelectual abriendo nuevas posibilidades de integración e inclusión en diferentes áreas, como la educación, el trabajo y la sociedad con mayor independencia.

Durante el largo siglo que ha costado este cambio de actitudes y expectativas, los niños han sido llamados de diferentes formas: 'idiota', 'imbécil', 'morón', 'oligofrénico', 'subnormal educable severo', 'subnormal educable ligero', 'débil mental', 'disminuido', 'retardado en el desarrollo', 'deficiente mental', 'inmaduro evolutivo', 'retrasado mental', 'con dificultades de aprendizaje permanentes', entre otros.

Estas acepciones se han ido acuñando en correspondencia con el enfoque psicológico dominante de la época en la que se enfoque. El autor Puig de la Bellacasa (1990) habla de la 'evolución' que han seguido los distintos enfoques a la hora de abordar el fenómeno. En este sentido, identifica el modelo llamado tradicional (asociado a una visión animista), el modelo de la rehabilitación (dominado por la intervención médico-profesional sobre el sujeto) y el modelo de la autonomía personal (focalizado en conseguir para el sujeto una vida independiente).

Refiriéndose a esta misma cuestión, otro autor, Casado (1991), propone cuatro etapas que a continuación se resumen: la integración utilitaria (se acepta a los sujetos con deficiencias 'con resignación providencialista o fatalista'), la exclusión aniquiladora (al sujeto se le encierra y oculta en el hogar), la atención especializada y tecnificada (dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios) y la accesibilidad (principio de 'normalización', donde estas personas tienen derecho a una vida tan normal como los demás). Ambos autores advierten sobre la coexistencia y el solapamiento en la sociedad, de estas distintas formas sociales de percibir y responder al fenómeno.

Desde el modelo Psicométrico, hasta los modelos evolutivos actuales, pasando por los modelos conductuales; la manera de entender y responder a este fenómeno ha experimentado un verdadero y esperanzador giro. Pues, aun cuando se mantiene la medida del CI como un indicador orientativo más del conjunto de variables sobre las que se obtiene información, la evaluación e intervención clínica y educativa se dirige actualmente a la identificación de áreas de desarrollo, habilidades adaptativas y recursos presentes o ausentes tanto en el sujeto mismo como en el entorno educativo en el que éste crece, aprende y, por extensión, se desarrolla.

En este sentido podemos hablar en la actualidad de la coexistencia de modelos teóricos cognitivos y de procesamiento de la información de carácter evolutivo, que

permiten explicar y comprender en mayor medida la conducta social y académica de los alumnos con los modelos contextualistas recientes, orientados a la intervención educativa, y que ofrecen una visión más comprehensiva, funcional y práctica de la realidad en la que dichos comportamientos se insertan.

## **CAMBIOS EN LAS DEFINICIONES**

La influencia del paradigma dominante de la época tiene influencia tanto en las definiciones como en el contenido y la distribución de relaciones entre las variables que se incluyen. Así, por ejemplo, las mediciones de Coeficiente Intelectual para considerar a un niño con Discapacidad Intelectual han ido cambiando.

También se puede observar el cambio a favor de informaciones vinculadas a los sistemas de apoyos requeridos por las personas con Discapacidad Intelectual, así como la mejora del concepto de adaptación. La definición vigente y utilizada en contextos clínicos es la que recoge la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5 en su edición del año 2013, donde se le clasifica a la Discapacidad Intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual) dentro de los Trastornos del desarrollo neurológico, definiéndolo como:

“...trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Cumpliendo los tres criterios siguientes:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.”

Otra clasificación clínica internacional de enfermedades, la llamada CIE, en su onceava versión (2011) establece como definición clínica: “Desarrollo lento o incompleto que tiene como resultado un deterioro de las habilidades que contribuyen a la capacidad intelectual general, es decir, las habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras y sociales.

Por lo general asociado con importantes dificultades de aprendizaje y problemas de adaptación social,”

Se observan similitudes entre las clasificaciones mencionadas en primer lugar respecto a los principios de la definición sobre Discapacidad Intelectual y también en la distinción entre la consecuencia del retraso, su repercusión en el individuo, así como la restricción de las actividades sociales de éste.

La aportación más significativa en términos de avance conceptual y terminológico se puede apreciar en las modificaciones adoptadas y extendidas entre profesionales al evitar la sustantivización de un adjetivo para describir a una persona, anteponiendo siempre tal condición a la cualidad que lo diferencia. Así, cada vez es más normal oír hablar de “persona con discapacidad” en lugar de “discapacitado”.

Por tanto, podemos concluir que la definición de Discapacidad Intelectual más aceptada y utilizada actualmente incluye, al menos, tres criterios para considerar a un sujeto con Discapacidad Intelectual. Asimismo, el criterio psicométrico tiene un carácter exclusivamente orientativo y ha ido cediendo frente al criterio evolutivo, entendido éste como habilidad del sujeto para adaptarse a su entorno si se le proporcionan los medios y oportunidades de aprendizaje adecuados a sus necesidades y al criterio social.

## **FACTORES BIOLÓGICOS**

Los factores o condiciones de tipo biogénético son los que permiten predecir con mayor certeza el riesgo de que un sujeto experimente Discapacidad Intelectual. Entre ellos, los dos síndromes mejor conocidos asociados a anormalidades cromosómicas son el síndrome de Down y el síndrome X-frágil. Ambos síndromes incluyen normalmente características físicas típicas y retraso mental.

Entre las enfermedades prenatales más frecuentemente asociadas a Discapacidad Intelectual, tenemos los casos de hidrocefalia y microcefalia. La primera se refiere a la presencia de líquido cerebroespinal en el cráneo, lo que incrementa el tamaño de este creando presión en el cerebro. La segunda se refiere a que el cráneo es significativamente más pequeño de lo normal.

Como enfermedades metabólicas o nutricionales asociadas con mayor frecuencia a la condición de Discapacidad Intelectual, tenemos la fenilcetonuria, la enfermedad de Maple-Syrup, la enfermedad de Schilder y la galactosemia. Otras circunstancias que pueden dar lugar al nacimiento de sujetos con problemas de desarrollo cognitivo e intelectual son aquellas ligadas a infecciones e intoxicaciones a las que el niño queda expuesto a través de la madre durante el embarazo, o bien al entrar en contacto con agentes infecciosos tras el parto. Como sabemos, el síndrome fetal por alcohol y la adicción de la madre a otras drogas son las causas principales de Discapacidad Intelectual, y tanto uno como otro se pueden prevenir.

Sin embargo, también se dan casos en los que las condiciones de origen de la Discapacidad son desconocidas, o bien pueden estar asociadas a la aparición de tumores u otras afectaciones del Sistema Nervioso Central, que en la mayoría de los casos acaban haciendo inviable la vida y, por tanto, provocando la muerte del sujeto.

Entre los factores etiológicos de riesgo asociados al momento perinatal, encontramos los fetos prematuros y los de bajo peso. Aunque muchos recién nacidos no sufren consecuencias negativas asociadas a ambas condiciones, podemos entenderlos como factores de riesgo para la Discapacidad Intelectual.

## **FACTORES AMBIENTALES**

Entre los factores etiológicos asociados a Discapacidad Intelectual de carácter no biológico, tenemos los de carácter ambiental y psicológico. Entre los factores ambientales podemos citar: pobreza, nivel de renta, procedencia de los ingresos, características de la localidad, condiciones de la vivienda, calidad y cantidad de recursos psicopedagógicos de la escuela a la que asiste, número de hijos, orden de los hijos, diferencias de edad, etc.

Aunque no es probable encontrar ni, demostrar casos en los que cada uno de estos factores por sí sólo haya provocado Discapacidad Intelectual, sí resulta frecuente identificar, en determinados casos diagnosticados, la presencia combinada de varios de estos factores ambientales. Es decir, que, si bien no pueden ser considerados como factores suficientes, sí han de entenderse como necesarios, al menos cuando no hay evidencias de la presencia de condiciones biogenéticas susceptibles de inducir la discapacidad.

## **FACTORES PSICOLÓGICOS**

Entre los factores de carácter psicosocial citados con más frecuencia, encontramos: nivel educativo de los padres, estilo educativo de los padres, nivel de estrés en el ambiente, recursos emocionales de la familia para hacer frente al estrés, número de hijos que han de compartir esos recursos, flexibilidad y comprensión de los padres al hacer frente a las demandas de los hijos, y estilo de resolución de conflictos en la familia. Finalmente, entre las condiciones asociadas a interacciones personales más incapacitantes que conocemos están: malos tratos físicos, psicológicos y emocionales, castigo, abuso, privación, abandono y negligencia.

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Es imposible hablar de un perfil homogéneo entre sujetos afectados por la condición de Discapacidad Intelectual, ya que si bien muchos de ellos pueden compartir entre sí una determinada condición o problema biológico y/o psicofisiológico, la forma en que esa condición o problema marca su perfil de habilidades de desarrollo puede ser completamente diferente.

Conviene insistir en que las diferencias en cuanto a perfil y nivel de habilidades, a igualdad de condiciones biológicas y psicofisiológicas (nivel de afectación), son más fácilmente explicables y predecibles atendiendo al “comportamiento” que muestran variables o condiciones exógenas al individuo, o no endógenas, como, por ejemplo, el programa de estimulación temprana que se aplique al individuo, o el estilo educativo de los padres.

El carácter incapacitante de una condición cromosómica, metabólica y/o neurológica no reside en sí misma, sino en la forma en que el entorno responde a las necesidades específicas e individuales derivadas de dicha condición. La modificación de tendencias o estilos de respuesta considerados de riesgo y, por tanto, potencialmente incapacitantes ha de comenzar por alterar las condiciones del contexto (familiar, educativo) que habilitan y dan función a dichos patrones de conducta desadaptativos.

De acuerdo a la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 en su edición del año 2013 la Discapacidad Intelectual puede clasificarse en: Leve, moderada, grave o profunda, teniendo las siguientes características:

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Leve	En niños de edad preescolar, puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En niños de edad escolar y en adultos, existen dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad. En adultos, existe alteración del pensamiento abstracto, la función ejecutiva (es decir, planificación, definición de estrategias, determinación de prioridades y flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas (p. ej., leer, manejar el dinero). Existe un enfoque algo concreto a los problemas y soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.	En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado por la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad; estas dificultades son apreciadas por sus iguales en situaciones sociales. Existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).	El individuo puede funcionar de forma apropiada a la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan cierta ayuda con tareas de la vida cotidiana complejas en comparación con sus iguales. En la vida adulta, la ayuda implica típicamente la compra, el transporte, la organización doméstica y del cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio necesita ayuda. En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en trabajos que no destacan en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y legales, y para aprender a realizar de manera competente una vocación que requiere habilidad. Se necesita típicamente ayuda para criar una familia.

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Moderado	Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales. En preescolares, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente. En niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas y del tiempo de comprensión y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con sus iguales. En adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal. Se necesita ayuda continua diaria para completar tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otros	El individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado es típicamente un instrumento primario para la comunicación social, pero es mucho menos complejo que en sus iguales. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, los individuos pueden no percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad con los iguales en desarrollo con frecuencia está afectada por limitaciones obtener éxito.	El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer, vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos, y se puede necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer. De manera similar, se puede participar en todas las tareas domésticas en la vida adulta, aunque se necesita un período largo de aprendizaje, y se requiere ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto. Se puede asumir un cargo independiente en trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesita ayuda considerable de los compañeros, supervisores y otras personas para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y responsabilidades complementarias, como programación, transporte, beneficios sanitarios y gestión del dinero. Se pueden llevar a cabo una variedad de habilidades recreativas. Estas personas necesitan típicamente ayuda adicional y inadecuado que causa problemas sociales.
Grave	Las habilidades conceptuales están reducidas. El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de problemas durante toda la vida.	El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras sueltas o frases y se puede complementar con medidas de aumento. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. La relación con los miembros de la familia y otros parientes son fuente de placer y de ayuda.	El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y las funciones excretoras. El individuo necesita supervisión constante. El individuo no puede tomar decisiones responsables en cuanto al bienestar propio o de otras personas. En la vida adulta, la participación en tareas domésticas, de ocio y de trabajo necesita apoyo y ayuda constante. La adquisición de habilidades en todos los dominios implica un aprendizaje a largo plazo y ayuda constante. En una minoría importante, existe comportamiento inadecuado que incluye autolesiones.



Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Profundo	Las habilidades conceptuales implican generalmente el mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede utilizar objetos dirigidos a un objetivo para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. Se pueden haber adquirido algunas habilidades visuoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas. Sin embargo, la existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir un uso funcional de los objetos.	El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. El individuo puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa su propio deseo y sus emociones principalmente mediante comunicación no verbal y no simbólica. El individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la familia, cuidadores y otros parientes, y da inicio y responde a interacciones sociales a través de señales gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.	El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades. Los individuos sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar, como llevar los platos a la mesa. Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con alto nivel de ayuda continua. Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, disfrutar escuchando música, viendo películas, saliendo a pasear o participando en actividades acuáticas, todo ello con la ayuda de otros. La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación (más allá de la observación) en actividades domésticas, recreativas y vocacionales. En una minoría importante, existe comportamiento inadecuado.

Mientras que el CIE-11 describe los problemas que se presentan en las diferentes etapas de desarrollo, tomando en cuenta que hay un amplio intervalo de presentaciones dependiendo de la severidad del trastorno subyacente y la discapacidad.

En el nacimiento o la infancia:

- Identificado por la familia o el trabajador social como de aspecto “inusual”.
- Apariencia característica, por ejemplo, Síndrome de Down.
- Retraso en el desarrollo. Alimentación o tono motor pobres.
- Retraso en el desarrollo ordinario para edad y etapa correspondientes.

En niños:

- Retraso en el desarrollo ordinario (caminar, hablar, control de esfínteres)
- Dificultades con el trabajo escolar, además de con los otros niños por dificultades en el aprendizaje
- Problemas de comportamiento, por ejemplo, ingesta de material no orgánico, ausencia de juego con juguetes, actividad no constructiva

repetitiva, auto-lesión, tendencia a ignorar a otros niños, fracaso en la respuesta a órdenes, oposición.

- El niño puede estar socialmente aislado, ser marginado u objeto de acoso o estigma

En adolescentes:

- Dificultades con sus iguales
- Comportamiento sexual inapropiado
- Dificultades en la transición a la edad adulta
- Víctimas de explotación social, laboral y sexual

En adultos:

- Discapacidad en el funcionamiento cotidiano (por ejemplo, cocinar, limpiar)
- Problemas en el desarrollo social normal, (por ejemplo, encontrar trabajo, relaciones, crianza de los hijos)
- Problemas de comportamiento (por ejemplo, comportamiento agresivo, retraimiento, comportamiento antisocial)

La característica más obvia que muestran los sujetos con Discapacidad Intelectual leve y moderado es su capacidad cognitiva limitada para adaptarse a las demandas que el entorno familiar, social y escolar presenta. Esta limitación en la habilidad para procesar, clasificar y retener información restringe sus oportunidades de resolver todo tipo de problemas y situaciones.


Este resultado probabiliza la irrupción de respuestas emocionales desadaptativas, que, a su vez, alejan aún más al individuo de los patrones socialmente válidos. Por otro lado, sus dificultades para dirigir y mantener su atención sobre los estímulos relevantes del problema contribuyen también negativamente a su capacidad general para aprender, transferir y utilizar lo aprendido.


Relacionada estrechamente con la anterior característica, o bien un elemento más de la misma, tenemos el problema de la deficiente adquisición y uso del lenguaje por parte de sujetos con Discapacidad Intelectual. Se han realizado estudios más detallados sobre el lenguaje de sujetos con Discapacidad Intelectual, con y sin etiologías específicas, que


han mostrado un patrón de resultados similar en semántica (significado y comprensión), pragmática (el uso del lenguaje para comunicarse) y fonología (comprensión del discurso) para sujetos con síndrome de Down y síndrome de Williams (Tager-Flushberg y Sullivan, 1998 cit. en Arco y Fernández, 2004). Aunque los datos clínicos sobre forma, uso y contenido del lenguaje no son concluyentes, la investigación apunta en la dirección de que las diferencias son más fácilmente explicables en términos de ritmo de aprendizaje que a otros factores de tipo evolutivo (Kirk, Gallager y Anastasiow, 2000 cit. en Arco y Fernández, 2004).

El repertorio emocional también constituye otro elemento diferenciador, tales diferencias son reconocibles por los parámetros de topografía, intensidad, frecuencia y/o duración que acompañan a sus respuestas emocionales de ira, agresión o afecto. Siendo relevantes, especialmente por cómo estas respuestas interfieren y afectan el proceso de interacción social del individuo en conductas adaptativas básicas como compartir, esperar turno, sonreír, atender, imitar y seguir instrucciones. Lo cual influye en el proceso de inclusión que se está promoviendo en las escuelas, lo cual significa tener que afrontar las dificultades inherentes a su adopción curricular y posterior instrucción en el aula.

En cuanto al pensamiento de las personas con Discapacidad Intelectual, podemos encontrar tres características principales:

 **Egocentrismo.** Es propio del pensamiento infantil. Hace que el niño centre las acciones en sí mismo; sienta que los objetos y el mundo de los demás giran en torno a él, y parezca egoísta porque se apropia de los materiales y de los juguetes y no los comparte. El egocentrismo se prolonga en el niño con discapacidad intelectual llegando a veces a mantenerse en la adolescencia, lo que le representa un obstáculo para que se interese en aprender las letras, los números y otros conceptos, ya que al centrar las acciones en sí mismo difícilmente modifica su punto de vista para utilizar otro criterio que le permita resolver un problema; esto hace que el niño parezca testarudo.

 **Impermeabilidad.** Deriva del egocentrismo y define las formas en que el niño con discapacidad intelectual se enfrenta al aprendizaje. Asimismo, revela su dificultad de incorporar información nueva sobre el objeto de conocimiento y tener movilidad en su pensamiento

 *Perseverancia.* Se relaciona con el egocentrismo. Resulta de la insistencia obsesiva por repetir comportamientos y lleva al niño a una actividad mecánica y repetitiva, es decir, no pensada; por ejemplo, pegar bolitas de papel, confeti, sopas o semillas en un dibujo o sobre letras o figuras, trazar garabatos, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Capaldi, E. J., y Proctor, R. W. (1999). Contextualism in Psychological Research? A Critical Review. Londres, Sage Publications.
- Casado, D. (1991). Panorámica de la discapacidad. Barcelona, INTRESS.
- H. J. «Grossman, Classification in Mental Retardation» (Washington, DC, AAMD, 1983). Citado en Hunt. N. y Kathleen, M. (1999). Exceptional Children and Youth. Nueva York, Houghton Mifflin Company, pág. 116.
- Kirk, A., Gallagher, J. J., y Anastasiow, N. (2000). Educating Exceptional Children (9.a ed.). Boston, Houghton Mifflin.
- Puig de la Bellacasa, R. (1990). "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad". En Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, Discapacidad e información. Madrid, Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- Revisión de la Clasificación de los Trastornos Mentales de la OMS para atención primaria, CIE-11-AP, Octubre 2011.
- Seltzer, G. (1983). System of classification. En J. L. Matson y J. A. Mulick, Handbook on Mental Retardation. Nueva York, Pergamon Press. (págs. 143-156).
- Tager-Flushberg, H., y Sullivan, K. (1998). Early Language Development in Children with Mental Retardation. En J. Burack, R. Hodapp, y E. Zigler (eds.), Handbook of Mental Retardation and Development (págs. 208-239). Nueva York, Cambridge University Press.
- Woolfolk, A. (1999). *Psicología educativa* (7.a ed). México, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.