

# Discapacidad intelectual

**Corresponde a la detención del desarrollo psíquico en los primeros años de la vida; sea congénita o adquirida.**

### Denominaciones a lo largo de la historia

- Hasta el siglo XVIII: “idiotismo”, referido a una serie de trastornos deficitarios
- Kraepelin introduce el término “oligofrenia” «oligo» escaso, poco; «frenia», mente.
- En niños escolarizados, siguiendo las directrices señaladas por la LOGSE, se engloban dentro del colectivo de “alumnos con necesidades educativas especiales”
- El término que aparece en los diferentes sistemas clasificatorios (DSM-V) y referido específicamente al nivel de competencia intelectual, es el de discapacidad intelectual.

# DEFINICION

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones

1. del funcionamiento intelectual
2. del comportamiento adaptativo en los dominios
  - conceptual,
  - social y
  - práctico.

# DSM –V

## critérios diagnósticos

- **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.**

# DSM –V

## critérios diagnósticos

- **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 de una o ambas 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.**

# DSM –V

## criterios diagnósticos

- **C.**

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

**Escala de gravedad actual:**

- **317 (F 70) Leve**
- **318.0 (F71) Moderado**
- **318.1 (F72) Grave**
- **318.2 (F73) Profundo**
- **315.8 (F88) Retraso global del desarrollo**
- **319(F79) Discapacidad intelectual no especificada.**

# Prevalencia

- Tiene una prevalencia global en la población general de aproximadamente el 1% y las tasas varían según la edad.
- La prevalencia de la discapacidad intelectual grave es aproximadamente del 6 por 1000.

# Epidemiología

Los varones tienen más posibilidades que las mujeres de ser diagnosticados de formas de discapacidad intelectual.

- leve (H/M: 1,6/1)
- graves (H/M: 1,2/1).

Sin embargo, la proporción entre los sexos varía mucho en los estudios publicados.

Los factores genéticos vinculados con el sexo y con la vulnerabilidad del sexo masculino a los problemas cerebrales pueden explicar algunas de las diferencias de género.



# Etiología

1. Infecciones (3,31): TORCH
2. Intoxicaciones (0,83): Alcohol, Cocaína.
3. Traumatismos (5,52): Parto? Asfixia perinatal?
4. Metabolopatías (1,1): DBT, Rh, ABO, Uremia, galactosemia, fenilcetonuria, cretinismo, hipoxia.
5. Trastornos genéticos (21,27): Turner, Down, X frágil.
6. Malformaciones (3,04).
7. Desconocidas sin signos neurológicos (35,64).
8. Desconocidas con signos neurológicos (16,57).
9. Otros (0,55)
10. Más de una causa (11,05).
11. Sin datos (1,1).

# ETIOLOGÍA

- **A) Trastornos Hereditarios**

- **1-Anomalías por gen único**

Según la herencia pueden ser:

- a) Autosómicos dominantes (Esclerosis tuberosa y otros) o Autosómicos recesivos (Síndrome Laurence-Moon-Biedl y otros)
- b) Trastornos recesivos ligados al cromosoma X (Síndrome de Lesch-Nyhan y otros)
- c) Errores innatos del metabolismo. Fenilcetonuria (metabolismo proteico)
- d) Síndromes de anticipación génica por expansión y tripletes. Síndrome de X Frágil.

- **2-Anomalías Cromosómicas**

La causa puede ser estructural o numérica:

Síndrome Cri du Chat o Maullido de Gato (delección 5p)

Síndrome de Down (trisomía 21) o el Síndrome de Edwards (trisomía 18)

Síndrome de Turner o el Síndrome de Klinefelter

## B) Alteraciones tempranas en el desarrollo embrionario

- 1) **Síndromes de influencia prenatal:** síndrome alcohólico fetal
- 2) **Infecciones Maternas:** se destacan las enfermedades de transmisión sexual, la rubéola, la toxoplasmosis
- 3) **Exposición a teratógenos, fármacos, radiaciones:** embarazos de madres consumidoras de diferentes tipos de sustancias (opiáceos, cocaína, anfetaminas, etc).

### En general

Los efectos producidos sobre el feto van a ser **irreversibles** y originarán:

- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Prematuridad
- Sufrimiento fetal agudo en el nacimiento
- Alteraciones de la conducta a partir del año de vida

## **C) Problemas de gestación y perinatales**

- 1) Malnutrición fetal: por alteraciones placentarias, trastornos vasculares, infecciosos, carencias nutricionales de la madre (bajo aporte calórico o carencia de determinadas vitaminas o de ácido fólico)**
- 2) Alteraciones perinatales: complicaciones derivadas con problemas de reanimación, dificultad respiratoria, infecciones como la meningitis del recién nacido, etc.**

## D) Enfermedades adquiridas en la infancia

Tienen carácter agudo y son potencialmente reversibles.

Infecciones: meningitis y encefalitis

Traumatismos craneales: riesgo de consecuencias graves, desde trastornos psicoafectivos, impulsividad, hipercinesia hasta trastornos intelectuales y epilepsia.

## E) Otras etiologías

Relacionadas con intoxicaciones con plomo, arsénico, tumores intracraneales, lesiones derivadas de paros cardiorrespiratorias, enfermedades neuroendocrinas, hipotiroidismo, etc.

## F) Problemas conductuales y ambientales

### **Circunstancias ambientales y psicosociales**

- Abandono
- Carencia de estímulo
- Pobreza
- Desnutrición asociada a entornos marginales:

Pueden propiciar enfermedades psiquiátricas e insuficiente aprendizaje y escolaridad en los niños que lo padecen.

En estos casos podríamos hablar de cierta reversibilidad si se actúa a tiempo.

# EVOLUCION

*Cuanto más grave es la oligofrenia, antes se diagnostica.*

## Niñez e Infancia:

- Dominan los problemas motrices con pasividad o torpidez. Hiperactividad.
- Trastornos digestivos o del sueño.
- Infecciones a repetición son invocadas muchas veces como causa de retraso, cuando a menudo es al revés.
- Lenguaje tarda en aparecer.
- La comprensión de las situaciones se dificulta.
- La comunicación verbal es siempre pobre.

# EVOLUCION

## Adolescencia:

- Un grupo evoluciona silenciosamente y adopta una conducta de aceptación, tranquila.
- Otro grupo, por la naturaleza de su problema y/o entorno, creará conflictos que pueden llegar a ser importantes en relación a la frustración que puede presentarse con gran intensidad y precocidad.
- Frecuentes tensiones emocionales, tanto en el seno de la familia como en la escuela y en la sociedad en general.



# COMORBILIDAD

- Los pacientes oligofrénicos son personas expuestas a padecer más trastornos psiquiátricos que la población en general, para la que la OMS registra hasta un 25% de posibilidades (en algún momento de su vida).

1. Oligofrenia psicótica

2. Esquizofrenia

3. T. Depresivo

4. T. Obsesivo

5. T. Fóbico

6. T. de Ansiedad

7. T. de Personalidad

8. T. de Conducta

9. Hiperactividad,

10. T. Bipolar

11. T. Adaptativo

12. Enuresis

13. Encopresis

14. Tartamudez

15. Tics

16. T. del sueño

17. T. de la conducta alimentaria.

18. Disfunción física de causa mental.

# CLASIFICACION

## Clasificación clínica antigua: (Esquirol y Binet)

- Acorde con el grado de evolución en que se ha detenido el desarrollo:
  - **IDIOTAS**: edad mental siempre inferior a 3 años. (CI 0-50)
  - **IMBECILES**: edad mental entre los 3 y los 7 años. (CI 50-70)
  - **DEBILIDAD MENTAL**: edad mental entre los 7 y los 12 años. (CI 70-90).

# Discapacidad intelectual LEVE

- 85% del total .
- Son considerados como “educables”.
- En la mayoría de los casos no existe un etiología orgánica, debiéndose a factores constitucionales y socioculturales, por lo que suelen pasar inadvertidos.
- Se pone de relieve coincidiendo con la etapa escolar donde las exigencias son mayores.
- Tienen capacidad para desarrollar los hábitos básicos como alimentación, vestido, control esfínteres.
- Pueden comunicarse haciendo uso del lenguaje tanto **oralmente** como por **escrito**, si bien, presentarán déficits específicos o problemas en alguna área que precisará de refuerzo.
- Aspectos de la personalidad: suelen ser obstinados y tercos, como forma de reaccionar a su limitada capacidad de análisis y razonamiento. Por la debilidad de su yo y de su personalidad, es sugestionable y crédulo, defiende mal sus intereses, le resulta imposible ponerse en el lugar de los demás con lo cual prevé mal sus reacciones (egocentrismo).
- La voluntad puede ser escasa y pueden ser fácilmente manejables e influenciados por otras personas.

## Discapacidad intelectual MODERADO

- Representan el 10%.
- **La etiología suele ser orgánica** (anomalías genéticas y cromosómicas, encefalopatías) por lo que presentan déficits somáticos y neurológicos que se hacen patentes desde la infancia.
- Pueden llegar a **adquirir hábitos elementales** que les permitan cierta independencia pero deberán ser guiados en otras muchas facetas.
- Capacidad de comunicación: variable, desde un continuo donde pueden **expresarse verbalmente y difícilmente por escrito** a presentar serios problemas con deficiente pronunciación y ausencia total de la capacidad para escribir.
- Su capacidad intelectual es **intuitiva y practica** con escasa capacidad para comprender los significados y establecer relaciones entre los elementos aprendidos.
- Son **educables a través de programas educativos especiales**.
- Aspectos de la personalidad: **hipercinesia** (exageración de los reflejos tendinosos, extensión del dedo gordo del pie, diversos trastornos del tono muscular después de los 18 meses, temblor, elementos coreiformes), **paratonia** (el individuo no puede relajarse y el pretenderlo aumenta más su rigidez), sincinesias (movimientos que se realizan de forma involuntaria como sacar la punta de la lengua mientras escribe) con **aparición frecuente de rabietas. Les gusta llamar la atención del adulto.**
- La **afectividad es muy lábil** con manifestaciones exageradas de sus sentimientos.

# Discapacidad intelectual GRAVE

- La **etiología en estos casos es claramente orgánica** en su mayoría, con mayor afectación en todas las **áreas tanto somática, neurológica o sensorial**.
- Se pone de manifiesto un **retraso general en el desarrollo desde los primeros momentos de vida**.
- Adquieren **mecanismos motores elementales y el aprendizaje** de hábitos de cuidado personal es muy lento y limitado, necesitando **siempre ayuda y supervisión**.
- Comunicación: **pocas palabras o frases elementales con defectuosa pronunciación**.
- Dificultad para fijar contenidos en la memoria a largo plazo.
- Aspectos de la personalidad: **crisis de cólera y agresividad por su falta de razonamiento, llegando a las autolesiones**.
- Trastornos **de hábitos motores**: chupeteo, balanceo, bruxismo, así como **síntomas psicóticos**: estereotipias, manierismos, ecolalia, accesos delirantes sobre temas pobres de persecución o reivindicación, confusión mental, crisis de excitación o depresión con ideas de suicidio que motivan la internación.

# Discapacidad intelectual PROFUNDO

- Su edad mental **no sobrepasa de alrededor de 3 años**.
- Representan **tan sólo el 1 o 2%**.
- **La etiología es siempre orgánica**, produciendo **graves alteraciones** en todos los niveles con una **importante afectación motriz**.
- **Diagnóstico diferencial** en trastornos donde el retraso mental profundo es uno de sus síntomas, como el Autismo Atípico o diferentes síndromes genéticos que suelen cursar con Retraso Mental (Síndrome de X Frágil, Síndrome Cri du Chat, etc).
- **1- Tipo Vegetativo:** Sólo existen reflejos primitivos correspondientes a la fase senso-motora. Tienen graves problemas y enfermedades somáticas. Siempre necesitará asistencia y cuidado médicos.
- **2- Tipo Adiestrable:** Puede alcanzar algunas funciones elementales motoras y viso-espaciales, no llegando a desarrollar el lenguaje pero pudiendo llegar a expresarse con algún grito o sonido o a comprender ordenes muy simples.
- Se acompaña **generalmente de importantes malformaciones que afectan piel, SN, órganos de los sentidos y esqueleto**.

Talla pequeña, cráneo mal formado, cara asimétrica, deformada, los ojos, orejas y dientes presentan anomalías. Muy frecuentemente presentan incontinencia urinaria y fecal.

# DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL R.M.

- Recoger con detalle toda la historia evolutiva del niño con los diagnósticos médicos, si los hay, así como las circunstancias pasadas y presentes
- Aplicación de diferentes escalas para averiguar el nivel del desarrollo. Dependiendo de la edad del niño podemos utilizar el Inventario de Desarrollo de Batelle (0 a 8 años), o las Escalas Brunet-Lezine (1 a 30 meses)
- Otra forma de valorar el R.M., es a través del dibujo:

Copia de Figuras Geométricas: una línea vertical se realiza al año y medio; la horizontal y el círculo a los dos años; la cruz a los tres; el cuadrado a los cuatro y el rombo a los siete años.

Figura Humana: puede aportarnos datos según la riqueza y detalle del dibujo.

Test de Bender: prueba de coordinación visomotora pero muy sensible para detectar problemas de coordinación viso-espacial e incluso como indicador de la posible presencia de trastornos neurológicos o emocionales.

# ESTIMULACIÓN PRECOZ

- Es un **tratamiento educativo que debe iniciarse lo antes posible**, en los primeros días o meses de vida, para mejorar o prevenir los déficits del desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlo, tanto por causa orgánica como ambiental.
- Consiste en **crear un ambiente estimulante adaptado a las capacidades de respuesta** de cada niño para que éstas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida al niño normal.
- Los objetivos se centran en **la estimulación de las áreas motora, cognitiva, lenguaje y personal-social**.
- El **diagnóstico y orientación** estará a cargo de un equipo **multidisciplinar**, formado por:  
neuropediatra, psicólogo, logopeda (rehabilitación del habla, voz, deglución), fisioterapeuta, estimulador.