



## MÓDULO 1

### 1.1 EL DEPORTE COMO MEDIO DE INCLUSIÓN

En toda la gama de actividades en la que el deporte aparece coexisten estos tres factores beneficiosos de importancia. Desde el juego y los espacios lúdicos y predeportivos hasta el alto rendimiento. Cada uno de estos con sus pros y sus contras y con sus diferenciaciones en cuanto al tiempo, al entrenamiento, la especificidad, la dedicación y los objetivos.

Pondremos en este caso el foco en el deporte recreativo. Sosteniendo la importancia de realizar alguna actividad física, juego de movimiento o simplemente realizando alguna práctica cuerpo-mente.

Diferencias entre el deporte recreativo y el deporte de alto rendimiento.

	DEPORTE RECREATIVO - COMPETITIVO	DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO
OBJETIVOS	Disfrutar y aprender más allá de los resultados	No es ajeno al disfrute pero el objetivo principal es obtener cada vez mejores resultados
NIVEL DE EXIGENCIAS	Baja o media depende de los docentes, los objetivos específicos y los grupos de trabajo	Alta
METODOLOGÍAS	Enseñanza progresiva, trabajos intermitentes con juego informal	Enseñanza progresiva, entrenamiento de mayor rigurosidad y especificidad
MATERIALES	Son necesarios pero no obligatorios (según la disciplina), Puede realizarse con materiales alternativos	Específicos. Para lograr buenos resultados no suele realizarse la actividad sin materiales del nivel de la competencia.
INSTALACIONES	Se puede realizar en cualquier ambiente que pueda adaptarse a la actividad	Deben ser de estructura parecida a la competencia para asegurar las posibilidades de éxito
REGLAS	Algunas son básicas. Algunas son flexibles. Algunas son adaptadas	El reglamento es único y debe respetarse sin excepciones para la competencia específica.
QUIÉNES LO PRACTICAN	Todas las personas puede practicarlo de acuerdo a sus posibilidades	Las personas que tienen condiciones para llegar a la alta competencia



## **1.2 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

Tomaremos los beneficios de la actividad física de manera generalizada, dependiendo de la edad y de las circunstancias de cada persona en concreto.

**Aspecto físico:** Diversos estudios han demostrado que el realizar deporte es beneficioso para la salud. Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), la realización de actividad física de forma continuada prolonga la longevidad y protege contra el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro-vasculares – ataques cardíacos, sobrepeso y obesidad, hipertensión, e incluso diversos tipos de cáncer.

Se liberan hormonas que ayudan a regular el metabolismo y que ligadas a factores emocionales producen sensaciones de bienestar al cuerpo del deportista.

**Aspecto psicológico:** Se ha comprobado que el ejercicio físico ayuda a las personas a afrontar la vida con mayor optimismo y energía, por intermedio de la motivación, mejora la autoestima y actúa como factor incidente en situaciones de depresión y ansiedad. Así mismo influye en el comportamiento, el manejo de las emociones y los impulsos, la regulación del sueño/descanso y en ocasiones en mejoras de la memoria y la actividad cognitiva según edad y actividad que se practique.

**Aspecto social:** Del factor psicológico en el cual también el deporte influye en el manejo de situaciones que tienen que ver con la comprensión del entorno se deriva el factor social en el cual la actividad física tiene incidencia en la socialización, el trato con otras personas, con otros grupos y en la comprensión del funcionamiento global de ciertas instituciones y reglamentaciones, que desde el micro espacio deportivo se trasladan a la participación en la sociedad.

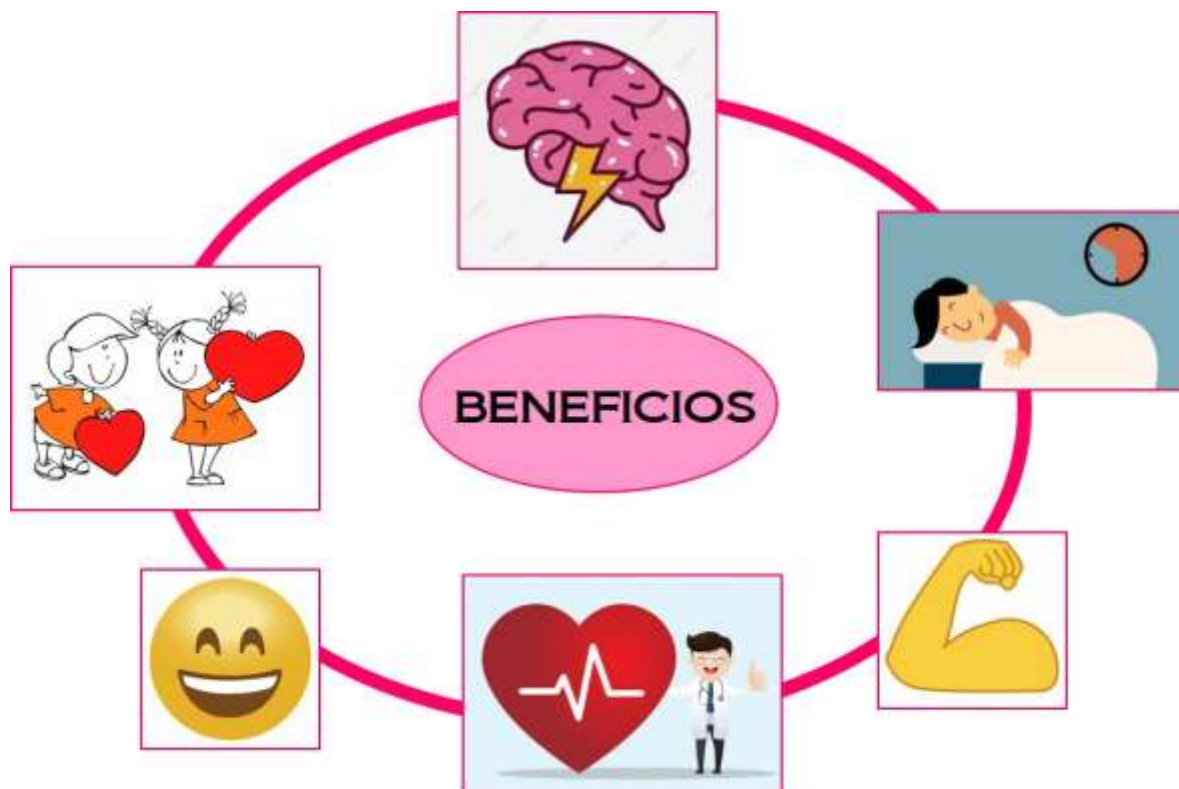




Particularmente en personas con discapacidad, que suelen ser orientadas inicialmente en este tipo de actividades, lo más importante para que el deporte sea verdaderamente efectivo será seleccionar el que corresponda a cada uno en particular, evitando de esta forma que se convierta en un elemento negativo. Ante todo habrá que preguntar a quién comience la actividad cuál es el deporte que le gustaría practicar y no hacer de la práctica deportiva una obligación más, dentro de su ya apretada agenda de actividades extraescolares.

El objetivo fundamental será lograr la mejora de aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como la diversión a través de la práctica deportiva. El practicar deportes fomentará la diversión, la prevención de enfermedades, la autonomía, la socialización y la promoción una vida sana y feliz.

En la actualidad el deporte también está participando en la promoción de la salud, previniendo enfermedades. Promover salud por medio del deporte, junto con la comunicación y la educación cumple un papel fundamental, al dirigirse a la sociedad con el objetivo de una mejor calidad de vida.





Algunos de los principales beneficios generales de la práctica deportiva en personas con discapacidad intelectual:

1. Favorece el ingreso en la sociedad ya que le enseña a seguir reglas y a cumplir pautas de trabajo y obligaciones.
2. Ayuda a superar la timidez y frenar impulsos excesivos.
3. Enseña a ser más colaborador y tolerante, teniendo que respetar las normas, los turnos y la autoridad.
4. Favorece la toma de decisiones, resolución de situaciones problema y manejo de frustraciones.
5. Favorece el desarrollo psicomotor.
6. Puede ayudar en la mejora de procesos de rehabilitación favoreciendo el trabajo con el movimiento.
7. Estimula la higiene y la salud.
8. Ayuda a relacionarse mejor con su entorno.
9. Enseña a disfrutar de su cuerpo.
10. Favorece la autonomía.

Son todos estos factores los que nos llevan a concluir que el deporte es un medio de gran influencia para el desarrollo de la inclusión social en su totalidad. El deporte nos iguala con otro permitiéndonos tener el mismo gusto deportivo, compartir actividades, observar los mismos partidos, jugar el mismo juego aun teniendo diferencias de nivel entre nosotros. Niños y padres, alumnos y profesores, personas con y sin discapacidad pueden jugar a lo mismo. Luego veremos si hacen falta adaptaciones, o diferencias en los reglamentos, o materiales específicos según la edad o condición particular; pero la generalidad del deporte hace que todos podamos sentir que lo compartimos.

El deporte nos iguala y el movimiento nos ayuda a tener una forma más para comunicarnos. Por eso también la importancia de estar cómodos con nuestro cuerpo, aprender a utilizarlo sin temores, aprender sus posibilidades y limitaciones así como las posibilidades y limitaciones de los demás.

El deporte es entonces en sí mismo un factor desde donde podemos fomentar la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual.



## 1.3 DISCAPACIDAD

### A. CONCEPTO GENERAL

#### ¿Qué es la discapacidad?

El concepto de discapacidad ha ido evolucionando con el tiempo, y seguirá haciéndolo, si bien al día de hoy aún hay diferentes criterios para definirlo, tomaremos en este caso las bases de la CIF (Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, para aludir a un término genérico cuyo fundamento resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.



La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por la ONU en 2006, define de manera genérica a quien posee una o más discapacidades como **persona con discapacidad**.

En Argentina, la definición formal para la Agencia Nacional de Discapacidad, responsable de tramitar los CUD (certificado único de discapacidad) es la siguiente:

Se considera discapacidad a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología, dispositivos de ayuda o terceras personas. <sup>1</sup>

Se pueden considerar válidas muchas definiciones para referirnos a la descripción de la discapacidad en sí misma. **Lo más importante es revalorizar lo humano.**

---

<sup>1</sup> Agencia Nacional de Discapacidad (2018) – Congreso Argentino de discapacidad en pediatría



## **B. PARADIGMAS**

### **a. MODELO DE PRESCINDENCIA**

Este es un modelo de la antigüedad; el cual refiere a que en casi todas las sociedades antiguas las personas con discapacidad no eran tomadas en cuenta. Si bien hubo también territorios y comunidades que cuidaban y veneraban a las personas con discapacidad en oposición a otras que los hacían a un lado de diversas maneras; en general este modelo fue por muchos años originado también en ideas religiosas en el contexto de aquella época; cuestiones de magia, divinidades y dioses que bendecían o castigaban a las personas según su comportamiento en la tierra, advertencias a las familias por comportamientos fuera del reino o advenimiento de catástrofes.

En este modelo las personas con discapacidad eran muchas veces reconocidas como seres endemoniados, maldiciones de los dioses, mensajeros de malos augurios y personas que llegaban a su condición por un castigo divino.

Así también eran señalados por no poder aportar nada a la sociedad, teniendo una vida desgraciada y siendo una carga eterna para sus familiares o su comunidad.

En ocasiones se diferenciaba a las personas que habían nacido con alguna discapacidad de trabajadores del reino o soldados que la adquirían en situaciones de cumplimiento de su labor o heridas de guerra, por ejemplo, los cuales a pesar de ser apartados tenían un tratamiento más amable.

Desde esta visión la persona con discapacidad era muchas veces encerrada, castigada o desterrada de los lugares donde habitaba por ser un ser incomprensible y hasta en algunas comunidades, reinos y estados particulares era avalado para ellos el infanticidio o la eugenesia.

Desde la antigüedad hasta la edad media las personas con discapacidad fueron pasando por distintos tratos de cada sociedad en particular; desde maltratos y muertes, hasta objetos de burla, bufones, personajes de diversión que trabajaban en festejos del reino, mendigos ayudados por la Iglesia como única opción de subsistencia y consultores de magia algunas personas con ceguera, por ejemplo, si se creía que tenían algún poder especial.

### **b. MODELO MÉDICO - REHABILITADOR**

Este modelo deja de lado la crueldad del paradigma anterior, ya no se trata de cuestiones religiosas ni divinas sino de cuestiones científicas asociadas a la salud y la enfermedad; enfocándose en otro punto de vista desde el cual las personas tienen un problema ocasionado por una enfermedad o situación propia y pueden mejorar su condición a través de prácticas de la medicina.



Este es el punto que da nombre al modelo, las personas con discapacidad podrían tener algo que aportar a la sociedad siempre y cuando puedan ser rehabilitadas o curadas.

Se busca la recuperación de la persona. Aparecen las escuelas especiales y las instituciones especializadas, en las cuales en muchas ocasiones terminan viviendo en un tratamiento eterno sin solución.

Si bien este modelo data de algunos años anteriores, su momento característico es en los inicios del siglo XX donde los resabios de la Primera Guerra Mundial hacen estragos en las poblaciones implicadas y un cambio de mirada aparece finalmente con heridos de la Segunda Guerra Mundial bajo la necesidad de reinsertar a los heridos bélicos en las sociedades en que vivían.

Este es un modelo de actitud paternalista, en el que se busca de alguna manera la “normalización” de la persona que tiene alguna discapacidad según la medicina preponderante. Es una época de avances pero también de subestimación y discriminación aún, cuya mirada está puesta en la mejora de las condiciones de las personas que adquirieron ciertas características alusivas a la discapacidad, pero dejando muchas otras cosas en deuda; por ejemplo en la niñez y adolescencia donde no había un espacio ni una situación laboral perdida, como en el caso de discapacidad adquirida, sino que desde el inicio de sus vidas habían estado fuera de la posibilidad de desarrollarse en la sociedad en la que vivían.

### c. MODELO SOCIAL

En este modelo ya más contemporáneo se analiza la discapacidad desde otro punto de vista siendo las limitaciones de la sociedad y el entorno las principales cuestiones a tener en cuenta para hablar de la misma y no las limitaciones individuales que pueda tener una persona en particular.

Si bien las personas pueden tener una deficiencia de cualquier índole, no es eso lo que le impide participar de la sociedad en la que vive sino las condiciones del entorno, las escasas posibilidades de desarrollo y las barreras que le impiden la plena participación en ella.

La premisa desde la cual se parte es la dignidad de la persona. Con lo cual, siendo la sociedad el punto clave de la condición de cada uno, el foco está puesto en un cambio desde la comunidad y no desde lo personal. Esto deviene en un movimiento de políticas inclusivas en muchos ámbitos (educativo, deportivo, laboral, cultural, recreativo, etc.) dando también un enfoque holístico general.

Podría decirse que este fue un movimiento que se originó entre los años 60' y 70' en Estados Unidos mediante el trabajo insistente de algunas personas contra la discriminación en varias áreas lo cual dificultaba también los accesos y posibilidades de las personas con discapacidad dando inicio al movimiento de vida independiente impulsado por las mismas personas con discapacidad.



*“Una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar a un edificio debido a que la entrada consiste una serie de escalones es una discapacidad”. JENNY MORRIS*

A partir de estos tres modelos surgen nuevas propuestas.

Desde principios del siglo XXI y a con bases en una mirada de Derechos Humanos, la OMS habla de un nuevo modelo BIOPSICOSOCIAL en el cual la diferenciación de la discapacidad como consecuencia del entorno y la sociedad en la que las personas viven toma otra dimensión teniéndose en cuenta

- Las deficiencias en las funciones y estructuras corporales,
- Las limitaciones en la actividad y
- Las restricciones en la participación

Dando lugar así a la interrelación completa entre el individuo y los factores ambientales en la globalidad del funcionamiento y las posibilidades de acción y participación en la sociedad en la que vive. Siendo que estos factores producen, además de la deficiencia particular de la persona, influencias positivas o negativas limitando con barreras y prejuicios o permitiendo la libre expresión de sus posibilidades.<sup>2</sup>

Si bien aún no está redefinido podemos decir que está en construcción un nuevo modelo que se articula con este último, el cual es llamado MODELO DE LA DIVERSIDAD<sup>3</sup>; basado en el Movimiento de Vida Independiente y una cuestión bioética articulada con la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad, en el cual se enfatiza sobre la necesidad de un cambio profundo sobre este tema para garantizar la plena igualdad de oportunidades. El cual pretende ser un eslabón más en el camino hacia la inclusión plena, sin discriminación, pensando en dejar finalmente de hablar de persona “con discapacidad” para dar lugar al término de “diversidad funcional” y materializar el cambio en sociedades donde la diversidad de las personas sea naturalizada como tal.

Inicialmente el abordaje de la discapacidad, en el marco de la ONU, fue trabajado exclusivamente relacionado a la rehabilitación en el espacio de la medicina o el lineamiento científico, de unos años a esta parte ese abordaje pasó a un contexto más global desde una

---

<sup>2</sup> Palacios, Agustina (2008) “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” – CERMI – Ediciones Cinca

<sup>3</sup> PALACIOS, Agustina et ROMANACH, Javier (2007): El modelo de la diversidad: Una nueva visión de la bioética de desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional  
PALACIOS, A., ROMANACH, J. «El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional». Ediciones Diversitas- AIES. 2006. Disponible en Web: <http://www.asoc-ies.org/docs/modelo%20diversidad.pdf>.



perspectiva de Derechos destinado a proteger y garantizar los derechos humanos de todas las personas en su totalidad.

## **C. DOCUMENTOS DETERMINANTES**

### **1. Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad**

En el año 1993, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó las “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad”, documento a partir del cual quedó atrás la concepción del modelo médico-rehabilitador para dar lugar al nuevo modelo basado en derechos humanos.

Basado en este documento se creó en el año 2006 la CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD<sup>4</sup> cuyo objetivo tal cual dice en su Artículo 1 es: *Promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.*

### **2. CIE – Código de Clasificación Internacional de Enfermedades**

Es un documento creado originalmente por el Instituto internacional de Estadísticas, tomado años más tarde por la ONU, quien fue la responsable de republicar las actualizaciones. La última (CIE 11) fue aprobada en el año 2019 y republicada formalmente en el año 2022.

### **3. DSM – Diagnostic & Statistical manual of Mental Disorders**

Es un manual derivado de la CIE que ha sido re versionado a lo largo del tiempo siendo actualmente utilizada la quinta versión, publicada en el año 2013, conocida como DSM V<sup>5</sup>.

### **4. CIF – Clasificación Internacional del funcionamiento de la Salud y la Discapacidad**

Esta Clasificación llamada CIF<sup>6</sup>, actualmente en vigencia, tiene como prioridad proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la

---

<sup>4</sup> \* Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad. ONU. (2006)

<sup>5</sup> \*DSM V Actualización (2016). American Psychiatric Association

<sup>6</sup> CIF – Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (2001) – Organización Mundial de la Salud



descripción y los estados relacionados con la salud. En ella se habla de **funcionamiento**, como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano,

**discapacidad** como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano y **salud** como el elemento clave que relaciona ambos.

Esta clasificación se aleja de los conceptos exclusivamente relacionados con la medicina para incluir en sus lineamientos perspectivas más amplias relacionadas también con el ámbito social global; teniendo relación directa con el paradigma biopsicosocial.

#### **D. CLASIFICACIÓN GENERAL**

Son varias las formas en que se pueden agrupar las distintas discapacidades. Hay autores que las dividen según su incidencia en el aprendizaje, otros los clasifican por la edad de aparición.

Según las características que toma como predominante cada autor podemos encontrar tantas clasificaciones como autores se han dedicado a esta tarea.

Consideramos que la más descriptiva y clara en su agrupamiento general es la que propone la Sociedad Argentina de Pediatría, SAP, en base a la CIF; que las clasifica en relación a su pérdida funcional frente a su entorno, en:

##### 1) DISCAPACIDADES MOTORAS:

Este tipo de discapacidad hace referencia a la disminución en la funcionalidad o la estructura corporal, específicamente de los sistemas osteoarticular y neuromúsculo-tendinoso, probablemente desfavorable para la movilidad de alguna parte del cuerpo.

Más allá de sus causas específicas se pueden clasificar globalmente según sus posibilidades de movilidad en cuanto al traslado:

- No ambulatorias.
- Semi-ambulatorias.
- Ambulatorias (trastorno motor, sin afectar el tren inferior).

O también conforme a la posibilidad de movimiento:

- Plejias. Ausencia total de movimiento, no tiene funcionalidad (diplejías, monoplejias, hemiplejias, tetraplejias...)



- Paresias. Puede tener algo de movimiento, aún tiene funcionalidad (monoparesias, hemiparesias, tetraparesias...)

## 2) DISCAPACIDADES SENSORIALES:

Son mayoritariamente referidas a la discapacidad AUDITIVA y a la discapacidad VISUAL. En menor medida se pueden ubicar también disfunciones gustativas, olfativas, propioceptivas y táctiles. Las personas con este tipo de discapacidad a pesar de tener una total autonomía de su cuerpo, tienen dificultades en su relación con el exterior por la dependencia que en algunos casos puede crearse.

## 3) DISCAPACIDADES INTELECTUALES:

La discapacidad intelectual es sumamente amplia y sin entrar en un análisis médico al respecto, podemos decir que le corresponde a toda persona que tiene una disminución de sus facultades intelectuales y una limitación en dos o más áreas de habilidad adaptativa. Muchas veces es de difícil cuantificación, entre otras razones por la falta de precisión en la determinación de sus límites.

## 4) DISCAPACIDADES VISCERALES:

Tal vez las menos conocidas en su acepción. Hacen referencia a deficiencias en estructuras y funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endócrino y genitourinarios; lo cual ocasiona dificultades para desarrollar sus capacidades y actividades con total normalidad (por ejemplo, disfunción cardíaca, diabetes, celiaquía, asma).

*NOTA: Debemos mencionar que muchas veces se encuentran casos en los cuales se manifiesta una multidiscapacidad siendo esta un conjunto de varias de las mencionadas anteriormente.*

En algunos casos dentro de la misma discapacidad se pueden diferenciar formas

- Leves.
- Moderadas.
- Severas.
- Profundas.



Si bien en algunos sistemas se utiliza esta clasificación siendo más de índole descriptiva general; en la CIF, que se utiliza como guía mayormente por profesionales de la salud, estas discapacidades puntuales están reordenadas dentro de sus capítulos según referencias a diferenciaciones basadas en los nuevos paradigmas. Siendo una clasificación organizada en cuanto a las funciones y estructuras corporales de la persona, a las actividades y la participación y a los factores ambientales.

Para comprender mejor los conceptos en los que se basa la CIF haremos mención a continuación de algunas definiciones, las cuales son hoy los ejes en los cuales se apoyan los profesionales para evaluar a la discapacidad:

- Las funciones corporales hacen referencia a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- Las deficiencias aluden a problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación o una pérdida significativa.
- La actividad es la realización de una tarea o acción por parte de una persona.
- La participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
- Las limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño de las actividades.
- Las restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- Los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas.
- Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de la condición o estados de salud. (sexo, raza, edad, hábitos, educación, profesión, etc)

En la CIF se muestra la siguiente escala para indicar la magnitud de una deficiencia según cada ítem a describir:

- 0 No hay deficiencia
- 1 Deficiencia leve o ligera
- 2 Deficiencia moderada
- 3 Deficiencia Grave
- 4 Deficiencia Completa



## **1.4 DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

### **A. Conceptualización general**

Los avances en el campo de la discapacidad intelectual suceden con mucha rapidez, lo que obliga a replantearse la concepción de la misma para generar conocimientos nuevos y actualizados que permitan mejorar la vida de las personas con esas características.

Con el cambio de paradigma en la concepción tradicionalmente utilizada en décadas anteriores se rechazó una concepción reduccionista basada solamente en las características o a veces mal llamada *patología* de la persona, para proponer una concepción interaccionista en la cual el ambiente desempeña un papel sustancial. Se abrieron las puertas de un enfoque multidimensional, y se introdujo el concepto de apoyos.

Hoy el enfoque está dado por un modelo funcional que relaciona las características del individuo con las del entorno y subraya el rol significativo que los apoyos individualizados desempeñan en la mejora del funcionamiento de la persona.

El concepto más actual de la AAIDD (Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo) hace referencia a que la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en las funciones intelectuales (razonamiento, aprendizaje, resolución de problemas) y en habilidades adaptativas (conceptuales, sociales y prácticas); y se origina siempre antes de los 18 años.<sup>7</sup>

Anteriormente se clasificaba a la discapacidad intelectual en orden al coeficiente intelectual (CI) de la persona. Si bien aún hay evaluaciones en cuanto a esta característica particular, ya no es el índice básico. Con la evolución del término y los avances de campo hoy en día hay otros factores que influyen de manera importante para establecer un diagnóstico certero.

En el DSM 5 se ha establecido un reordenamiento de los capítulos estableciendo ahora la discapacidad intelectual dentro de los “trastornos del neurodesarrollo”.<sup>8</sup>

La reducción del peso de las puntuaciones de CI a la hora de realizar el diagnóstico de discapacidad intelectual se ha visto acompañada por el desarrollo cada vez mayor de otra

---

<sup>7</sup> Manual de la AAIDD, Intellectual Disability: Diagnosis, Classification, and Systems of Supports, 11<sup>o</sup> edición, (Schalock et al., 2010).

<sup>8</sup> DSM5 - Actualización 2018 – Asociación Americana de Psiquiatría



serie de dimensiones a tener en cuenta de cara a la evaluación que refleja el carácter social de la misma reconocida hoy en el criterio de *Conducta adaptativa*.

En el Modelo multidimensional del funcionamiento humano correspondiente a la última versión del manual de la AAIDD se detallan estos otros conceptos a tener en cuenta:

- **Habilidades intelectuales:** capacidad mental general que incluye razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia.
- **Conducta adaptativa:** el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que se han aprendido y se practican por las personas en su vida cotidiana.
- **Salud:** un estado de completo bienestar físico, mental y social.
- **Participación:** el desempeño de la persona en actividades reales en ámbitos de la vida social que se relaciona con su funcionamiento en la sociedad; la participación se refiere a los roles e interacciones en el hogar, trabajo, ocio, vida espiritual, y actividades culturales.
- **Contexto:** las condiciones interrelacionadas en las que viven las personas su vida cotidiana; el contexto incluye factores ambientales (por ejemplo, físico, social, actitudinal) y personales (por ejemplo, motivación, estilos de afrontamiento, estilos de aprendizaje, estilos de vida) que representan el ambiente completo de la vida de un individuo.
- **Apoyos:** recursos y estrategias que se dirigen a promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de un individuo, así como para mejorar su funcionamiento individual. Un *sistema de apoyos* es el uso planificado e integrado de las estrategias de apoyo individualizadas y de los recursos que acompañan los múltiples aspectos del funcionamiento humano en múltiples contextos. Ejemplos de ello son los sistemas organizativos, incentivos, apoyos cognitivos, instrumentos, ambiente físico, habilidades.

Si bien muchas veces algunas formas de clasificación suenan discriminatorias, es de vital importancia encontrar una categoría diagnóstica en función de una clasificación positiva y la obtención de los apoyos necesarios. Esto puede favorecer a las familias a la comprensión, contención y ayudas requeridas en los diferentes aspectos como el contacto con grupos de apoyo tanto psicológico como económico y con organizaciones relacionadas, la estimulación del desarrollo y una mejor adaptación al proceso, tanto del niño como de la familia para poder establecer metas acordes o buscar recursos coincidentes con sus necesidades de apoyo, la identificación de las variables a evaluar para una correcta



planificación e intervención; y un mayor conocimiento de la discapacidad misma favoreciendo también al desarrollo teórico de sus características y su evolución.

## **B. Clasificación de causas**

### Prenatal

- Biomédico: alteraciones cromosómicas, alteraciones metabólicas, infecciones transplacentarias (p. ej., rubeola, herpes, etc.), exposición a toxinas o teratógenos (p. ej., alcohol, plomo, mercurio), malnutrición (p. ej., deficiencia materna de yodina), otras alteraciones genéticas.
- Social: pobreza, malnutrición materna, violencia doméstica, falta de cuidado prenatal
- Conductual: uso de drogas por los padres, inmadurez parental
- Educativo: padres con discapacidad sin apoyos, falta de oportunidades educativas

### Perinatal

- Biomédico: prematuridad, daño cerebral, hipoxia, alteraciones neonatales, incompatibilidad del factor rhesus (Rh)
- Social: carencia de acceso a cuidados en el nacimiento
- Conductual: rechazo parental de cuidados, abandono parental del niño
- Educativo: falta de derivación hacia servicios de intervención tras el alta médica

### Postnatal:

- Biomédico: daño cerebral traumático, malnutrición, trastornos degenerativos/ataques, toxinas
- Social: falta de estimulación adecuada, pobreza familiar, enfermedad crónica, institucionalización
- Conductual: abuso y abandono infantil, violencia doméstica, conductas de niños difíciles
- Educativo: retraso diagnóstico, intervención temprana inadecuada, servicios de educación especial inadecuados, apoyo familiar inadecuado



## **1.5 SÍNDROMES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASOCIADA**

- **Síndrome de Down**

El síndrome de Down (SD) es una alteración congénita ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21.

Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares. Uno de estos pares determina el sexo del individuo, los otros 22 se numeran del 1 al 22 en función de su tamaño decreciente. Las personas con síndrome de Down tienen tres cromosomas en el par 21 en lugar de los dos que existen habitualmente; por ello, este síndrome también se conoce como trisomía 21.

Es caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso madurativo y rasgos físicos peculiares que le dan en general un aspecto reconocible.

Si bien no hay niveles de este síndrome, hay tres formas descritas de la unión de este cromosoma, o parte de él, a otro par durante el proceso de reproducción celular; de las cuales derivan tres formas diferenciadas que se manifiestan con características similares.

**Trisomía libre o simple:** un cromosoma extra se une al par 21 en todas las células. El 95% de las personas con síndrome de Down tienen esta forma.

**Traslocación:** un cromosoma 21 se rompe y su totalidad o parte de él se une a otro par de cromosomas (usualmente al par 14)

**Mosaicismo:** La trisomía no se da en todas las células. Algunas tienen tres cromosomas en el par 21 y otras solo dos.

Hay ciertas características generales que se dan en muchos casos, aunque no en todos por igual:

- El grado de discapacidad intelectual varía considerablemente.
- Tendencia al resfrío y las infecciones de oído.
- Problemas de tiroides, de visión, de audición.
- Afecciones cardíacas e intestinales.
- Algunos manifiestan dificultades en su lenguaje.
- Hiperlaxitud



- **Síndrome de X frágil**

El SXF está causado por la falta de la proteína FMRP, por lo tanto el diagnóstico molecular se realiza mediante el estudio del gen FMR1.

La característica clínica fundamental del SXF es en parte el déficit intelectual, que en los varones afectados es de grado moderado mientras que en las mujeres es leve. Otros rasgos que suelen estar presentes en la mayoría de los varones afectados son: cara alargada con frente amplia y mentón prominente, orejas grandes y despegadas, hiperlaxitud articular (con movilidad aumentada sobretodo en articulaciones pequeñas) y testículos grandes (macroorquidismo) tras la pubertad. Otros hallazgos físicos frecuentes son: cabeza grande (macrocefalia), anomalías en la boca, con paladar elevado y dientes apiñados en los maxilares, pies planos, manos con dedos ensanchados en su extremo distal, soplo cardiaco, estrabismo (por hipotonía del músculo ocular), otitis de repetición, sobrepeso u obesidad, hipotonía generalizada y epilepsia

- **Síndrome de Prader Willi**

El SPW se caracteriza por presentar en el período neonatal una hipotonía severa que dificulta la alimentación, posteriormente el niño/a presenta una hiperfagia que conduce en ocasiones a obesidad, conducta obsesiva compulsiva, discapacidad intelectual de leve a moderado e hipogonadismo.

El síndrome de Prader-Willi (SPW) es una enfermedad genética causada por diferentes mecanismos genéticos que resultan en la ausencia física o funcional de genes que se expresan solo a partir del cromosoma 15 paterno, y que no pueden ser complementados al estar estos mismos genes silenciados en el cromosoma 15 materno.



### **Anexo: Trastornos de espectro autista (TEA)**

Por muchos años se creyó que la rama asociada a los trastornos de espectro autista tenía relación directa con la discapacidad intelectual, hoy se sabe que el 75% de la población con TEA, NO TIENE DISCAPACIDAD INTELECTUAL ASOCIADA.

**Se habla de espectro porque el abanico en el que podemos encontrar personas con estas características es realmente muy amplio.**

Dentro de los trastornos de espectro autista encontramos:

- Autismo
- Trastorno de Rett (se cambia en DSM V. Pasa a ser neurológico con causa genética)
- Trastorno de Asperger
- Trastorno degenerativo infantil
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

### **Autismo**

#### **Características:**

- El autismo es un trastorno del desarrollo, permanente y profundo.
- En general se manifiesta hasta los 3 años de edad pudiendo reconocerse algunas características particulares.
- Si bien las causas se desconocen, muchos investigadores creen que es el resultado de algún factor ambiental que interactúa con una susceptibilidad genética.
- Pueden mejorar mucho su calidad de vida.
- Afecta a la comunicación.
- Suelen presentar dificultades en su interacción social.
- Pueden presentar movimientos estereotipados (generalmente en sus manos).
- Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados.
- Déficit sensorial o hipersensibilidad sensorial. Por ejemplo, a una persona puede molestarle un ruido que a otra persona le pasa inadvertido, o una luz específica.



## **Síndrome de Asperger**

### **Características:**

- Puede ser sensible al tacto, luces o ruidos fuertes.
- Puede presentar torpeza motriz cuando camina o practica deporte.
- Puede presentar movilidad de forma repetitiva o movimientos estereotipados.
- Puede ser sensible a los cambios de colegio, trabajo o rutina diaria.
- Literalidad. Racionalidad. Pueden presentar dificultades de comprensión o desinterés en el juego simbólico (por ejemplo, fingir que una piedra es un ser vivo).
- Con frecuencia sucede una fuerte atracción hacia intereses concretos como los juegos para consolas o tablets, estadísticas deportivas, algunos programas de TV, entre otras cosas.
- Suelen tener buena memoria fotográfica.