Retraso mental:

Descripción de un caso.

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Psicología y Logopedia. Universidad de La Laguna. Curso académico 2017-2018.

Alumna: Noelia Afonso Molina.

Tutoras: Mª África Borges del Rosal y Mª Carmen Rodríguez Jiménez.

Convocatoria: Junio 2018.

Resumen:

El retraso mental es una discapacidad que se caracteriza por tener limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa tal como se muestra en las habilidades prácticas, sociales y conceptuales. El retraso mental empieza antes de los 18 años y tiene varias formas de clasificación, siendo la más usada según la gravedad de la deficiencia intelectual, en la que encontramos el retraso mental leve, moderado, grave y profundo. Existe una segunda clasificación de forma básica, en la que encontramos el retraso mental clínico y el retraso mental socio-cultural.

La logopedia en esta patología juega un papel muy importante, ya que el lenguaje en personas que tienen retraso mental se ve bastante afectado en cuanto a la fonología, morfología, sintaxis, comprensión, pragmática, etc.

Con las personas que tienen retraso mental se puede intervenir de diferentes maneras, existen la intervención metacognitiva, la intervención psicopedagógica y la de tipo multimodal, todo esto teniendo en cuenta que el proceso de intervención del lenguaje en las personas con retraso mental tiene rasgos que lo caracterizan.

El objetivo de este trabajo es describir como estudio de caso el desarrollo de un niño afectado de retraso mental profundo.

Palabras clave: Retraso mental, logopedia, definición, tipos, lenguaje y límites.

Abstract:

Mental retardation is a disability characterized by having limitations on intellectual functioning and adaptative. Conduct as it is shown in the practical, social and conceptual skills. Mental retardation begins before 18 years old and has several ways of classification, being the most usual the one concerning the intellectual deficiency, in wich we find mild, moderate, grave and profound mental retardation. There is a basic second classification, in wich we find clinical mental retardation and socio-cultural mental retardation.

Speech therapy has a very important role in this pathology, due to the fact that language in people with mental retardation is affected quite a lot in regards to phonology, morphology, syntax, comprenhension, pragmatics, etc.

It is posible to intervene with people with mental retardation in different ways, namely metacognitive intervention, psychopedagogical intervention and multimodal type, all these having into account that language intervention process in people with mental retardation have characterizing features.

The aim of this work is to describe as a case study the development of a boy with profound mental retardation.

Key words: Mental retardation, speech therapy, definition, types, language and limitations.

1. Introducción:

Según Verdugo Alonso (2012), el retraso mental es una discapacidad que se caracteriza por tener limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa tal como se muestra en las habilidades prácticas, sociales y conceptuales. El retraso mental empieza antes de los 18 años.

Según Edgerton (1985), el retraso mental se puede clasificar según los síntomas y las causas, pero el tipo de clasificación más utilizado se lleva a cabo según la gravedad de la deficiencia intelectual (véase tabla 1).

Tabla 1

Clasificación del retraso mental.

Clasificación del retraso mental.	
Tipo:	CI:
Retraso leve	55-69
Retraso moderado	40-54
Retraso grave	25-39
Retraso profundo	<25

Los diferentes tipos de retraso mental se caracterizan por (Majluf y Vásquez, 1998):

- Retraso leve: son aquellos pacientes que, aunque sean capaces de mantener una conversación y expresarse en la vida cotidiana, adquieren tarde el lenguaje. La mayor parte de estas personas llegan a alcanzar una independencia para su propio cuidado como comer, vestirse, etc. También pueden realizar trabajos manuales, aunque con dificultad en la lectura y escritura.

- Retraso moderado: estos pacientes muestran una lentitud en el desarrollo de la comprensión y en el uso del lenguaje, teniendo de este un dominio limitado. Los avances escolares se ven limitados, ya que aprenden solo lo elemental para la lectura, escritura y el cálculo. Presentan dificultad en su propio cuidado y las funciones motrices son escasas por lo que necesitan una supervisión continua. Cuando llegan a la edad adulta es difícil que desarrollen una vida de manera independiente, pero físicamente muchos de ellos son activos, con la completa capacidad de movimiento. En estos casos el desarrollo del lenguaje varía, ya que hay pacientes que no aprenden a usar el lenguaje, y se comunican mediante la gesticulación manual.

- Retraso grave: conformado por aquellos pacientes con un escaso o nulo nivel del desarrollo del lenguaje. La mayoría de ellos presentan un déficit motor o la presencia de otras carencias las cuales dan evidencia clínica a un daño o a una anormalidad del Sistema Nervioso Central.

- Retraso profundo: son los pacientes que tienen la capacidad para cuidar sus necesidades básicas bastante limitadas, por lo que requieren una constante ayuda y supervisión. No comprenden instrucciones, o no las reconocen por lo que no las llevan a cabo. Su comunicación no verbal es muy básica, tienen una movilidad restringida o inexistente y no tienen adquirido el control de los esfínteres.

Aparte de esta clasificación, que categoriza la gravedad de la deficiencia intelectual, existen dos tipos básicos, el clínico y el socio-cultural. (Edgerton, 1985).

- Clínico: el déficit intelectual va de moderado a profundo, el diagnostico se establece al nacer o en los primeros años de vida. El retraso clínico suele coincidir con deficiencias orgánicas de cualidad neurológicas, metabólicas o fisiológicas. Aunque se puedan establecer las causas, no se puede establecer un tratamiento que realmente sea eficaz. Las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales se ven influidas por la asistencia y educación que reciben. Los padres con hijos de este tipo acuden a médicos y clínicas para buscar orientación y tratamiento para sus hijos. Hay diferentes causas que originan el retraso clínico como infecciones, intoxicación, trastorno del metabolismo o de la nutrición y anomalías genéticas.
- Socio-cultural: implica deficiencias intelectuales leves. Este tipo se suele diagnosticar cuando el niño ingresa en la escuela y presenta dificultades de aprendizaje determinado por un examen psicológico. No suelen presentar deficiencias físicas acentuadas, pueden comportarse adecuadamente en su vida cotidiana aun teniendo el rendimiento escolar por debajo de la media. Los padres de estos niños lo que hacen es aceptar la etiqueta que le ponen a su hijo. Las casusas que determinan este tipo de retraso pueden ser enriquecimiento del ambiente cultural, el medio ambiente físico (el plomo), malnutrición y las escuelas.

El retraso mental presenta limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, estas se manifiestan durante el periodo del desarrollo, y a su vez coexisten con capacidades. Las limitaciones en inteligencia deben ser consideradas junto a las diferentes dimensiones de funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas, consideraciones psicológicas y emocionales, consideraciones físicas, de salud y etiológicas y por último consideraciones ambientales, ya que por sí sola no es suficiente para llevar a cabo un diagnóstico, pero si es un criterio necesario para ello. Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan a la vida diaria y a la habilidad de responder a los cambios en la vida y las demandas ambientales. Las limitaciones del participante deben observarse en un contexto adecuado a su edad, a sus iguales y unido a las necesidades individuales de apoyo (Verdugo, 2012).

La logopedia tiene un papel importante en las personas con retraso mental en cuanto al área del lenguaje, ya que este se ve bastante afectado en estas personas. El lenguaje está compuesto por la fonología, la morfología, la sintaxis y la semántica (Lambert, 1981). Por una parte, en el aspecto fonológico los trastornos más frecuentes son las dificultades articulatorias, vocales y tartamudez. Presentan un retraso importante también en el sistema morfológico. En el desarrollo sintáctico, las diferentes investigaciones llegan a la conclusión de que los retrasados mentales tienen un desarrollo lingüístico parecido a los normales diferenciándose solo en que este desarrollo se hace con mayor lentitud.

Hay investigaciones que concluyen que el proceso evolutivo del retrasado mental se ve frenado y se detiene a los diecinueve años con respecto a niños normales y por otra parte, otros trabajos muestran que el desarrollo del lenguaje en el retrasado mental es diferente al de las personas normales, en términos de la estructura del lenguaje (Lambert, 1981).

En cuanto a la comprensión, se observa ausencia o inadecuación de las reacciones de los usuarios ante una orden verbal, y si además el proceso de comunicación se complica con el empleo de la negación, subordinadas o formas pasadas o futuras, se espera que estos usuarios no lleguen a comprender la orden verbal que se le ha dado (Lambert, 1981). Según Arteaga (2015), en la comprensión también existe la incapacidad de entender frases con sentido figurado, es decir, las ironías, metáforas, etc.

Las personas que presentan retraso mental tienen insuficiencia en las funciones intelectuales, lo que da lugar a una limitación de la adquisición de conocimientos y, por tanto, su integración social (Rasero, 1995), ya que, como comenta Arteaga (2015), el desarrollo del lenguaje en las personas con retraso mental no solo se relaciona con el ritmo del desarrollo intelectual, sino que también lo hace con factores educativos y con los factores que componen el entorno social.

El retraso mental es también responsable de que las personas que lo padecen puedan presentar dislalias, tartamudez o dislexia, pero esto no quiere decir que todos ellos presenten estos problemas, sino que son características propias que aparecen en alguna de las personas que presenten este déficit (Rasero, 1995). A su vez, el habla de estas persona puede ser de manera farfullante y atropellada (Arteaga, 2015).

Collazo (2014) comenta que en cuanto al nivel receptivo existen dificultades por el déficit de memoria que presentan las personas con retraso mental. En algunos casos deforman el lenguaje porque sólo son capaces de captar una o dos palabras de la oración y otras veces muestran dificultad por las palabras que suenan parecido, lo que hace que no entiendan el mensaje.

En el nivel expresivo se observa que hay un léxico pobre, poco fluyente y tiene lugar la sobreextensión, término que hace referencia al uso de una sola palabra para nombrar a más de un objeto o concepto. En el nivel expresivo también tienen lugar alteraciones en las palabras como adiciones, omisiones,

repeticiones, inversiones o sustitución que pueden dar origen a nuevas palabras o pseudopalabras y pueden dar lugar a ecolalias (Collazo, 2014).

En cuanto al nivel de morfosintaxis, los enunciados de las personas con retraso mental están compuestos solo por palabras de contenido, es decir, no hacen uso de los nexos de unión como los artículos, pronombres etc. Y los tiempos verbales son un punto débil, por lo que no existe concordancia entre el sujeto y el verbo (Collazo, 2014).

En la pragmática se producen errores en las respuestas de simples preguntas, ya que para contestar preguntas se necesitan las habilidades de los procesos que intervienen en la pragmática, y estas personas mayormente responden con la última palabra de la pregunta. Dichos errores pueden ir disminuyendo a medida que se aumenta el nivel lingüístico (Collazo, 2014). En cuanto a los aspectos pragmáticos, se observa un retraso de las interacciones sociales temprana, como son la sonrisa, el contacto ocular, entre otras (Arteaga, 2015).

Según Morales (2004), el proceso de intervención del lenguaje en las personas con retraso mental tiene rasgos que lo caracterizan:

- Clínico-terapéutica: en este apartado se clasifica a las personas según su patología del lenguaje, el habla y la voz. Esta clasificación no siempre es efectiva en el proceso de intervención del lenguaje en personas con retraso mental, ya que no se tiene en cuenta la formación de estas personas ni su desarrollo de personalidad como un todo.
- Pedagógica: en este ámbito se muestran los métodos y procedimientos pedagógicos en la enseñanza. La intervención en este apartado se realiza con las personas que tienen un trastorno en alguno de los canales de la comunicación, este apartado considera muy necesaria la relación de la escuela, la familia y la comunidad. En este ámbito se proporcionan dos entornos para el desarrollo de la intervención, siendo estos el gabinete logopédico, y otro más natural para las personas, el entorno familiar y el escolar, ambos entornos deben estar coordinados para trabajar, ya que se requiere coordinación entre la intervención del lenguaje con el trabajo que se desarrolla en el aula. En caso de las personas con retraso mental, debido a las características generales y del lenguaje que presentan, se debe partir de lo más actual en la logopedia, para destacar una idea preventiva del lenguaje y que se originen cambios en la idea teórica y práctica de la intervención logopédica.
- Preventiva: en este ámbito se relaciona la idea de la intervención logopédica que se lleva a cabo en la escuela especial para personas con retraso mental para potenciar el desarrollo del lenguaje oral. Y se plantea una intervención más amplia en la que se incluyen todas las formas de comunicación, que son la oral, escrita, pictográfica, alternativa, etc.

Según Carpio (2002), se parte del problema de determinar si las personas con retraso mental se pueden beneficiar de una intervención metacognitiva en la comprensión lectora, al igual que en las personas que carecen de déficits. La metodología a utilizar en esta intervención debe ser la misma que se aplica con

individuos con inteligencia normalizada porque, aunque las personas con retraso mental puedan tener diferencias cualitativas y cuantitativas en el rendimiento, el sistema cognitivo de estos funciona de manera semejante que el de las personas sin retraso mental. Lo que si es necesario hacer es diseñar un método para las personas con retraso mental con materiales que le motiven, que tenga en cuenta los procesos personales de la comprensión y que sea aplicable tanto en un grupo de aula como de manera individual. Es más eficaz un programa de intervención metacognitiva en el aprendizaje de la comprensión lectora, que incluye programas de generalización, que un programa tradicional.

En la formación y desarrollo de la logopedia como ciencia, existen dos tendencias ambas fundamentales, la médica y la pedagógica, por lo que, por medio de la intervención psicopedagógica del lenguaje, que resulta un proceso educativo de gran valor, la escuela en conjunto con la familia y la comunidad, se encarga de preparar a las personas con retraso mental para posibilitar que se desarrollen como personas útiles para la sociedad (Morales, 2004).

Según Rodríguez-Sacristán y Buceta (1998), se llevan a cabo intervenciones de tipo multimodal, ya que este tipo de intervención permite un mejor desarrollo de las potencialidades de las personas con retraso mental.

La edad de intervención se ha adelantado, por lo que se comienza a intervenir desde el primer año de vida con la estimulación precoz que cuenta con diferentes instrumentos y con terapias que quieren cambiar el pronóstico de minusvalía en los casos concretos e integrar a estas personas cuanto antes en la sociedad (Rodríguez-Sacristán y Buceta, 1998).

Se ha llevado a cabo la tecnología de una evaluación psicológica para la intervención, lo que ha dado lugar a una duplicación de las propuestas metodológicas, por lo que el intento de evaluar psicológicamente a personas con retraso mental presentan dificultades, si a esto se le suma que las técnicas propuestas han sido pensadas para personas que no presentan este déficit, nos encontramos con muchos problemas a la hora de llevar a cabo la evaluación de las conductas, estructuras y situaciones que componen la psicología del retraso mental. Por esto la evaluación que se realiza para llevar a cabo la intervención en personas con retraso mental tiene que seguir un proceso mental: plantear los procesos que se van a llevar a cabo según las características de la persona, recoger y registrar la información procedente de diferentes medios, integrar la información, llevar a cabo un juicio global y comunicar los resultados, selección para el proyecto de intervención y una reevaluación después de la intervención (Rodríguez-Sacristán y Buceta, 1998).

Por lo que se ha expuesto anteriormente, la logopedia tiene una amplia tarea en el retraso mental. Como muestra de ello se presenta el siguiente trabajo, con el objetivo de describir como estudio de caso el desarrollo de un niño afectado de retraso mental profundo.

2. Estudio del caso.

2.1 Informantes.

Para esta descripción obtendremos la información a través de informantes. Los informantes serán la madre y la hermana mayor por medio de una entrevista y la logopeda del niño a través de una entrevista telefónica.

2.2 Detección del problema.

Nuestro participante es un niño de quince años, segundo gemelo y el tercero de tres hermanos. Diagnosticado con un retraso mental profundo sin medicación.

De un bebe a otro hubo un transcurso de 15 minutos, y a la hora del nacimiento de nuestro participante, tuvo lugar una sepsis por la placenta del primer bebe, por lo que el segundo gemelo estuvo ingresado 16 días en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).

Los familiares comenzaron a darse cuenta de que el niño presentaba un problema a los seis meses, cuando observaron que él no avanzaba de la misma manera que su hermana gemela, cuando su hermana ya mantenía la cabeza a él siempre se le iba para detrás y estaba continuamente rígido. La hermana comenzó a mantenerse de pie y a dar pasos cuando él todavía no lo hacía, y se pasaba todo el tiempo llorando, con un llanto insoportable.

A los nueve meses se le derivo a psicomotricidad en la Universidad de La Laguna para trabajar con él las diferentes motricidades, como la motricidad gruesa, la motricidad fina, etc.

Nuestro paciente nunca llegó a presentar agresividad en ninguna situación, salvo que actualmente en situaciones concretas cuando quiere algo y no sabe cómo pedirlo recurre a la agresividad para expresar que quiere algo. Es una persona muy expresiva, con falta de interés y colabora cuando a él le apetece.

2.3 Escolarización.

El participante fue escolarizado a los tres años, el que ha acudido a diferentes centros como “quiero ser como tú”, al que ya no acude, donde se trabajaba fisioterapia y logopedia, a “Guadisen” y al hospitalito también para trabajar la fisioterapia. Actualmente acude al centro de acaman, a la logopeda, al terapeuta ocupacional y al psicomotricista.

En el centro de ACAMAN, actualmente se encuentra escolarizado en el nivel de infantil, donde se trabaja con él la psicomotricidad, aprender a sentarse bien, comer…, es decir, actividades de la vida cotidiana, al igual que se trabaja la interacción con los otros compañeros, mantenerse sentado durante un tiempo prudencial durante las clases, y a la hora de comer también se aprovecha para trabajar con él a coger y controlar el cubierto. En este centro se le enseña a cómo

debe comportarse en diferentes situaciones, donde se juega donde no se juega, cuando hay que atender, cuando hay que estarse sentado, a pedir las cosas de manera correcta entre otras actividades. En este centro hace uso de una agenda de comunicación en la cual se le anticipa lo que va a hacer en el día, desde que llega al cole hasta que se va.

Acude también al terapeuta ocupacional, donde le enseñan a vestirse y desvestirse, comer, etc. Trabajan la psicomotricidad fina como por ejemplo las pizas con los dedos para coger objetos y la psicomotricidad gruesa para mantener el equilibrio y adquirir agilidad. Se trabaja la reacción a su nombre, para que nuestro participante sepa que cuando se dice su nombre es porque se le quiere decir algo y tiene que prestar atención. Y se trabajan los movimientos estereotipados, para que sepa controlarlos.

Acude a un logopeda desde los cinco años, cuyo objetivo es conseguir que el participante se comunique y conseguir que siga una Tablet para la comunicación. A la vez que se está trabajando con la Tablet, se le va estimulando la motricidad fina. En estas sesiones de logopedia se trabaja la lengua de signos para introducirla en su día a día, la cual también se le enseña a la madre para que esta la practique en la casa con el niño e introducirla en su vida cotidiana. Trabajan los pictogramas en un tablero, para el uso futuro de un sistema alternativo de comunicación, aunque presenta dificultad para asociarlos y le resulta más fácil asociar los conceptos con imágenes reales. También trabajan para enseñarle a vestirse, desvestirse, mantener objetos en la mano, etc. Se trabaja la acción de señalar, para cuando el participante quiera algo sea más fácil de comprender lo que quiere, a la vez que se le enseña a comunicarse con algunos gestos. En la logopedia no se le ha podido pasar ninguna prueba, ya que presenta un nivel cognitivo muy bajito, pero para ver qué objetivo trabajar existen unas guías de desarrollo para ello. Aunque acude a este logopeda, en el centro también tiene sesiones de logopedia, las cuales están coordinadas con el logopeda externo al centro, para llevar a cabo un orden de trabajo.

Aunque en general a todos los lugares a los que asiste se trabaja la psicomotricidad, también acude a sesiones específicamente de psicomotricidad en la Universidad de La Laguna para trabajarla y que el participante pueda llegar a valerse por sí solo.

3. Situación actual.

3.1 Avances obtenidos.

A día de hoy se han conseguido muchos avances, de los cuales algunos se creían imposibles, después de que los médicos de fisioterapia le dieran el alta porque no iba a poder caminar, la familia siguió constante trabajando y haciendo ejercicios, y a día de hoy el participante ya camina, comenzó a caminar a los dos años, arrastrando un pie y actualmente camina con normalidad hasta es capaz de correr.

Otros avances que se han obtenido son en la comprensión de órdenes, cuando se le da una orden sabe lo que se le está pidiendo, aunque depende de

cómo él se encuentre la lleva a cabo o no. Es un niño más activo, mantiene interacción mediante la mirada. Es capaz de pedir lo que quiere mediante gestos como beber agua o que quiere ir al baño, aunque hay veces que no se esfuerza por hacerlo ya que la familia lo entiende y le hacen lo que pide. Es capaz de comer solo, pero a veces depende del tipo de alimentos necesita ayuda.

Este participante es una persona que no balbuceó, sino que pasó directamente a decir algunas palabras. Su primera palabra fue a los 10 años, pero son palabras sueltas como mama, papa, agua o algún nombre de un amigo.

En la logopedia también ha obtenido avances, intenta hacer gestos para comunicarse, ha aprendido algunos signos de la lengua de signos, consigue reconocer muchas cosas y a día de hoy es capaz de imitar algunas acciones.

En cuanto a él mismo ha conseguido aprender a divertirse consigo mismo y es capaz de pedirte lo que quiere, como por ejemplo si quiere música lo pide o si quiere la tele también.

Es capaz de diferenciar nariz y boca, y así se consigue que tenga un control respiratorio.

Para que se lleven a cabo más avances, se tiene que buscar involucración por parte de la familia, para que todo lo que se trabaje en los diferentes centros a los que va, se lleven a cabo también en la casa.

3.2 Intervención.

Las intervenciones que actualmente se llevan a cabo con el participante son dos veces a la semana con el terapeuta ocupacional y con el logopeda externo al centro, acude todos los días al centro ACAMAN, donde también tiene sesiones de logopedia y el psicomotricista tres veces en semana, que tiene previsto darle ya el alta debido a su avance.

3.3 Limitaciones.

En cuanto a las limitaciones, el participante actualmente presenta muchas de ellas, siendo la principal, desde el punto de vista logopédico, que no ha sido capaz de adquirir un habla fluida, ni siquiera tiene adquirida la cantidad de vocabulario que le permita expresar lo que quiere, es decir su vocabulario es bastante escaso. Presenta limitaciones en las capacidades para cuidar sus necesidades básicas, por lo que necesita una constante supervisión. Su comunicación verbal es muy básica, presenta limitaciones en su motricidad a la vez que presenta problemas óculo-manual.

Le cuesta mantenerse sentado y tranquilo a la hora de llevar tareas a cabo, por lo que también tiene limitada su concentración. A la hora de comer, lo hace solo, pero presenta alguna dificultad dependiendo del alimento que se le presente.

Aunque ha conseguido pedir que quiere ir al baño, aun la acción de ir solo se encuentra limitada, por lo que lo tienen que acompañar, igual que a la hora de vestirse, desvestirse, lavarse los dientes y demás acciones que se llevan a cabo en el día a día.

A día de hoy sigue presentando movimientos estereotipados como balanceos, movimientos continuos de los pies, y un soplo sin control.

En cuanto a la comprensión se ha mejorado, pero sigue habiendo un pequeño grado de limitación, ya que a veces no llega a comprender lo que se le pide.

Presenta limitaciones a la hora de elegir pictogramas, por su problema óculo-manual.

4. Prospectiva.

Desde el punto de vista logopédico, lo que su logopeda comenta es que no se verán avances en poco tiempo, si no que los avances que nuestro participante va a obtener serán trabajando con él durante años, ya que para conseguir lo poco que ha adquirido se ha necesitado muchos años de trabajo, desde los cinco que empezó hasta los quince que tiene actualmente, a parte de la constancia que se ha tenido, ya que el paciente a día de hoy presenta aún muchas limitaciones debido a la presencia del retraso mental profundo. Con respecto a la lengua de signos que está trabajando la logopeda, comenta que le es difícil, ya que la familia no está del todo involucrada en aprender la lengua de signos para practicarla con el paciente, y ya que al mismo le cuesta asociar el signo con el nombre que le corresponde. La logopeda espera que haya más involucración por parte de la familia y motivación por parte del participante.

Desde el punto de vista familiar, la familia espera que el paciente llegue a valerse por sí solo, actualmente buscan que se pueda bañar, vestir y desvestir sin ayuda, para cuando ellos no puedan ayudarlo él lo sepa llevar a cabo, aunque sea por medio de la supervisión. Son conscientes de que es muy difícil, que lleva trabajo y tiempo todos los avances que quieren que el participante consiga y de que no va a llegar a hacerlo del todo bien como la familia quiere, pero si quieren y trabajan por que él siga avanzando paso a paso, que pida de mejor manera las cosas, que llegue a valerse por sí solo y que consiga interactuar con otras personas.

Lo que la familia quiere es que avance en el aspecto de la vida cotidiana, valerse por sí mismo, le dan más importancia al hecho de que pueda vestirse, comer solo y bañarse que al aspecto educativo.

Como ahora el participante se encuentra en un punto en el que está receptivo y ha avanzado, la familia lo está estimulando lo máximo posible para conseguir los objetivos que ellos esperan de él. Los objetivos que propone la familia y que esperan que el participante consiga son a corto plazo, ya que son conscientes

de que los objetivos a largo plazo, llevan un periodo largo de tiempo y mucho trabajo.

5. Discusión.

En este estudio se ha llevado a cabo el objetivo de describir como estudio de caso el desarrollo de un niño afectado de retraso mental profundo.

El retraso mental es un trastorno donde tienen lugar muchas limitaciones y dependiendo del grado del mismo las limitaciones pueden variar, al igual que hay trastornos del lenguaje que pueden aparecer en estas personas, pero no se generaliza a toda la población de retraso mental, ya que cada persona tiene sus rasgos que lo caracterizan, y todos no avanzan de la misma manera ni obtienen los mismos resultados, por lo que a la hora de trabajar con ellos se debe adaptar a las necesidades de cada uno.

Se puede observar que la estimulación temprana es de máxima importancia para las personas con retraso mental, ya que trabajando desde pequeños se hará que se cree una mayor independencia y se podrán ir adquiriendo conocimientos con el trabajo y la constancia, es muy importante no dejar de trabajar con estas personas, ya que si se para el tratamiento el retroceso de los avances será muy grande.

La logopedia, junto a la terapia ocupacional, las sesiones de psicomotricidad y el colegio donde acude, han llevado a cabo el trabajo con este participante de manera temprana, desde que a este se le comenzó a detectar el problema a los seis meses, y como resultado de esta estimulación temprana a día de hoy el participante ha conseguido algunos avances en cuanto al lenguaje, independencia, motricidad, expresión, comprensión y algunas emisiones de palabras.

El papel que juega la logopedia en este caso concreto es muy importante, ya que, aparte de trabajar de manera coordinada con el resto de profesionales para mejorar la motricidad fina y gruesa y la independencia personal de este participante, trabaja para crearle a este un sistema alternativo de comunicación el cual se usara para poder interactuar, ya que su vocabulario es muy escaso y no puede emitir lo que desee. Se le crea un sistema alternativo de comunicación con fotos reales ya que las asocia con más facilidad, porque en cuanto a los pictogramas presenta problemas a la hora de asociarlos.

Con este participante la logopedia no puede anularse, es decir, no se le va a dar el alta, ya que, si se hace esto, los avances obtenidos se pueden perder. Aunque no se muestren avances con este participante en poco tiempo, esto no quiere decir que se haya estancado, sino que para lograr que se consiga algún objetivo hay que llevar a cabo un trabajo constante durante un largo periodo de tiempo.

En este caso para la logopeda el objetivo principal sigue siendo que el participante llegue a comunicarse mediante algún sistema alternativo o la lengua

de signos, pero en cambio, para la familia a día de hoy el objetivo principal que quieren llegar a conseguir es que el participante adquiera una independencia personal para que el solo pueda llevar a cabo acciones básicas de la vida diaria, como por ejemplo comer.

6. Referencias bibliográficas:

Arteaga, S. L. (2015). *Los trastornos del lenguaje.* Cádiz: Carpe Diem.

Carpio, C. (2002). Intervención metacognitiva sobre comprensión lectora de personas con retraso mental. *Siglo Cero, 33(1),* 35-44.

Citado en Collazo, A. (2014). *Habilidades comunicativas en discapacidad intelectual.* Trabajo fin de máster. Universidad de Oviedo.

Edgerton, R. (1985). *Retraso mental.* Madrid: Morata.

Lambert, J. L. (1981). *Introducción al retraso mental.* Barcelona: Herder.

Majluf, E. y Vásquez, F. (1998). *Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo".* Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-11.htm.

Morales, M. E. (2004). *Alternativa metodológica de intervención Logopédica para potenciar el desarrollo del lenguaje oral de los alumnos con retraso mental leve del grado preparatorio*. Tesis doctoral. Instituto Central de Ciencias Pedagógicas.

Rasero, J. (1995). *Sobre la expresión oral de los deficientes mentales.* Cáceres: Universidad de Extremadura.

Rodríguez-Sacristán, J., y Buceta, M. J. (1998). La deficiencia mental. Aspectos psicológicos y psicopatológicos de las estructuras deficitarias. *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp.855-905). Sevilla: Universidad de Sevilla.

Verdugo, M. Á. (2012). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002.* Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Recuperado de http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3050/analisis_definicion_discapacidad_intelectual_asociacion_americana_sobre_retraso_mental.pdf?sequence=1

7. Anexos.

Anexo 1:

Entrevista:

- ¿Por cuántos miembros está compuesta la familia, qué edad tienen y a qué se dedican?
- ¿con quién convive actualmente?
- Situación económica de la familia.
- ¿Cómo es la relación con la familia?
- ¿Cuántos años tiene el participante?
- ¿Cómo fue el embarazo?
- ¿Cómo fue el transcurso del parto?
- ¿Cuánto tiempo pasó del primer bebé al segundo?
- ¿Cuándo fue su primera palabra?
- ¿Cuándo comenzó a caminar?
- ¿Cómo es su relación con las personas?
- ¿Desde cuándo empezó con su problema? ¿Cómo se lo detectaron?
- ¿Qué pruebas se le realizaron para saber su diagnóstico?
- ¿A qué centros acude? ¿Para qué? ¿Qué trabaja en ellos?
- ¿Con qué edad fue escolarizado?
- ¿Qué limitaciones presenta actualmente?
- ¿Qué avances se han obtenido?
- ¿Qué intervenciones se llevan a cabo?
- ¿Qué esperan del participante?