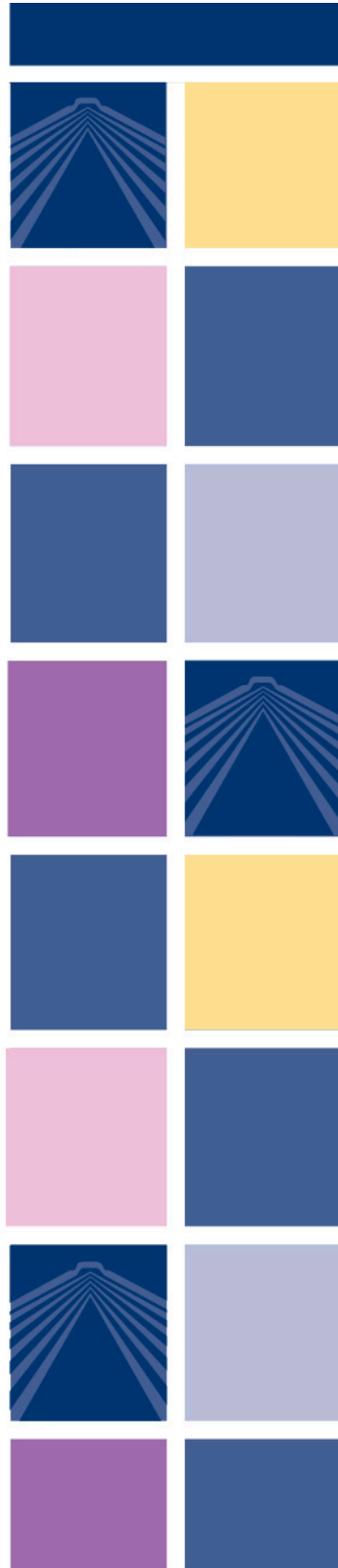


Trastornos del neurodesarrollo

Desde la práctica hacia la teoría

María Dolores Gil Llarío
(Coord.)

PIRÁMIDE



Trastornos del neurodesarrollo

Desde la práctica hacia la teoría

Coordinadora
MARÍA DOLORES GIL LLARIO

CATEDRÁTICA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Trastornos del neurodesarrollo

Desde la práctica hacia la teoría

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

©María Dolores Gil Llarío (coord.), 2024

©Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2024

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Valentín Beato, 21. 28037 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN digital: 978-84-368-4900-4

Relación de autores

Carmen Berenguer Forner
Universitat de València.

Inmaculada Fajardo Bravo
Universitat de València.

Olga Fernández García
Universitat de València.

Carmen Ferrer Pérez
Universitat de València.

Sylvia Georgieva Georgieva
Universitat de València.

M.^a Dolores Gil Llario
Universitat de València.

Vicente Morell Mengual
Universitat de València.

Belén Roselló Miranda
Universitat de València.

Encarnación Satorres Pons
Universitat de València.

Índice

Presentación	15
 1. Discapacidad intelectual (<i>Inmaculada Fajardo Bravo y Carmen Ferrer Pérez</i>)	17
1. Introducción.....	17
2. Etiología.....	17
3. Diagnóstico de la Discapacidad Intelectual.....	18
3.1. Discapacidad Intelectual.....	19
3.2. Retraso global del desarrollo y trastorno del desarrollo intelectual no especificado.....	21
4. Evaluación de la Discapacidad Intelectual.....	21
4.1. Evaluación del funcionamiento intelectual	24
4.1.1. Evaluación del funcionamiento intelectual global.....	25
4.1.2. Evaluación de otras áreas del desarrollo específicas.....	28
4.2. Evaluación de la conducta adaptativa.....	31
4.3. Evaluación de las necesidades de apoyo.....	32
4.4. Apunte sobre la importancia de la etiología biomédica para la evaluación	32
5. Intervención	33
5.1. Intervención por áreas del desarrollo	33
5.1.1. Percepción y motricidad.....	33
5.1.2. Memoria	34
5.1.3. Atención y funciones ejecutivas	35
5.1.4. Intervención en el área del lenguaje y la comunicación.....	35
5.2. Intervención en el área de la conducta adaptativa	37
Referencias utilizadas para la elaboración del capítulo	39
 2. Trastorno del espectro autista (<i>M.^a Dolores Gil Llarío y Carmen Ferrer Pérez</i>)	43
1. Introducción.....	43
2. Etiología del Trastorno del Espectro Autista.....	44

3. Caracterización general de las particularidades en el desarrollo de los procesos cognitivos básicos y las funciones ejecutivas.....	45
4. Criterios diagnósticos del TEA.....	47
5. Teorías explicativas.....	49
5.1. Teoría de la mente o ceguera mental.....	50
5.2. Teoría de la disfunción ejecutiva.....	51
5.3. Teoría de la coherencia central débil.....	52
6. Evaluación.....	53
6.1. Screening.....	53
6.2. Evaluación diagnóstica.....	54
7. Intervención.....	55
7.1. Áreas de intervención específicas.....	57
7.2. Modelos globales de intervención: el método TEACCH.....	59
7.3. Intervención farmacológica.....	61
Referencias utilizadas para la elaboración del capítulo.....	62
 3. Trastornos del desarrollo de la comunicación, el habla y el lenguaje <i>(Vicente Morell Mengual)</i>	 63
1. Introducción.....	63
2. Componentes del lenguaje.....	63
3. Trastornos relativos a la forma, contenido y uso del lenguaje.....	66
3.1. Trastorno del desarrollo del sonido del habla.....	66
3.1.1. Definición y características.....	66
3.1.2. Evaluación y diagnóstico.....	68
3.2. Trastorno del lenguaje.....	71
3.2.1. Definición y características.....	71
3.2.2. Evaluación y diagnóstico.....	73
3.3. Trastorno de la comunicación social (pragmático).....	77
3.3.1. Definición y características.....	77
3.3.2. Evaluación y diagnóstico.....	79
3.4. Directrices de intervención en los componentes del lenguaje.....	81
3.4.1. Componente fonético/fonológico.....	82
3.4.2. Componente morfosintáctico.....	82
3.4.3. Componente semántico.....	84
3.4.4. Componente pragmático.....	85
4. Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.....	86
4.1. Definición y características.....	86
4.2. Evaluación y diagnóstico.....	87
4.3. Directrices para la intervención.....	89
Referencias utilizadas para la elaboración del capítulo.....	91
 4. Las dificultades de aprendizaje de la lectura <i>(M.^a Dolores Gil Llarío y Olga Fernández García)</i>	 95
Parte I: La dislexia evolutiva.....	95
1. Introducción.....	95
2. Procesos implicados en la lectura.....	95

3.	Dislexia: prevalencia y subtipos.....	97
3.1.	Dislexia fonológica.....	97
3.2.	Dislexia superficial.....	98
3.3.	Dislexia mixta.....	99
4.	Etiología de las dificultades lectoras.....	100
4.1.	Factores genéticos.....	100
4.2.	Factores neuroanatómicos y neurofuncionales.....	101
4.3.	Déficits en procesos.....	101
4.3.1.	Déficit en el procesamiento fonológico.....	102
4.3.2.	Déficit en la velocidad de procesamiento.....	102
5.	Diagnóstico de las dificultades lectoras.....	103
5.1.	Criterios diagnósticos: DSM y CIE.....	103
5.2.	Evaluación para el diagnóstico.....	105
5.2.1.	El criterio de discrepancia.....	105
5.2.2.	El criterio de exclusión.....	106
5.2.3.	El criterio de inicio temprano.....	107
6.	Evaluación para el diseño de la intervención.....	112
6.1.	Evaluación del estado de las rutas.....	112
7.	Directrices para la intervención.....	113
7.1.	Directrices para la intervención en dislexia fonológica.....	113
7.2.	Directrices para la intervención en dislexia superficial.....	116
	Parte II: Dificultades en comprensión lectora.....	118
1.	Introducción.....	118
2.	Procesos implicados.....	118
3.	Caracterización de las dificultades en la comprensión lectora.....	119
4.	Etiología de las dificultades de comprensión lectora.....	121
5.	Evaluación de las dificultades en la comprensión de textos.....	122
5.1.	Mediante pruebas psicométricas.....	122
5.2.	Mediante pruebas funcionales de los procesos implicados en la comprensión.....	124
6.	Intervención en dificultades de comprensión.....	125
	Referencias utilizadas para la elaboración del capítulo.....	132
5.	Dificultades en la escritura y en la expresión escrita (<i>Carmen Berenguer Forner y Encarnación Satorres Pons</i>).....	135
1.	Introducción.....	135
2.	Procesos implicados en la escritura.....	136
2.1.	Planificación del mensaje.....	136
2.2.	Construcción de la estructura sintáctica.....	136
2.3.	Búsqueda de los elementos léxicos.....	137
2.4.	Procesos motores.....	137
3.	Características y subtipos.....	138
3.1.	Disortografía.....	138
3.1.1.	Disortografía fonológica.....	138
3.1.2.	Disortografía superficial.....	139
3.2.	Dificultades en la composición escrita.....	139
3.2.1.	Fase de planificación.....	139

3.2.2. Fases de textualización y de revisión.....	139
4. Etiología.....	140
4.1. Etiología de la disortografía.....	140
4.1.1. Deficiencias en percepción y en memoria visual y auditiva...	140
4.1.2. Deficiencias a nivel espaciotemporal.....	140
4.1.3. Dificultades en la articulación	140
4.1.4. Deficiente conocimiento y uso del vocabulario	140
4.2. Etiología de las dificultades en la composición escrita.....	140
5. Diagnóstico de las dificultades ortográficas	141
5.1. Criterios diagnósticos de la CIE-11.....	141
5.2. Criterios diagnósticos del DSM-5-TR	142
6. Evaluación comprensiva.....	142
6.1. Evaluación psicométrica	142
6.1.1. Evaluación para el criterio de discrepancia	142
6.1.2. Evaluación del criterio de exclusión	144
6.1.3. Evaluación del criterio de inicio temprano: historia	144
6.2. Evaluación no estandarizada	145
6.3. Evaluación de los procesos que intervienen en la escritura	145
7. Intervención y reeducación en las dificultades de escritura y composición escrita	146
7.1. Intervención en la disortografía	146
7.1.1. Disortografía fonológica	146
7.1.2. Disortografía superficial	148
7.2. Intervención en las dificultades de composición escrita	149
7.2.1. Estrategias para mejorar la planificación.....	149
7.2.2. Estrategias para mejorar la textualización	149
7.2.3. Estrategias para la revisión	150
7.2.4. Estrategias metacognitivas	150
Referencias utilizadas para la elaboración del capítulo	150
 6. Dificultades del aprendizaje de las matemáticas (M.^a Dolores Gil Llario y Sylvia Georgieva Georgieva).....	 151
1. Introducción.....	151
2. Procesos implicados en la conceptualización del número y en el cálculo....	152
2.1. Sentido numérico	152
2.2. Ordinalidad.....	153
3. Procesos implicados en la resolución de problemas.....	154
4. Características y subtipos	155
4.1. Discalculia por déficit en el procesamiento numérico	155
4.2. Discalculia por déficit en el procesamiento verbal	155
4.3. Discalculia por déficit en el procesamiento de la información visoespacial (también llamada discalculia ideognóstica)	156
4.4. Discalculia por déficit procedimental y de resolución de problemas	156
5. Etiología.....	157
5.1. Factores genéticos	158
5.2. Factores neurológicos	158
6. Diagnóstico de las dificultades matemáticas.....	160

6.1. Similitudes y diferencias entre CIE-11 y DSM-5-TR	160
6.2. Distinción entre evaluación para diagnóstico y evaluación aptitudinal..	162
7. Evaluación de la competencia matemática	162
7.1. Evaluación aptitudinal y del rendimiento	162
7.2. Evaluación de las competencias matemáticas.....	164
8. Intervención en las dificultades matemáticas.....	165
8.1. Directrices para la mejora de los déficits en el procesamiento numérico y verbal	165
8.2. Directrices para favorecer el procesamiento y manipulación de información visual y espacial.....	167
8.3. Directrices para abordar los déficits procedimentales	168
8.4. Programas de intervención.....	170
Referencias utilizadas para la elaboración del capítulo	171

7. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Belén Roselló Miranda)	175
1. Introducción y concepto.....	175
2. Caracterización y subtipos	177
3. Prevalencia y curso evolutivo.....	177
4. Etiología del TDAH	178
4.1. Factores genéticos	178
4.2. Factores neurobiológicos	179
4.3. Factores medioambientales/psicosociales.....	180
5. Teorías explicativas.....	180
5.1. El modelo de inhibición conductual de Barkley (1997).....	181
5.2. Modelo de funciones ejecutivas de Brown (2006).....	181
5.3. Modelo de aversión a la demora de Sonuga-Barker (2003)	182
6. Criterios diagnósticos.....	183
6.1. Criterios del DSM-5-TR	183
6.2. Criterios de la CIE-11	184
7. Evaluación.....	185
7.1. Entrevista y observación sistemática.....	185
7.2. Escalas de estimación de TDAH para padres y profesores	186
7.3. Cuestionarios de evaluación de las FE para padres y profesores	187
7.4. Pruebas psicométricas o neuropsicológicas	187
8. Intervención	191
8.1. Intervención farmacológica.....	191
8.2. Intervención neuropsicológica	193
8.2.1. Mejora de las funciones ejecutivas	193
8.2.2. Técnicas de modificación cognitiva de la conducta	193
8.3. Intervención educativa	197
8.3.1. Técnicas de modificación de conducta dirigidas a padres y profesores.....	197
8.3.2. Recomendaciones dirigidas a profesores para aplicar en el contexto del aula.....	198
Referencias utilizadas para la elaboración del capítulo	199

8. Comorbilidad: estudio de caso (<i>Olga Fernández García y M.^a Dolores Gil Llario</i>).....	201
1. Antecedentes	201
1.1. Información del contexto familiar	201
1.2. Información del contexto escolar	202
1.3. Información psicopedagógica	203
2. Hipótesis	204
3. Evaluación.....	204
4. Aplicación de criterios diagnósticos	209
4.1. Trastorno de déficit de atención/hiperactividad	209
4.2. Trastorno específico del aprendizaje con dificultad en la lectura	210
5. Directrices de intervención	210

Presentación

Este libro pretende responder a la necesidad existente de materiales para la formación de profesionales especializados en el diagnóstico, la evaluación y la intervención en los principales trastornos del neurodesarrollo desde una perspectiva eminentemente aplicada.

El DSM-5-TR establece una amplia categoría formada por un grupo de trastornos denominados *trastornos del neurodesarrollo*, donde quedan incluidos: la discapacidad intelectual, los trastornos de la comunicación, el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno específico del aprendizaje. Este grupo de trastornos se caracteriza: por manifestarse de manera temprana en el desarrollo, a menudo antes de comenzar la escolarización; por causar discapacidades de tipo personal, social, académico u ocupacional; por mostrar diferente grado de severidad, que puede ir desde limitaciones de aprendizaje específicas o control de funciones ejecutivas hasta discapacidades globales de habilidades sociales o intelectuales, siendo especialmente destacable que tienden a coocurrir; por ejemplo, personas con trastorno del espectro autista a menudo tienen discapacidad intelectual y muchas de las personas que tienen TDAH también tienen trastorno específico del aprendizaje.

Las conclusiones extraídas de las experiencias de innovación educativa que hemos llevado a cabo en los últimos años en este equipo docente subrayan la necesidad de contar con materiales interac-

tivos que permitan motivar al lector mediante la conexión con la realidad de los casos. Por este motivo, el planteamiento seguido para abordar los diferentes temas en este libro es el inverso al habitual, que se centra en la teoría y que apenas, en el mejor de los casos, «ilustra» dicha teoría con alguna breve patografía. La dinámica de estos capítulos, sin embargo, parte de un caso descrito mediante diferentes voces: verbalizaciones del propio niño o niña afectado, de los padres, de la maestra o maestro, de la psicóloga o psicólogo e incluso, en ocasiones, de estudiantes en prácticas que plantean dudas relacionadas con la información que se va extrayendo del proceso de evaluación. El proceso narrado que emula el real desde el primer contacto con el profesional se va viendo asistido por la información teórica necesaria para comprender en profundidad las características de cada trastorno, las hipótesis explicativas acerca de su etiología, etc. Pero sobre todo contribuye al desarrollo de competencias, en la medida en que se ofrecen los resultados obtenidos por los protagonistas proporcionando claves al lector acerca del significado de las medidas extraídas, así como del modo en que deben ser interpretadas. En todos los capítulos hay al menos un caso que sirve como hilo conductor del trastorno. En algunos se ha precisado incluir más de uno, por la complejidad de la problemática en cuestión. Los casos que sirven para el desarrollo de cada uno de los temas están inacabados. Ofrecen infor-

mación suficiente para que puedan trabajarse en un contexto educativo, de aula, bajo la guía del profesorado y/o en interacción con los compañeros. El último tema pretende acercarse todavía más a la realidad, con toda su complejidad, puesto que, en concordancia con la fundamentación teórica del DSM-5-TR, es muy frecuente encontrar casos donde se den conjuntamente los signos

de más de un trastorno. Son los llamados casos comórbidos. Dada su especial complejidad, el último capítulo es el único que ofrece uno de estos casos resuelto por completo.

Confiamos en que este material pueda ser de ayuda tanto para estudiantes en formación como para profesionales que trabajan día a día en contacto con estas niñas y niños.

Discapacidad intelectual

1

INMACULADA FAJARDO BRAVO Y CARMEN FERRER PÉREZ

1. INTRODUCCIÓN

Soy Daniela y esta es mi autobiografía. Una autobiografía es cuando una persona te cuenta su vida. Yo nací hace 13 años en Valencia y tengo síndrome de Down. Tengo este síndrome porque mis cromosomas, unos sacos de información que dicen cómo se forma el cuerpo del bebé, son diferentes.

Antes lo llamaban «mongolismo», que suena súper feo, porque los bebés tienen los ojos achinados, como la gente de Mongolia, un país que está cerca de China. Yo no me di cuenta de lo de mis ojos, ni de que fuera un problema, hasta 3.º de Primaria, cuando empecé a ir a la clase «especial» de mi colegio y una niña mayor, que se llamaba Ana, me dijo que era por ser mongólica. Me asusté un poco, aunque estoy acostumbrada a que los niños me digan cosas y me molesten. Mi madre dice que eso se llama «bullying». Bullying es cuando otros niños se meten contigo, y eso es lo que me pasa desde que empecé en el colegio. Pero esta vez pensé «Ana se ha pasado, ¿qué es eso de mongólica?». Yo pensaba que iba a la clase especial para aprender a hablar mejor, porque, como tengo el síndrome de Down, mi lengua es muy grande y me costaba pronunciar la «R», pero eso de mongólica... Le pregunté a mi madre muy enfadada. Ella me explicó más cosas sobre el síndrome y me dijo que no hiciera caso de Ana, que solo quería hacerme rabiar. Me dijo que además de lo de la lengua, el síndrome también hace que me cueste aprender a leer, recordar cosas o entender las mates, y que por eso iba a la clase nueva. Allí me iban a ayudar.

La discapacidad intelectual (DI) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta al funciona-

miento cognitivo general de la persona, incluyendo habilidades como el razonamiento, la resolución de problemas, el aprendizaje y la conducta social, lo que compromete su capacidad para desenvolverse de manera independiente en diversos aspectos de la vida (conducta adaptativa).

La prevalencia global de DI se estima en torno a 10 casos por cada 1.000, con valores que oscilan entre 9:1000 en países con un nivel de renta alto y 16:1000 en países con un nivel socioeconómico medio (APA, 2022). A nivel educativo, el alumnado con DI representa el 0,83 por 100 del alumnado escolarizado en estudios no universitarios en España, como es el caso de Daniela. La mayor parte de este alumnado (75,4 por 100) se encuentra escolarizada en centros ordinarios (Ministerio de Educación y Formación Profesional, curso 2021-2022). La discapacidad intelectual es la discapacidad más frecuente entre el alumnado con necesidades educativas especiales, junto a los trastornos del espectro del autismo (TEA).

2. ETIOLOGÍA

Aunque la DI es una condición compleja y, en la mayoría de los casos, es difícil identificar una única causa subyacente al trastorno, conocer los factores relacionados con su origen puede ser útil al abordar el diagnóstico y la intervención. Dentro de los factores que podríamos clasificar como bio-

médicos se encuentran algunas alteraciones genéticas como el síndrome de Down, que es la condición que presenta Daniela, o el síndrome de X frágil. Las anomalías genéticas afectan al desarrollo físico y del sistema nervioso de la persona, lo cual compromete su funcionamiento cognitivo. También resulta fundamental considerar el rol del *ambiente* en la génesis de la DI. Por ejemplo, la exposición a teratógenos como las drogas, el alcohol, el tabaco, la radiación o enfermedades durante la gestación se consideran factor de riesgo para la DI. Otros factores de riesgo son las lesiones cerebrales durante el desarrollo, que pueden ser pre-, peri- y posnatales. Las principales causas de lesiones son los traumatismos craneoencefálicos, las infecciones cerebrales (como la meningitis), los accidentes cerebrovasculares o la anoxia, que es la falta de oxígeno durante el parto (Katz y Lazcano-Ponce, 2008). Finalmente, entre los factores *sociales* destacan aquellos relacionados con una pobre interacción con los progenitores o cuidadores, una falta de estimulación y cuidados parentales, así como ser víctima de violencia. Asimismo, deben considerarse como factores de riesgo las condiciones socioeconómicas precarias y la pobreza, ya que frecuentemente se asocian a problemas de desnutrición, falta de acceso a la educación y a los servicios sanitarios, pudiendo estos factores impactar negativamente en el desarrollo cognitivo de la persona (Leonard y Wen, 2002).

3. DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El diagnóstico de la DI ha experimentado cambios significativos a lo largo de los diferentes manuales diagnósticos publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) en la serie del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). En la actualidad, el término clásico «retraso mental» ha sido sustituido en el DSM-5-TR (APA, 2022) por el de «trastorno del desarrollo intelectual»,

que acepta como término equivalente el de «discapacidad intelectual», debido a su uso continuado en el ámbito clínico y asociativo. Este último es, por tanto, el término que usaremos a lo largo del presente capítulo. Cabe señalar, además, que el término «discapacidad intelectual» fue el propuesto por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, 2010), entidad que ha impulsado el cambio de paradigma en la investigación, evaluación e intervención de este colectivo y en cuyas propuestas profundizaremos más adelante. El principal motivo de este cambio radica en el enfoque subyacente. Mientras que el término «retraso mental» considera la discapacidad como un defecto interno de la persona, el término «discapacidad intelectual» lo concibe como un problema de ajuste entre las capacidades individuales y el entorno en el que vive.

En estos aspectos conceptuales la actual edición del DSM coincide con el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, que actualmente se encuentra en su undécima edición (CIE-11) (OMS, 2019), si bien también existen algunas diferencias. La principal de ellas, y que nos lleva a una reflexión importante, es que la CIE-11 destaca la importancia de evaluar el entorno (factores contextuales) en el que se desenvuelve la persona a la hora de realizar el diagnóstico. Y es que resulta fundamental considerar la influencia de factores externos a la persona como la familia y la cultura, ya que el funcionamiento adaptativo va necesariamente a variar en función de cómo es el contexto. En este capítulo, sin embargo, dada su mayor utilización en nuestro contexto, vamos a profundizar en los criterios propuestos por el DSM-5-TR. Según este manual, la categoría diagnóstica genérica «trastornos del desarrollo intelectual» engloba: *discapacidad intelectual, retraso global del desarrollo y discapacidad intelectual no especificada*, en los que nos detendremos a continuación.

3.1. Discapacidad intelectual

Se precisan tres criterios para su diagnóstico (véase tabla 1.1).

El primero establece que la persona debe presentar una limitación de las funciones intelectuales, que es corroborada mediante una prueba estandarizada de inteligencia (*Criterio A*).

El segundo criterio hace referencia a las deficiencias en el comportamiento adaptativo en uno o más dominios (*Criterio B*). Resulta interesante detenerse a definir qué es la «conducta adaptativa». La AAIDD (2010) la define como las habilidades de tipo conceptual, social y práctico que permiten a una persona ser autónoma en su vida

diaria. Las habilidades conceptuales o académicas abarcan habilidades del lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático, solución de problemas y la capacidad de juicio, entre otros dominios. Por otro lado, las habilidades sociales hacen referencia a competencias interpersonales, entre las que se encuentran la responsabilidad social, la capacidad de entender el pensamiento y la postura de otros, la empatía o las habilidades de solución de problemas interpersonales. Por último, las habilidades prácticas se refieren a la capacidad de aprendizaje y de gestión de diferentes situaciones vitales, como el cuidado personal, organización de rutinas, aptitudes laborales, manejo del dinero o el uso de nuevas tecnologías.

Finalmente, el tercer criterio enfatiza que las limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa se deben manifestar durante el desarrollo de la persona (*Criterio C*). El momento en el que los síntomas de la DI resultan evidentes a nivel clínico puede variar mucho de un caso a otro. Por ejemplo, en una DI severa, el retraso en el desarrollo del lenguaje, motricidad y conducta social puede ser evidente durante los dos primeros años de vida, mientras que en otros cuadros más leves las limitaciones pueden pasar inadvertidas y aflorar cuando las exigencias académicas y adaptativas son más elevadas (APA, 2022). Pero, en todos los casos, para que se dé el diagnóstico de DI las limitaciones deben aparecer durante los años de desarrollo de la persona. Si por el contrario las limitaciones cognitivas y adaptativas aparecen en adultos cuyo funcionamiento cognitivo era típico, pero en los que se observa un declive cognitivo significativo, nos encontramos ante otra categoría diagnóstica: el trastorno neurocognitivo. Esta categoría incluiría casos de disminución significativa de la función mental en adultos tras eventos como traumatismos cerebrales, privación de oxígeno (hipoxia) o enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, entre otros. Finalmente, cabe destacar que también es posible que una persona durante el curso de una DI acabe presentando ambos diagnósticos. Este sería el caso concreto de un

TABLA 1.1

*Criterios diagnósticos del DSM-5-TR (2022)
para la discapacidad intelectual*

El trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones tanto del funcionamiento intelectual como del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir 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 periodo de desarrollo.

sujeto en cuyos primeros años de vida es diagnosticado con DI y que, durante la adultez, presenta un retroceso grave de sus funciones cognitivas, recibiendo adicionalmente el diagnóstico de trastorno neurocognitivo. De hecho, la coocurrencia o comorbilidad de un diagnóstico de DI con otra condición psiquiátrica es bastante común, siendo las más habituales el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno depresivo y bipolar, trastorno de ansiedad, trastornos del espectro del autismo, trastorno de movimientos estereotipados (con y sin conducta autolesiva) y trastorno del control de impulsos (APA, 2022).

Además, el diagnóstico requiere que se especifique la gravedad de la DI. Como se ha comentado anteriormente, los criterios diagnósticos de la DI han cambiado a lo largo de las diferentes ediciones del manual DSM, especialmente los referentes al establecimiento del nivel de gravedad. Así, en la tercera edición del manual DSM-III (APA, 1980) se describen cuatro niveles de gravedad, que se establecen considerando únicamente la puntuación de cociente intelectual (CI) del in-

dividuo (Leve: CI entre 50-70; Moderada: CI entre 35-49; Grave: CI entre 20-34; Profunda: menor de 20). En el DSM-IV (APA, 1994) se amplió el enfoque más allá del CI, incorporándose el concepto de funcionamiento adaptativo, de manera que para clasificar a una persona en un nivel de gravedad se consideraban, además de sus puntuaciones de CI, las limitaciones en áreas como la comunicación, la autonomía personal o las habilidades sociales. En la actual versión del manual diagnóstico DSM-5-TR se ha optado por una versión más integral de la DI, y para el establecimiento de los niveles de gravedad se considera la intensidad de las necesidades de apoyo en los dominios conceptual (memoria, lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático), social (habilidades de comunicación interpersonal, habilidades para hacer amigos, consciencia de los pensamientos y emociones de los otros, etc.) y práctico (cuidado personal, manejo del dinero, habilidades de la vida diaria, organización de tareas en el trabajo, etc.). Las características de estos niveles de gravedad quedan recogidas en la tabla 1.2.

TABLA 1.2

Niveles de gravedad en la discapacidad intelectual según criterios DSM-V-TR (2022)

<p>DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE</p> <p>Requiere apoyos intermitentes. En este nivel de gravedad las dificultades en el funcionamiento adaptativo son ocasionales. En el dominio conceptual, pueden tener dificultades para comprender conceptos abstractos o realizar tareas cognitivamente complejas. En el dominio social, pueden necesitar apoyo en la interacción social y la interpretación de las normas sociales en situaciones específicas. Además, presentan un pobre juicio social sobre las situaciones de riesgo, lo que les puede hacer manipulables. En el dominio práctico pueden cumplir con las tareas cotidianas simples, pero requieren asistencia o guía en las más complejas, como la toma de decisiones sobre cuestiones legales o de salud.</p>
<p>DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA</p> <p>Requiere apoyos limitados. La persona presenta la necesidad de apoyos más frecuentes y específicos en múltiples áreas de su vida. En el dominio conceptual, pueden tener dificultades para adquirir y utilizar habilidades académicas básicas, que en la edad adulta mostrarán un nivel elemental. En el dominio social, pueden requerir apoyo para interpretar las claves sociales correctamente y requieren asistencia, dado que los juicios sociales son muy limitados. En el dominio práctico, pueden adquirir un buen dominio de las actividades básicas de la vida diaria, si bien es necesario un largo periodo de entrenamiento con supervisión y recordatorios. En las tareas más complejas, como la organización y el transporte, necesitan apoyo adicional. A nivel laboral pueden desempeñarse en puestos que requieren pocas habilidades conceptuales y de comunicación, con apoyo constante de supervisores.</p>

TABLA 1.2 (continuación)

DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE

Requiere apoyos extensos. La persona presenta limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo. En el dominio conceptual, existen dificultades graves en la adquisición de habilidades académicas básicas, con una pobre comprensión del lenguaje escrito, así como de los conceptos numéricos, el tiempo y el dinero. En el dominio social, pueden necesitar apoyo constante para establecer y mantener relaciones interpersonales, ya que el lenguaje oral está muy limitado en vocabulario. En el dominio práctico, requieren apoyo en la realización de tareas de la vida diaria, desde las más sencillas a las más complejas. La supervisión es constante.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL PROFUNDA

Requiere apoyos generalizados. Las necesidades de apoyo son generalizadas y afectan a todas las áreas del funcionamiento adaptativo. En el dominio conceptual, las habilidades se refieren al mundo físico y no a realidades simbólicas o abstractas. Las limitaciones sensoriales, motoras y cognitivas dificultan la participación en actividades sociales. La comunicación suele ser gestual y no verbal; si aparece el habla, esta es muy limitada. En el dominio práctico presentan una dependencia total, con una necesidad de asistencia constante en todas las actividades de la vida diaria.

3.2. Retraso global del desarrollo y trastorno del desarrollo intelectual no especificado

La categoría «retraso global del desarrollo» se reserva para los niños menores de 5 años cuyo nivel de gravedad clínica y de desarrollo no permite una evaluación fiable en estos primeros años de vida, asumiendo que pasado un cierto periodo de tiempo se les deberá volver a valorar. Por su parte, el trastorno del desarrollo intelectual no especificado se aplica a personas mayores de 5 años cuya valoración del grado de DI resulta difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos. Esta categoría se utiliza solo en circunstancias excepcionales, debiendo, también en este caso, volver a evaluar transcurrido un periodo de tiempo.

4. EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Soy Amparo y, como psicóloga y miembro del Departamento de Orientación del Instituto de Educación Secundaria (IES) «La Albufera», he coordinado la evaluación sociopsicopedagógica de la alumna Daniela Giménez. Hemos iniciado esta evaluación como parte del

proceso de admisión en el IES y con el objetivo de planificar la transición entre etapas (de Primaria a Secundaria), así como la modalidad de escolarización más conveniente para la alumna.

Según consta en el expediente derivado por el equipo de orientación educativa del Centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP) «Joan Primer», donde Daniela cursó Infantil y Primaria, la alumna presenta síndrome de Down que cursa con discapacidad intelectual moderada. No consta la presencia de déficits sensoriales ni ningún otro tipo de patología médica de las frecuentes en el síndrome. Cursó la etapa de Primaria en una unidad específica dentro del CEIP, donde pasaba alrededor de un 50 por 100 de la jornada escolar. Compartía el tiempo restante con su grupo de referencia ordinario (Grupo A), excepto el último año, cuando se decidió mantener a Daniela un curso más en 6.º de Primaria para que pudiera alcanzar los estándares de aprendizaje básicos del curso. Como consecuencia, Daniela pasó a tener otro grupo de referencia, pues sus compañeros del Grupo A pasaron a la etapa de Secundaria en otros centros.

El equipo de orientación educativa del CEIP nos facilitó los resultados recientes de Daniela del ABAS-II y la Escala SIS-C (último semestre del curso anterior). Además, con la colaboración de familiares, tutores de la etapa de Primaria y la propia alumna, apliqué una serie de instrumentos de evaluación que nos han permitido recomendar que Daniela pase a la etapa de Secundaria manteniendo la modalidad de Unidad Específica, unidad con la que se cuenta en el IES «La Albufera». La reco-