

RETRASO MENTAL, UNA MIRADA
MULTIDIMENSIONAL

Dra. Mónica L. Blanco

Asesor: Dr. Basile: hector2basile@oulsinectis.com.ar

Resumen

El abordaje de la problemática del Retraso Mental ha sido, en la historia del pensamiento científico, objeto de estudio por diferentes especialidades, cada una de las que ha evaluado un aspecto del problema. Hoy en día es considerada una de las formas que con más frecuencia limita permanentemente la capacidad de inclusión social del niño y determina disminuciones en su rendimiento funcional.

Los avances actuales en el estudio de las funciones corticales superiores, los descubrimientos en el campo de la plasticidad del sistema nervioso, y la experiencia acumulada con el empleo de la intervención temprana como vía para neutralizar el impacto de las lesiones infantiles precoces en el sistema nervioso central, han demostrado la importancia del diagnóstico precoz de aquellos procesos que determinan necesidades educativas especiales, como es el caso del retraso mental.

Análisis del surgimiento de esta entidad hasta los momentos actuales. Desde la neurobiología hacia lo socio histórico cultural.

Palabras clave:

Retraso Mental, neurobiología, intervención temprana., inclusión.

“El hombre gordo era de esas personas a las que por naturaleza les gustan los niños; tanto es así, que se había licenciado en tres especialidades distintas en el campo de las ciencias de la educación y, al acercarse el momento de que naciera su hijo, corrían por todo su cuerpo una especie de convulsiones, mezcla de esperanza e inquietud, que no le dejaban permanecer quieto ni un instante. Al reflexionar más tarde sobre este fenómeno, dedujo que depositaba en la llegada de su hijo al mundo la esperanza de iniciar una nueva vida desembarazándose de la sombra de su difunto padre. Sin embargo, cuando el médico salió del quirófano, tras el nacimiento de la criatura, a la pregunta impaciente que le formuló su padre, que en aquella época todavía estaba delgado, contestó con tono sereno diciendo: **Su hijo tiene un grave defecto congénito; me temo que, aunque le operemos, muera o quede retrasado mental.** En ese instante, **algo en su interior se resquebrajó irremediablemente** (...) Llegó la fecha límite para registrar al recién nacido, y fue a la oficina del registro civil; pero no se le había ocurrido qué nombre le pondría a su hijo hasta que la empleada se lo preguntó. Por esas fechas todavía estaba pendiente de la operación; es decir, aún no se sabía si el destino de su hijo sería la muerte o el retraso mental. **A una existencia así, ¿Podría ponerle algún nombre...?”**

Kenzaburo Oé. (1)

Introducción

El término retraso mental (RM) no expresa solamente una entidad clínica, sino más bien comprende, desde el punto de vista conceptual, un síndrome presente en muchas entidades, cuya principal característica es el déficit de funcionamiento intelectual.

La definición propuesta por la AAMR en 2002 plantea que el Retraso Mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.(2). Las «limitaciones significativas» del rendimiento intelectual se definen como un CI con al menos dos desviaciones típicas por debajo de la media fijada por una herramienta de evaluación aplicada de forma individual. Debe tenerse en cuenta el margen de error de la herramienta, usualmente entre tres y cinco puntos.

Se pone de relieve la importancia del JUICIO CLÍNICO del profesional.(3). El retraso mental puede ser considerado un problema médico, psicológico o educativo, pero, en última instancia, se trata primordialmente de un problema social.

El abordaje de la problemática del Retraso Mental ha sido, en la historia del pensamiento científico, objeto de estudio de diferentes especialidades. Hoy en día, es considerada una de las formas que, con más frecuencia, llimita permanentemente la capacidad de integración social del niño y determina disminuciones en su rendimiento funcional.

Objetivo

El cambio de paradigmas que permitan una conciliación del conocimiento sobre lo que hasta ahora se denomina como retraso mental; en justa consecuencia con el concepto de persona que se deriva de las distintas proclamas sobre derechos humanos.

Desarrollo

Desde la etapa intraútero, el desarrollo del niño es un complejo proceso de aprendizaje que termina cuando la persona muere. El contacto con el medio que lo rodea y el desarrollo de las funciones corticales, le permiten conocer e integrarse a su entorno y participar activamente en su transformación, en un complejo proceso de mutuo intercambio e influencia.

Por múltiples factores, un niño ve afectada su capacidad de aprender, su capacidad de comprender lo que sucede a su alrededor. Esta afectación, cuando es severa, lo limita en su integración social y, si es ligera, puede, como en el caso de las personas que viven en áreas rurales, pasar desapercibida.

En aquellos países en los que el proceso educativo demanda al niño un potencial biológico elevado para adaptarse al proceso de aprendizaje diseñado para lograr en el alumno una cultura integral y un elevado desarrollo científico, determina que aquellos menos dotados no puedan vencer el reto que la educación demanda de ellos. La reducción de la mortalidad del bajo peso al nacer o de aquellos que sufren complicaciones severas durante el parto, determina que muchos de los niños que se salvan queden con secuelas, entre las que se destacan los problemas del aprendizaje.

El desarrollo, ese complejo proceso que se inicia en la embriogénesis, caracterizado por la maduración del sistema nervioso central, tiene su etapa más importante en los primeros tres años de vida. Durante ellos, el niño pasa de la actividad refleja primaria, a la consolidación de su motricidad, a la adquisición de habilidades, como el lenguaje, que le amplían la capacidad de comprender el mundo que le rodea.

Los avances actuales en el estudio de las funciones corticales superiores, los descubrimientos en el campo de la plasticidad del sistema nervioso, y la experiencia acumulada con el empleo de la intervención temprana como vía para neutralizar el impacto de las lesiones infantiles precoces en el sistema nervioso central, han demostrado la importancia del diagnóstico precoz de aquellos procesos que determinan necesidades educativas especiales, como es el caso del retraso mental. (3,4,5.).

Epidemiología

Se estima que el 3% de la población mundial padece de retraso mental. A lo largo del tiempo, las estimaciones acerca de la prevalencia del retraso mental han ido variando, según la definición y la metodología empleadas.

Las cifras de prevalencia son del 1 al 3 %, dependiendo de la definición de la conducta adaptativa.

Existe un predominio masculino en todos los niveles de retraso mental (por lo general, entre el 1,5:1 y el 6:1).

El diagnóstico es poco frecuente antes de los 5 años, sube rápidamente en los primeros años escolares, alcanza su cuota máxima en los últimos años escolares -sobre todo, en los 15 años- y entonces desciende durante la edad adulta alrededor del 1 %.(3).

RETRASO MENTAL, UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL

Dra. Mónica L. Blanco

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Las altas tasas de prevalencia durante los años escolares son atribuidas normalmente a las exigencias adaptativas e intelectuales de la escuela (en especial, pensamiento social y abstracto) y al alto grado de supervisión en clase (aumento de la detección de las dificultades de los niños).

Frecuentemente, existe una edad más temprana de diagnóstico para los niveles más graves de retraso mental.

La prevalencia es más alta entre los niños en edad escolar porque éstos se enfrentan a tareas de aprendizaje que requieren habilidades cognitivas.

La disminución durante la edad adulta se atribuye, normalmente, a una mejora de las habilidades sociales y económicas, a una menor supervisión en el trabajo y quizá, en algunos casos, a un desarrollo intelectual retrasado. La prevalencia declina en los grupos de edad adulta, cuando se requieren buenas capacidades de adaptación, en especial para el trabajo.

Algunos países, como Estados Unidos, refieren tasas de 2,5 % de la población general.

Poder establecer comparaciones resulta difícil, pues los resultados se relacionan con la definición que se emplea y el diseño del estudio que se realiza.

Otro aspecto interesante, confirmado por diversos autores, es que la prevalencia no se ha modificado, a pesar de los adelantos en el campo de la salud.

Las campañas de vacunación, el perfeccionamiento de los servicios de terapia intensiva y el desarrollo del programa del médico de familia, han actuado a favor de mejorar el estado de salud de la población pero, en lo referente al retraso mental, queda mucho por estudiar y mucho por resolver.

Es sabido que la psicología científica contemporánea acepta el hecho contundente que las personas, sin excepción alguna, construyen representaciones de la realidad y utilizan sus procesos cognitivos para interpretar situaciones, predecir, comprender el comportamiento de otras personas y planificar el suyo propio.

Esto supone aceptar que: “El Psiquismo es un sistema de procesamiento de la información que adquiere significado dentro de una interacción social o, si se prefiere, en presencia de otros psiquismos. No es una propiedad que se pueda aplicar a cualquier materia, sino que sólo se puede aplicar a una materia organizada socialmente” (7).

En síntesis, nuestro sistema cognitivo no es sólo un dispositivo epistémico de interpretación de la realidad, sino también un sistema eferente de planificación y control de nuestra acción.

Respecto del texto inicial del trabajo, se observará que lo que expresa Kenzaburo Oé (1995) se debe a un ejercicio de reflexión, derivado del nacimiento de su hijo con un defecto al nacimiento, que lo guiará hacia el sendero de las profundidades de la conflictiva psicológica que surge al saber que ha nacido un hijo con una malformación congénita.

Lo que se presenta con claridad por Oé merece una reflexión dual. Por una parte, la que respecta al proceso de elaboración de una explicación, tanto cognitiva como emocional, del evento al que se enfrentan, en este caso los padres, para poder determinar una serie de decisiones y orientar su actividad en consecuencia. Por la otra, la que se expresa a través del discurso explicativo del cuerpo médico que, de modo consciente o no, intencional o no, acarrea una serie de consecuencias imprevisibles tanto para el bebé/niño en cuestión como para su familia como sistema.

Es importante considerar que, desde antes de su nacimiento pero más claramente desde el preciso momento en que nace, el niño vive en un mundo sociocultural. Llega al mundo con un sistema biológico complejo que le permite, desde sus orígenes y de

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

manera básica, sobrevivir. Sin embargo, ni siquiera le sirve esto sin las demás personas...

El niño se encuentra, desde el principio, de manera ineludible, inserto en un mundo de relaciones; sin los otros no tiene posibilidad alguna de sobrevivir, ni mucho menos de humanizarse (8).

Ahora bien, los otros no son entelequias vagando de forma etérea, son seres materiales que poseen una serie de aspectos subjetivos dentro de los que cabe destacar las expectativas, los intereses, las creencias, los valores, entre otros contenidos de la subjetividad específica del ser humano. Esta especificidad es la que le permite no sólo la posesión de una representación de cuanto acontece a su alrededor, sino también, como ya se expresó, la toma de las decisiones relacionadas con la orientación de la actividad en su contexto sociocultural.

La experiencia psicológica sobre los eventos de naturaleza traumática evidencia el hecho que cuando una persona sufre un accidente o una enfermedad que probabiliza alguna discapacidad, al principio, pasa por una fase que pudiera denominarse como "fase de conmoción", caracterizada por una especie de estupor, desconcierto, obnubilación, abulia, apatía e introversión; le sigue una "fase de rechazo", caracterizada por la expresión de un mecanismo de defensa del yo contra la ansiedad, la angustia, la incertidumbre... Esto puede observarse a través de un proceso de negación, "escotomización" o negligencia de corte anosognósica. Más tarde, durante el proceso de elaboración de la aceptación, se atraviesa por una "fase de confusión", caracterizada por la cólera y la depresión; una "fase de esfuerzo", en la que se busca una solución al problema y, por último, se llega a la "fase de aceptación" donde se ha asumido que la condición que se enfrenta constituye parte íntegra de su identidad (Oé, 1998 b).

Oliver Sacks (1996), neuropsicólogo británico, en un artículo científico, refiere la existencia de un síndrome clínico denominado escotoma (oscuridad o sombra). Este concepto denota una desconexión o un hiato en la percepción, implica la anulación de lo percibido originalmente, una laguna en la conciencia producida por una lesión neurológica. En este síndrome es muy difícil que el paciente sea capaz de comunicar lo que ocurre. Escotomiza su experiencia. De la misma manera, quienes lo escuchan parecen no entender lo que sucede con el paciente, ya que éstos también tienden a escotomizar lo que oyen.

La existencia de un escotoma, de ninguna manera, implica la presencia de sordera o de ceguera; quien presenta un escotoma sí percibe su realidad. Sin embargo, no tiene conciencia de lo percibido. Esta percepción queda oscurecida o a la sombra; vale decir que éste es un problema de conciencia, no de visión.

La OMS, al definir la deficiencia como una desventaja que impide al sujeto portador desempeñar el rol y satisfacer las expectativas correspondientes a su sexo, su edad y su condición social dentro del grupo de pertenencia, propicia la reflexión de la problemática en torno de las expectativas que se tienen dentro de determinados grupos sociales o de la condición social misma o, además, del rol asignado a los menores dentro de nuestro entorno sociocultural.

La deficiencia física y/o psíquica, debida a la lesión orgánica, es un dato extraño para el sistema familiar. Éste tiende a soportarlo como una agresión del destino y, por lo tanto, suele estar acompañado de intensos sentimientos de rechazo o rebelión. Esa percepción de singularidad es rápidamente asumida como propia por el bebé/niño con algún signo de discapacidad.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Por sus requerimientos, la atención de sus necesidades especiales, derivadas de la deficiencia, así como la atención educativa de las necesidades educativas especiales, si las hubiere en virtud de que éstas no derivan de aquéllas, desafía las creencias sociales. Sin embargo, se expresa e interviene en la vida del sujeto como un hecho altamente significativo.

Ambos acontecimientos, deficiencia y atención de las necesidades especiales, derivadas de la deficiencia o atención de las necesidades educativas especiales, condicionan los comportamientos de las personas implicadas: familiares, médicos, terapeutas, docentes y otros profesionales que intervienen durante el proceso de atención.

Los valores fundamentales por los que se rige la convivencia social son puestos en crisis por la realidad de la deficiencia; la igualdad de los derechos de los ciudadanos, de oportunidades para una vida digna y con calidad, el derecho a la educación, al trabajo, a la autonomía y a la salud se ven duramente desafiados por esta realidad (9).

Aparece la presencia de otra problemática: por un lado, es una persona con plenos derechos y, por el otro, se aparta de las expectativas sociales hasta el punto de parecer extraño y diferente.

Las actitudes más comunes que suelen adoptarse para superar la ambivalencia de estas percepciones son considerar al individuo inhábil como un enfermo a cuidar o, bien, considerarlo un eterno niño.

Lo primero significa delegar, de manera implícita, en los ciudadanos la tarea de eliminar las diferencias y, como ésto no se logra, relegar al sujeto disminuido a un área de la exclusiva competencia de los técnicos, al margen de la trama social. En cambio, considerar al individuo como un eterno niño significa postergar, para un mañana incierto, el momento difícil de enfrentarnos con él como un miembro efectivo de la comunidad social.

Para facilitar el proceso de elaboración de una aceptación de la realidad y de sus posibilidades de expresión humanizada, es imprescindible considerar el papel que juega tanto la actitud como la información y orientación que los diversos profesionales brindan a los familiares, sobremanera los médicos, quienes son los primeros, con alta probabilidad y frecuencia, que abordan esta situación.

Siempre, el nacimiento de un niño se envuelve en un ambiente sociocultural que puede humanizar sus posibilidades de ser o que puede cancelarlas (10).

Análisis del surgimiento de esta entidad hasta los momentos actuales. Desde la neurobiología hacia lo socio histórico cultural

Natura y Nurtura en la conformación del fenotipo conductual (11)

La comprensión de la neurobiología de las funciones normales y alteradas del sistema nervioso central, al interrelacionar estructura y función, permite acceder a la patogénesis de los procesos del neurodesarrollo y encarar, sobre bases racionales, tanto el diagnóstico como el tratamientos de estos problemas en la infancia.

Los procesos de plasticidad aparecen involucrados en situaciones generadoras de la estructura y función normales, como en los cambios que operan en las enfermedades de base afectiva, cognitiva o neurodegenerativa. Se necesita elucidar los componentes genéticos y epigenéticos que llevan al desarrollo de las enfermedades y las bases neurobiológicas de los síntomas mentales con base en la disfunción de los sistemas cognitivos y emotivos/motivacionales.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

El concepto de cerebro plástico permite introducir una nueva visión, dando fin a las antinomias entre las concepciones puramente biológicas y las generadas por la problemática de la subjetividad.

Las conductas y los procesos evolutivos se vinculan tanto con los genes (natura) como con el entorno (nurtura) o ambiente. Es totalmente falso y carente de sentido asignar porcentajes y afirmar, por ejemplo que una conducta A es 40% genética y 60% ambiental.(12).

Los factores genéticos y ambientales interactúan para crear una totalidad que es imposible de romper o reducir a componentes separados.

El vocablo fenotipo denomina a todos los aspectos de un organismo que están por fuera del material genético. La interacción entre un fenotipo dado en un organismo en función del entorno es una norma de reacción. La definición de norma de reacción es el mapeo del entorno al fenotipo característico de una particular constitución genética.

El término genotipo no especifica una única dirección o destino de desarrollo, sino que especifica una norma de reacción. Es una conducta de desarrollo diferente en distintos entornos. La norma de reacción describe diferencias entre las interacciones genotipo-entorno.

El desarrollo no sólo es un proceso cuantitativo sino que involucra transformaciones o transiciones, por ejemplo entre lo sensorio-motor, que aparece antes, y la conducta cognitiva, que es posterior.

Dos fuerzas interactuantes en el fenotipo determinan las variaciones totales: **Iguales genes más diferentes ambientes de desarrollo generan fenotipos diferentes.**

Hay diferentes genotipos con el mismo ambiente de desarrollo en la población promedio.

Heredabilidad (H) es la proporción de variabilidad de un trazo en una población que es variancia genética:

$H = \frac{\text{variancia genética}}{\text{variancia genética} + \text{variancia ambiental}}$

H = 100%: toda la variancia de la población es genética.

Es falso que en una heredabilidad alta (90%) es inútil cambiar el entorno porque “el gene determina el trazo”.

Un ejemplo lo constituye el Síndrome de Down, una enfermedad de alta heredabilidad en la que el “ambiente enriquecido” a través de intervenciones precoces permite incrementar las capacidades cognitivas anómalas, según el diagnóstico, llevando a una importante modificación de las destrezas y conductas, en estos niños portadores de alteración genética. Por consiguiente, **la dicotomía entre natura y nurtura como entes separados o separables es falsa.**

Natura y nurtura son formadores de desarrollo, inseparables e interactuantes. El genotipo es fijo. El fenotipo se desarrolla y cambia de modo continuo. El organismo es el resultante de procesos de desarrollo que ocurren en una secuencia histórica de entornos.

Dubrovsky concluye: “El primer principio de la genética del desarrollo es que cada organismo es el producto único de la interacción entre genes y entorno en cada etapa de la vida”.

La resistencia es una medida de cuánto cambia un sistema bajo el efecto de una perturbación. Si el sistema cambia de forma significativa es flexible. Esto marca su capacidad de adaptación al cambio.

Los sistemas biológicos tienden a adaptarse (flexibilidad) y a recuperarse (resiliencia).

RETRASO MENTAL, UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL
Dra. Mónica L. Blanco

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Si el sistema se adapta al cambio o a la perturbación crónica, y esa adaptación perdura, es plástico, propiedad fundamental del tejido nervioso en sus distintos niveles de organización.

Entonces, la neuroplasticidad incrementa la resiliencia, y el sistema flexible es más resistente, es decir, tolera mejor el cambio.

Los fenómenos de plasticidad juegan en dos sentidos: pueden ser favorables al organismo y a su capacidad de adaptación (memoria, aprendizaje, creatividad, etc.) o pueden ser perjudiciales cuando estabilizan una situación patológica.

Cabe aclarar que muchas propiedades de los sistemas biológicos (13) como la “creatividad” no se desarrollan de una manera lineal o continua, sino por un desarrollo “todo o nada”, llamado dinámica no lineal.

El cerebro exhibe en sus registros (EEG) dinámica no lineal: la interacción de billones de neuronas que interactúan por comunicaciones célula a célula forman un sistema colectivo que emerge como más que la suma de las neuronas individuales.

Las interacciones neuronales autoorganizadas dentro del cerebro responden al ambiente externo (entorno) formando redes neuronales dinámicas, que colectivamente almacenan, procesan y emiten rápidamente grandes cantidades de información, que se manifiesta, entre otros, en la conciencia reflexiva y la creatividad. La conciencia reflexiva es característica del ser humano. Fue, en un principio, reconocida por Aristóteles al plantearse la dificultad de conocer lo que sabemos, lo que pensamos y el tomar conciencia de nosotros mismos.

La epigénesis cromatínica

La adaptación al entorno es uno de los procesos regulatorios fundamentales de los seres vivos, tanto en los organismos más simples como en los más complejos. Si bien los organismos más simples se adaptan al entorno por medio de la generación de mutaciones espontáneas, esto no se observa en los organismos más evolucionados: aún mutaciones generadas en los 20.000-30.000 genes existentes en el genoma humano, no podrían explicar la gran diversidad de tipos celulares y la capacidad de adaptación a entornos cambiantes. Esto implica la existencia de mecanismos adicionales, diferentes de las mutaciones, que permitirían o no, el acceso a la “base de datos” del ADN.

En consecuencia, ante ciertos estímulos, el ADN, quedaría expuesto para que determinadas proteínas se sinteticen mientras que, ante otros estímulos, el ADN quedaría inaccesible y las proteínas, codificadas en dicha región, no serían transcriptas.

Por este motivo, se postuló que los cambios necesarios para adaptarse al entorno no se producirían sobre la secuencia de los genes, sino sobre la estructura de la cromatina.

Esto significa que las modificaciones no se realizarían sobre el molde de ADN, sino sobre la estructura que lo comprime, llamada cromatina. La cromatina es el empaquetamiento del ADN con proteínas básicas llamadas histonas, éstas proveen una plataforma para regular la transcripción de genes claves.

Diferentes modificaciones químicas sobre las histonas tienen la capacidad de aflojar o tensar su interacción con el ADN y permiten al conjunto de moléculas celulares, que se encargan de llevar la transcripción, acceder a una determinada región del ADN para que se sintetice una proteína en particular. Las histonas pueden ser pensadas como módulos que leen una especie de código que se basa en el agregado o eliminación de grupos químicos. Así, surgirá un ADN sin modificar o un ADN con modificación química.

RETRASO MENTAL, UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL

Dra. Mónica L. Blanco

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

El etiquetado epigenético de la cromatina, que es utilizado como mecanismo evolutivamente conservado para la diferenciación de una célula pluripotencial en los procesos de desarrollo y diferenciación, es utilizado por el sistema nervioso para mediar procesos de plasticidad, memoria y cognición en general. En el SNC los cambios epigenéticos son dinámicos.

Las modificaciones de la estructura de la cromatina dependiente de las experiencias, se realizan a través de reacciones químicas en las histonas, que incluyen la acetilación y la metilación, entre otras, que modifican, a su vez, las interacciones entre el ADN y las histonas y modulan su expresión genética. Estas modificaciones pueden producirse en diferentes sitios, que rodean un determinado gen y generan el “código de histonas”, que define un estado epigenético que determina que un gen esté activado o silenciado.

Esto significa que, además de un código genético, existiría otro código, independiente de la secuencia del gen, que determinaría la apertura o cierre de la cromatina para exponer, o no, una determinada región del ADN y que, a diferencia del código genético, o no, dependería del tipo y número de modificaciones químicas realizadas sobre el ADN y/o las histonas.

¿Existe una plasticidad cromatínica dependiente de la experiencia?

Por ahora es una prueba de principio sólo demostrada en roedores. Weeber demostró en un reciente trabajo en el que midió por micro-arreglos el nivel de transcripción en miles de genes, que más de 900 de ellos resultan afectados en su transcripción en las crías como consecuencia de la conducta temprana de su aseo y cuidado por parte de sus madres.

Los cambios epigenéticos generados por la conducta maternante resultan en cambios adaptativos que se transmiten de manera generacional, lo que contribuiría en humanos a una transmisión familiar de rasgos de riesgo o de resiliencia.

Estos cambios epigenéticos pueden ser procesos intermedios que impriman de forma dinámica las experiencias del entorno variable sobre el genoma fijo, que da como resultado alteraciones estables del fenotipo que conforman lo que Meaney designa como plasticidad de la cromatina dependiente del entorno (14).

Cuando los genes son favorables y el entorno desfavorable, predomina lo genético. En cambio, cuando los genes son desfavorables, y el ambiente favorable, predomina lo ambiental.

El epigenoma resultante de una buena o deficiente conducta maternante, en el período neonatal, aparenta ser mucho más estable que las alteraciones epigenéticas que pudieran originarse por las circunstancias variables del entorno en etapas posteriores de la vida adulta.

En resumen, las experiencias tempranamente vividas quedan “impresas” en la estructura de la cromatina, generando efectos plásticos que perduran durante toda la vida.

Pero, también, las experiencias que se viven en etapas posteriores son capaces de generar cambios en la expresión génica que guardan relación con los fenómenos de plasticidad, en particular con la fijación de la memoria, el aprendizaje, la memoria emocional que fija las experiencias traumáticas o de signo positivo que ocurren durante toda la vida.

Por ello, epigenesis y plasticidad son confortantes del fenotipo que, en su conjunto (fenoma), resulta de la interacción del bagaje genético (genoma) modelado o expresado por las experiencias generadas a partir de la interacción con el entorno ambiental cambiante que, en su conjunto, conforman el ambioma.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Desde la gestación, la información genética codificada en el ADN y alojada en los cromosomas es necesaria para producir o guiar el crecimiento. Toda falla en la carga de esa información podrá ser responsable de alteraciones que se expresarán a lo largo de la vida. Cuando la alteración en la codificación genética implica aspectos morfológicos del organismo, como agenesia de un órgano, la expresión anormal se verifica desde el nacimiento.

Cuando la secuencia patológica encargada de guiar el desarrollo de estructuras que estarán vinculadas a programas de acción –como en el caso de motricidad, expresión verbal, entre otros- la falla se presenta durante la evolución de esos programas. Ésta ocurrirá en el transcurso del crecimiento. En estas situaciones, a medida que se expresa la disfunción, se puede mensurar cuanti o cualitativamente y compararla con el desarrollo esperado para la edad.

En el caso de las enfermedades mentales, para que la expresión genética se concrete, serán las características del desarrollo las que contribuirán en gran medida a desencadenar morbilidad, en el que influyen el entorno y las experiencias vividas, que se agregarán a la carga genética.

La interacción entre el componente genético y el entorno es bidireccional, ya que lo específico de la especie está dado por lo genético, y lo específico del sujeto está dado por las experiencias vividas o fenotípicas.

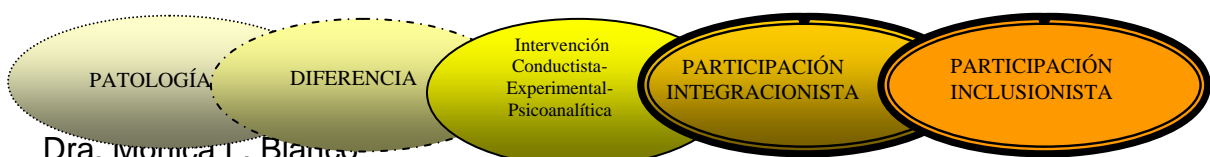
Se ha demostrado que la experiencia vivida actúa sobre el genoma y viceversa. Toda influencia gratificante o violenta en plena etapa del neurodesarrollo influirá indudablemente en el período crítico en el que se genera la malla de conectividad sináptica y su correlato funcional en la conformación de patrones generadores.

Este salto, desde lo anatómico hacia lo funcional, se lleva a cabo a partir de la complejización del proceso de señalización, que requiere para su realización, la integración de distintos niveles de decodificación de señales.

Por ello, en el concepto de procesamiento, no es posible adjudicar en forma lineal que la ocurrencia de una acción en un determinado nivel -el neurotransmisor sobre el receptor en el nivel neuroquímico- produzca una respuesta verificable en lo conductual, sin considerar globalmente todos los acontecimientos que, en forma simultánea, ocurren en todos los niveles de señalización. La observación científica sólo permite acceder a una pequeña muestra de un acontecimiento en un determinado nivel de complejización y en ese instante. El output o salida final luego de procesar señales en distintos niveles, subcelular-celular-neuroquímico-neurofisiológico-etc., será la resultante que emerge como producto de la integración de sistemas.

Avances en la investigación del Retraso Mental desde el Siglo XIX

Sumando a la cuenta de Morris y Blatt (1989), la investigación en el campo del retraso mental registra cerca de 200 años de producción científica. Durante esta época, las recopilaciones hechas por esos autores, al igual que los aportes de Ellis (1981, 1982, 1984), Fierro (1984), Scheeremberger (1984), Aguado (1995) y Verdugo (1995), entre otros, permiten ubicar a las categorías: patología, diferencia, intervención y participación (integracionista e inclusionista) como los principales ejes temáticos y formas de ver a la investigación relacionada con la persona clasificada como retrasada mental a lo largo de su historia.(15).



200 años de investigación en el campo del Retraso Mental

Las categorías patología, diferencia, intervención y participación -como perspectivas de investigación- denominan largos, tensos y paradójicos procesos históricos dedicados al intento de conocer el retraso mental, sobre todo, desde que el psiquiatra suizo Etienne Dominique Esquirol¹ separara a la deficiencia mental del grupo de enfermedades mentales reconocido en los albores del siglo XIX, hasta las convicciones más recientes que, como producto histórico-cultural de los avances de conocimiento en el campo, se manifiestan a favor de la participación plena de la persona clasificada como retrasada mental en la vida social.

La evolución del concepto de “persona con retraso mental” ha dominado en cada momento histórico desde que, en 1845, el libro “Enfermedades Mentales: tratado de la locura” del psiquiatra suizo Etienne Dominique Esquirol, separara a la demencia de la amencia luego llamada retraso mental.

El rescate del lugar de la Persona, en la historia del conocimiento, registrada hasta ahora sobre el retraso mental con la finalidad de ubicarlo en el presente y, así, tratar de entender de dónde surge esta responsabilidad compartida por atender sus necesidades educativas especiales y su relación con los fracasos y logros de las variadas propuestas viejas y nuevas, que han pretendido alcanzar la máxima participación social de esa Persona.

La Patología como perspectiva de investigación

Los pacientes ubicados en los cientos de hospitales, asilos y casas de caridad que proliferaron en la época que Aguado (1995) bien denomina "El Gran Encierro", del siglo XVII a la primera mitad del siglo XX, le permitieron a Esquirol desarrollar el trabajo empírico y reflexivo que lo llevó a diferenciar, dentro de la enfermedad mental, a la "amencia" de la "demencia" y a establecer los niveles de "imbecilidad" e "idiocia" (17) como uno de los más importantes logros de los primeros trabajos de investigación sobre la entonces señalada patología del retraso mental.

De acuerdo con Scheeremberger (1984), la concepción del retraso mental como enfermedad emergió, desde antes que Esquirol iniciara sus estudios, como una reacción médica biologista-organicista contra la posición animista-demonológica, que le precedía desde el Medioevo. No obstante, la rústica tecnología no permitió hacer grandes avances en los laboratorios, sino hasta muy entrado el siglo XIX, período al que Scheeremberger llamó "La Era del Progreso", ya que ofreció los recursos para llegar luego a importantes descubrimientos.

Según Wheal, Sigelman y Switzky (1981), una de las primeras aplicaciones masivas que se le dio a este enfoque fue la de una especie de establecimiento de criterios a grosso modo, con el fin de ubicar a las personas detectadas como retrasadas mentales

¹ Psiquiatra suizo que escribió una de las primeras grandes obras científicas sobre la demencia y el retraso mental (conocido en ese entonces como amencia). El libro se tituló “Enfermedades Mentales: tratado de la locura” y fue publicado en 1845 (Scheeremberger, 1984).

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

en las distintas alternativas residenciales, surgidas hasta ese momento. Sin embargo, Scheeremberger (1984) se inclina por explicar que fue la obsesión por controlar las causas de ese "mal", al que se le atribuían todo tipo de consecuencias nefastas sobre el orden social, lo que motivó las principales investigaciones sobre el tema del retraso mental como componente activo de la patología universal.

Hasta ese entonces, la persona clasificada como retrasada mental no interesaba como objeto de estudio, aunque sí el retraso mental en la persona; el que se sospechaba incurable pero mejorable, transmisible de generación en generación e íntimamente relacionado con los indeseables de la sociedad.

La persona clasificada como retrasada mental, castigada en ese momento por la ignorancia científica y social, había vivido antes -tal y como narran Begab (1975), Cytrin y Lourie (1976), Scheeremberger (1984), Blatt (1987) y Aguado (1995)- la explotación y el infanticidio de la antigüedad.

La introducción de los primeros trabajos científicos y posteriores sobre la deficiencia no colocaron a la persona clasificada como retrasada mental en mejor posición. Cuanto más se sabía de la supuesta enfermedad, mayores eran las restricciones a sus derechos y libertades individuales. La participación social, así como la vivencia de la sexualidad y de la procreación, les fueron negadas a estas personas bajo el mito de la descontrolada transmisión genética de la debilidad mental y de la delincuencia como consecuencia irremediable.

Como solución legalmente instituida, en los Estados Unidos y en varios países de Europa, las medidas de esterilización y encierro fueron aplicadas indiscriminadamente a los procreadores potenciales clasificados como retrasados mentales y, entre ellos, más drásticamente a las mujeres en edad de procrear.

Sin duda, el marco biologista encierra incalculables logros científicos sobre el conocimiento de enfermedades y situaciones causales de alteraciones del desarrollo relacionadas con el retraso mental. Este conocimiento ha redundado comúnmente en un mayor control etiológico y sintomático que, en muchas ocasiones, ha mejorado las condiciones de vida de las personas. Como ejemplos de esos avances se pueden mencionar: el descubrimiento de Jerome Lecione en 1962 de las anomalías cromosómicas asociadas al Síndrome de Down (18), los lineamientos médicos para las clasificaciones surgidas de la correspondencia del comportamiento con manifestaciones biológicas localizadas y difusas (19) y la denominación de una gran cantidad de grupos sintomáticos o síndromes que alteran el desempeño intelectual y social esperado (20).

Aún cuando la definición sobre retraso mental propuesta por Grossman en los años 70, aclaró que el retraso mental no se trataba de una enfermedad sino de un estado de discapacidad (21), la visión patológica permanece anclada ideológicamente, revertiéndose sobre el retraso mental para intervenir -con propuestas curativas, correctivas y terapéuticas- a la serie de comportamientos que supuestamente lo tipifican; razón que ha sostenido el quehacer de la educación especial por mucho tiempo, al igual que el de otros servicios de apoyo. Por lo tanto, el lugar de la persona dentro de esta perspectiva, quedó reducido a un cúmulo de manifestaciones conductuales patológicas e indeseables y que, como tales, había que sanar.

La Diferencia como perspectiva de investigación

Una vez tranquilizados muchos de los temores infundados sobre el mito del retraso mental como una enfermedad biológica y social incontrolable, se consideró que la mejor forma de conocer sobre el tema residía en métodos comparativos, que

RETRASO MENTAL, UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL

Dra. Mónica L. Blanco

permitieran discriminar en qué y en cuánto se diferenciaban las manifestaciones comportamentales de las personas clasificadas como retrasadas mentales, de las que exhibían las personas que no estaban clasificadas como tales.

A partir de la herencia de la teoría deficitaria o patológica, mencionada por Hobbs y referida por Lambert (1981), este mismo principio de la diferencia resultaba muy útil para identificar las distinciones comportamentales entre cada uno de los niveles o categorías reconocidas de retraso mental; bajo el supuesto que a determinado nivel le correspondían ciertas características que le eran propias. Por lo tanto, la naturaleza de esta forma de conocimiento, centrada en la diferencia desde un punto de vista negativo, resultaba discriminatoria y segregacionista. Esta postura marcó claras consecuencias ideológicas en torno de la actitud social hacia las personas clasificadas como retrasadas mentales. A su vez, se vio validada por el reconocimiento científico el auge de la psicometría en el mundo occidental.

Muchas han sido las formas diagnósticas utilizadas con el fin de identificar el retraso mental y sus distintos niveles, a partir de la discrepancia comportamental.

La conceptualización más reciente sobre retraso mental aboga por estrategias multidimensionales de acceso al conocimiento (22).

Los resultados de test aplicados a personas clasificadas como retrasadas mentales han sido utilizados con propósitos diagnósticos y clasificatorios. Algunos se usaron para la toma de decisiones sobre la organización de servicios y ubicación de la población, pero la mayoría de las investigaciones se han aprovechado del cociente intelectual (*) como supuesto de equivalencia entre sujetos, con la intención de agrupar muestras de estudio para llevar a cabo investigaciones de corte experimental, longitudinal y correlacional; en el entendido de su alto reconocimiento en el ámbito científico, para lo que se han complementado con múltiples formas de validación estadística.

(*) $C.I. = \frac{\text{Edad cronológica}}{\text{Edad mental}} \cdot 100$

Edad mental

- Retraso mental leve: C.I. entre 50-55 y aprox. 70.
- Retraso mental moderado: C.I. entre 35-40 y 50-55.
- Retraso mental grave: C.I. entre 20-25 y 35-40.
- Retraso mental profundo: C.I. inferior a 20 o 25.
- Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los tests usuales. El retraso mental se codifica en el Eje II del DSM-IV-TR.

Dicha validación es hoy altamente cuestionada: en principio, por intentar aplicar con carácter prospectivo resultados obtenidos de estudios retrospectivos (Belmont, 1981), y luego, por construir pruebas para aplicar a personas clasificadas como retrasadas mentales, sobre la base y estandarización del comportamiento en personas sin alteraciones significativas del desarrollo (López, comunicación personal, 1998); al respecto, la AAMR (1992, 1997) comenta que este punto comienza a ser corregido.

¿Retraso mental o Discapacidad Intelectual?

El primer planteamiento multidimensional de Discapacidad Intelectual se produjo en el año 1992, con la intención de eliminar el reduccionismo y la excesiva confianza en el uso de tests dirigidos a diagnosticar el C.I.

Se planteó un giro determinante en el proceso de evaluación, con el objetivo de obtener información acerca de las necesidades individuales en diferentes dimensiones.

El análisis realizado tiene como finalidad intentar desterrar el concepto de C.I. como único dato para definir el futuro de una persona, conducta aún en vigencia, a punto tal que las escuelas especiales de nuestro país están organizadas por C.I.(23).

Aún cuando Ammerman (1997) continúa su defensa del trabajo experimental y asegura que con ello es posible identificar mejores formas de planificación e intervención. Pero es imposible pasar por alto las críticas más profundas que se han hecho a los métodos ubicados en este enfoque de investigación y que se agravan cuando sus resultados requieren ser transferidos a términos operativos en los servicios educativos y en otras formas de apoyo. Tales críticas apuntan repetidas veces hacia los siguientes aspectos:

- La dificultad para la precisión diagnóstica incide negativamente sobre los intentos de agrupamiento de sujetos, lo que afecta directamente a los mecanismos de control y, por lo tanto, a las pretensiones de generalización de los resultados (24).
- El agrupamiento de sujetos a partir del cociente intelectual es totalmente insuficiente para determinar la calidad de equivalencia entre los participantes (25), confirma esta posición expresando que “dos individuos con una misma cifra de C.I pueden no tener en común absolutamente nada más que esa cifra de C.I”.
- La dispersión y heterogeneidad de la población rara vez permiten que el agrupamiento de sujetos y el tratamiento propuesto en la investigación se lleven a cabo en ambientes naturales(26). Este enfoque aplicado a la atención educativa ha servido más para evidenciar los problemas de los niños que para promover modelos de intervención didáctica (27). En primer lugar, la enfermedad y, en segundo, lugar el comportamiento diferenciado, no han permitido que el lugar de la persona aflore como tal para el interés científico. En cambio, bajo sus premisas, han sido justificadas las formas de atención diferenciada y las figuras autorizadas para tomar las decisiones sobre todos los aspectos de la vida de las personas clasificadas como retrasadas mentales; como si la persona clasificada como tal no fuera más que un cuadro comportamental atípico, encerrado en una dinámica corporal de alguna manera similar a la de sus observadores y manejadores.

La Participación Inclusionista como perspectiva de investigación

El movimiento más reciente para estudiar los temas y problemas de la discapacidad obedece a la investigación socio-crítica o emancipatoria, a la que se atribuye en parte la construcción de la perspectiva inclusionista. Barnes y Mercer (1997) y Oliver (1997) explican cómo surge este movimiento aferrado a la búsqueda del conocimiento relacionado con los aspectos sociales de la discapacidad y basado en la participación directa de las personas con discapacidad en los estudios, asumiendo éstas el doble rol de investigadoras e investigadas, junto a otros investigadores externos.

Según estos autores, el principal cuestionamiento que la investigación emancipatoria hace a la investigación positivista o tradicional es que la mayoría de los estudios se han realizado con una escasa consulta a las organizaciones de personas con discapacidad. Esto conduce a la discapacidad hacia un reduccionismo simplista con la finalidad de divulgar sus resultados, a través de medidas supuestamente objetivas, que ha redundado

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

en un impacto casi imperceptible sobre un cambio en las políticas para la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

Los autores critican que los estudios tradicionales se realizan desde un enfoque asimétrico de las relaciones entre el “investigador-experto” y el investigado y dejan en manos del investigador-experto todo el poder y el dominio sobre el proceso completo del estudio, inclusive de la divulgación de los resultados que las personas investigadas conocen y se benefician muy poco. Mientras que los investigadores-expertos utilizan a las personas con discapacidad para alcanzar avances importantes en su propio status. Por otra parte, Oliver agrega que, en cuanto a metodología de investigación, cualquier técnica es compatible con el enfoque emancipatorio, siempre y cuando, permita el empoderamiento, la ganancia y la reciprocidad social de las personas con discapacidad en la satisfacción de sus propias necesidades.

Esta tendencia hacia la inclusión obedece a un encuentro de resultados de grandes luchas y sacrificios emancipatorios de las minorías humanas que, ya sea por razones de género, discapacidad, etnia, condición social, preferencia sexual u otras; han tenido que levantar su historia desde el subsuelo de la desventaja, la subordinación, la deprivación, el silencio y la amenaza permanentes.

En la actualidad, la inclusión penetra los distintos espacios del desempeño y de la participación social pero, de modo más significativo, a los sistemas educativos.

El marco filosófico y antropológico de la educación inclusiva ha tenido un impacto que se palpa en los intentos por reformar a la educación en distintos países europeos, con la intención de poder dar una atención equitativa a todos los estudiantes; a partir del reconocimiento de la diversidad humana y del potencial multidimensional de inteligencia y de sobrevida que conlleva. Además de reconocer, a partir de la inclusión de la persona clasificada como retrasada mental, a todo estudiante como SUJETO DE DERECHOS.

A manera de conclusión acerca del Lugar de la Persona

Sin intentar juzgar el pasado desde el presente, es innegable que la historia ha avanzado para beneficio de todos hacia un concepto que, al amparo de las declaraciones de los derechos de las personas, pretende potenciar el desarrollo de los seres humanos sin distinción de condición. Este hecho condena, en principio, la ocurrencia que un grupo humano adquiera un supuesto beneficio a costa de otro grupo humano menos favorecido. Tal edificación ideológica representa el momento más favorable para las personas clasificadas como retrasadas mentales.

Con respecto a la búsqueda del lugar de la persona en las distintas perspectivas de investigación sobre el retraso mental, es posible concluir, entonces que, en el caso de la perspectiva patológica, dicho lugar fue más bien combatido creyendo que con ello se atacaba a la supuesta enfermedad. En relación con la perspectiva de la diferencia, el lugar de la persona quedó reducido a un cuadro de comportamiento atípico que, como tal, debía estar fuera de la dinámica social de los comportamientos típicos. Así, el desarrollo de la persona clasificada como retrasada mental quedó determinado por la pobreza de sus oportunidades de interacción.

RETRASO MENTAL, UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL

Dra. Mónica L. Blanco

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

En cuanto a la perspectiva de intervención, las limitadas posibilidades de desarrollo, debidas a la marca de la diferencia, fueron a la vez fragmentadas para su tratamiento, con lo que el lugar de la persona fue destinado a un cúmulo de partes disociadas. Y, desde la perspectiva de la participación, ahora se intenta reorganizar ese lugar de la persona y darle su lugar en la dinámica social, pero las herramientas necesarias aún no han sido adquiridas. Es decir, que la última definición de la AAMR pretende dar un lugar en la participación social a alguien a quien la historia del conocimiento aún no le ha permitido del todo ser y que sólo será en la medida en que ocupe un lugar reconocido en la participación social. Por lo tanto, queda por resolver el cómo de la cuestión, a lo que la perspectiva inclusionista ya empieza a dar algunas respuestas.

Lo que este trabajo sugiere entonces a las intenciones de aporte al conocimiento, curiosamente, no es en nada distinto a lo propuesto por Vygotski en 1928 con base en sus reflexiones sobre la falta de estudio en el campo del retraso mental: “debemos estudiar no el defecto, sino el niño con uno u otro defecto: por eso el estudio integral de la personalidad del niño en su interacción con el ambiente que le rodea, debe constituir la base de todas las investigaciones” (Vygotski, 1997, p. 193).

La propuesta de la educación inclusiva, que ahora encuentra un lugar de privilegio en las últimas demandas de la UNESCO, requieren de una organización docente y administrativa consolidada en el sentido de la mutua cooperación, el trabajo en equipo, el respeto por la diversidad y las biografías particulares de cada uno de los estudiantes que, con un repertorio distinto, juegan su futuro en nuestros escenarios escolares. Los educadores, por su lado, deben empoderarse de su capacidad de mediar efectiva y afectivamente en la enseñanza de cada uno de esos estudiantes, virtud que todos pueden fortalecer creando una identidad pedagógica mutua y propia, por encima de tecnicismos estandarizantes que castigan las particularidades de los estudiantes, constriñen las posibilidades de conocimiento e inhiben la necesaria posición crítica y creadora del docente.

¿Discapacidad Intelectual o Retraso Mental?

La discusión sobre cuál es la terminología más adecuada para referirse a la población ha sido motivo de debate desde finales de los años ochenta en ámbitos científicos y profesionales. En progreso, este debate se ha visto ampliado a los familiares y a las personas con esa discapacidad. La principal razón para sugerir un cambio en la terminología se deriva del carácter peyorativo del significado de retraso mental que, además, reduce la comprensión de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas.

Hoy, la discapacidad intelectual debe concebirse desde un enfoque que subraye, en primer lugar, a la persona como cualquier otro individuo de nuestra sociedad.

Esto implicaría una concepción cambiante del R.M. y de la discapacidad en general, que se aleja de una visión patológica, determinada, permanente y estática, hacia una perspectiva contextual en la que el trastorno resulta de la interacción entre las limitaciones de la persona y el entorno físico y social, donde también se considerarán los apoyos que debe recibir, en la medida de lo posible, para la construcción de una autonomía y autodeterminación de estos niños (28).

Comentario final

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

- ¿Dónde nacen los niños?
- ¿Dónde deberían nacer?

Es fundamental enfatizar la importancia de la oportunidad del pediatra clínico. En algunas situaciones, es el único profesional que además cumple con la función de recibir al recién nacido en la sala de partos, por lo tanto, constituye una doble responsabilidad frente al nacimiento de un bebé con problemas. En otros casos, esta función está dividida y existe la posibilidad que nazca en una institución que cuente con Neonatólogo y Pediatra. Existen lugares, a lo largo del país, donde es el médico generalista o de familia quien cumple ese rol.

Independientemente a quién le sea otorgado, será un acto de responsabilidad intransferible el primer momento de información a la familia acerca de su bebé recién nacido.

Es de suma importancia romper con el esquema clásico y preconcebido que será el profesional el que ocupe el lugar del saber, ya que esa primera información, en cierta medida, marcará el devenir de ese bebé, más allá de lo real. La sensibilización y humanización de los servicios de Neonatología son aspectos no integrados a la problemática del R. M.

El Equipo de Desarrollo Infantil, con un pediatra especializado en problemas del desarrollo y profesionales especializados en Estimulación Temprana, es una de las intervenciones que introducen cambios relevantes, implicados en la recuperación integral, lo cual permite nuevas posibilidades de estudio y acercamiento a diversas patologías y su recuperación.

En el abordaje se trabaja con el bebé/niño y también con sus padres, en búsqueda del entramado vincular que tanto favorecerá el desarrollo.

La estimulación temprana fertiliza el terreno, hasta el ingreso a preescolar con una serie de herramientas de fundamental importancia para la próxima etapa.

Es necesario consensuar que el marco conceptual que define el ámbito de intervención de un equipo de profesionales es la interdisciplinariedad; dado que en el equipo debe encontrarse la “inteligencia compartida”, verdaderos soportes del accionar profesional, con respuestas éticas surgidas del diálogo amplio y fructífero, teniendo en cuenta el desarrollo del niño y su contexto (29).

Bibliografía:

1. Kensaburo Oé, Japón, (1935) Escritor japonés, premio Nobel de Literatura en 1994.
2. . AAMR (1992, 1997). Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. (Trad. de Miguel Angel Verdugo y Cristina Jenaro). Madrid: Alianza.
3. Curso de Psicología y Psicopatología del niño, el adolescente y su familia Director Prof.Dr. Héctor S. Basile. Retraso Mental(2008).
4. Azcoaga, J.E.: Vigotsky: fundador de la neuropsicología. Ponencia al simposium internacional “ Vigotsky en la Psicología y en la Educación a cien años de su nacimiento”, UAEM, Cuernavaca, México, 2001.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

5. Seoane, 1985.
6. Schaffer, 1989.
7. Sorrentino, 1990.
8. Brimer y Poniatowska, 1979; Doré, Wagner y Brunet, 1996; Itard, 1978; Jinich, 1993; Levy y Merani, 1958; Luria, 1973, 1979; Oé, 1989, 1997, 1998 a, 1998 b; Peguero, 1997; Sacks, 1987, 1990 a, 1990 b, 1994, 1995, 1997; Séve, 1994; Sorrentino, 1990; Vigotsky, 1995, 1997).
9. . Prof. Dr. Luis M. Zieher, revista Psicofarmacología 43, abril 2007.
10. Dubrovsky, 2000
11. Coffey, 1998
12. Meaney, MJ and ZIF, M Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity? TINS 2005; 28(9) : 456-463.
13. Weaber, IC; Cervoni N; et als, Epigenetic programming trough maternal behavior. Nature Neuroscience 2004, 7(8); 847-854.
14. 200 Años de investigación sobre retraso mental. Dra. Lady Meléndez Rodríguez.
15. Scheeremberger, 1984; Aguado, 1995; Ortiz, 1995 y Verdugo, 1995.
16. Scheeremberger, 1984 y Aguado, 1995.
17. Scheeremberger.
18. Belmont, 1981, 1984
19. Aguado, 1995.
20. Verdugo, 1994^a.
21. AAMR, 1992, 1997
22. Luckasson y cols. 2002, p.10. SIGLO CERO Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol. 34 (1), Núm. 205.
23. (Guskin y Spicker, 1981; Pérez citado por Ortiz, 1988; Verdugo, 1995; Ammerman, 1997 y García, 1997a).
24. Belmont, 1981; Guskin y Spicker, 1981 y Verdugo, 1995. Benedet 1991.
25. Verdugo, 1995; Ammerman, 1997 y Carmiol, 1997.
26. López, 1983.
27. PRONAP 2008.
28. Lic. Graciela Ricci de Mannucci, capítulo Retardo Mental, PRONAP 2008.

DATOS DE LA AUTORA

Dra. Mónica L. Blanco

H. Lagos 356 8 "I"

(6300) Santa Rosa, L.P.

TE. 410801

monicablanca08@gmail.com

monica_mlb@hotmail.com

Pediatra Clínica

Especializada en Desarrollo Infantil

Coordinadora del Equipo de Atención Temprana

Hospital Dr. L. Molas, Santa Rosa, La Pampa.

RETRASO MENTAL, UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL

Dra. Mónica L. Blanco