
Discapacidad intelectual y Psicopedagogía

*Equipo de Psicopedagogía**

Introducción

En nuestra labor clínica psicopedagógica, en reiteradas ocasiones, profesionales del Hospital y de instituciones escolares nos convocan para brindar nuestra opinión, confirmar o descartar la presencia de lo que se explicita como “retardo mental” en un niño o adolescente. Tarea difícil cuando se solicita sólo la determinación de un coeficiente intelectual (CI) para confirmar un diagnóstico médico u otorgar un certificado de discapacidad. Es así que surgen preguntas, como: ¿cuál es la concepción actual acerca de la discapacidad y la discapacidad intelectual? ¿Cómo se piensa desde el equipo de psicopedagogía el proceso diagnóstico de la discapacidad intelectual?

Este trabajo constituye un recorte de un Ateneo General de la Residencia del Equipo de Psicopedagogía realizado en 2007, cuyo título fue: “Un recorrido hacia la complejidad de la discapacidad intelectual en la clínica psicopedagógica”.

Concepciones sobre la discapacidad intelectual

Para iniciarnos en la temática, podemos mencionar que la *American Association of Mental Retardation* (Asociación Americana de Retardo Mental) ha cambiado su nombre por el de *American Association of Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Desarrollo), cambio que trae aparejada una modificación en la conceptualización de la discapacidad intelectual.

Las primeras definiciones han hecho énfasis en las características del individuo solamente, mientras que las más recientes, sin dejar de lado las características individuales, incluyen la interacción con el medio y cierto grado de responsabilidad social.

González Castañón señala que coexisten dos paradigmas en torno a esta conceptualización: el *Paradigma del Déficit* (hace alusión a lo que falta) y el *Paradigma de la Diferencia* (permite identificar a las personas con lo que pueden).

En 2000, la Organización Mundial de la Salud propone el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad

y de la Salud (CIF) que proporciona un marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud, por ejemplo, de la discapacidad. Dicha clasificación emplea un lenguaje unificado que permite la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias alrededor del mundo. Esta perspectiva se basa en la integración de dos modelos históricamente opuestos: el modelo médico y el modelo social.

Dentro del modelo propuesto por la CIF, la clasificación del funcionamiento de un individuo en un dominio es entendido como una relación compleja que se refiere a la interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales).

Teniendo en cuenta este marco, pensamos a la Discapacidad Intelectual desde una concepción que reconozca al contexto, como un elemento importante en el funcionamiento de las personas con limitaciones en sus capacidades. De esta manera, el retraso no estaría en la persona ni en el entorno, sino que se podría reconocer en la particular modalidad de funcionamiento que adoptan las capacidades de la persona en ese ámbito en que desarrolla su existencia. Ese particular estado de funcionamiento comienza en la infancia.

Discapacidad intelectual y diagnóstico psicopedagógico

Un diagnóstico psicopedagógico no se realiza de la misma forma que un diagnóstico médico. Un diagnóstico psicopedagógico constituye un proceso en el que se produce un encuentro con un niño, insertado en una familia, en una institución escolar y en un contexto socio-histórico particular. Y, en esos encuentros singulares, se irán construyendo hipótesis diagnósticas que guiarán las intervenciones.

Pensar un diagnóstico de esta manera implica pensar qué le pasa a un niño, cuáles son los recursos cognitivos con los que cuenta, sus dificultades y aquellas cuestiones que necesita para aprender mejor, teniendo siempre en cuenta una mirada clínica integral. Pensar todo esto es mucho más que pensar en una simple etiqueta.

Llegar a la construcción de una hipótesis diagnóstica de discapacidad intelectual no siempre

resulta un proceso sencillo. Cuando se encuentra un marcador orgánico (ya sea una lesión cerebral o algún síndrome genético, metabólico...) o cuando el grado de discapacidad es muy significativo, parecería que contamos con mejores condiciones para sostener esta hipótesis diagnóstica. Sin embargo, cuando el nivel de "desfasaje" en el funcionamiento de la persona en su entorno es leve y no hay factores orgánicos específicos, ingresamos en un campo de mayor controversia. Múltiples factores intervienen en el aprendizaje de un sujeto, a partir de los cuales es posible apostar a que algo pueda modificarse y abrir un amplio abanico de posibilidades.

Otra cuestión por considerar, que se pone en juego a la hora del diagnóstico, se relaciona con la edad. No es lo mismo realizar un diagnóstico con un adolescente de 16 años que con un niño de 4 años o con uno de 8 años. En la adolescencia, por lo general, no resulta tan difícil llegar a un diagnóstico. ¿Con qué tiene que ver esto? Muchas veces el panorama resulta más claro, el "desfasaje" en el funcionamiento de la persona en su entorno suele ser más significativo y algunas cuestiones parecerían estar más cristalizadas. Por lo tanto, el factor tiempo en el desarrollo juega un papel preponderante.

Cuando se trata de niños pequeños, que están en pleno desarrollo, se apuesta a que las intervenciones que puedan realizarse generen efectos significativos en éste. Por definición, en esta franja etaria, no se puede hablar de discapacidad intelectual, sino de retraso madurativo. Sin embargo, como expresó la Lic. Fernández, "el diagnóstico de retraso madurativo es un diagnóstico con fecha de vencimiento". No se puede seguir sosteniendo este diagnóstico cuando un niño tiene 10 años y mucho menos si tiene 15 años. Es necesario considerar que, si bien no todo retraso madurativo luego se termina configurando como una discapacidad intelectual, en muchos casos, según una gran variedad de factores, esto sí ocurre.

Cuando se trabaja con sujetos con una discapacidad intelectual la apuesta siempre debe estar presente. El techo no puede estar puesto de antemano, ni ser construido desde afuera. El aprendizaje de un individuo responde a un entramado complejo de factores y, desde este punto de vista, no es posible establecer con certeza cuál será el techo, aunque se sepa que tal vez exista. La intervención clínica pasa justamente por apostar a su potencial de aprendizaje. Esta apuesta implica no ubicar en primer plano al diagnóstico, poder correrlo de escena (pero sin desconocerlo), de forma tal que no obture el despliegue de las estrategias que permitan operar. Se trata de no concebir al niño o adolescente

sólo como objeto de diagnóstico, para encontrarnos con un sujeto de deseo y aprendizaje.

La temática de la discapacidad intelectual reviste cierta complejidad, en la que suele ser difícil la construcción de criterios unificados y compartidos dentro de las instituciones y de los equipos de trabajo. Pero, justamente por esa complejidad, la mirada psicopedagógica aislada no basta, la construcción de esta hipótesis diagnóstica requiere del trabajo conjunto con otros profesionales.

Aspectos del diagnóstico psicopedagógico

En muchas oportunidades, se aprecia cómo algunos profesionales sostienen la idea de que el CI podría funcionar como un único factor determinante de la (in)capacidad de aprender. Sin embargo, ¿será suficiente el CI para diagnosticar la discapacidad intelectual como suele solicitarse?

En relación con el diagnóstico de la discapacidad intelectual, Verdugo Alonso señala que es menester tener presentes ciertas premisas básicas. Por un lado, "las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura". Por otro, "una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales". Por último y considerando que, en un sujeto, las limitaciones coexisten con capacidades, el objetivo de describir las primeras es el de desarrollar un plan de intervención, una estrategia acorde a las necesidades que no deje por fuera las habilidades y potencialidades del sujeto.

Por lo tanto, si se pretende que la práctica psicopedagógica esté enmarcada dentro del paradigma de la diferencia, no se puede sostener que una persona porta discapacidad intelectual con sólo observar la edad de inicio anterior a los 18 años, el CI significativamente inferior al promedio y el compromiso de la conducta adaptativa al menos en dos áreas de la vida cotidiana, tal como se sugiere en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Circunscribirse a esta forma de llevar a cabo el diagnóstico no ayudaría a poder encontrarse con el sujeto en sí, con su singularidad, con el recorrido histórico propio y esas cualidades personales que lo hacen único.

La AAIDD expresa que las tres condiciones enunciadas anteriormente (DSM-IV) sólo estarían constituyendo la primera de las tres funciones que conforman el proceso de evaluación de la discapacidad intelectual. Si la evaluación se

detiene allí, se conseguiría solamente clasificar al paciente dentro de una categoría preestablecida, adjudicándole un valor cuantificable que remite a la denominación de leve, moderado, grave o severo. De ocurrir esto último, quedaría “sostenido”, “avalado” por esa denominación atribuyéndole, de esta forma, al diagnóstico, el carácter de “*sello privado y condenatorio*”.

Por esto, la AAIDD propone incluir otras instancias, otras “funciones” que permitan enriquecer la primera y así completar la evaluación de la discapacidad intelectual (Tabla).

La segunda de estas funciones se refiere a la necesidad de clasificar y describir los puntos fuertes y las limitaciones del sujeto en cada una de las cinco dimensiones que enuncian como: 1) capacidades intelectuales; 2) conducta adaptativa; 3) participación, interacción y redes sociales; 4) salud (física, mental y etiología); 5) contexto (ambiental y cultura).

La última función de la evaluación de la discapacidad intelectual incorpora el concepto de Apoyo, entendido éste como estrategia o recurso que potencializa y desarrolla los intereses y

objetivos de las personas con discapacidades o sin ellas, que posibilita el acceso a recursos e información y que especialmente ayuda a aumentar la independencia, la inserción laboral, la integración en la vida comunitaria y la búsqueda de sus propias satisfacciones personales. Esta instancia implica identificar el tipo de apoyo necesario en cada dimensión, su intensidad y las personas responsables de brindarlos.

Los niveles de apoyo varían desde intermitente (esporádico), limitado (con regularidad y por períodos breves), extenso (durante años) hasta los que se denominan generalizados y que son de por vida.

De esta manera, queda evidenciada la limitación del CI, pues no permite presuponer qué niveles de apoyo necesitará una persona, porque, generalmente, las dificultades y las capacidades no se presentan en forma homogénea en dos personas diagnosticadas con discapacidad intelectual y con similar CI.

En esta instancia, cabe señalar las palabras de la Lic. Filidoro: El aprendizaje de un sujeto constituye una singularidad en la que “concurren múltiples elementos y tan dispares como la institución escolar con su proyecto pedagógico, el tipo de contrato didáctico, la subjetividad del docente, sus expectativas, sus representaciones del alumno; las características del grupo de pares, las diferentes conceptualizaciones de los objetos de conocimiento, el niño o el adolescente y su estructura biológica, y su desarrollo del lenguaje, de lo psicomotor, de la inteligencia; su historia familiar, su posicionamiento subjetivo, el contexto histórico, social, cultural, político, y la lista continua”. Y todo esto hace al diagnóstico psicopedagógico.

Por este motivo, en la práctica psicopedagógica que llevamos a cabo, el diagnóstico apunta a indagar sobre los procesos de aprendizaje de una persona y, en este punto, llegar a la construcción de una hipótesis de discapacidad intelectual es sólo un elemento más entre otros que podamos construir.

En el caso particular del diagnóstico de discapacidad intelectual, el poder conocer y nominar estas características nos permite trazar líneas de trabajo terapéutico que, como estrategia, contemplen la elección y la modalidad de las intervenciones que apuntarán a potencializar los recursos del paciente, de su familia y, a su vez, a provocar la multiplicación y afianzamiento de las redes sociales y terapéuticas.

Tabla. Evaluación de la discapacidad intelectual

<p>Función 1: Diagnóstico de la discapacidad intelectual</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitación significativa del funcionamiento intelectual Limitación significativa de la conducta adaptativa Edad de inicio anterior a los 18 años
<p>Función 2: Clasificación y descripción</p> <p>Identificación de fortalezas y debilidades en las 5 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacidades intelectuales Conducta adaptativa Participación, interacción y roles sociales Salud (física, mental, etiología) Contexto (ambiental y cultural)
<p>Función 3: Perfil de necesidades de apoyo</p> <p>Identificación de los tipos de apoyos necesarios en cada área, su intensidad y la persona responsable de proporcionarlos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo humano Vida en el hogar Empleo Conductual Protección y defensa Enseñanza y educación Vida en la comunidad Salud y seguridad Social

AAIDD, Verdugo Alonso 2002.

* El Equipo de Psicopedagogía se inserta en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” y está integrado por los siguientes profesionales: Lics. Mariana Bricchi, Marta Caballero, Guadalupe Chanes, Esther Cornejo, Belén González, Belén Kunert, Patricia Logarzo, Eugenia Maleplate, Verónica Martucci, Romina Pugliese, Celeste Ros Giordano, Luciana Tiscornia, María Susana Toccalino, Paula Ugarte, Ianina Wolff.