

EL DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO EN LA DEFICIENCIA MENTAL

PILAR ANDRÉS SISAMÓN
SARA FERNÁNDEZ LOBATO
JORGE VIDAL ESCARTÍN

RESUMEN

Situándonos en el enfoque del diagnóstico psicopedagógico propuesto por la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) y teniendo en cuenta las anteriores perspectivas, intentamos poner de relieve nuestro punto de vista sobre el mismo, destacando la importancia de un diagnóstico adecuado de la persona evaluada debido a las consecuencias determinantes que este diagnóstico lleva implícito.

Aun siendo conscientes de que no es el profesor quien directamente realiza el diagnóstico (aunque sí participa en él), consideramos este tema de especial importancia para nuestra formación (futuros maestros de educación especial) por su repercusión en el posterior tratamiento.

ABSTRACT

Taking into account the previous perspectives, based on the focus of the educational psychological diagnosis proposed by AARM, we try to emphasize our point on view of the matter so we attach great importance to a suitable diagnosis for the evaluated person, given that the consequences of the report could be transcendental.

Even being aware that the teacher is not the person directly in charge of writing the report, (even though he or she takes part in it), we would like to consider this subject as specially significant for our educational training, as teachers to be of Special Education, and the repercussions on later treatment.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico Psicopedagógico, Deficiencia Mental, AARM

KEY WORDS

PsychoPedagogic Evaluation, Mental Retardation, AAMR.

1. INTRODUCCIÓN

Este artículo es fruto de un trabajo efectuado bajo la dirección del profesor Santiago Molina en la asignatura denominada «Aspectos Psicoevolutivos y Educativos de la Deficiencia Mental».

Creemos de especial relevancia la elección de este tema, por la importancia que supone para el futuro del alumno deficiente mental (así como de cualquier otro tipo de alumno) un correcto diagnóstico psicopedagógico, en función del cual se adecuará la intervención más eficaz. Aunque no vamos a ser directamente los profesores los que llevemos a cabo el diagnóstico psicopedagógico, sí que participamos en éste. Además la verdadera importancia desde una perspectiva educativa del diagnóstico es debido a que éste va a determinar claramente el tratamiento posterior, en lo que el profesor está implicado totalmente.

Una vez seleccionado el tema, la búsqueda de bibliografía al respecto la hemos realizado por varias vías: en primer lugar hemos buscado en diferentes direcciones de Internet. Posteriormente, nos dirigimos a diferentes bibliotecas y hemerotecas de Zaragoza y Logroño, incluida la de la propia Universidad. También resultó bastante fructífera la búsqueda en artículos de revistas, tanto en español como en inglés y francés de las cuales cinco hacían referencia en su totalidad o en algún aspecto concreto al tema elegido.

2. CONSIDERACIONES PREVIAS

Consideramos importante señalar que en los últimos años se aboga por la eliminación del término retraso mental como categoría diagnóstica por su carácter estigmatizador de individuos. Este término tiene la ventaja de facilitar la toma de decisiones administrativas y las prestaciones, pero tiene enormes efectos negativos como son el autoconcepto negativo, el conducir a la jerarquía social y las actitudes negativas hacia estos sujetos.

A este respecto se dirige Alfredo Fierro (1984) postulando que la clasificación puede afectar profundamente al futuro de un niño, pues supone considerarlo por debajo de lo normal, como niño excepcional en sentido negativo. Por un lado, puede aumentar su competencia, seguridad en sus capacidades, conocer la alegría, proporcionarle más oportunidades... Por otro, puede reducir sus oportunidades, disminuir su competencia y autoestima... Es decir las consecuencias de la clasificación pueden ser beneficiosas o perjudiciales, dependiendo de si se ajustan o no a las necesidades reales del niño.

Siguiendo la línea de este mismo autor, se puede afirmar que «la categoría permite que las concesiones populares y estereotipadas sobre la deficiencia mental influyan en las reacciones ante el niño por lo que la etiqueta es también un impedimento que no permite que las demás personas puedan apreciar los atributos positivos del niño. Cuando un niño es enviado a una clase especial para deficientes mentales educables, sus oportunidades para aprender quedarán con frecuencia gravemente limitadas, y es muy probable que permanezca en esa clase durante

todos sus años escolares. Como resultado de sus limitaciones en la capacidad y en las oportunidades, su rendimiento confirmará las predicciones de los test, y se hará cada vez más parecido a lo que su etiqueta le exige que sea.» [Fierro, A. 1984, 34]

Podemos hablar de la limitación que supone la etiquetación y la categorización ya que persigue el doble objetivo de proteger a la sociedad, y el de ayudar a los niños. Es decir, la sociedad es la que determina qué es lo que está dentro de lo normal, o aceptable y lo que es excepcional. Tal como señala Alfredo Fierro (1984, 29), «La clasificación no es un procedimiento simple, científico, libre de valores con consecuencias previsiblemente benignas, sino que surge más bien de los valores de la mayoría cultural y tiende a perturbar dichos valores, a menudo en detrimento del niño individual o de determinadas clases de niños. La clasificación sirve para identificar a los niños que no entran dentro de las normas, que no progresan normalmente y que presentan una amenaza para el equilibrio del sistema, a fin que puedan ser cambiados o aislados».

Mirado desde este punto de vista, al etiquetar a un niño estamos dando por hecho que es diferente, que no entra dentro de lo «normal», estamos aplicando un mecanismo de control social institucionalizando los valores de la mayoría cultural, controlando los recursos, regulando el acceso a las oportunidades y protegiendo a la mayoría contra una angustia indebida. Creemos que a veces es necesario restringir las libertades de algunas personas para proteger a la sociedad, pero estas deprivaciones a las que se someten a muchas personas deficientes no son tan claras y evidentes, pasando muchas veces los límites de lo moral. Así, la hospitalización involuntaria, la esterilización, el derecho a casarse y tener hijos y la determinación de la capacidad, son algunos de los asuntos más graves que pueden ser decididos en los tribunales legales, derivándose de tales decisiones, consecuencias permanentes y devastadoras, utilizando frecuentemente las etiquetas y las categorías para legitimar esos abusos. Pero ¿podemos confiar plenamente en que no nos estamos equivocando al etiquetar a una persona de deficiente mental, emocionalmente perturbado? Además los sistemas empleados para clasificar a los niños excepcionales son normalmente insensibles a los cambios rápidos que pueden ocurrir en un niño, aunque afortunadamente esto ha sufrido algunos cambios en los últimos años.

Por todo ello, de acuerdo con Verdugo (1998), consideramos muy importante que el factor determinante del diagnóstico psicopedagógico sea la conducta adaptativa de los sujetos, a pesar de que el debate sobre dicho factor ha sido muy intenso durante las últimas décadas.

No es la intención de este artículo el realizar un análisis exhaustivo y comparativo de todos y cada uno de los aspectos del diagnóstico psicopedagógico en cada uno de los principales modelos (psicométrico, conductual, dinámico y el de la AARM), ya que eso sería una tarea excesivamente desmesurada (un análisis de esos modelos puede consultarse en Molina, 1999). Pretendemos algo más asequible a nuestras posibilidades. Nos situamos en la posición del diagnóstico psicopedagógico que plantea la Asociación Americana de Retraso Mental y a partir de su estudio, y teniendo en cuenta las anteriores perspectivas, queremos plantear nuestro punto de vista sobre el mismo. A pesar de esto, describimos brevemente los principales aspectos de cada uno de estos enfoques en el siguiente cuadro.

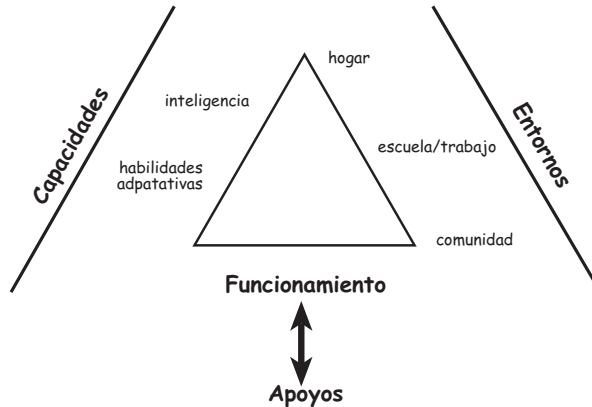


GRÁFICO 1.- Fuente: AARM, 2000, 27

3. ANÁLISIS DE LA LITERATURA SOBRE EL TEMA

En primer lugar, queremos delimitar el concepto de diagnóstico psicopedagógico, ya que quizás no esté muy claro. Según Eulalia Bassedas (1991), se trata de un proceso en el que se analiza la situación del alumno con dificultades en el marco de la escuela y del aula, a fin de proporcionar a los maestros orientaciones e instrumentos que permitan modificar el conflicto manifestado. Esta misma autora enfatiza el proceso, ya que se trata de una secuencia de actuaciones y no de una intervención puntual.

La AARM, en la que vamos a centrar nuestro estudio, aporta, a nuestro parecer, un aspecto importantísimo al diagnóstico psicopedagógico, especialmente desde el ámbito educativo. Nos referimos a que una vez realizado, aporta unos sistemas de apoyos necesarios para esa persona. Estos apoyos pueden ser intermitentes (de naturaleza episódica), limitados (persistencia temporal y tiempo limitado), extensos (se caracterizan por su regularidad en algún ámbito y sin limitación de tiempo) o generalizados (se necesitan en todos los ámbitos y sin limitación de tiempo). Por tanto, «términos como retraso mental ligero, medio, severo y profundo, basados en el cociente intelectual o en cualquier otro test psicométrico, nunca más serán utilizados» [AARM, 2000, 53].

El proceso de evaluación propuesto por la AARM se estructura en tres pasos. Comienza con el diagnóstico diferencial del retraso mental; continúa con la clasificación y descripción del sujeto en base a sus potencialidades y limitaciones en las distintas dimensiones y en relación al medio en que se desenvuelve; y finaliza con la determinación de los apoyos necesarios para cada una de las dimensiones propuestas. «La intención de este proceso de tres pasos (diagnóstico, clasificación y sistemas de apoyos) es ampliar la concepción del retraso mental para evitar la dependencia de las puntuaciones de CI a la hora de asignar un nivel de discapacidad, y para relacionar las necesidades de la persona con la intensidad de los apoyos necesarios para

incrementar su independencia /interdependencia, productividad e integración comunitaria» [AARM, 2000, 41].

Desde la AARM no se desecha el C.I. (aspecto básico en el modelo tradicional o psicométrico), pero se deja muy claro que no puede ser el único criterio para clasificar. Hay que tener en cuenta las exigencias de la sociedad. Estamos, por tanto, ante un enfoque sociológico más que biológico o biomédico, lo cual consideramos que es positivo, ya que dicho enfoque se acerca más al ámbito educativo que al biomédico.

Ese enfoque implica una reconceptualización de la deficiencia mental. Según la AARM, «El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años» [AARM, 2000, 19].

En consecuencia, según la AARM, para poder realizar un correcto diagnóstico hay que evaluar las siguientes dimensiones:

- Dimensión I: funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas: se determina el nivel de retraso mental desde el punto de vista intelectual. Se considera retraso mental cuando el CI es inferior a 70. Se distinguen 10 habilidades adaptativas y debe haber dificultades en dos de estas habilidades: comunicación, autocuidado, habilidades de vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, auto-dirección, salud y seguridad, académicas funcionales, ocio y tiempo libre y trabajo.
- Dimensión II: consideraciones emocionales y psicológicas. Se pretende evaluar el funcionamiento psicológico y conductual, centrándose en el comportamiento adaptativo-desadaptativo.
- Dimensión III: consideraciones físicas, de salud, etiológicas: Los problemas de salud, así como los aspectos etiológicos, influyen en el diagnóstico
- Dimensión IV: consideraciones ambientales: Las características externas pueden facilitar o impedir el crecimiento, desarrollo, bienestar y satisfacción de la persona, por tanto se deben evaluar los siguientes factores: salud-estado físico, nutrición; hogar-posesiones-ingresos; presencia en la comunidad y desarrollo cognitivo. Así mismo este modelo propone una serie de orientaciones para maximizar estos factores.

Por tanto, la característica del retraso mental es el conjunto de limitaciones funcionales que tiene el sujeto en su vida cotidiana. Las adaptaciones sociales son de especial importancia y hacen referencia a la interacción entre las habilidades (sociales, cognitivas, ...) con el medio en el que se desenvuelva.

	PSICOMÉTRICO	CONDUCTUAL	INTERACTIVO	A.A.M.R.
BASES TEÓRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción intelectual: biológica y estática • Escasa consistencia teórica 	<ul style="list-style-type: none"> • centrado en lo observable: conducta • estímulo-respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • interacción biopsicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> • basado en habilidades adaptativas con el medio • intenta clasificar los apoyos necesarios
TÉCNICAS PREDOMINANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Test: prueba tipificada que compara puntuación de una persona con la que se considera normal en la población a la que pertenece 	<ul style="list-style-type: none"> • observación • entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • pretest: similar a psicométrico • mediación: estímulo que se da cuando el alumno falla en pretest • posttest: para conocer los efectos de la mediación 	<ul style="list-style-type: none"> • psicométricas • observación • entrevista
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • nomotéticas: interpretación, comparación y juicio de valor 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnóstica: gráfica de la evaluación diagnóstica de un sujeto. Comparación en el propio sujeto 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnósticos • comparación cuantitativa y cualitativa • criterios individuales 	<ul style="list-style-type: none"> • criterio funcional: exigencias del entorno
PAPEL DEL EVALUADOR	<ul style="list-style-type: none"> • neutro • no puede ayudar al alumno porque su inteligencia depende de la maduración 	<ul style="list-style-type: none"> • neutro: observa sin intervenir mientras analiza el comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • activo: interviene y provoca cambios • mediador 	<ul style="list-style-type: none"> • equipo multidisciplinar que interviene activamente
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> • objetividad • rapidez • poco costoso 	<ul style="list-style-type: none"> • enfocada a la solución de problemas • unión de la evaluación y el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • obtención de datos cuantitativos y cualitativos que permite individualizar 	<ul style="list-style-type: none"> • exactitud en apoyos necesarios
INCONVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • no da pautas para el tratamiento • es negativa 	<ul style="list-style-type: none"> • introducción de sesgos • objetividad difícil de conseguir en la práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • costoso y lento • exige gran preparación por parte del mediador 	<ul style="list-style-type: none"> • provisional, sujeta a variaciones políticas • requiere mucho

LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA SEGÚN LA ORDEN MINISTERIAL DE 14- II-96 Y SU RELACIÓN CON LOS DIFERENTES MODELOS

I. BASES TEÓRICAS

- ❶ No coincide
- ❷ No coincide
- ❸ No coincide
- ❹ Coinciden, en cuanto a que consideran un concepto más funcional y flexible de la inteligencia y que consideran necesaria una revisión continua de la evaluación.

Leyenda

- ❶ *Modelo psicométrico (tradicional)*
- ❷ *Modelo conductual*
- ❸ *Modelo interactivo (dinámico)*
- ❹ *Modelo de la A.A.M.R.*

II. TÉCNICAS

- ❶ Coincide en cuanto a que en la Orden Ministerial también se emplean pruebas tipificadas, pero teniendo en cuenta que solo se consideran sus datos como una información complementaria.
- ❷ Coincide. Emplean observación y entrevista
- ❸ Coincide. Emplean también la observación y la entrevista
- ❹ Coincide. Emplean test de inteligencia, la observación, entrevistas a familiares

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- ❶ No coinciden
- ❷ Coinciden. Utilizan criterios idiográficos, de modo que comparan al individuo consigo mismo
- ❸ Coinciden. También utilizan criterios idiográficos
- ❹ Coinciden. Tienen en cuenta la influencia de la familia y el contexto (ambiente), el desarrollo general del alumno, las condiciones de salud (consideraciones biológicas), la identificación de las necesidades educativas y la adaptación del niño al contexto (criterio funcional)

PAPEL DEL EVALUADOR

- ❶ Coinciden en las respuestas neutras
- ❷ Coinciden también en las respuestas neutras
- ❸ No coinciden. No obstante ambos conceden al profesor un papel activo
- ❹ Coinciden. Participación del equipo multidisciplinar que trasciende los propios límites del equipo de orientación educativo o psicopedagógico

VENTAJAS

- ❶ Resulta apropiado desde el punto de vista administrativo, para determinar a qué tipo de escuela debe acudir el alumno
- ❷ Los datos obtenidos pueden ir modificándose y además es el mismo especialista quien lleva a cabo el diagnóstico y el tratamiento
- ❸ Se obtienen datos importantes para la individualización del aprendizaje
- ❹ Permite llevar a cabo la evaluación dinámica e interactiva, la cual tiene en cuenta tanto el contexto escolar como el familiar

INCONVENIENTES

- ❶ La evaluación y el tratamiento van por separado, no dándose pautas para esta último. Acorde con una concepción negativista
- ❷ La observación es algo conflictiva ya que el observador puede reflejar sus propias expectativas y prejuicios que tiene sobre el alumno
- ❸ Exigen una gran preparación por parte del evaluador
- ❹ Se necesita una gran cantidad de medios, tanto materiales como humanos y así mismo una gran preparación por parte de éstos.

En este cuadro queda perfectamente explicado los conceptos claves de la definición de retraso mental propuesta por la AARM.

Otro aspecto que consideramos fundamental y tremendamente positivo es que según la AARM, para realizar el diagnóstico psicopedagógico es necesaria la intervención de muchos

profesionales (diagnóstico interdisciplinar): médicos, psicólogos, padres, profesores. Se trata del equipo multiprofesional que interviene activamente en la evaluación. La propuesta es que la evaluación sea una labor de equipo, en el sentido de que van a ser diferentes las personas que van a tener función en ese proceso de recogida y análisis de datos de cara a poder realizar el informe de evaluación del niño. Las personas que van a tener competencias van a ser las próximas a la situación actual del niño, es decir, los diferentes profesionales de la educación y también la familia.

Esa necesidad de que participen diversos profesionales en el diagnóstico psicopedagógico (incluidos también los padres) implica una perspectiva radicalmente diferente a cómo se lleva a cabo dicho diagnóstico en nuestro país. Como es sabido, en nuestro entorno suele ser habitual creer que el diagnóstico psicopedagógico, tiene que ser realizado por los psicólogos, pedagogos, o psicopedagogos, correspondiendo a los profesores la puesta en práctica de las prescripciones dados por esos profesionales. Desgraciadamente, este planteamiento es defendido por la vigente legislación, lo cual no sólo va en contra de los planteamientos más modernos, sino que además conlleva serias dificultades para las personas discapacitadas, ya que ello da lugar a que el diagnóstico y tratamiento sean consideradas como dos realidades independientes.

Hoy existen suficientes argumentos para defender que el diagnóstico y el tratamiento son las dos caras de una misma moneda. Por ello, resulta absolutamente imprescindible que el profesorado sea un elemento activo en diagnóstico psicopedagógico, aunque con responsabilidades y competencias diferentes a las del psicopedagogo. Por todo ello, creemos que es fundamental el funcionamiento del equipo multiprofesional, de modo que cada uno aporte su propio punto de vista y se vean todas las posibles perspectivas, con la positiva repercusión que eso tiene en el sujeto diagnosticado. Aquí está una de las partes más difíciles que vemos en este modelo, la coordinación de los diferentes profesionales. La práctica demuestra que se dan bastantes discrepancias entre unos y otros profesionales, pero ahí está el valor y desafío del modelo dinámico e interactivo.

En esta nueva perspectiva, queremos resaltar igualmente que la evaluación ya no está centrada en el niño, sino en la relación del niño con sus entornos (escolar y familiar), porque el objetivo final de la evaluación será el diseño educativo más idóneo para el niño en ese momento. Por tanto, no se trata solo de catalogar al niño, de estudiarle intrínsecamente a nivel de sus capacidades, sino que se trata de poder intervenir en el desarrollo actual y potencial del niño, lo que va a exigir estudiar los entornos que afectan o podrían afectar el desarrollo de ese niño, tal y como demostró hace mucho tiempo Vygotski.

En una evaluación enmarcada dentro del proceso de intervención educativa, no podemos diferenciar la intervención de la evaluación, porque el propio diseño de esa intervención ya es la propia evaluación, como se ve reflejado en el la clasificación que se realiza, en función de los apoyos necesarios para cada individuo.

Así mismo queremos poner de relieve que aunque haya personas que lo intenten ocultar, el diagnóstico va a depender siempre de decisiones políticas, de las ayudas que se den en ese momento, etc. de modo que es complicado ser objetivo.

Desde la perspectiva que estamos defendiendo, el diagnóstico psicopedagógico combina gran cantidad de técnicas para poder abarcar globalmente al individuo en interacción con el contexto. Estas técnicas proceden de diferentes ámbitos, en consonancia con el diagnóstico multidisciplinar que se defiende. Las técnicas utilizadas son la observación conductual en ambientes cotidianos, las entrevistas al sujeto que va a ser diagnosticado y a las personas de su entorno (familiares, profesores, ...), las evaluaciones médicas y biológicas y la aplicación de pruebas psicológicas. Según Olshansky (1982), es tarea de los profesionales que realizan el diagnóstico psicopedagógico el seleccionar instrumentos no sólo técnicamente adecuados, sino también diseñados para poblaciones concretas, de acuerdo al objetivo funcional que se persiga y centrados en habilidades adaptativas específicas.

«Algunas de estas técnicas psicométricas tratan de medir la conducta adaptativa general y así contribuyen básicamente al diagnóstico de retraso mental, mientras que otras ofrecen los medios para evaluar en profundidad las competencias de un individuo en un área específica» [AAMR, 2000, 62]. Con el propósito de realizar una codificación etiológica la AARM se basa en la utilización de códigos estandarizados de sistemas reconocidos internacionalmente como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD), actualmente revisada.

Siguiendo con las técnicas más aconsejables para realizar el diagnóstico psicopedagógico, queremos destacar la importancia, valor, y al mismo tiempo peligro, de la observación y de la entrevista, ya que dichas técnicas son las más apropiadas para el profesorado.

Ambas técnicas, utilizadas también en el modelo conductual, nos aportan gran cantidad de información, pero hay que saber utilizar estas técnicas, porque de otro modo, solo nos darán datos erróneos, que nos desviarán de un diagnóstico correcto.

En la observación se corre el peligro de que se produzcan dos fuentes de error o sesgos. Nos referimos, en primer lugar, a la reactividad recíproca, es decir, las modificaciones que se producen en una situación cuando los individuos saben que están siendo observados. Por ello, el observador cambia los datos que registra, al ser consciente de que la situación ha cambiado. Para aminorar esta reactividad recíproca es importante intentar que el sujeto observado sea menos consciente de dicha observación. Así mismo, según el principio de permanencia en el campo, a medida que el observado es consciente de que es observado, la tendencia natural es de que el observado se olvida de ello. Todo ello provocará menor reactividad, y por ello, menor modificación de la situación.

En segundo lugar, otra fuente de error es la expectancia, que consiste en que el observador selecciona aquellos datos de la situación que confirman lo que el observador ha previsto y tiende a eliminar los datos que no confirman lo que esperaba. Aquí cobra especial relevancia el

equipo multidisciplinar del cual hablábamos anteriormente. Para contrarrestar esta expectativa hay que intentar triangular la información, a partir de la recogida de datos por otras personas que tienen otro rol y otro conocimiento de la situación a observar.

En cuanto a la entrevista consideramos que es una técnica valiosa pero tremendamente difícil, exactamente igual que ocurre con la observación. Está en función del entrevistador, de tal forma que la calidad de una entrevista dependerá de la calidad del entrevistador. La entrevista diagnóstica, generalmente, está controlada en su estructura y en su contenido. No tiene nada natural, todo se provoca.

A pesar de los peligros, ya comentados anteriormente, que tiene la clasificación, y el etiquetaje de retraso mental, hay que tener en cuenta que estos cambios afectan a importantes aspectos de la vida de las personas con retraso mental y de sus familias, al sistema de prestaciones, a la política gubernamental y a los aspectos legales por lo que su eliminación es muy poco factible, como indica Simon Olshansky (1982).

Consideramos que la cantidad de técnicas utilizadas en la evaluación de retraso mental deben ser utilizadas globalmente, ya que ello supone un paso considerable por comparación con las técnicas usadas en la perspectiva psicométrica, que concebía al sujeto como una entidad determinada y fija, hasta cierto punto inmutable, por lo menos en lo tocante a la capacidad intelectual. Todo ello no se reducía, pero sí se compendaba en la cifra del cociente intelectual.

Según Alfredo Fierro (1984), en contraposición con lo defendido por el enfoque psicométrico, «la fiabilidad de los procedimientos diagnósticos que llevan a la clasificación de los niños excepcionales es siempre dudosa. Se observan frecuentemente la falta de unanimidad entre los profesionales sobre el significado y aplicación de la terminología descriptiva. Y, en ocasiones, los mismos instrumentos utilizados se usan mal. Los test normalizados de inteligencia son un buen ejemplo: a corto plazo pueden predecir con bastante seguridad el probable éxito de un niño en hacer frente a las demandas de los programas escolares que reflejan la cultura habitual. Cuando los objetivos institucionales ocupan el primer plano y la meta es alcanzar algo distinto al desarrollo más completo del individuo, los test de inteligencia y otros medios pueden ser útiles. Pero el uso de la rutina de estos tests como único determinante de la inteligencia [...], es en el mejor de los casos, dudosa, y en el peor insostenible. Los test son un instrumento útil, pero insuficiente, para identificar el abanico completo de niños que necesitan asistencia personal» (p. 29).

En este sentido el diagnóstico debe ir seguido por una instrucción individualizada, y no por un seguimiento segregado basado en los resultados de los tests. Es decir, es necesario permitir que los niños demuestren directamente su competencia a través del rendimiento en diferentes ámbitos.

4. CONCLUSIONES

En este apartado de conclusiones pretendemos plasmar las principales aportaciones de este ensayo a nuestra formación como educadores especiales, así como las principales críticas al modelo propuesto por la AARM.

En primer lugar destacamos la utilidad del diagnóstico, no únicamente como un medio para valorar las posibles deficiencias de los alumnos, sino también para proporcionar unas orientaciones sobre formas de actuaciones concretas. El maestro, debe participar en éste de diferentes formas: por una parte, debe reconocer y ser capaz de detectar síntomas que, de alguna forma, son indicativos de la existencia de problemas que afectan al individuo, como igualmente tiene que ser un experto en el uso de la observación y de la entrevista. Y por otro, realizar la intervención pertinente para subsanarlos o paliarlos. Así pues la misión del diagnóstico psicopedagógico, a nuestro parecer, está estrechamente relacionada y debe continuar durante el tratamiento, no se acaba con el propio diagnóstico en sí.

A pesar de que la postura frente al retraso mental adoptada por la AARM es reconocida internacionalmente, y las principales aportaciones ya han sido expuestas durante el transcurso de este artículo, vamos a incidir en las principales críticas que han sido vertidas sobre ellas:

«La adopción del criterio de 75 puntos de CI para establecer el límite entre una persona con o sin retraso va a ser diagnosticadas como tales. Por tanto, se va a estigmatizar a un nutrido porcentaje de personas que pertenecen al núcleo más alto del grupo, y que previamente no eran consideradas retrasados mentales» [Verdugo, 1998, 22].

«El fracaso de la nueva definición en reconocer diferentes subtipos de individuos con retraso mental parece un paso hacia atrás en los esfuerzos por comprender el retraso mental» [Verdugo, 1998, 22].

Consideramos que el cambio que propone en lo que respecta a los niveles de retraso no es muy significativo, ya que existe gran correspondencia entre los anteriores niveles (ligero, medio, severo y profundo) y los nuevos (intermitente, limitado, extenso y generalizado).

Por otro lado, y en total acuerdo con Jacobson (tomado de Verdugo, 1998), creemos que esta definición tiene un marcado carácter sociopolítico, compatible con la nueva cultura y sociedad occidental. Además, esta clasificación es idónea para conseguir los servicios que necesiten estos niños, planificar y organizar programas de ayuda.

Para concluir, decidimos hacerlo con varias sugerencias imprescindibles para que estos niños «excepcionales», así como los denominados, bajo nuestro punto de vista incorrectamente «normales», alcancen su máximo desarrollo personal, fin último de la educación, que afectan a diversos ámbitos (familia, instituciones públicas y privadas, educadores, médicos...): en un plano social debemos promover el acceso a la comunidad, fomentar la existencia de grupos

de amigos, miembros de la familia, iguales, desarrollar habilidades básicas de comunicación, capacidades, habilidades sociales y de ocio; a nivel cognitivo se debe desarrollar la competencia y la capacidad para elegir y tomar decisiones, proporcionar estimulación y entornos enriquecedores; desde el punto de vista de la salud es necesario asegurar unos adecuados servicios médicos, salvaguardar el estado físico de la persona; desde una perspectiva más material hay que promover la calidad y cantidad de posesiones materiales necesarias para proporcionar el ambiente más adecuado.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION (2000). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid : Alianza editorial.
- BASSEDAS, E. Y OTROS (1991). *Intervención educativa y diagnóstico psicopedagógico*. Barcelona: Paidós.
- FIERRO, A. (1984). Clasificación y etiquetaje. *Revista Siglo Cero*, 109, 26-35.
- MOLINA, S. (1999). *Deficiencia Mental: Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.
- OLSHANSKY, S. (1982). De los test al desarrollo. *Revista Siglo Cero*, 83, 43-44.
- VERDUGO, M.A. (1998). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Revista Siglo Cero*, Vol. 25, N.º 3, 5-24.