



## **EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES MÚLTIPLES.**

**Por: Dra. María Teresa Muñoz-Quezada<sup>1</sup> y Dr. Boris Lucero Mondaca**

Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Psicología, Universidad Católica del Maule

### **RESUMEN.**

El diagnóstico de la capacidad intelectual de estudiantes con más de una discapacidad, es compleja. El objetivo del estudio consistió en evaluar los procedimientos e instrumentos para el diagnóstico de discapacidad intelectual en estudiantes con retos múltiples de una escuela especial. A través de un estudio de caso con 44 niños con retos múltiples, se evaluaron los procedimientos usados por tres psicólogos para el diagnóstico de discapacidad intelectual. Los resultados indican que ningún escolar pudo ser medido con una prueba de inteligencia de Wechsler completa, a 11,4% se les aplicó solamente la escala verbal y 18,2% la escala de ejecución, 18,2% fueron evaluados con la prueba Raven y 22,7% con el Test de Goodenough. En todos los casos se utilizó juicio clínico, entrevistas, observación y una escala de conducta adaptativa. Se concluye que se requiere establecer procedimientos concordantes con criterios diagnósticos actualizados en la evaluación de estudiantes con discapacidades múltiples.

**Palabras Claves:** Evaluación psicológica; Discapacidad intelectual; Escuela especial.

### **ABSTRACT**

The aim of the study was to evaluate the procedures and instruments for the diagnosis of intellectual disability in students with multiple challenges in a special school. Through a case study of cross-sectional design with 44 children with multiple challenges, we evaluate the procedures used by three psychologists on the diagnosis of intellectual disability. The results noted that none of the school-children could be assessed with the Wechsler full scale, 11.4% children were tested only with the verbal scale and 18.2% only with the performance scale. 18.2%

---

<sup>1</sup> [mtmunoz@ucm.cl](mailto:mtmunoz@ucm.cl)

children were assessed with the Raven test and 22.7% with the Goodenough test. In all cases, the psychologists used clinical judgment, interviews, observation, and administered a scale of adaptive behavior. In conclusion, it is necessary to establish procedures consistent with current diagnostic criteria in the assessment of students with multiple disabilities.

**Key words:** Psychological Assessment; Intellectual Disabilities;  
Special School

### RESUMO

O diagnóstico da capacidade intelectual dos estudantes com mais do que uma deficiência é complexo. O objetivo do estudo foi avaliar os procedimentos e instrumentos para diagnosticar deficiência intelectual em alunos com deficiências múltiplas em uma escola especial. Através de um estudo de caso de 44 crianças com múltiplos desafios. Nós avaliamos os procedimentos utilizados por três psicólogos para diagnosticar deficiências intelectual. Os resultados indicam que uma escola pode ser medido por um teste de inteligência Wechsler completa, 11,4% só foi avaliada escala de inteligência verbal e 18,2% com escala de inteligência Manual. 18,2% com a prova de Raven e 22,7% com Goodenough. O julgamento clínico, entrevistas, observação e escala comportamento adaptativo foi utilizado em todos os casos. Concluimos que é necessário estabelecer procedimentos consistentes com critérios diagnósticos atuais para avaliar alunos com deficiências múltiplas.

**Palavras-chave:** Avaliação psicológica; Deficiência intelectual; Escola especial.

## **EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES MÚLTIPLES.**

### **INTRODUCCIÓN**

A nivel mundial, existen alrededor de mil millones de personas con discapacidad, correspondientes a un 15% de la población. El aumento de las discapacidades se relaciona principalmente con el envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas, a su vez, el bajo nivel educacional y de ingreso socioeconómico y la desocupación laboral limitan su participación social, asociadas estas condiciones a las barreras físicas, psicosociales y políticas deficientes en la inclusión social de personas con discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011)

Las discapacidades o retos múltiples se consideran una unidad en sí mismas. En la mayoría de los casos, las personas que la vivencian, presentan limitaciones físicas o sensoriales permanentes, poseen discapacidad intelectual grave, poseen una dependencia generalizada de su grupo familiar o de un cuidador principal, ocurre en el período de gestación y se relaciona con algunos síndromes y enfermedades del desarrollo (Muñoz-Quezada & Lucero, 2011; Handal, 2016).

El objetivo del siguiente estudio consistió en evaluar los procedimientos e instrumentos utilizados por profesionales psicólogos para el diagnóstico de discapacidad intelectual en estudiantes con retos múltiples de una escuela especial de la comuna de Talca, Chile.

Indagar acerca de dichos procedimientos permitirá entregar evidencia acerca de las características de los procesos de evaluación y del diagnóstico de estudiantes con discapacidades múltiples, existiendo pocas investigaciones al respecto en la disciplina, permitiendo entregar sugerencias de evaluación acordes a la condición de los estudiantes con diversas discapacidades.

### **MARCO DE REFERENCIA**

En Chile, se estima que viven con discapacidad más de 2 millones ochocientos mil personas (16,7% de la población total), correspondiendo un 5,8% a menores de 17 años, y de los cuales un 36% presenta más de una enfermedad o condición de salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

Los estudiantes con retos múltiples presentan más de una discapacidad, pudiendo ser de tipo motora, sensorial, intelectual, de la comunicación u otra (Muñoz-Quezada & Lucero, 2011; Tamarit, 1990). Por lo tanto, el diagnóstico de la capacidad intelectual de estudiantes con estas características resulta un procedimiento complejo para la evaluación psicológica (Alarcón-Leiva & Sepúlveda-Dote, 2014; Muñoz-Quezada & Lucero, 2011, 2013; Zatta & Pullin, 2004). Dentro de las características que dificultan el proceso de evaluación estarían la presencia de graves trastornos de la comunicación, dificultades sensoriales y/o motoras, funcionamiento intelectual por debajo de la media, daño neurológico, dificultad para establecer relaciones interpersonales, alteraciones emocionales y conductas desajustadas (Muñoz-Quezada & Lucero, 2011; Tamarit, 1990; Zatta & Pullin, 2004).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association [APA], 2013) y la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (American Psychiatric Association [AAIDD], 2013; Schalock et al., 2010), la discapacidad intelectual es un trastorno del desarrollo relacionado con limitaciones en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa a nivel conceptual, social y práctico. Para diagnosticarla, se deben cumplir tres criterios: a) Deficiencias de las funciones intelectuales (limitaciones en el razonamiento, resolución de problemas, planificación, abstracción y aprendizaje) probados a través del juicio clínico (Schalock & Luckasson, 2005) y pruebas estandarizadas de inteligencia; b) Deficiencias del comportamiento adaptativo que provocan fracaso de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía y responsabilidad social (limitaciones en la comunicación, participación social y vida independiente en diferentes contextos como el hogar, escuela, trabajo y comunidad); c) inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo. Por lo tanto, los psicólogos deben evaluar los términos que se especifican en cada criterio para diagnosticar la presencia de discapacidad intelectual. Por otro lado, la gravedad de la discapacidad intelectual se especifica en el DSM-V (APA, 2013) a través de una escala fundamentada en la evaluación de la conducta adaptativa, donde se debe observar por medio del juicio clínico las limitaciones en los dominios conceptuales, sociales y prácticos y no por la extrapolación del Coeficiente Intelectual como sugería la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, OMS (OMS, 2000).

Las modificaciones sugeridas por la AAIDD (Schalock et al., 2010) y que hoy en día tanto la OMS (2001) como la APA (2013) recomiendan para el diagnóstico y evaluación de personas con

discapacidad intelectual están siendo incorporadas en la educación pública (Ministerio de Educación 2009). El año 2009 se publicó en Chile el Decreto Ley N°170, que introduce nuevos cambios vinculados al diagnóstico de discapacidad intelectual y, entre otros, a la función del psicólogo en los procesos de evaluación de estudiantes con necesidades educativas especiales, incorporando el término de Discapacidades Múltiples e introduciendo una serie de procedimientos que buscan la estandarización de la evaluación para generar planes y programas acordes a las necesidades de cada niño y que a la vez sean beneficiarios de la subvención de educación especial en el establecimiento educacional al cual pertenecen.

A partir de este contexto emerge la necesidad de desarrollar una serie de normativas y orientaciones que guíen a los profesionales psicólogos en los procesos evaluativos de estudiantes con retos múltiples con un enfoque inclusivo, brindando herramientas facilitadoras para todas las etapas de evaluación de las áreas cognitivas y conductuales de estudiantes con dichas características. Sin embargo, los procedimientos recomendados (APA, 2013; OMS, 2000) resultan muy generales y principalmente se refieren a funciones que deben observarse en las áreas cognitivas y socio-emocionales, no orientando específicamente en cuanto a cómo debieran evaluarse esas áreas y cómo aplicar el juicio clínico, por lo cual queda a criterio de cada profesional psicólogo aplicar los procedimientos e instrumentos más adecuados para la evaluación de estudiantes que presentan necesidades de apoyo generalizado (Muñoz-Quezada & Lucero, 2013).

## **MÉTODO**

Corresponde a una investigación mixta (con análisis cuantitativo y cualitativo), estudio de caso, y de diseño descriptivo exploratorio. Se escogió este diseño debido a que no existen otros estudios en esta área y en esta primera aproximación se requiere de sistematizar la evidencia que existe en las prácticas de evaluación psicológica de estudiantes con retos múltiples utilizadas por los profesionales psicólogos con el fin de fortalecer estas prácticas y aportar reflexiones críticas para futuras investigaciones en el área. El estudio fue realizado el año 2010 en una escuela especial de estudiantes con discapacidades múltiples de la Región del Maule. Se seleccionó esta escuela porque es la única de la Región que atiende solamente a niños con retos múltiples y con daño neurológico severo desde el nivel preescolar. Esta escuela especial imparte educación gratuita, con subvención del Estado y para ese año sólo atendía a estudiantes con discapacidades múltiples

de 2 a 17 años de diversas comunas de escasos recursos. La escuela contaba con 44 estudiantes, divididos en 6 niveles de 8 escolares como máximo para cada curso. Dentro de los diagnósticos previos de los escolares, la mayoría presentaba discapacidad intelectual, discapacidad motora, trastornos de la comunicación, autismo y trastornos auditivos.

Para la recolección de la información, se analizaron los informes psicológicos de los 44 niños con retos múltiples de la escuela especial, se evaluaron los procedimientos e instrumentos para el diagnóstico de discapacidad intelectual utilizados por 3 psicólogos que habían pertenecido a la escuela, quienes habían aplicado las sugerencias desarrolladas por el Ministerio de Educación (2009) sobre la evaluación de estudiantes con discapacidad intelectual. Para desarrollar el análisis se contó con la autorización de la dirección del establecimiento escolar y de los padres.

Se aplicó una pauta para evaluar los procedimientos de diagnóstico que contempló las siguientes variables: edad de los escolares al momento de la evaluación, género de los escolares, cuadro clínico diagnosticado previamente, discapacidades diagnosticadas, instrumentos psicológicos o procedimientos aplicados para el diagnóstico de discapacidad intelectual, áreas o dominios del escolar evaluados a través de los instrumentos cualitativos y grado de discapacidad intelectual. Para el análisis de datos cualitativos, se utilizó un análisis de contenido que consistió en codificar y categorizar los resultados de las entrevistas y observaciones redactadas por los psicólogos en los informes. Para el análisis cuantitativo se utilizaron estadísticos descriptivos de distribución y tendencia central.

## **RESULTADOS**

La edad de los escolares estaba en un rango de 4 a 17 años (Media=10; Desviación típica= 3,3), 23 estudiantes eran mujeres y 21 hombres. La Tabla 1 muestra los cuadros clínicos diagnosticados previamente por médicos especialistas y la proporción de estudiantes que los presentaban. Solamente un 27% de los escolares presentaba una única enfermedad, síndrome o trastorno, 36,4% presentaba dos cuadros clínicos, 27% tres diagnósticos y un 9,1% tenía entre 4 a 6 enfermedades diagnosticadas.

**Tabla 1.** Diagnósticos médicos previos a la evaluación psicológica de los escolares con discapacidades múltiples de la escuela especial.

Diagnóstico médico	Cantidad de escolares con el diagnóstico	de Porcentaje de escolares con el diagnóstico
Epilepsia	13	29,5
Retraso del desarrollo psicomotor	10	22,7
Parálisis cerebral	10	22,7
Síndrome de Down	6	13,6
Autismo	6	13,6
Hemiparesia espástica	5	11,4
Hipoacusia	4	9,1
Mielomeningocele/espina bífida	3	6,8
Malformación cerebral	3	6,8
Síndrome hipotónico	3	6,8
Síndrome de West	2	4,5
Hidrocefalia	2	4,5
Cardiopatía congénita	2	4,5
Asfixia neonatal	2	4,5
Meningitis previa	2	4,5
Microcefalia	2	4,5
Vejiga neurogénica	2	4,5
Trastorno Específico del Lenguaje Mixto	1	2,3
Displejia	1	2,3
Síndrome hiperamónico	1	2,3
Callesotomía	1	2,3
Cataratas congénitas	1	2,3
Hipoglicemia neonatal	1	2,3
Síndrome de Rett	1	2,3
Síndrome de Apert	1	2,3
Síndrome atáxico	1	2,3
Disfasia	1	2,3
Glioma de vía óptica	1	2,3
Síndrome de Dandy Walker	1	2,3
Distrofia muscular congénita	1	2,3
Traqueomalacia	1	2,3
Leucomalacia	1	2,3

En total en la escuela se observaron 36 tipos de cuadros clínicos en los escolares. La Tabla 2 muestra la proporción de escolares según tipos de discapacidades diagnosticadas por médicos especialistas y kinesiólogo, fonoaudiólogo y psicólogos de la escuela especial.

**Tabla 2.** *Proporción de escolares según tipos de discapacidades diagnosticadas por médicos y especialistas de la escuela.*

Discapacidad	Cantidad de escolares	% de escolares
Motora	27	61,4
De la comunicación	39	88,7
Auditiva	4	9
Visual	3	6,8
Intelectual grave	19	43,2
Intelectual moderada	20	45,5
Intelectual leve	5	11,4

Se observa en la tabla 2 que todos los niños presentan discapacidad intelectual, lo cual es esperable ya que esta condición es requisito para entrar a una escuela especial con discapacidades múltiples subvencionada por el Estado. Las otras discapacidades más frecuentes son las relacionadas con graves trastornos de la comunicación y discapacidad motora. Con respecto al grado de discapacidad intelectual, se puede constatar que un 88,7% presenta discapacidad intelectual moderada a grave, lo que indica el grado de limitación cognitiva que poseen los estudiantes para poder responder test psicométricos estandarizados, sumado a que este es el grupo que posee trastornos graves de la comunicación (n=39) y discapacidad motora (n=24; 88,8%).

Con respecto a los instrumentos y procedimientos de diagnóstico que han sido aplicados por los psicólogos para diagnosticar discapacidad intelectual y su gravedad, en la tabla 3 se indica la cantidad de escolares según tipo de discapacidad y el instrumento o procedimiento de diagnóstico aplicado y el porcentaje de aplicación en los escolares.

**Tabla 3.** *Proporción de escolares según tipo de discapacidad e instrumento aplicado para el diagnóstico y porcentaje de aplicación de los instrumentos.*

Instrumento	% Disc. Intelectual leve	% Disc. Intelectual moderada	% Disc. Intelectual grave	% Disc. Auditiva	% Disc. Visual	% Trastorno de la Comunicación	% Disc. Motora	% de uso de instrumento en escolares
WISC-III*/WPPSI* * completo	0	0	0	0	0	0	0	0
WISC-III/WPPSI verbal	80	20	5,3	0	66,6	10,3	22,2	11,4
WISC-III/WPPSI	20	30	5,3	50	0	20,5	7,4	18,2

ejecución									
Test de matrices coloreadas de Raven	80	20	0	25	0	12,8	22,2	18,2	
Test de la Figura Humana de Goodenough	40	35	5,3	25	0	17,8	22,2	22,8	
TEPSI****	20	5	0	0	0	2,6	3,7	4,5	
Observación en sala y recreo	100	100	100	100	100	100	100	100	
Escala de Madurez Social de Vineland	100	100	100	100	100	100	100	100	
Entrevista educadora y padres	100	100	100	100	100	100	100	100	
Uso de juicio clínico y criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV	100	100	100	100	100	100	100	100	

\*WISC-III: Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, tercera edición, versión chilena.

\*\*WPPSI: Escala de Inteligencia para Preescolar y Primaria, edición en español.

\*\*\* TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años, versión chilena.

Se observa (tabla 3) que las pruebas estandarizadas de inteligencia más frecuentemente aplicadas fueron las escalas de inteligencia de Wechsler (Ramírez & Rosas, 2007b; Wechsler, 1990), de las cuales sólo el WISC-III está estandarizado en Chile, el Test de Matrices Coloreadas de Raven (Raven, 2003; Raven, Cour, & Raven, 1993) y el Test de la Figura Humana de Goodenough (Goodenough & Harris, 1999). Ningún escolar pudo ser medido con una prueba Wechsler de inteligencia aplicada en forma completa, a 5 niños (11,4%) se les aplicó sólo la escala verbal y a 8 (18,2%) sólo la escala de ejecución, por lo tanto, de los estudiantes evaluados con estas pruebas solo se pudo entregar una estimación de su rango de coeficiente intelectual. En las otras pruebas que evalúan inteligencia, a 10 niños (22,7%) se les aplicó el test de la figura humana de Goodenough y a 8 niños (18,2%) la prueba Raven de matrices coloreadas, que consiste en un instrumento de tamizaje para evaluar inteligencia fluida, la cual cuenta con normas

para población con discapacidad auditiva, siendo recomendada su aplicación en casos de personas con limitaciones físicas e intelectuales porque no requiere manipulación de objetos ni respuestas verbales. A un 4,5% de los escolares se les aplicó el Test de Desarrollo Psicomotor (Haeussler & Marchant, 1985).

En síntesis, un 36,4% de los escolares fueron evaluados con una prueba estandarizada completa o por algunas subpruebas que la componen. Finalmente, se puede observar que para todos los casos se utilizó juicio clínico, entrevistas a educadoras y padres, y observación en aula y recreos. Para la evaluación de la conducta adaptativa se utilizó la Escala de Madurez Social de Vineland con su adaptación chilena (Otero, 1959) en el 100% de los escolares.

Al realizar un análisis de contenido de la información relacionada con observaciones y entrevistas, se extrae que los profesionales se concentraron en realizar un análisis de cuatro áreas fundamentales del desarrollo de los escolares:

a) *Cognición*: En la totalidad de las evaluaciones se informó sobre la atención selectiva, focalizada y sostenida y memoria inmediata del escolar a estímulos visuales y auditivos que se presentan en el contexto de observación. También se describen conductas de anticipación frente a las rutinas de la jornada escolar y actividades pedagógicas, concentración y períodos de tiempo en los que perduró desarrollando una actividad. Otro aspecto cognitivo que se evaluó tiene que ver con el razonamiento y comprensión de instrucciones simples y el desarrollo de estrategias cognitivas para la resolución de problemas simples como rompecabezas. En el caso de los cinco niños con discapacidad intelectual leve, se evaluó además el aprendizaje de escritura, lectura, aritmética y conocimientos del entorno a través de la entrevista con las educadoras y la presencia de lenguaje verbal y no verbal.

b) *Motricidad*: esta área se evaluó a través de la observación del movimiento del estudiante en el aula y recreos, presencia de marcha, uso de ayudas técnicas para movilizarse y si las manejaba por si mismo, si lograba tomar objetos y los introducía y sacaba de una canasta con y sin ayuda y existencia de intencionalidad en sus movimientos motores finos y gruesos. Se observó la motricidad fina y coordinación mano-ojo en la actividad gráfica del escolar en el aula, uso de objetos como lápices, instrumentos musicales, juguetes y balones. Si era capaz de seguir con la mirada los objetos y personas que se le presentaban y si alzaba sus manos para alcanzar objetos.

*c) Desarrollo socio-emocional:* Se evaluó su sociabilidad a través de las entrevistas con padres y educadores, si interactuaba con sus compañeros y educadores, la presencia de sonrisa social y si reacciona frente a su nombre. También se indagó la comunicación y uso del lenguaje, la intencionalidad comunicativa y la comprensión de situaciones sociales. Por último se informó sobre la conducta del escolar en el aula y recreo, y a través de la entrevista a los padres, se evaluó su conducta en el hogar, el control de impulsos y la regulación emocional.

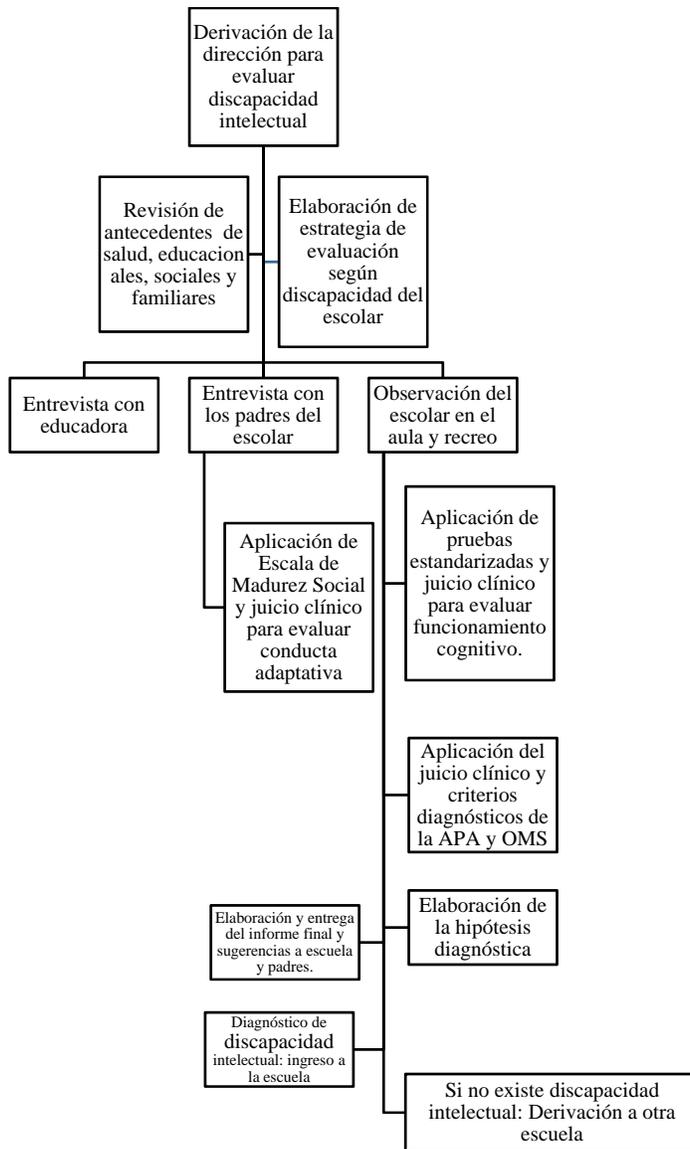
*d) Autonomía y desenvolvimiento en la comunidad:* Se informó su grado de participación en la comunidad a través de pertenencia a grupos como catequesis, actividades recreativas, deportivas y de socialización. Si era capaz de realizar acciones de cuidado personal, preocupación por su salud, hábitos de higiene y control de esfínter, su nivel de independencia en las actividades que ejecutaba en aula, recreos y el hogar como por ejemplo si es capaz de autoalimentarse, vestirse y ayudar en tareas simples.

Las observaciones y entrevistas se complementaban con la evaluación de la conducta adaptativa de la Escala de Madurez Social de Vineland, donde los psicólogos entregaban información sobre la edad y nivel de madurez social e interpretaban cuales eran las habilidades de la conducta adaptativa más descendidas, a través de un análisis cualitativo de la escala.

La siguiente figura (figura 1), muestra un modelo que sintetiza el proceso de evaluación y aplicación del juicio clínico aplicado por los psicólogos de la escuela para determinar el diagnóstico de discapacidad intelectual en escolares con retos múltiples.

La figura 1 indica que si bien la estrategia de los psicólogos para evaluar la discapacidad intelectual de los escolares dependió de las otras discapacidades y cuadros clínicos diagnosticados en los niños, todos aplicaban los instrumentos psicológicos para evaluar el funcionamiento cognitivo y la conducta adaptativa después de las observaciones en aula y recreo y de las entrevistas a los padres y educadoras de los escolares. La única acción que variaba eran los tipos de instrumentos escogidos para evaluar la capacidad cognitiva. Para todos los casos, la determinación del diagnóstico de discapacidad intelectual se realizó a través del juicio clínico y los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 2000) y DSM-IV (APA, 2000).

**Figura 1.** Estrategia seguida por los psicólogos de la escuela para evaluar el diagnóstico de discapacidad intelectual en estudiantes con retos múltiples.



La figura 1 indica que si bien la estrategia de los psicólogos para evaluar la discapacidad intelectual de los escolares dependió de las otras discapacidades y cuadros clínicos diagnosticados en los niños, todos aplicaban los instrumentos psicológicos para evaluar el funcionamiento cognitivo y la conducta adaptativa después de las observaciones en aula y recreo y de las entrevistas a los padres y educadoras de los escolares. La única acción que variaba eran los tipos de instrumentos escogidos para evaluar la capacidad cognitiva. Para todos los casos, la

determinación del diagnóstico de discapacidad intelectual se realizó a través del juicio clínico y los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 2000) y DSM-IV (APA, 2000).

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Los resultados indican que la evaluación psicológica de estudiantes con discapacidades múltiples en la escuela especial estudiada se complejiza en la medida que presentan mayores limitaciones cognitivas, motoras y comunicativas. La evaluación psicológica de estudiantes con discapacidad intelectual grave, motora y con graves trastornos de la comunicación difícilmente incorpora pruebas estandarizadas para determinar la presencia de discapacidad intelectual, y los profesionales optan solo por el juicio clínico (Schalock & Luckasson, 2005) para su diagnóstico. Si bien se observa que la determinación del grado de discapacidad intelectual se vincula con la observación y entrevista a padres y educadores sobre el desarrollo cognitivo, socio-emocional, desenvolvimiento en la comunidad y conducta adaptativa, los psicólogos tratan de sistematizar la evaluación a través de un procedimiento relacionado con las exigencias de la OMS (Navas, Verdugo, & Gómez, 2008; OMS, 2001), la AAIDD (Schalock et al., 2010) y el Ministerio de Educación (2009), guiándose por los cambios propuestos y utilizan el juicio clínico relacionando la información nueva con los antecedentes previos del escolar, su rendimiento en la situación de prueba y su desenvolvimiento en la vida cotidiana.

Existen aspectos que trascienden al procedimiento de evaluación y está vinculado a los instrumentos. Se constata que las pruebas Wechsler no son válidas para poder evaluar la capacidad intelectual de los escolares con retos múltiples, por lo tanto, el diagnóstico se fundamenta sólo en el juicio clínico a través de la observación y entrevistas (Navas et al., 2008; Schalock & Luckasson, 2005; Schalock, Luckasson, & Shogren, 2007) y guiado por los criterios diagnósticos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) manuales que en ese tiempo carecían de actualización y, para el caso de la CIE-10, orientaba a determinar el grado de discapacidad intelectual con la extrapolación del Coeficiente Intelectual, CI (OMS, 2000), acción errónea porque extraen términos propios de las pruebas de inteligencia que en ningún caso informan de puntajes CI tan descendidos (Muñoz-Quezada & Lucero, 2011; Tenorio, Arroyo, Bunster, & Rosas, 2013), y por otro lado, induciendo al error de que el diagnóstico de discapacidad intelectual se determina principalmente con la evaluación cognitiva, quedando en segundo plano el funcionamiento de la conducta adaptativa (Alarcón-Leiva & Sepúlveda-Dote, 2014; Montero & Lagos, 2011). Según la

propuesta de la AAIDD (Schalock et al., 2010) y que incorpora el DSM-V (APA, 2013), el grado de discapacidad intelectual se determina a partir de la conducta adaptativa y no al revés, donde los profesionales deben observar en la persona el desarrollo de tres dominios: conceptual, social y práctico. En las evaluaciones se observa un intento de definir la gravedad a través de estos dominios, sin embargo se ve limitada al ser aplicada solo en el contexto educativo y a la vez, al no existir una guía común de qué observar o entrevistar en específico, es decir, se hace necesaria una pauta de observación o de entrevista que oriente a los psicólogos en el proceso evaluativo y de hipótesis diagnóstica.

Las escalas que evalúan la conducta adaptativa son las indicadas para medir lo anterior, sin embargo se observa que en las evaluaciones se aplica un instrumento antiguo y no da necesariamente un parámetro sobre el desempeño de la conducta adaptativa propiamente tal. La Escala de Madurez Social de Vineland (Otero, 1959) es una de las pruebas más utilizadas por los psicólogos y educadores diferenciales para evaluar la conducta adaptativa en Chile (Ministerio de Educación, 2009; Montero & Lagos, 2011), mide aspectos que tienen que ver con la comunicación, locomoción, autonomía, autovestimenta, autoalimentación y ocupación, pero no entrega una revisión específica sobre las habilidades conceptuales, sociales y prácticas (Alarcón-Leiva & Sepúlveda-Dote, 2014; Montero & Lagos, 2011). Sumado a que su estandarización y adaptación en Chile data de mediados del siglo XX, no lo convierten en un instrumento adecuado para evaluar de manera estandarizada la conducta adaptativa como sugiere la AAIDD, OMS y la APA (Montero & Lagos, 2011; Navas et al., 2008; OMS, 2001; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2007). En este sentido, los procedimientos de diagnóstico de los escolares con retos múltiples sufren una doble limitación: No contar con una prueba o cuestionario estandarizado para medir el funcionamiento cognitivo y la existencia de instrumentos poco confiables para la evaluación estandarizada de la conducta adaptativa. Los otros instrumentos que podrían aplicarse como el ICAP (Montero, 1996) y el CALS (Morreau, Bruininks, & Montero, 2002) sufren de las mismas dificultades, en el caso del primero no necesariamente entrega elementos que puedan precisar los tres dominios evaluados para la conducta adaptativa, o son cualitativos como el segundo, o no presentan normas actualizadas que incorporen los cambios sociales y culturales del país.

A nivel internacional la AAIDD (Montero & Lagos, 2011; Schalock et al., 2010) recomienda el uso del ABAS, Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (Harrison & Oakland, 2003),

sin embargo, también carece de adaptación y estandarización en Chile lo que implica una seria ausencia de instrumentos válidos para la evaluación de la conducta adaptativa, aspecto que ya había sido alertado por algunos autores (Alarcón-Leiva & Sepúlveda-Dote, 2014; Montero & Lagos, 2011), al discutir sobre el incipiente desarrollo de la utilización del constructo de conducta adaptativa y su integración reciente en la formación de profesionales que deben evaluar a personas con discapacidad intelectual.

Por lo tanto, la diversidad de desarrollos y discapacidades que presentan los escolares con retos múltiples hacen difícil la aplicación de un instrumento único para evaluar el funcionamiento cognitivo, por lo cual se debe aplicar las adaptaciones sugeridas para las pruebas Wechsler como el prorrateo (Wechsler, 1999). En Chile, actualmente solo se contempla este procedimiento para el WAIS-IV (Rosas, Tenorio, & Pizarro, 2008), en el caso del WISC-III versión chilena (Ramírez & Rosas, 2007a, 2007b), no existen normas y recomendaciones publicadas para desarrollarlo, por lo tanto, su aplicación no es recomendable y se sugieren adaptaciones para niños con necesidades educativas especiales (Sattler, 2003), tal como lo decidieron los psicólogos de la escuela, donde las pruebas verbales se aplicaron a los estudiantes con discapacidades motoras y las pruebas motoras a los estudiantes con discapacidades sensoriales y de la comunicación.

A partir de estos antecedentes, se considera esencial desarrollar una batería válida y estandarizada que oriente la evaluación del funcionamiento cognitivo, que apunte a lo neuropsicológico y la conducta adaptativa a través del juicio clínico en el caso de estudiantes con retos múltiples. Dicho instrumento debiera ser construido en base a instrumentos ya existentes y siguiendo las recomendaciones de la AAIDD (Schalock et al., 2010; Schalock & Luckasson, 2005) y los criterios diagnósticos de la OMS (2001) y APA (2013). Según lo observado en este estudio y en otras experiencias de evaluación (Muñoz Sánchez & Portillo Cárdenas, 2007), las pruebas de Goodenough y Raven son recomendables para evaluar a estudiantes con discapacidad intelectual leve y moderada, con trastorno de la comunicación y discapacidad auditiva, y el Test de Raven con su escala coloreada, es también recomendado para la evaluación de niños con discapacidades motoras (Raven et al., 1993), así como el Sistema de Evaluación para Personas plurideficientes, SEPPP (Basurto, Márquez, & Rubio, 1995) y el Test de Inteligencia No Verbal, TONI-2 (de la Cruz, 2000). Las limitaciones de estos instrumentos radica en que son pruebas de screening, por lo tanto, son complementarias al juicio clínico en el caso de escolares con retos múltiples, y no cuentan con normas actualizadas. En el caso del TEPSI, su aplicación fue menor porque

presentaba la limitación de aplicación por la edad.

Finalmente, es relevante prestar atención a los aportes de la neuropsicología que orienta a la evaluación del funcionamiento cognitivo desde una perspectiva integral, considerándolo como una red neuronal compleja que incluye tanto circuitos corticales como subcorticales (Ardila & Rosselli, 2007; Flores & Ostrosky-Shejet, 2012; Muñoz-Quezada & Lucero, 2013). Las pruebas cognitivas y neuropsicológicas evalúan las funciones de percepción, atención, memoria, motricidad, sistemas de memoria y funciones ejecutivas (Ardila & Rosselli, 2007; Muñoz-Quezada & Lucero, 2013; Tenorio, Arango, et al., 2013), por lo tanto, son herramientas que permiten no sólo determinar elementos relacionados con el funcionamiento neurológico de los comportamientos del niño con discapacidades múltiples, sino también generar orientaciones para comprender la experiencia del escolar en su entorno social y cultural, que al ser evaluadas tempranamente, permiten generar propuestas de intervención oportunas para fortalecer su aprendizaje y favorecer su inclusión social.

La mayor dificultad en la evaluación de personas con retos múltiples es para aquellos que presentan discapacidad intelectual grave y profunda, es aquí donde urge la construcción de procedimientos e instrumentos válidos que permitan generar un diagnóstico consensuado y no derive en errores que limiten los aprendizajes y desarrollo de escolares con estas características.

## REFERENCIAS

1. Alarcón-Leiva, J.& Sepúlveda-Dote, M. (2014). La conducta adaptativa como criterio diagnóstico de discapacidad intelectual en estudiantes de Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 187-199. doi: [10.11600/1692715x.12110091713](https://doi.org/10.11600/1692715x.12110091713)
2. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*. Washington DC: American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM 5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Ardila, A. & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.
5. Basurto, F. Márquez, MO, & Rubio, V. (1995). *SEPP: Sistema de Evaluación para Personas Plurideficientes*. Madrid: CEPE.
6. De la Cruz. MV. (2000). *TONI-2: test de inteligencia no verbal: apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje*. Madrid: TEA.
7. Flores, J.& Ostrosky-Shejet, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. México: Manual Moderno.
8. Goodenough, FL.& Harris, DB. (1999). *Test de dibujo de la figura humana*. Madrid: TEA
9. Haeussler, I.& Marchant, T. (1985). *Test de Desarrollo Psicomotor, TEPSI*. Santiago: Ediciones Universidad Católica.
10. Handal, M. (2016). El impacto de la discapacidad intelectual en la familia. Estudio de caso. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 14(1), 53-69. Recuperado el 03 de noviembre de 2016, de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612016000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000100003&lng=es&tlng=es)
11. Harrison, P.& Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System* (2th ed.). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
12. Ministerio de Desarrollo Social (2015). *Estudio nacional de la discapacidad. Resultados generales para niños, niñas y adolescentes (2 a17 años)*. Recuperado el 22 de octubre de 2016 de: [http://www.senadis.cl/pag/355/1197/ii\\_estudio\\_nacional\\_de\\_discapacidad](http://www.senadis.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad)
13. Ministerio de Educación. (2009). *Orientaciones técnicas para la evaluación diagnóstica de estudiantes que presentan necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual (documento de trabajo)*. Santiago: Gobierno de Chile Recuperado el 02 de noviembre de 2016 de: [http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201302141702320.Orientaciones\\_Discapacidad\\_Intelectual.pdf](http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201302141702320.Orientaciones_Discapacidad_Intelectual.pdf)
14. Decreto 170. (2009). *Decreto con toma de razón n°170. Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial*. Santiago: Gobierno de Chile. Recuperado el 02 de noviembre de 2016 de: <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231500550.DEC20090170.pdf>

15. Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.
16. Montero, D. & Lagos, J. (2011). Conducta adaptativa y discapacidad intelectual: 50 años de historia y su incipiente desarrollo en la educación en Chile. *Estudios pedagógicos*, 37(2), 345-361. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052011000200021>
17. Morreau, L., Bruininks, R. & Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALs)*. Bilbao: Mensajero.
18. Muñoz Sánchez, AM. & Portillo Cárdenas, R. (2007). Evaluación psicopedagógica de la discapacidad intelectual ligera y del retraso límite: elementos y modos de evaluación. *Apuntes de Psicología*, 25(2), 111-128.
19. Muñoz-Quezada, MT. & Lucero, BA. (2011). Atención psicológica en estudiantes con retos múltiples: algunas sugerencias metodológicas. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 6(23), 57-72.
20. Muñoz-Quezada, MT. & Lucero, BA. (2013). Evaluación del funcionamiento cognitivo de niños y adolescentes con discapacidad intelectual. En C. Cornejo, P. Morales, E. Saavedra & G. Salas (Eds.), *Aproximaciones en psicología educacional. Diversidades ante la contingencia actual* (pp. 55-68). Talca: Universidad Católica del Maule.
21. Navas, P., Verdugo, MA. & Gómez, LE. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 143-152. Recuperado el 02 de noviembre de 2016 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592008002200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008002200004&lng=es&tlng=es)
22. Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Panamericana, S.A.
23. Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: OMS.
24. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado el 02 de noviembre de 2016 de: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1)
25. Otero, A. (1959). *La Escala de Madurez Social de Vineland. Primeros ensayos de aplicación*. (Tesis para optar al título de Psicólogo), Universidad de Chile, Santiago.
26. Ramírez, V. & Rosas, R. (2007a). Estandarización del WISC-III en Chile: Descripción del test, estructura factorial y consistencia interna de las escalas. *Psyche*, 16(1), 91-109. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000100008>
27. Ramírez, V. & Rosas, R. (2007b). *Test de inteligencia para niños de Wechsler WISC-III, versión chilena*. Santiago: Ediciones UC.
28. Raven, JC. (2003). *Test de matrices progresivas: escala general: cuaderno de matrices: series A, B, C, D, y E*. Buenos Aires: Paidós.
29. Raven, JC, Cour, JH, & Raven, JC. (1993). *Test de Matrices Progresivas. Escalas Coloreada, General y Avanzada. Manual*. Buenos Aires: Paidós.
30. Rosas, R., Tenorio, M. & Pizarro, M. (2008). *WAIS-IV. Escala de Wechsler de inteligencia para adultos-cuarta edición*. Santiago: CEDETI UC.

31. Sattler, J. (2003). Aplicaciones de pruebas a niños. En J. Sattler (Ed.), *Evaluación infantil: aplicaciones cognitivas* (Vol. 1, pp. 199-236). México: Manual Moderno.
32. Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., . . . Reeve, A. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
33. Schalock, R., & Luckasson, R. (2005). *Clinical judgment*. Washington DC: American Association on Mental Retardation
34. Schalock, R., Luckasson, R., & Shogren, K. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116-124. doi: [10.1352/1934-9556\(2007\)45\[116:TROMRU\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2)
35. Tamarit, J. (1990). El alumno con necesidades de apoyo generalizado. En A. Marchesi, C. Coll & J. Palacios (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (Vol. III, pp. 361-388). Madrid: Alianza Editorial.
36. Tenorio, M., Arango, P., Aparicio, A., Benavente, C., Thibaut, C.& Rosas, R. (2013). *TENI. Test de evaluación neuropsicológica infantil*. Santiago: CEDETI UC.
37. Tenorio, M., Arroyo, B., Bunster, J.& Rosas, R. (2013). Identificación de la discapacidad intelectual: ¿Qué nos falta para alcanzar el estándar internacional? *Notas para Educación. Centro de Estudios de Políticas y Prácticas en Educación*(14), 1-11. Recuperado el 02 de noviembre de 2016 de: <http://www.ceppe.cl/images/stories/recursos/notas/nota-14-2.pdf>
38. Wechsler, D. (1990). *Escala de inteligencia para preescolar y primaria, WPPSI*. Madrid: TEA.
39. Wechsler, D. (1999). *Test de inteligencia para niños WISC-III: manual*. Buenos Aires: Paidós.
40. Zatta, M.& Pullin, D. (2004). Education and alternate assessment for students with significant cognitive disabilities: Implications for educators. *education policy analysis archives*, 12(16), 1-16. Recuperado el 02 de noviembre de 2016 de: <http://eric.ed.gov/?id=EJ852300>

RECIBIDO 17/07/2016

APROBADO 22/11/2016

NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS