

Hay TDAH, pero no discapacidad intelectual. Análisis psicoeducativo de un caso

*There is ADHD, but not intellectual disabilities
A case psychoeducational analysis*

Diego Jesús Luque-Parra¹
María Jesús Luque-Rojas²

correo electrónico (*e-mail*): dluque@uma.es

Universidad de Málaga

¹Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

²Departamento de Teoría e Historia y Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación.

Campus de Teatinos, s/n, CP 29071, Málaga.

ESPAÑA

Artículo recibido: 13 de junio de 2014; aceptado: 15 de junio de 2015.

RESUMEN

Tras una exposición inicial sobre los criterios diagnósticos propios de la discapacidad intelectual y de las dificultades de aprendizaje en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se define un caso que cuenta con evaluación y diagnóstico de discapacidad intelectual asociado a TDAH. Debido a un cambio de zona educativa, en el que el alumno fue inscrito en un nuevo centro, la prescriptiva y necesaria evaluación del alumno arroja resultados en clara discordancia con su precedente valoración, quedando en una apreciación diagnóstica de TDAH y sus dificultades de aprendizaje sin discapacidad intelectual. Se discuten criterios y elementos de intervención con las implicaciones personales y sociales que el diagnóstico de discapacidad conlleva, así como las consecuencias para una respuesta adecuada a las necesidades específicas de apoyo educativo en un caso u otro. Se concluye con algunos aspectos de reflexión para los psicólogos, pedagogos y psicopedagogos, profesionales de la orientación educativa encargados de la evaluación e intervención psicopedagógica.

ABSTRACT

After an initial exposure of diagnostic criteria specific to intellectual disability and learning difficulties in attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD), the case of a student with evaluation and diagnosis of intellectual disability with ADHD association is presented. The student was enrolled in a new scholar center, resulting in an Educational Zone change. The prescriptive and necessary assessment of this case showed results in clear disagreement with the previous valuation, staying in a diagnostic assessment of ADHD and learning disabilities, without intellectual disabilities. From the analysis of these results, we discuss criteria and elements of intervention, with personal and social implications for the diagnosis of disability involved, and the consequences for an adequate response to the specific needs of educational support in either case. Finally, we conclude with some aspects of reflection for Psychologists, Educators and psychologists and educational guidance professionals in charge of psychoeducational assessment and intervention.

Palabras clave: dificultades de aprendizaje, discapacidad intelectual, TDAH, intervención psicoeducativa.

Key words: learning disabilities, intellectual disabilities, ADHD, psychoeducational intervention.

En un ámbito clínico, tanto la discapacidad intelectual (DI en adelante) como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH en adelante) se clasifican en trastornos del desarrollo o de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia en el DSM-IV-TR (APA, 2002), o en trastornos del desarrollo neurológico en el DSM-5 (APA, 2014), siendo las características sustanciales en la esfera cognitiva y adaptativa las que permiten su diferenciación diagnóstica y de desarrollo.

En un ámbito educativo es habitual analizar ambas entidades diagnósticas, tratándolas en asociación con el concepto de dificultades de aprendizaje. Este es entendido como trastornos intrínsecos al alumno que, sobre la base de una alteración o disfunción psiconeurológica, resultan en retrasos en el desarrollo de funciones psicológicas (el lenguaje, la atención, la memoria de trabajo o procedimientos de regulación del pensamiento) directamente implicados en el aprendizaje (Romero y Lavigne, 2005).

En dicho ámbito educativo consideramos que los resultados de la conjunción interdisciplinar de las evaluaciones psicológica, pedagógica, logopédica, médica, social o cualesquiera otras que fuesen necesarias, se expresan en términos de necesidades específicas de apoyo educativo y de respuesta consecuente (adaptación, apoyo y recursos). Estas necesidades forman un núcleo de relaciones entre: a) Las características de la persona, a las que se le añade su limitación o dificultad; b) la adecuación en sus procesos de enseñanza-aprendizaje y c) los elementos de aceptación, comprensión y apoyo de la comunidad (Luque, 2006).

Desde este núcleo de relaciones, expresamos la aceptación de cualquier entidad diagnóstica procurando a la vez evitar el efecto de un etiquetaje o estigma (que suele disminuir, cuando no anular, las posibilidades de enseñanza - aprendizaje) para convertir la evaluación y diagnóstico en un punto de partida de la intervención psicoeducativa y pedagógica (y no como punto de llegada), persiguiendo objetivos de desarrollo curricular y académico; pero con fines de desarrollo personal y social (Autor, Elósegui y Casquero, 2015; enviado).

Estos objetivos y se mantendrán dentro de una educación normalizadora e integradora en la que el profesorado mantenga una actitud de serenidad y de paciencia con sus alumnos con discapacidad o dificultades de aprendizaje, tratándolos en el conocimiento de su individualidad, pero formando parte de la di-

versidad (Dueñas-Buey, 2010; Suriá-Martínez, 2012; Trianes y Luque, 2013).

El trabajo se estructura en dos partes. En la primera se hace un acercamiento definitorio a la discapacidad intelectual leve y al TDAH, en su asociación a las dificultades de aprendizaje. En la segunda, tomando el caso concreto de un alumno inicialmente apreciado con discapacidad intelectual con asociación de TDAH, se desarrolla un análisis sobre aspectos de la valoración diagnóstica (y sus implicaciones personales, sociales y educativas), invitando a la reflexión y consideración sobre el resultado de la evaluación psicoeducativa y de sus efectos en la respuesta e intervención pedagógicas.

ASPECTOS CONCEPTUALES Y DEFINITORIOS

Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual o trastornos del desarrollo intelectual, según la ICD-11 (Carulla, et al. 2011) y la *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) (Schalock, Borthwick-Duffy, Bradley, et al. 2010), se caracteriza por limitaciones importantes tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta de adaptación, expresándose en las habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

Tanto definición como clasificación son compatibles con el modelo conceptual propuesto por la CIF (OMS, 2001), ya que las manifestaciones en el comportamiento de la persona con DI se sitúan en una perspectiva de individuo-contexto, lo que implica que, en su evaluación y valoración, se hagan referencias tanto a funciones individuales y de participación, como a las englobadas por discapacidad (deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación).

En esta perspectiva social es ampliamente aceptado que la discapacidad intelectual no constituye una enfermedad, síndrome o síntoma único; sino que es un estado (de discapacidad) que se reconoce en el comportamiento del sujeto con causas múltiples y centrado en su núcleo constituyente de un estado de funcionamiento, frente al rasgo o defecto de la mente como concepción clásica de retraso mental (Wehmeyer, Buntinx, Lachapelle, Luckasson, Schalock, y Verdugo, 2008).

Tenemos pues una definición de carácter multidimensional de la discapacidad intelectual, en la que se reconocen la complejidad de lo biológico y social aso-

Cuadro 1. 10ª Definición de la AAMR
(Luckassonet al. 2002).

Discapacidad caracterizada por limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

Son esenciales para la aplicación de esta definición, las siguientes premisas:

- a) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
 - b) 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.
 - c) En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con las capacidades.
 - d) Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
 - e) Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.
-

ciado (Baumeister, 2005; Switzky y Greenspan, 2005), la distinción de las características esenciales de una persona con discapacidad intelectual y otras con limitaciones de tipo cognitivo (Simeonsson, Granlund. & Bjorck-Akesson, 2005; Thompson y Wehmeyer, 2008), así como la necesidad e importancia de los criterios y elementos de evaluación.

Tanto la décima definición de la AAIDD (Luckassonet et al., 2002) (cuadro 1) como la propuesta en el Manual de la APA en su 5ª revisión (DSM-5), en la que pasa a denominarse trastorno del desarrollo intelectual (cuadro 2), mantienen la entidad de trastorno que incluye tanto un déficit de la capacidad intelectual como un déficit en el funcionamiento adaptativo, ambos con inicio durante el periodo de desarrollo.

De acuerdo con estos criterios y valoraciones teóricos, resulta obvio que el modelo psicosocial es un acercamiento integrador que toma en cuenta las capacidades intelectuales, la conducta adaptativa, la participación y roles sociales, la salud, y el contexto (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud -OMS, 2001). Sobre ese modelo, y de acuerdo con Schalock,

Cuadro 2. Criterios DSM-5 para el Trastorno del Desarrollo Intelectual.

-
- A. Trastorno del Desarrollo Intelectual que se caracteriza por déficits en las habilidades mentales generales, tales como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia.
 - B. Deterioro en el funcionamiento adaptativo para la edad del individuo y el nivel sociocultural. El funcionamiento adaptativo se refiere a cómo una persona cumple con los estándares de independencia personal y responsabilidad social en uno o más aspectos de las actividades de la vida diaria, tales como la comunicación, la participación social, el funcionamiento en la escuela o en el trabajo, o la independencia personal en el hogar o en la comunidad. Como resultado de estas limitaciones, necesitarán apoyo en la escuela, el trabajo o la vida independiente.
 - C. Todos los síntomas deben tener un inicio durante el periodo de desarrollo.
-

Luckasson y Shogren (2007), podemos hacer algunas consideraciones (cuadro 3) en la valoración de la persona con discapacidad intelectual (como en cualquier otra con

Cuadro 3. Consideraciones en la valoración de la discapacidad intelectual.

-
- Existencia de una adecuada relación o integración entre la inteligencia y la adaptación o, si se prefiere, entre la valoración del C. I. y la Conducta Adaptativa.
 - La valoración no debe sustentarse sobre el CI y sus niveles de gravedad tradicionales; sino sobre el funcionamiento intelectual (conceptual), práctico y social. No sólo en diagnóstico, sino en cuantificación de apoyos.
 - Análisis de las relaciones y el marco de vida de la persona con limitaciones. Valorar su ambiente de acuerdo con un desarrollo de la participación e interacción sociales, así como la capacidad para mantener roles sociales, como un conjunto de actividades propias o normales para edad y circunstancia.
 - Considerar la salud (estado de bienestar biopsicosocial) como un conjunto de condiciones que tienen su influencia, positiva o negativa, en el funcionamiento de la persona con retraso.
-

o sin discapacidad) sobre una base de limitaciones en su capacidad de funcionamiento (funciones y estructuras corporales), en habilidades para ese funcionamiento (limitaciones en la actividad) y en las oportunidades de ese funcionamiento (restricciones a la participación). Consecuentemente, la discapacidad en general, y la intelectual en particular, queda delimitada por la integración de factores personales y contextuales, así como por la necesidad de apoyos que pueda necesitar.

Trasladado a un ámbito educativo, la evaluación no debe realizarse con aspectos de rasgo (visión de retraso mental); sino de potencialidades cognitivas y de desarrollo de habilidades y estrategias intelectuales y de aprendizaje. Las evaluaciones psicológica y pedagógica deberán contemplar, al menos, los aspectos de: a) Capacidades intelectuales y desarrollo cognitivo en general; b) Conducta adaptativa, aspectos socioeducativos y de contexto; c) Desarrollo curricular y de aprendizajes. Todo ello con interés de justicia social y de esperanzas en un desarrollo de la persona evaluada, ya que en esta sólo ha de perseguirse un proyecto de vida, objetivos con los que crecer como persona y ciudadano, y no como el alumno que no puede, al que hay que tratar distintivamente, con el apartamiento curricular que implícitamente conllevan los estigmas negativos del diagnóstico (Luque, 2007; 2010).

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Puede conceptuarse como un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, de actividad y de impulsividad. Su aparición se da ya en la primera infancia y es de naturaleza relativamente crónica, que no se explica por algún déficit importante en lo neurológico, sensorial, motor o del habla, como tampoco se detecta trastorno intelectual o trastornos emocionales graves. Estas dificultades suponen limitaciones en el seguimiento de reglas de conducta y en el mantenimiento de una forma de trabajo consistente en un tiempo determinado. Este déficit en la inhibición del comportamiento, de acuerdo con Barkley (1997), Barkley y Murphy (2006) y Servera-Barceló (2005), afectaría a cuatro funciones ejecutivas neuropsicológicas: (a) la memoria de trabajo, (b) la autorregulación del afecto, motivación, excitación, (c) la internalización del habla, y (d) la reelaboración o análisis (análisis del comportamiento y síntesis).

Tanto en el DSM-IV como en el DSM-5 (sin cambios de relevancia, salvo la introducción del subtipo inatento exclusivo) se describe el TDAH como un trastorno del desarrollo que consiste en dos dimensiones de síntomas: déficit de atención y un comportamiento hiperactivo-impulsivo, con unos criterios de: edad (síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención, presentes antes de los 7 años), contextos (alteraciones que se presentan en dos o más ambientes), deterioro clínicamente significativo de la actividad académica, social o laboral, y los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otros trastornos.

De acuerdo al DSM-5 deberán especificarse los síntomas presentes en cada uno de los apartados de Inatención, Hiperactividad e Impulsividad, con lo que se establecería un cuadro de criterios en las opciones de subtipos del trastorno:

- Subtipo o presentación combinada, cuando se cumplen los criterios de Inatención (A1) y de Hiperactividad e Impulsividad (A2).
- Presentación predominante con falta de atención, cuando se cumple el criterio A1 de Inatención; pero no el A2 de Hiperactividad - Impulsividad.
- Presentación predominante hiperactiva-impulsiva, al cumplirse el criterio A2 de Hiperactividad-Impulsividad; pero no el A1 de Inatención.

Cuando nos referimos al Déficit de Atención como término general de aplicación en ámbitos educativos, nos orientamos hacia un grupo de trastornos que se manifiestan como dificultades significativas para el aprendizaje y la adaptación familiar, escolar y social. Este trastorno, intrínseco a la persona, se debe a una alteración neuropsicológica que provoca disfunciones en los mecanismos de Control Ejecutivo del Comportamiento. Esto afecta de modo directo a los procesos psicológicos de atención sostenida, memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y el afecto, internalización del lenguaje, y procesos de análisis y síntesis directamente implicados en las tareas de enseñanza-aprendizaje y adaptación escolar (Romero y Lavigne, 2005, vol. I).

Desde ese marco conceptual, considerando al TDAH como una dificultad de aprendizaje de origen intrínseco (alteración neuropsicológica que causa desfase o limitación en el control ejecutivo del comportamiento), sus características generales se recogen en el cuadro 4.

Cuadro 4. Consideraciones en la valoración de la discapacidad intelectual.

-
- *Dificultades en la inhibición de la conducta* (factor primario en el trastorno), tanto en lo motor y lingüístico, como en su autorregulación de pensamiento y en la limitación ante estímulos externos.
 - *Actividad motriz incesante, inadecuada e inoportuna*, extremadamente inadaptativa y que limita seriamente las posibilidades de aprendizaje escolar y las relaciones interpersonales (hiperactividad).
 - *Dificultad significativa en el control de la atención.* Dificultades para concentrarse durante un largo periodo de tiempo en las tareas (atención sostenida o concentrada), o en la atención selectiva y en la atención dividida (consistente en la capacidad para atender a más de un estímulo o tarea relevantes al mismo tiempo). Todo esto es lo que se denomina déficit de atención.
 - *Otros aspectos:* Impulsividad y déficit en procesos de análisis y síntesis, una memoria de trabajo deficiente por las limitaciones en la atención, dificultades en la autorregulación de la motivación y el afecto, retraso en la internalización del lenguaje y en su integración, dificultades en el aprendizaje e inadaptación escolar, familiar y social.
-

En su intervención y desarrollo educativos, las actuaciones a realizar en general en un niño con TDAH se basarán sobre su núcleo comportamental (persona-situación), lo que podrá implicar:

- *Tratamiento farmacológico* (si procede), del que se espera que reduzca la hiperactividad motora, la impulsividad, y mejore la atención y concentración. En cualquier caso, esta reducción también será explicada por el esfuerzo del alumno, además de los entornos familiar y escolar.
- *Tratamientos cognitivo-conductuales*, que traten de conseguir la autonomía personal propia de su edad (autocontrol y adaptación, hábitos de vida diaria y aceptación del orden, etc.), así como niveles adecuados de desarrollo cognitivo, afectivo y de aprendizajes.
- *Intervención en los contextos familiar y escolar.*

En consecuencia, los elementos y programas de Intervención Psicoeducativa en el TDAH considerarán particularmente como objetivos: a) Favorecer proce-

dos y funciones de memoria y de atención; b) desarrollar los procesos psicolingüísticos; c) trabajar estrategias de aprendizaje y metacognición; d) incrementar el aprendizaje y adecuar la metodología de la enseñanza a las características particulares del alumno; e) fomentar elementos de autoestima favoreciendo el autoconcepto, intereses y motivación.

CASO PARA EL ANÁLISIS

Alberto es un niño de 9 años al momento de inscribirse en un Colegio Público de la provincia de Málaga. Según un Dictamen de Escolarización y un Informe Psicopedagógico, realizado en un Centro Concertado el año anterior a la evaluación de la que se parte para este estudio, Alberto presenta necesidades educativas especiales por discapacidad intelectual ligera. De acuerdo con la familia y el Equipo Educativo, se estima conveniente realizar una valoración y actualización de su caso, mismas que dieron como resultado el informe que continúa.

Referencia y objetivos

Se establece el procedimiento de evaluación y de valoración buscando que sirva como referencia para la Acción Tutorial (entendida como aquel conjunto de actividades centradas en la orientación escolar y personal del alumno o alumna, que lleva a cabo cualquier profesor en su aula). Considerando las características de su caso, con un Dictamen de Escolarización que aconseja una modalidad de escolarización (grupo ordinario con apoyo en periodos variables), se procede a su evaluación, contrastándose con la del informe de referencia y revisándose su diagnóstico.

Aspectos previos de interés

Aspectos evolutivos

Alberto es hijo único, nacido de embarazo normal y parto natural pre-término (8 meses). Los aspectos de neonatología y valores posteriores de desarrollo psicomotor están dentro de parámetros de edad. Desarrollo de lenguaje comprensivo normal, con alguna dificultad en lo expresivo (articulatorio) siendo, no obstante, la construcción de la frase (morfosintaxis y semántica) adecuada a su edad.

Otros (historia personal, trastorno, escolar, etc.)

Su historial médico es significativo en referencia al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), diagnóstico que se realiza en una Clínica Neurológica (a los 6 años de edad), con un primer tratamiento farmacológico que cesa por escasa respuesta clínica. Posteriormente, durante el curso en el que se realiza la evaluación psicopedagógica, se deriva a Neurología Infantil, siendo valorado en esta especialidad y medicado de nuevo con un tratamiento psicopedagógico asociado. El departamento de Orientación del Centro Concertado, cuando realizó su Informe Psicopedagógico (se consideran los aspectos de este documento como referencias, sin más explicaciones o comentarios que los expresados en su texto), concluyó:

Alberto ha obtenido unos resultados que indican una mejoría en muchos aspectos, sin embargo, las puntuaciones alcanzadas se encuentran por debajo de lo esperado de forma significativa, con un CI total de 51, existiendo diferencias significativas entre su CI Verbal y su CI Manipulativo, a favor del primero. Obtuvo puntuaciones promedio en las subpruebas de "Comprensión" y "Semejanzas". En todas las demás pruebas realizadas obtuvo niveles por debajo del promedio. El hecho de presentar Trastorno de Hiperactividad con Falta de Atención, con una atención muy escasa acompañada de conductas impulsivas, no explica totalmente los resultados tan escasos que ha obtenido Alberto. Por tanto, presenta una "Discapacidad Mental Ligera"(sic), además de un TDAH. La escolarización que seguimos con él es la escolarización en grupo ordinario con atención en el aula de apoyo en periodos variables (la cursiva es para constatar la redacción y conclusión del documento, incluida su inadecuada expresión).

Como se expresa en la referencia y objetivos, el informe comentado debe revisarse llegando a otra conclusión y valoración en la que, confirmando el TDAH, no podrá mantenerse el diagnóstico de discapacidad intelectual.

Aspectos de exploración psicoeducativa

Dadas las circunstancias personales y de historia escolar de Alberto, se decide llevar a cabo el siguiente procedimiento de valoración.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO APLICADOS

- Elementos de exploración psiconeurológica.
- Desarrollo Psicomotor (Esquema corporal, lateralidad).
- Organización Perceptiva.

- Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala especial).
- Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-IV).
- Escala de conducta adaptativa (de acuerdo a la AAMR).
- Test de Análisis de la Lectura y Escritura (TALE).
- Fábulas de L. Düss.
- Observación directa en aula.
- Observación y análisis de acuerdo a los criterios en DSM-IV.
- Cuestionario EDAH (Profesorado y Familia).
- Entrevistas con el Profesorado.
- Entrevistas familiares.
- Análisis de Informes médicos.

Se opta por la evaluación del alumno mediante entrevistas de asesoramiento (propuestas de trabajo en el aula y de actuación en el comportamiento) a la Profesora-Tutora y Profesor Especialista, seguidas de la valoración del niño y concluyendo con entrevistas, evolutiva y de asesoramiento, a la familia (entendida como informativa de resultados y de propuestas de actuación con el hijo). Posteriormente, se dará seguimiento y asesoramiento al Equipo Educativo y madre del alumno.

Integración de resultados

Durante el período de exploración la actitud del alumno fue positiva, de trato afable y de buena interacción con el examinador. Mantiene una conducta de acercamiento a las tareas, que ha necesitado de algún elemento instigador en su ejecución. Se mostró más intuitivo que reflexivo, dispuesto y colaborador.

Aspectos de desarrollo

Los aspectos de desarrollo psicomotor son adecuados a edad y nivel. Afirmada la lateralidad del esque-

Tabla 1. Índices del perfil de WISC-IV
(conversión de puntuaciones).

ÍNDICES	Suma de P. E.	Punt. Comp.	Percentil	Interv. 95%
Comprensión verbal	26	93	32	86-102
Razonamiento perceptivo	29	97	43	89-106
Memoria de trabajo	8	64	0,8	79-77
Velocidad de procesamiento	13	82	12	75-95
CI total	76	81	10	75-88

PRUEBA DE RAVEN (escala especial)				
P.D.	Z	T	PC	CI (equival.)
25	-0,34	46,6	34,4	94(III-)

ma diestro, aunque sea conveniente el refuerzo de la lateralidad en sí mismo. Desarrollo lingüístico adaptado a pautas de edad, si bien es necesario algún apoyo en lo articulatorio y expresivo.

*Capacidad intelectual
 (funcionamiento cognitivo)*

Un análisis global de su inteligencia, apreciando más su estructura y potencialidad, revela una capacidad situada en la media poblacional con niveles esperados para su edad en discriminación, analogías y relaciones de abstracción entre elementos (véase Tabla 1).

Puede apreciarse la consistencia entre ambas pruebas normalizadas de evaluación de la inteligencia. Centrándonos en su Perfil Aptitudinal (de acuerdo a los índices de la tabla de WISC-IV), Alberto obtendría unos valores de Comprensión verbal medio-bajo, de Razonamiento perceptivo medio, una Memoria de trabajo baja y una velocidad de procesamiento en torno al límite; valores todos propios de un nivel de confianza del 95% (gráfico 1).

Es precisamente esa consistencia en las pruebas aplicadas (Raven y WISC-IV) la que aporta una valoración de capacidad general cognitiva, aunque a la baja, claramente media, lo que obliga a contrastar con la evaluación primera (WISC-R) (gráfico 2).

El contraste de ambas pruebas o versiones de WISC (gráfico 3) arroja valores claramente distintos y distantes, apreciándose una diferencia de dos desviaciones típicas. Dicho resultado no puede explicarse sin su asociación al TDAH y a una evaluación psicológica más integral y menos focalizada en el trastorno, donde:

	CIV-CV	CIM-RP	CIT	MT.	VP.
WISC-R	69	44	51	-	-
WISC-IV	93	97	81	64	82

Consecuentemente, la estructura y funcionamiento cognitivo de Alberto están dentro de la curva normal dado que:

- Su CI Total es de 81 situándose en el intervalo de 75 - 88 (95%), teniendo en cuenta para este índice la regresión que producen en la media los valores bajos de Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento.

Gráfico 1. Perfil de puntuaciones escalares.

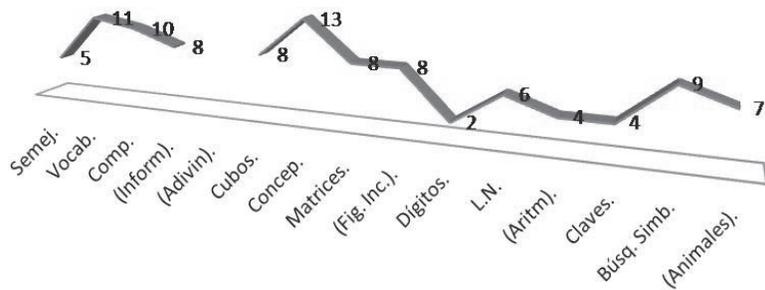


Gráfico 2. Perfil WISC-R.

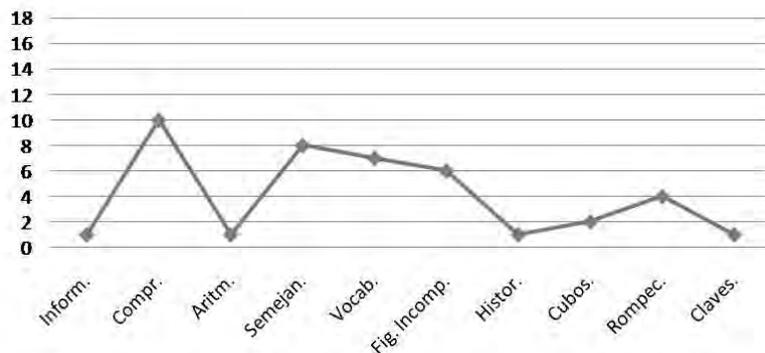
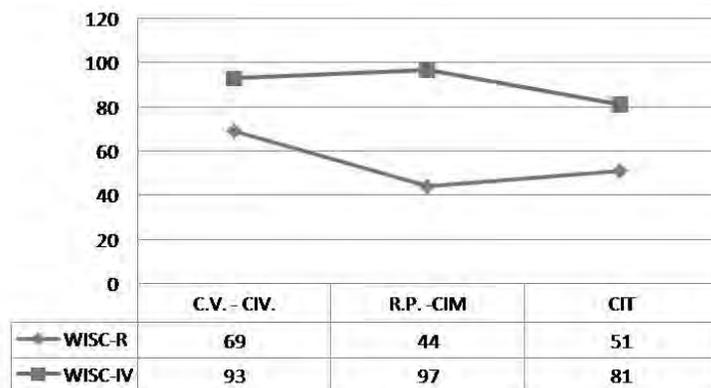


Gráfico 3. Comparación de índices WISC.



- Calculado para afinar en su capacidad cognitiva, el Índice de Capacidad General (ICG) que se obtiene con los dos índices de comprensión y razonamiento, se tiene ICG = 94 en un intervalo de 87-101 (95%).
- Debe señalarse, con relación al TDAH, el resultado de unos datos de Memoria de Trabajo muy bajos, y de Velocidad de Procesamiento bajos. Estos aspectos son típicos de los niños y niñas con ese trastorno, según se refiere en diversos estudios y referenciados en el Manual de la Escala de Wechsler (2005). Como conclusión a su valoración de capacidad intelectual Alberto obtiene, a ese nivel de confianza, una Capacidad Intelectual en la categoría de MEDIO-BAJA con respecto a la población. Su análisis de diferencias entre los Índices Verbal y de Razonamiento, no revelando diferencia significativa, apuntaría a una inteligencia cristalizada (capacidad para enfrentarse a tareas de entrenamiento, escolaridad y socialización) levemente mayor a la fluida (capacidad de solución de problemas previamente desconocidos, mediante adaptación y flexibilidad). Este análisis, unido a su menor memoria de trabajo, nos conduce sobre la conveniencia de elementos de intervención en estrategias de trabajo intelectual, a fin de obtener una mejora de su rendimiento cognitivo y escolar.

Conducta adaptativa. Con las precauciones necesarias en su circunstancia (características personales y del trastorno por déficit de atención), la evaluación de la conducta adaptativa nos revela:

Habilidades conceptuales (habilidades cognitivas y de comunicación - académicas) dentro del marco de edad y nivel, si bien deben tenerse en cuenta sus dificultades de aprendizaje.

Habilidades de conducta adaptativa social desde capacidades propias de sus iguales; aunque debe intervenir en los aspectos de autoestima, responsabilidad, reglas, etc. elementos dentro de lo esperado en el desarrollo de nivel y etapa.

Habilidades de conducta adaptativa práctica (aseo, alimentación, vestido, etc.) adecuadas a edad.

En consecuencia, de acuerdo a criterios diagnósticos (DSM-IV, DSM-V y CIE-10), con un funcionamiento cognitivo en la media poblacional y una conducta adaptativa sin diferencias significativas respecto a sus

iguales, no podemos expresarnos en términos de discapacidad intelectual. Todo ello sin menoscabo de lo que puedan aportar otras evaluaciones, sobre todo de carácter neurológico, generando un mayor conocimiento del desarrollo del alumno.

Aspectos conductuales. Aceptando el diagnóstico de TDAH resultante de su evaluación neurológica previa, se valoró al alumno en su circunstancia escolar durante un periodo en el que no tomaba metilfenidato (Concerta).

El gráfico 4 puede ser ilustrativo de las observaciones de aula y patio de recreo, así como de otros análisis comparativos entre las opiniones de la madre y la profesora. En ellos que se expresan:

- Diferencias en la valoración del déficit de atención, con las puntuaciones de la profesora al alza. En puntuaciones directas (madre = 9; profesora = 12) se apreciaría entre ellas una diferencia de la misma desviación típica respecto a la media.
- La madre lo situaría debajo del punto de corte (10), frente a la profesora que lo ubica claramente en la dificultad atencional.
- Distribuciones coincidentes en los parámetros de hiperactividad, conducta y dificultades de aprendizaje.

En resumen, puede llegarse a un acuerdo entre la familia y el centro educativo en la valoración del comportamiento del alumno en torno a una entidad de trastorno atencional.

Aspectos curriculares

Estilo de aprendizaje

Aunque su estilo de aprendizaje es inseparable de su TDAH puede decirse que, teniendo cierto interés en la tarea, debe instigársele a su ejecución y en trabajos individualizados. Es sensible a las reprimendas y a los elogios, con menor autonomía en las acciones de clase y en trabajo de grupo.

Aprendizaje de la lectura

- Conocimiento y discriminación no completo de letras. No dominio de j, f, ll, w, con alguna dificultad en f, t y en la discriminación de b - d; m - n - n - ñ.

- Lectura con tendencia a la literalidad de la sílaba. Lectura textual, letra por letra.

Aprendizaje de la escritura

- Escritura de caracteres no ligados en general, de tamaño ligeramente grande (de inicio lector), con grafía irregular, alguna oscilación, rectas y curvas adecuadas.
- Se observa disgrafía (como déficit de mantenimiento en la memoria de trabajo).

Aprendizaje matemático

- Refuerzo de la seriación y cálculo: suma y resta sin llevar.
- Desarrollo de razonamiento y resolución de problemas.

Personalidad y conducta

Dado el carácter reservado de este tipo de información, se mantendrá el contacto oportuno con la familia, profesorado y alumno, transmitiendo las orientaciones oportunas (referidas al comportamiento y a las actividades escolares). No obstante, no se aprecian datos de relevancia con influencia en su aprendizaje y rendimiento académico, si bien sería conveniente incidir en su interés y motivación.

Resumen y conclusiones

De acuerdo a lo que antecede y para este particular momento evolutivo de Alberto, puede precisarse:

- Capacidad intelectual clasificada en la categoría de media-baja.
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, subtipo combinado.
- Dificultades de Aprendizaje de lectura, escritura y matemáticas.

En un resumen de valoración diagnóstica, considerando los datos de su informe anterior, el desarrollo cognitivo de Alberto se clasifica en una clara **Capacidad Intelectual Normal** (media-baja). Considerando además sus aspectos evolutivos y de conducta personal y social, *no puede aceptarse en modo alguno, su valoración de discapacidad intelectual leve que consta en su expediente*. Entendiendo su evaluación anterior revisada, sin perjuicio de lo que aporten posteriores valoraciones, y como una base de partida para el seguimiento y eva-

luación psicológicos y psicopedagógicos, su caso *no puede incluirse en Necesidades Educativas Especiales por discapacidad intelectual, debiendo hacerse por el de su Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*, de lo que deberá darse cuenta al Centro y Familia.

Asimismo, deben precisarse sus *Dificultades de Aprendizaje de lectura, escritura y matemáticas*, por lo que será oportuna la atención especializada y el refuerzo de estos aprendizajes, así como la observación en la esfera de desarrollo personal y de habilidades sociales.

En conclusión y en función de esa valoración, la respuesta educativa que Alberto necesita se enmarca en una escolarización en la modalidad de *grupo ordinario con apoyo en periodos variables*, contando con los recursos de Profesor de Educación Especial en apoyo a sus necesidades.

Orientación y consejo psicoeducativo

Las necesidades educativas que Alberto presenta se derivan de sus características de personalidad y de desarrollo. De acuerdo con ello, la respuesta educativa debe adoptar como marco de intervención la facilitación de su desarrollo individual y social, desarrollo de capacidades en general y los aspectos académicos, de tal forma que sirvan de instrumentos para la orientación en su vida.

Desde este marco, contando que su intervención escolar requerirá de un currículum adecuado a sus necesidades, se debería reflexionar sobre el desarrollo de su escolaridad de acuerdo con los siguientes puntos:

Orientaciones generales

Respecto a la familia, continuar la buena relación con el centro y tutoría, así como mantener el grado de coordinación adecuado a fin de conseguir los beneficios de toda acción conjunta.

Continuar la acción tutorial (véase Anexo: Aspectos generales de la Acción Tutorial) con el Alumno para que, acercándose a su individualidad, permita su mejor conocimiento y se logre adecuar el currículum ordinario a sus necesidades educativas. En este punto se aprecia positivamente la atención del equipo educativo (Acción tutorial y docente) en la mejora del desarrollo académico del niño, así como de su coordinación con el equipo de orientación educati-

va, que aporta el asesoramiento e intervención específica en TDAH.

Orientaciones específicas

En la intervención psicopedagógica concreta del alumno, será conveniente el trabajo en:

Estrategias de trabajo intelectual. A modo de ejemplo o de sugerencias para la reflexión docente, pueden consultarse los textos de:

Soler, E; Álvarez, L.; González-Pineda, J; y Núñez, J. C. (Coord.) (2002). *Estrategias de Aprendizaje. Concepto, evaluación e intervención*. Madrid. Pirámide.

Proyecto Harvard (Comprensión del Lenguaje, Razonamiento verbal; Resolución de problemas matemáticos; Toma de decisiones; Manual de información para Educadores; Fundamentos del razonamiento). Madrid. CEPE.

Mejorar su aspecto gráfico (disgrafía) hacia un afianzamiento escritor y de la expresión escrita (escritura fluida y legible). Se trabajarán aspectos visoperceptivos y grafomotores básicos de la caligrafía. Podrían consultarse como recursos o actividades:

Rehabilitación de la disgrafía de Ed. CEPE.

López-Belda (2006). *La Disgrafía*. Ed. EOS.

Potenciación y refuerzo de los aprendizajes lectoescritor y de las matemáticas. Así podría apreciarse una intervención integrada de refuerzo de habilidades básicas (escritura-caligrafía, conciencia fonológica, comprensión y expresión verbales, etc.) con otra propiamente de los aprendizajes escolares (refuerzo del cálculo y del razonamiento, gramática o contenidos científico-naturales).

Desarrollo personal y de habilidades sociales. A través de programas de desarrollo del autoconcepto o de habilidades como:

"Aprendo a decir no"

"Aprendo a dialogar"

"Aprendo a aceptar y expresar quejas"

"Aprendo a pedir y agradecer favores"

"Aprendo a solucionar problemas con los otros"

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la reflexión del caso, partiendo de que la primera evaluación del alumno era necesaria y conveniente y, además, correcta desde objetivos psicopedagógicos, probablemente no tendría que haberse pronunciado en términos de discapacidad; aunque ello pueda deberse en parte a una casi obligada asociación de necesidades educativas especiales, justificando así su introducción en la estructura diagnóstica de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (Censo de necesidades educativas especiales, programa Séneca, de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía). Siendo comprensible la actuación en la búsqueda de las mejores actuaciones compensadoras para el alumno, no debería ser aceptada desde unas consideraciones adecuadas en la evaluación psicológica de las personas con discapacidad intelectual. Así, podríamos comentar tres aspectos para la reflexión en el análisis de este caso:

No se realizó una evaluación profunda de la capacidad intelectual en la que se analizasen los aspectos cognitivos, tratando de explicarlos desde una base psiconeurológica y buscando un posible origen para las dificultades de aprendizaje que presenta el alumno.

No se estudió la conducta adaptativa para llegar a conclusiones de clara discapacidad intelectual. De esta manera, tampoco se obtuvo información sobre las habilidades y estrategias del alumno, ni sobre la conducta en general del niño en sus contextos habituales.

Se apreció el TDAH como un trastorno asociado y no como el núcleo de la situación del niño. Con ello se enmascaró la estructura y organización cognitivas, valorándose desde su déficit. Si se hubiera partido desde un diagnóstico de la dificultad de atención y procesamiento, se habría impuesto una intervención estratégica en su desarrollo, con lo que el alumno estaría en mejor disposición para una evaluación cognitiva más ajustada a su persona y circunstancia.

Estas valoraciones nos conducen a las reflexiones para una conclusión en el ámbito de la evaluación e intervención psicoeducativas:

La valoración y diagnóstico psicológico en contextos educativos, como en los sociales o de salud, conlleva implícitamente un abordaje clínico-psicológico.

gico, entendiendo por tal el acercamiento individualizado, personalizado y holístico al alumnado. Esto es, un adjetivo clínico que se aleja de su uso erróneo, exclusivamente médico, o de salud mental para centrarlo en su básica acepción de estudio o metodología que intenta comprender directamente a la persona a través de la observación (entrevistas, análisis de la conducta, historia, etc.), siendo los tests otros elementos más para recabar información (Luque, 2009).

Dado que evaluar es siempre intervenir, cualquier evaluación debe planificarse, realizarse e informarse sobre la persona como núcleo sustantivo de observación y del desarrollo posterior de las intervenciones psicopedagógicas. De acuerdo con ello, toda evaluación es siempre necesaria, mientras que el diagnóstico sólo lo será cuando sea procedente por circunstancias administrativas o de provisión de recursos.

Cuando esa evaluación se hace en la discapacidad intelectual, las precauciones y el protocolo de actuaciones adquieren especial relevancia. Todas las actuaciones y procesos de estudio del caso están orientadas a la inclusión social y educativa; pero desde criterios de normalización, reduciendo el estigma que aún genera su diagnóstico y favoreciendo la aceptación e integración personal y social. En nuestras valoraciones, será preferible mantenerse en un estado de diagnóstico diferencial o de trastorno (general o específico), dando posibilidades de intervención correctoras y tiempos de observación que aseguren un diagnóstico más definitivo. En este punto coincidirían los modelos médico y psicológico de intervención en la discapacidad intelectual.

En conclusión, cualquier diagnóstico tiene su importancia en la medida que, como entidad nosológica, sirve para situar y precisar el caso, a la vez que permite tener información compartida entre los profesionales y las familias. Pero también se corre el riesgo de "etiquetaje" innecesario que, lejos de contribuir a la normalización, acrecienta los efectos negativos del estigma del trastorno o de la discapacidad intelectual. Por lo tanto, las evaluaciones psicoeducativa y pedagógica del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, y la del alumnado con discapacidad intelectual en particular, deben hacerse sobre un análisis profundo y riguroso de sus características personales y de contexto, de sus necesidades educativas y de las pro-

puestas de intervención (Luque, 2010). Sólo cuando tengamos el convencimiento de que esta evaluación ha sido realizada en forma y contenidos, y ajustándose a los criterios clínicos y educativos, podremos afirmarnos en un diagnóstico, resultado siempre de la observación y de la reflexión, o si se prefiere, de la ciencia y de la conciencia. De esta forma, el margen de error será minimizado y servirá sólo para lo que es: designar, nombrar y clasificar una situación de persona - contexto sobre la que sólo queda construir su desarrollo educativo.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4ª Revisión. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Autor.
- Asociación Americana sobre Retraso Mental (2004): *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza. (Original: AAMR, 2002).
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), Jan 1997, 65-94. Washington, DC: APA.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook*. New York: The Guilford Press.
- Baumeister, A. A. (2005). Mental retardation: Confusing sentiment with science. En H. Switzky and S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century* (pp. 95-126). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Carulla, L. S.; Reed, G. M.; Vaez-Azizi, L. M.; Cooper, S. S.; Martínez-Leal, R.; Bertelli, M.; Aadnams, C.; Cooray, S.; Deb, S.; Akoury-Dirani, L.; GiriMaji, S. C.; Katz, G.; Kwok, H.; Luckasson, R.; Simeonsson, R.; Walsh, C.; Munir, K. & Saxena, S. (2011). Trastornos del desarrollo intelectual: Hacia un nuevo nombre, definición y marco de referencia para retraso mental/ discapacidad intelectual en la ICD-11. *World Psychiatry*, 10, 175-180.
- Dueñas-Buey, M. L. (2010). Educación Inclusiva. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(2), 358-366.

- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th Ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luque, D. (2006). Familia, profesorado y alumnado con discapacidad. Elementos para una reflexión conjunta. *Revista Cooperación Educativa*, 78.
- Luque, D. (2006). *Orientación Educativa e Intervención Psicopedagógica en el alumnado con discapacidad. Análisis de casos prácticos*. Málaga: Aljibe.
- Luque, D. (2007). Discapacidad intelectual ligera: Elementos para su valoración educativa. *I Congreso Internacional de Orientación Educativa en Andalucía*. Granada.
- Luque, D. (2009). *Curso de actualización en intervención psicopedagógica*. Centros de Profesorado de Almería. Junta de Andalucía.
- Luque, D. (2010). Consideraciones psicológicas en la valoración educativa de la discapacidad intelectual. *Revista Educación Especial RUEDES*.
- Luque, D., Elósegui, E., Casquero, M. D. (2015). Necesidades Específicas de Apoyo Educativo en la capacidad intelectual límite. *Revista Summa Psicológica* (enviado).
- Luque, D. y Rodríguez, G. (2006). *Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de Criterios diagnósticos* (III). Criterios de intervención pedagógica. Sevilla: Consejería de Educación Junta de Andalucía.
- OMS (1992). *International Classification of Diseases*. ICD-10. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Romero, J. F. & Lavigne, R. (2005). *Dificultades en el Aprendizaje. Unificación de criterios diagnósticos*. (I). *Definición, características y tipos*. Sevilla: Consejería de Educación. Junta de Andalucía.
- Schalock, R. I.; Luckasson, R. A. & Shogren, K. A. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45, 2, 116-124. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, M. et al. (2010). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. (11th ed.). Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368.
- Simeonsson, R. J., Granlund, M. & Bjorck-Akesson, E. (2005). The concept and classification of mental retardation. In H. Switzky and S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century* (pp. 247-266). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Suriá-Martínez, R. (2012). Discapacidad e integración educativa: ¿Qué opina el profesorado sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad en sus clases? *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 23(3), 96-109.
- Switzky, H. N., & Greenspan, S. (2005). *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century*. Washington, DC. American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J. E. & Wehmeyer, M. L. (2008). Historical and legal issues in developmental disabilities. En H. P. Parette & G. R. Peterson- Karlan (Eds.), *Research based practices in developmental disabilities* (2nd ed., pp. 13-42). Austin, TX: ProEd.
- Trianes, M. V. & Luque Parra, D., (2013). *Manual de Psicología de la Educación para Psicólogos*. Málaga, Facultad de Psicología.
- Wechsler, D. (2005): *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV*. Madrid: Tea Ediciones.
- Wehmeyer, M. L.; Buntinx, W. H. E.; Lachapelle, Y.; Luckasson, R. A.; Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2008). The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Miles, E. y Trott, W. (2011). *Collaborative Working. Inside out. A series of personal perspectives on government effectiveness*. Institute for Government.
- Murillo, P., Gandul, I. y Pérez Llorente, T. (1996). Apoyo colaborativo interprofesional. En: Parrilla, A. (1996). *Apoyo a la escuela: un proceso de colaboración*. España: Ediciones Mensajero.
- Monjas, M. (1997). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas de edad preescolar*. (3a edición.) Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Panitz, T. (1996). *A definition of collaborative vs cooperative learning*.
Romero, G. (2005). *Evaluación y entrenamiento de habilidades de solución de problemas en niños que presentan conducta agresiva*. Tesis inédita de Maestría. UNAM.
Sellman E. (2011). Peer mediation services for conflict resolution in schools: what transformations in

activity characterize successful implementation? *British Educational Research Association* 37(1): 45-60. doi: 10.1080/01411920903419992.
Zañartu, M. (2003). Aprendizaje colaborativo: una nueva forma de diálogo interpersonal y en la red. *Revista digital de educación y nuevas tecnologías* 5(28)

ANEXO: Aspectos generales de la Acción Tutorial

A) Grupo.

- Favorecer las relaciones interpersonales y la convivencia.
- Fomentar la cooperación y tolerancia.
- Desarrollar la participación y funcionamiento en el aula y centro.
- Promover actitudes de respeto y solidaridad hacia todas las personas. Aceptar la diferencia.

B) Individualmente.

- Conocimiento individualizado de cada uno de sus alumnos.
- Detectar las dificultades o problemática del alumnado.
- Favorecer su autoestima y fomentar los pilares de un autoconcepto adecuado.
- Desarrollar expectativas realistas, intereses propios y motivación intrínseca.
- Facilitar la integración en el aula y su dinámica escolar.

C) Profesorado.

- Coordinar el ajuste de programas y planificación al grupo.
- Coordinar la evaluación e información del alumnado.
- Favorecer la comunidad de acción con otros profesores en el marco del Proyecto de Centro.

D) Padres.

- Fomentar el encuentro y relaciones con madres y padres.
 - Activar en los padres su papel de actividades de apoyo al aprendizaje y en la orientación de sus hijos.
 - Coordinar actividades de información de sus hijos y su educación.
-