



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

POZO MITE ANA PAULA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD
INTELLECTUAL**

**POZO MITE ANA PAULA
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**MACHALA
2019**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

POZO MITE ANA PAULA
PSICÓLOGA CLÍNICA

SERRANO POLO OSCAR RODOLFO

MACHALA, 27 DE AGOSTO DE 2019

MACHALA
27 de agosto de 2019

Nota de aceptación:

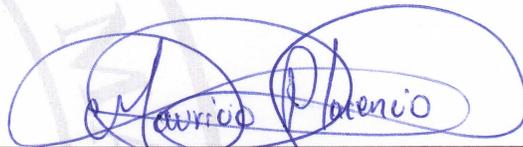
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



SERRANO POLO OSCAR RODOLFO
0701356552
TUTOR - ESPECIALISTA 1



SANCHEZ PADILLA YADIRA LILIANA
0705349025
ESPECIALISTA 2



PLACENCIO LOAYZA MAURICIO RODRIGO
0703693218
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: viernes 30 de agosto de 2019 - 08:11

Urkund Analysis Result

Analysed Document: PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL-
POZO MITE ANA PAULA.docx (D54776686)
Submitted: 8/11/2019 9:48:00 PM
Submitted By: appozo_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, POZO MITE ANA PAULA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 27 de agosto de 2019



POZO MITE ANA PAULA
0706010386

RESUMEN:

Ana Paula Pozo Mite
appozo_est@utmachala.edu.ec
0706010386

La discapacidad intelectual es un trastorno que afecta el funcionamiento intelectual y las capacidades adaptativas del individuo, que se presenta durante la etapa del desarrollo del ser humano. Realizar un proceso de diagnóstico para identificar este trastorno, implica utilizar conceptos actuales referentes a los criterios diagnóstico y llegar al propósito principal del mismo: realizar una intervención con expectativas acorde a las fortalezas y debilidades del paciente. El presente trabajo tiene como objetivo es describir características importantes, seleccionadas mediante la revisión bibliográfica actual, que forman parte de un proceso de diagnóstico capaz de direccionar una intervención acorde a las necesidades y capacidades de niños de hasta 7 años, que acuden a consulta psicológica. Los reactivos que se mencionan en este ensayo, se subdividen en dos categorías según la edad del paciente: las escalas de desarrollo y las escalas de inteligencia. Ambas categorías cumplen la función de auxiliar en el diagnóstico de una discapacidad intelectual y en el apoyo para que el equipo multidisciplinario que interviene en el estudio del caso se permita abrir la discusión referencial luego de una exhaustiva exploración desde diferentes perspectivas. La importancia de realizar un diagnóstico preciso, radica en la intervención que se planificará para el paciente ya que debe estar fundamentado en sus facultades fuertes y sus características menos desarrolladas.

Palabras clave: Discapacidad intelectual, proceso, diagnóstico, intervención, desarrollo

ABSTRACT:

Intellectual disability is a disorder that affects the intellectual functioning and adaptive capacities of the individual, which occurs during the stage of human development. Performing a diagnostic process to identify this disorder involves using current concepts regarding diagnostic criteria and arrive at the main purpose of the same: to perform an intervention with expectations according to the strengths and weaknesses of the patient. The objective of this work is to describe evaluation characteristics, selected through the current bibliographic review, that provide guidelines to the professional to perform a diagnostic process capable of directing an intervention according to the needs and capabilities of children up to 7 years, who come for psychological consultation. The reagents mentioned in this essay are subdivided into two categories according to the age of the patient: developmental scales and intelligence scales. Both categories fulfill the function of auxiliary in the diagnosis of an intellectual disability and in the support so that the multidisciplinary team that intervenes in the study of the case is allowed to open the referential discussion after an exhaustive exploration from different perspectives. The importance of making an accurate diagnosis lies in the intervention that will be planned for the patient since it must be based on his strong faculties and his less developed characteristics.

Keywords: Intellectual disability, process, diagnosis, intervention, development

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	4
CONCLUSIONES.....	12
BIBLIOGRAFÍA.....	13

INTRODUCCIÓN

El DSM V (American Psychiatry Association, 2014) define a la discapacidad intelectual como un trastorno del desarrollo que afecta el funcionamiento intelectual y las facultades adaptativas del individuo en los aspectos conceptual, social y práctico, que se presentan durante el periodo de desarrollo y que en ocasiones, va acompañado de discapacidades físicas, neurológicas o de aprendizaje.

Debido a la importancia que se le atribuye a realizar un diagnóstico a tiempo, el objetivo del presente ensayo, es describir características importantes, seleccionadas mediante la revisión bibliográfica actual, que forman parte de un proceso de diagnóstico capaz de direccionar una intervención acorde a las necesidades y capacidades de niños de hasta 7 años, que acuden a consulta psicológica.

Estas herramientas serán seleccionadas por el profesional, de acuerdo a las características que observe y que mencionen sus cuidadores durante la primera entrevista, de acuerdo a la edad en la que se sospecha la existencia de la discapacidad, y, acorde a la discusión que el equipo multidisciplinario realice durante el proceso de diagnóstico, ya que los resultados de las evaluaciones servirán como guía para diferentes exploraciones de los especialistas.

La urgencia de abordar el proceso de diagnóstico para identificar que existe discapacidad intelectual en el paciente, es debido a que mientras se lo diagnostique a temprana edad, permitirá al profesional, realizar una intervención que le dará la oportunidad al paciente y a su entorno inmediato, realizar las adaptaciones necesarias para que el niño(a) pueda desarrollarse acorde a sus necesidades y sus capacidades.

PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Se comprende a la discapacidad intelectual y a diferentes trastornos que de una u otra forma afecta el desempeño del niño(a) en el área escolar, como alteraciones de estructura neuroanatómica que aqueja ciertas funciones cognitivas, de conducta, de adaptación y de desarrollo. Para poder direccionar un proceso adecuado hacia el diagnóstico de discapacidad intelectual o como anteriormente se lo conocía, retraso mental. Debido a que sus características diferencian los tipos de intervención psicológica, se mencionan 2 diferentes bloques: el bloque de discapacidad intelectual (que incluye trastornos específicos como de lectura y escritura), y el bloque de los trastornos del neurodesarrollo (como espectro autista) (Tirado, Milagro, Galve, Balagué, Zarazaga, y Cebrian, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona en su documento de actualización “El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate” (2013), que considera a la discapacidad como:

(...) una interacción entre problemas de salud y factores ambientales y personales que puede ocurrir en tres niveles: (a) una deficiencia en la función o la estructura corporal, como las cataratas, que impiden el pasaje de la luz y la sensación de la forma y el tamaño de los estímulos visuales; (b) una limitación en la actividad, como la incapacidad de leer o de moverse por sí mismo; (c) una restricción de la participación, como la exclusión de la escuela (p.7).

En el DSM IV (APA, 1995), se incluye el diagnóstico de Retraso mental, cuya característica principal es:

“(...) una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (Criterio A) que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (Criterio B). Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad (Criterio C) (...)” (p.48).

Estos criterios, solían ser los utilizados durante décadas atrás, pues era lo que constaba en el vademécum oficial de psiquiatría. Mencionar la condición de retraso mental, comprendía que el paciente presentaba falencias graves y con pocas posibilidades de generar mejoras. Pese a

que aún se utilizaba la nomenclatura de “retraso mental”, en el DSM IV, ya se presenta el término de capacidad intelectual, y que, en anteriores versiones del compendio, no se presenciaba.

Es importante mencionar que fue desde la 5ta edición del Informe Oficial de la AAIDD (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo), que se incorporó el criterio de deficiencia de adaptación social, madurez o aprendizaje para poder diagnosticar retraso mental (Navas, Verdugo, y Gómez, 2008). Siendo este un precedente para un minucioso análisis y un cambio de concepto al momento de evaluar al individuo, enfocándose más en su desempeño diferencial, que en su deficiencia.

Es por esta razón que en la siguiente versión del DSM (DSM V), y según la Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del mismo (APA, 2014), la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es: “Un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico”(p.17).

La conceptualización anteriormente mencionada, es la principal fuente con la que se realiza el proceso diagnóstico y su intervención psicológica o multidisciplinaria. El término “discapacidad hace hincapié en que posiblemente existe una deficiencia, pero no un impedimento total para que el paciente logre desarrollarse dentro de su entorno.

Como se sabe, para diagnosticar discapacidad intelectual, es primordial apoyarnos en escalas de medidas numéricas, debido a los diferentes tipos de discapacidad intelectual según su puntuación de CI. Al realizar esta diferenciación diagnóstica entre las categorías existentes de discapacidad intelectual, es necesario mencionar que se lo hace con la finalidad de lograr un abordaje completo de las características del niño(a) para posteriormente realizar un proceso de evaluación con los reactivos adecuados, un plan de intervención acorde a las fortalezas y debilidades del niño, un acompañamiento profesional adecuado para los padres y con la especialidad del caso; además de la creación de metas y expectativas de acuerdo a la capacidad de progreso del niño/a (Navas et al., 2008).

El DSM V, define los siguientes criterios a cumplir para diagnosticar discapacidad intelectual, (APA, 2014):

- (a) Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje

académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas; (b) Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad; (c) Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo. (p.33)

Al utilizar el DSM V, los criterios diagnósticos que debe cumplir un individuo para poder ser diagnosticado con discapacidad intelectual, difieren a los del DSM de la versión anterior (DSM IV Y DSM IV-TR), siendo la variante en la terminología que se utiliza para referirse a la afección junto con la direccionalidad del diagnóstico, pero manteniendo en su mayoría los otros criterios.

Este manual, también clasifica a la discapacidad intelectual, según su gravedad, desglosando 4 subtipos: leve, moderado, grave y profundo, mencionando principalmente que su nivel de gravedad no es equivalente a su resultado cuantitativo de CI, si no que hace referencia a las diferenciaciones de funciones adaptativas y el nivel de apoyo requerido (CEDE, 2014).

Existe una clasificación dentro del diagnóstico de discapacidad intelectual, en donde se subdividen en base a su nivel de gravedad, estos son 4 (Peredo, 2016): (a) Discapacidad intelectual límite o borderline: cuando su única característica es un retraso en el aprendizaje; (b) Discapacidad Intelectual ligera: el paciente puede llegar a tener una vida sana, desarrollar características sociales, obtener un trabajo acorde a sus capacidades y lograr cierto nivel de autonomía; (c) Discapacidad Intelectual Moderada: el paciente presenta características arraigadas de estancamiento tanto de desarrollo como de aprendizaje; (d) Discapacidad Intelectual Severa: este grupo, presenta una escasez de desarrollo psicomotor, su comunicación verbal, como su nivel de comprensión suele ser limitada y necesitará atención individual especializada; (e) Discapacidad intelectual profunda: el paciente carece de autonomía, ya que su deterioro sensorio-motriz es grave.

Una vez teniendo claro los diferentes conceptos referentes a discapacidad intelectual, se procede a la evaluación del individuo. La evaluación comienza desde la primera sesión, donde es primordial aplicar la entrevista clínica, ya que normalmente, son los padres los que acuden

al psicólogo porque han notado algo diferente en su hijo(a). Suele convertirse en un desafío para el profesional dar respuesta sobre el diagnóstico preciso a los padres del niño(a), en una sola sesión. Es por esto que, la entrevista ayudará a profundizar a nivel personológico, tanto en el niño como en el familiar que acudió a consulta e incluso percatarse de características que posiblemente ni el padre ni el profesional se percataron a primera vista (Esquivel, Heredia, y Gomez, 2007).

Características como las primeras reacciones del niño durante la entrevista clínica, y el proceso de transición de comportamiento desde el miedo al examinador al principio de la sesión, hasta la interacción que logra al final de la entrevista, representan la forma convencional de desenvolvimiento del niño, ya que, en su comportamiento, se puede observar la comunicación verbal y no verbal del paciente (Ortiz, Duelo, y Escribano, 2015).

A pesar de que en el DSM IV (APA, 1995), aún no está incluida la nomenclatura actual de discapacidad intelectual, ya menciona la “capacidad intelectual”, pero que es determinada por el coeficiente de inteligencia, el cual se obtiene mediante la aplicación de reactivos que poseen escalas normalizadas (como Wechsler, Stanford, Kaufman). Una vez seleccionados los test con los que se evaluará al individuo, se debe tomar en cuenta que pueden existir limitaciones a lo largo de la evaluación, por lo que su puntuación va a variar en base al lugar de origen del individuo, su idioma y sus discapacidades neuromotoras. En estos casos, la decisión a tomar frente al caso sería no enfatizar únicamente la puntuación final del CI, sino resaltar los aciertos y desaciertos durante la aplicación de los diferentes ítems.

Un niño con diagnóstico de discapacidad intelectual, es un paciente que necesita sus horas de juego, una estimulación adecuada que promueva su desarrollo un poco más forzada que los niños sin estas características, es un paciente que necesitará del apoyo de su entorno familiar para lograr su autonomía y seguridad; un niño no se convierte en su diagnóstico, pero si refleja su estilo de crianza como todos los niños en proceso de desarrollo (Berridi, 2016).

Para pacientes con sospechas de algún tipo de déficit intelectual, es recomendado aplicar un proceso de evaluación neuropsicológica, la misma que tiene como objetivos 3 aspectos principales: identificar, describir y cuantificar, aspectos de déficit cognitivo como alteraciones conductuales que sugieren ser producto de determinadas lesiones y disfunciones de nivel cerebral, y también de aspectos emocionales; con la finalidad de permitir al especialista crear un programa de psicorehabilitación en base a las necesidades del paciente (Cánovas, Martínez, Sánchez-Joya, & Roldán-Tapia, 2010).

En la actualidad, se cuenta con pruebas específicas que se utilizan para identificar la existencia de riesgos dentro del proceso de desarrollo, que son aplicables a poblaciones específicas, en los cuales se contempla su uso, cuando existe cierta sospecha al momento de diagnosticar, e incluso para realizar una diferenciación entre una discapacidad intelectual que necesita intervención inmediata, o si se trata de algún retraso no tan proporcional, es decir, que está dentro del rango de desarrollo (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013).

Cuando el paciente es menor de 3 años de edad, lo que se evaluará su capacidad de desarrollo, ya que sus funciones cognitivas no se desenvolverán del todo sino hasta la primera etapa escolar, la detección de rasgos o síntomas será a través de las escalas de desarrollo o los llamados “baby test”, que consisten en revisar aspectos del desarrollo del menor, tales como motricidad, lenguaje, relaciones interpersonales entre otros (Cánovas et al., 2010).

Pese a que es una edad temprana para evaluar a un individuo, hacerlo en la etapa de desarrollo beneficia tanto al profesional como a los padres, ya que les brinda la oportunidad de detectar sus fortalezas para promoverlas y mejorarlas, al mismo tiempo que detecta sus áreas menos desarrolladas que necesitarán una intervención inmediata (Costas, 2009).

De entre las diferentes técnicas de evaluación para detectar algún problema referente a déficit intelectual a temprana edad, se encuentran las escalas ordinales basadas en secuencias de conducta, que consisten en ítems que se agrupan por edades de menor a mayor, en donde se evalúa el desempeño del menor en diferentes áreas, y cuyo resultado equivale al cociente de desarrollo, dando las pautas para que el profesional presente un diagnóstico en base a sus cualidades fuertes y las menos favorecidas, promoviendo así las bases para una intervención a favor de mejorar dicho diagnóstico (Costas, 2009).

Una de las escalas ordinales basadas en secuencia de conducta más utilizadas en esta etapa de desarrollo (hasta 3-4 años), es la del test de Brunet- Lezine, que es una “escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia” y su aplicación es muy práctica. Sus autoras fueron Brunet O. y Lézine I, quienes se guiaron de los reactivos creados por Gessel y Bühler, para elaborar su propia escala, que tenga como característica significativa el ítem de la observación. Una de las ventajas de aplicar este reactivo, es su forma rápida y sencilla de evaluar el cociente de Desarrollo Global (CD), la elaboración de un perfil aproximado de maduración del menor en base a los diferentes ítems según la edad del niño(a), y la pauta para realizar la primera aproximación con los padres mediante las preguntas que se realizan durante el test, permitiendo analizar también el ambiente social y afectivo en el que se desenvuelve el niño, además de sus

relaciones interpersonales con los mismos. Entre las áreas que evalúa este “baby test”, se encuentran: a) Dominio motor o postural (P), Dominio de coordinación visomotora (C), Dominio del lenguaje en función de comprensión y expresión (L) y el dominio de relaciones sociales, su adaptación a diferentes situaciones y sociabilización (S) (Andrés, 2015).

Existen países como México, donde se realizan validaciones y adaptaciones de las pruebas de desarrollo, como la prueba de Valoración Neurconductual del Desarrollo del lactante, que evalúa aspectos de la conducta del desarrollo del niño como alimentación, coordinación ojo-mano, lenguaje receptivo y expresivo, reflejos, entre otros. En este reactivo, arroja como resultados 4 posibles respuestas a la evaluación de desarrollo del niño: normal, dudoso, anormal y no aplicable (Orcajo y Sidonio, 2015).

Pese a la fiabilidad de los test que se vayan a aplicar, es importante tomar en cuenta qué tan beneficioso puede resultar un diagnóstico temprano durante pleno proceso de desarrollo, así que la mejor opción sería no enfrascarse en un solo diagnóstico y más bien, brindarle al niño la oportunidad y las herramientas necesarias para pulir aquellas funciones que aún no están prominentes del todo. No todos los niños maduran exactamente a la misma edad, varía mucho del ambiente, de la forma de crianza e incluso de la alimentación, así que lo que arroje como resultados el proceso de evaluación en esta etapa, se lo deberá acatar como una alerta de que algo sucede con el desarrollo del individuo, pero que, en la mayoría de los casos, está a tiempo de ser modificado (Costas, 2009).

Otra de las herramientas que se menciona varias veces en la bibliografía referente a la discapacidad intelectual, es la Escala de Bayley , que es un test compuesto de ítems dispuestos a evaluar funciones receptivas, neurológicas, sensoriales y cognitivas, y que arroja resultados de dimensión como de riesgo bajo, moderado o alto (Alcantud, Alonso y Rico, 2015). Pese a que esta escala es destinada a medir el desarrollo integral del niño, también incluye subescalas complementarias que miden habilidades complementarias, pero igual de importantes durante el proceso de desarrollo (Rodríguez et al., 2005).

Una vez que el paciente alcanza la edad de 3 a 4 años en adelante, lo que se evaluará durante el proceso será el cociente de inteligencia, donde las principales características son el estado de las funciones cognitivas y su correcto desempeño al momento de aprender y adaptarse, ya que esto es lo primero que se presencia en el paciente. Cabe mencionar que antes de ver lo que está funcionando de forma inadecuada o lenta, o cuál es el nombre de tal afectación; debemos

resaltar las características fuertes del menor, ya que esto ayudará a brindar y elaborar un proceso de psicorehabilitación al nivel de las capacidades del menor (Cánovas et al., 2010).

Uno de los reactivos más convenientes a aplicar es la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños WISC-IV, que consiste en una batería de pruebas para evaluar la capacidad intelectual del niño(a) desde los 6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses y cuya variante de la escala anterior, es la puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual del niño (Wechsler, 2005).

Como menciona Luque (2007-2011), citado en Luque, Elósegui, y Casquero (2014) el WISC IV es aceptado por psicólogos tanto clínicos como educativos, para evaluar a alumnos con sospecha de necesidades educativas especiales o algún tipo discapacidad detectada en los primeros años escolares, dando la confianza de ser un reactivo preciso para aplicar durante la intervención en pacientes con discapacidad intelectual, tomando en cuenta que no es de carácter estricto asumir las puntuaciones obtenidas en el proceso de evaluación como único auxiliar de diagnóstico.

Otro reactivo a tomar en cuenta del mismo Autor, es la Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolares y primaria IV (WPPSI IV), la cual ha ido evolucionando acorde a los avances científicos del tema, modificando ciertos baremos y adaptándolos a las exigencias y necesidades de la población, está diseñada para evaluar la inteligencia de los niños desde los 2 años 6 meses hasta los 7 años 7 meses. Esta escala brinda puntajes que equivalen al funcionamiento intelectual en distintas áreas cognitivas (como comprensión verbal, memoria de trabajo, etc.) y a su vez puntajes equivalentes a la funciones secundarias (como índice no verbal) (Wechsler, 2014).

El WPPSI IV, contiene una serie de pruebas, que evaluarán al niño en sus diferentes áreas: a) Comprensión Verbal: se miden características como el razonamiento verbal, la calidad del léxico, expresión verbal, conceptualización verbal; b) Pruebas de Visoespacial: se miden características como el razonamiento no verbal, el aprendizaje por ensayo- error, coordinación visomotora, entre otras; c) Razonamiento Fluido: miden la inteligencia fluida, razonamiento fluido y pensamiento perceptual; d) Memoria de Trabajo: mide la memoria de trabajo visual (principalmente en niños pequeños) y; e) Velocidad de Procesamiento: mide memoria a corto plazo, rastreo visual, velocidad perceptiva, entre otros (Wechsler, 2014).

Otro instrumento que se recomienda para evaluar al niño, es el test Developmental Profile 3 (Test de Perfil de Desarrollo 3), que contiene 5 escalas de evaluación: Motricidad, conducta

adaptativa, socioemocional, cognición y comunicación. Su forma de responder es sencilla, ya que consiste en opciones de si y no, y evalúan una amplia gama de habilidades que pueden determinar desde un retraso severo en el desarrollo, hasta capacidades superiores a las del rango de normalidad, en niños de entre los 7 y 9 años (Alpern, 2018).

Al momento de definir un diagnóstico como Discapacidad intelectual, se deben tomar en cuenta todas las capacidades del niño(a) y agotar todas las posibilidades de que se trate de otros diagnósticos, ya que, un gran porcentaje de los pacientes con discapacidad intelectual, tienen otras afectaciones ya sea de nivel cerebral o sensorial, y dificulta la diferenciación de las causas por las que tiene la discapacidad intelectual, y por el nivel en el que se le enmarcará dicha discapacidad. (Mulas y Rojas, 2018).

Para Pérez (2015), la necesidad de un diagnóstico diferencial, es notoria al momento de garantizar que el paciente una patología que exige atención inmediata, es por eso que se debe realizar una exhaustiva exploración de cada una de las funciones cognitivas vinculadas al retraso mental, para descartar trastornos de aprendizaje específicos, y validar nuestro diagnóstico con características de diferenciación.

La importancia de que un equipo multidisciplinario apoye durante la evaluación del paciente, recae en la posibilidad de analizar el caso exhaustivamente, ampliar el marco teórico de la temática, promover una discusión profesional para ajustar las estrategias de intervención que se aplicarán al niño(a) y también brindar un acompañamiento directo al entorno inmediato del paciente (cuidadores, maestros, familia) (Montes y Paños, 2015).

Entre las pruebas que realiza el equipo multidisciplinario, se encuentra la exploración física realizada por el pediatra, que consiste en un examen general completo, que incluye la exploración de rasgos dismórficos, características cutáneas, el desarrollo óseo, entre otros. Este especialista realiza esta clase de procedimientos en caso de que durante su evaluación rutinaria sospeche de anomalías físicas o exista alteraciones dentro de sus características faciales, cutáneas o de crecimiento. De la misma manera, el neurólogo realizará una exploración craneal, el examen del fondo de ojo y una valoración neurosensorial para descartar causantes directos de la discapacidad intelectual (Fernández y Calleja, 2002).

CONCLUSIONES

La actualización de conocimientos con respecto a los conceptos de Discapacidad Intelectual, son necesarios al momento de realizar un proceso diagnóstico, ya que los conceptos anteriores mencionan a dicha patología con diferente terminología (retraso mental), debido a que anteriormente se tomaba en cuenta el puntaje del coeficiente intelectual como condición principal, mientras que en la actualidad se toma en cuenta sus facultades adaptativas además de su capacidad intelectual.

Los reactivos que se han mencionado en el presente trabajo, son los que han presentado cambios y adaptaciones, teniendo versiones más actuales que el resto de reactivos existentes. Los resultados al aplicar estos reactivos, no sirven como único criterio para diagnosticar discapacidad intelectual, son parte de un proceso exhaustivo que el equipo profesional multidisciplinario debe realizar.

El proceso de diagnóstico que realice el profesional, no debe estar direccionado únicamente a renombrar con una patología los síntomas del paciente, al contrario de esto, deberá estar destinado a obtener un diagnóstico que le permita realizar una intervención acorde a las capacidades del paciente, con expectativas de progreso a corto, mediano y largo plazo, y a descartar la existencia de patologías que se asimilan a la discapacidad intelectual.

La realización de un proceso de diagnóstico preciso, implica descartar otras patologías que puede padecer el niño(a), y también complementar estos resultados con las pruebas que el equipo multidisciplinario (médico, psiquiatra, pedagogo,) realice durante el estudio del caso, ya que algunos de los reactivos también miden habilidades específicas que pueden no ser importantes para el evaluador, pero si marcar una diferencia al momento de que los otros profesionales procedan a evaluar.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcantud Marín, F., Alonso Esteban, Y., & Rico Bañón, D. (2015). Herramientas de cribado para la detección de retrasos o trastornos en el desarrollo: Una revisión sistemática de la literatura. *REVISTA ESPAÑOLA DE DISCAPACIDAD*, 3(2), 7–26.
<https://doi.org/10.5569/2340-5104.03.02.01>
- Alpern, G. D. (2018). DP-3. Perfil de Desarrollo.
- Andrés, C. (2015). *Estudio secuencial del test de Brunet-Lezine con el estado ácido base y tipo de acidosis en la etapa perinatal*. Retrieved from <http://comatronasalud.es/wp-content/uploads/2015/11/3-Test-de-Brunet-CP-Andrés-Núñez1.pdf>
- APA, American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- APA, American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM-5*.
- Berridi, R. (2016). Los niños y sus discapacidades : cómo las decimos , pensamos y sentimos. *Arch Argent Pediat*, 114(5), 464–467.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.464>
- Cánovas, R., Martínez, L., Sánchez-Joya, M. del M., & Roldán-Tapia, L. (2010). RETRASO MENTAL Y PSICOMOTOR EN LA PRIMERA INFANCIA : Revisión de la literatura y propuesta de un protocolo de valoración neuropsicológica . *Cuaderno de Neuropsicología*, 4 N°2, 162–185.
- CEDE, C. D. D. E. Y. O. (2014). *DSM-5 : Novedades y Criterios Diagnósticos*. (CEDE, Ed.).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). *Manual para la evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo* (Primera Ed). Mexico D.F.
- Costas Moragas, C. (2009). Evaluación del desarrollo en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 23, 18.
- Esquivel, F., Heredia, M. C., & Gomez, E. L. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. (Editorial El Manual Moderno, Ed.) (3era Edici). Mexico D.F.
- Fernández-Jaén, A., & Calleja-Pérez, B. (2002). Retraso mental desde la atención primaria. *Medicina Integral*, 39(4), 141–146. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-retraso-mental-desde-atencion-primaria-13028090>
- Luque, D. J., Elósegui, E., & Casquero, D. (2014). Análisis del WISC-IV en una muestra de alumnos con Capacidad Intelectual Límite WISC-IV analysis in a sample of students with Borderline Intellectual Functioning, 23(2), 14–27.
- Montes Lozano, M. J., & Paños Núñez, P. (2015). Intervención en la discapacidad intelectual y trastorno mental asociado en el adulto : de la intervención sistémica , el equipo interdisciplinar y la coherencia de las. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 35(125), 9–18.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100002>
- Mulas, F., & Rojas, M. (2018). TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL. SUPERPOSICIONES CON EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y EL

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.
ACTUALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA INFANTIL V, 78, 63–68.

- Navas, P., Verdugo, M. A., & Gómez, L. E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual Diagnosis and classification on intellectual. *Psychosocial Intervention*, 17, 143–152.
- Orcajo-castelán, R., & Sidonio-aguayo, B. (2015). Análisis comparativo de pruebas de tamiz para la detección de problemas en el desarrollo diseadas y validadas en México. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(6), 364–375.
<https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.11.004>
- Ortiz, P., Duelo, M., & Escribano, E. (2015). La entrevista en salud mental infanto-juvenil(III): La valoración psicopatológica y estructural del niño., (Rev.Pediatr.Aten. Primaria), 69–82.
- Peredo Vide, R. de los A. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Reflexiones En Psicología*, 101–122.
- Pérez Martinto, P. (2015). Dificultades en el aprendizaje y el retraso mental un acercamiento al diagnóstico diferencial. *UCV-HACER. Revista de Investigación y Cultura*, 4 N° 2, 128–134.
- Rodriguez, M., Calderón, L., Cabrera, L., Ibarra, N., Moya, P., & Faas, A. (2005). Análisis de Consistencia Interna de la Escala Bayley del Desarrollo Infantil para la Ciudad de Córdoba (Primer año de Vida) Rodríguez, M., Calderón, L., Cabrera, L., Ibarra, N., Moya, P. y Faas, A. E. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa*, 5, 55–69.
- Tirado, M., Milagro, M. E., Galve, J., Balagué, C., Zarazaga, G., & Gimeno, Cebrian, M. (2015). Retraso mental de causa genética. Estudio observacional en una zona de salud. *Revista de Pediatría y Atención Primaria*, 17, 309–315.
- American Psychiatry Asociation. (2014). *Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)* (5ta Edición ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Donsen, A., Gardner, W., Griffiths, D. M., King, R., & Lapointe, A. (2010). *Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta*. Madrid: ZINK soluciones creativas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS; Unicef. (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate*. Malta: Inís Communication.
- Wechsler, D. (2005). *Manual técnico y de intepretacion de la Escala de Inteligenica de Wechsler WISC IV*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2014). *Manual técnico y de interpretgación del la Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria WPPSI-IV*. Madrid: Pearson Educación S.A.