

¿Hándicap mental, intelectual o cognitivo?

Hacia una terminología y una evaluación funcional en sintonía con las ciencias cognitivas

Juan Perera y Jean A. Rondal

J. PERERA: Centro Príncipe de Asturias. Universidad de las Islas Baleares.

Correo-e: asnimo@asnimo.com

EN RESUMEN | Las publicaciones recientes de la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities y de la American Psychiatric Association siguen empleando una nomenclatura obsoleta cuando se refieren a las personas que poseen un hándicap cognitivo. Las etiquetas lexicales y las nociones que bajo ellas subyacen llevan a una concepción psicométrica desfasada del funcionamiento cognitivo. La interpretación evaluativa da prioridad a las estadísticas de grupo en lugar de procurar caracterizar los individuos en su diversidad con sus relativas fortalezas y debilidades. En este artículo, proponemos y justificamos un enfoque alternativo más en sintonía con la ciencia cognitiva contemporánea.

ABSTRACT | The recent publications of the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities and of the American Psychiatric Association persist in proposing obsolete lexical labelling regarding the persons with a cognitive handicap. These labels and the underlying notions mainly relate to an outdated conception of cognitive functioning. Furthermore, they attribute unjustified priority to group comparisons over personalized characterizations that would recognize the individual subject in all its diversity with its particular strengths and weaknesses. We herein propose an alternative approach more in line with contemporary cognitive science.

BREVE HISTORIAL TERMINOLÓGICO

Nosología

El que los clínicos del sector y el público puedan disponer de una terminología adecuada en el campo de los trastornos del desarrollo y del funcionamiento “mental”, es desde hace mucho tiempo objeto de las preocupaciones de los clínicos y de los científicos. Se podría considerar, de entrada, que se trata una preocupación secundaria. A fin de cuentas, los cambios de etiquetas lingüísticas para describir las realidades no cambian su naturaleza.

Pero de hecho, como mínimo en el contexto social e incluso en el profesional, la terminología tiene su peso y, a menudo, más de lo que se cree. Podría resultar discriminatoria e incluso injuriosa con el paso del tiempo y con la evolución del vocabulario que se produce en una comunidad lingüística concreta.

La terminología influye en el modo en que los clínicos y los profesionales del sector consideran a las personas que les consultan y con las que tienen que tratar en el ámbito de su profesión, los

profesores en el ámbito de sus enseñanzas y los educadores especializados en el contexto de la atención. Este efecto, en ciencias de la educación, se conoce con el nombre de efecto Pigmalión (o también efecto Rosenthal). Se trata de una especie de profecía que se cumple. En efecto, la hipótesis (positiva o negativa) que realice un educador sobre las capacidades de un alumno puede definir la influencia (positiva o negativa) que llega a tener sobre los comportamientos de ese alumno. Se puede generalizar el efecto Pigmalión en el contexto del hándicap y de su rehabilitación, lo que significa que el lenguaje empleado para designar, caracterizar y definir un grupo de personas puede incidir notablemente en el modo en que los especialistas del sector se comportan con las personas discapacitadas con las que tienen que tratar.

Pero en el caso de las personas discapacitadas también se puede definir un efecto Pigmalión “inverso”. Todo ser humano se ve a sí mismo, como mínimo en parte, a través de la mirada y del modo como los demás le consideran. Al traer esta idea al ámbito del hándicap, se puede sospechar un Pigmalión inverso con consecuencias negativas: las personas consideradas discapacitadas con palabras que designan o tienen connotaciones negativas, son objeto de ataques negativos por parte de otras personas (familia, educadores, docentes, profesionales de la salud mental, etc.). A partir de entonces, pueden tender a definirse ellos mismos negativamente, a funcionar por debajo de sus capacidades residuales y, por consiguiente, en cierto modo, confirmar ellos mismos las predicciones negativas que emanan de las personas de su entorno y de la comunidad.

Todo esto nos lleva a afirmar que las etiquetas de categorías que se emplean para designar a las personas que poseen un hándicap tienen bastante importancia, y que no es una futilidad reflexionar e intentar reducir los impactos finales negativos que pueden hacer que, potencialmente, se produzca un aumento del hándicap de las personas implicadas.

Sin embargo, por mucho que se tenga la mejor voluntad del mundo, hay dos cosas sobre las que no se puede hacer mucho más que procurar el menor de los males.

Se trata, en primer lugar, de que es evidente que para hablar del hándicap hay que emplear términos que se refieran al hándicap de un modo claro. No se concibe, si se pretende ser riguroso, el refugiarse en eufemismos permanentes que, profesionalmente y científicamente, supondrían una negación de la realidad que perjudicaría interminablemente a las personas discapacitadas, las cuales podrían ver cómo se les rechazaría el apoyo, incluso financiero, al cual tienen derecho en nuestras sociedades. Un rechazo que vendría del poder político o de una administración mal gestionada.

En segundo lugar, no se puede evitar el desgaste de las palabras y su connotación por causa del uso que realiza una comunidad lingüística. La historia de la psiquiatría brinda múltiples ejemplos de este fenómeno; por ello es necesario adaptar los vocablos de categorización después de algunas décadas ya que se cargarían (en el público pero también en otros contextos, como en el caso del complejo de Pigmalión) de significados adicionales discriminatorios, incluso injuriosos, que no se habían previsto al principio.

En el ámbito de las discapacidades mentales, el primer especialista que se refirió por escrito sobre la necesidad de distinguir netamente entre retraso mental y demencia (alienación), fue el médico de hospital francés Esquirol (Allilaire, 2001). El filósofo John Locke, en 1689, en su “*Essay concerning human understanding*” (Parmentier, 1999) ya había propuesto una distinción entre enfermedad mental (idiotez, según sus términos) con la que se refería a que los enfermos mentales razonan, pero mal, y los idiotas que no razonan en absoluto.

Antes de Esquirol, los niños afectados por un hándicap mental se clasificaban ordenados dentro de una categoría muy poco precisa en la que se incluían principalmente las demencias, los efectos del alcoholismo crónico, la tuberculosis endémica y la sífilis. Pocos adultos discapacitados estaban en este grupo ya que su esperanza de vida en esa época era muy baja. Hablamos de los primeros años del siglo XX. Antes de Esquirol, Pinel (1809) había establecido la idea de que los trastornos mentales eran enfermedades iguales a las enfermedades físicas.

Se tuvieron que forjar nuevas etiquetas para designar las nuevas categorías nosológicas. Se hablaba de estupidez (*stupiditas*, Pinel) para designar todos los hándicaps mentales. Posteriormente surgieron en los informes médicos indicaciones (cualitativas) del grado de gravedad del hándicap.



La *idiotéz* era el nivel de funcionamiento más bajo (del griego *idiotès*, simple, especial, ignorante, cerrado en si mismo por privación de la palabra). La *imbecilidad* (del latín *imbecillus*, retrasado, enfermizo, pero no necesariamente privado de palabra) servía para designar un nivel menos grave de hándicap mental con una palabra protectora en parte como mínimo (Esquirol, 1838). Y la *debilidad mental* (Seguin, 1846) que hacía referencia a hándicap más leve. Estas expresiones que en principio tenían una pertinencia nosológica, gradualmente adquirieron una connotación negativa y fue necesario modificarlas en la segunda mitad del siglo XX.

Psicometría

A principios del siglo XX surgen los primeros intentos sistemáticos de medición de la capacidad intelectual. Éstos lanzarán el movimiento psicométrico, muy activo incluso aún hoy en día. Binet y Simon (1908, 1911) perfeccionan las primeras Escalas Métricas de Inteligencia. El coeficiente intelectual (CI) aparece poco después. Las mediciones efectuadas se realizan en términos de edad mental (obtenidas directamente a partir de las respuestas de los puntos del test). La relación con la edad cronológica, ofrece el CI: $EM/EC=CI$, cuya distribución sugiere una media de la población con un desvío estándar de (diferencia tipo) de 15 puntos. En la actualidad, sigue estando una doble indicación en las mediciones psicométricas estandarizadas de la inteligencia.

Uno de los problemas técnicos que poseen las escalas de tipos Binet-Simon (Terman-Standard, Terman-Merrill, etc., en Estados Unidos) reside en el hecho de que los grados anuales no se pueden mantener a todas las edades. El desarrollo cognitivo típico de los niños es muy rápido en las edades tempranas. A partir de los 12 años, o menos, la gradación anual deja de ser suficientemente discriminatoria. A partir de los 16 o 17 años, se llega al tope. Las técnicas psicométricas elaboradas posteriormente han abandonado la referencia exclusiva del desarrollo para dividir los sujetos testados según escalas por puntos. Se procede a una clasificación de gradación por franja de edad sucesiva. Ello permite determinar una tendencia central (media aritmética, mediana, o modo) por cada franja de edad. Sobre esta base, se puede comparar la puntuación obtenida en las pruebas de una persona con la del grupo de su edad cronológica y situarla en una distribución estadística correspondiente. Esta técnica desarrollada por el americano Wechsler (Wechsler Intelligence Scale for Children, 1949, para la adaptación francesa) se ha impuesto y diversificado ampliamente hoy en día. Más adelante abordaremos los problemas y límites relativos a esta modalidad de evaluación del nivel cognitivo de las personas.

La aplicación de la medida psicométrica de las personas que tienen un hándicap mental se realizó rápidamente en la primera mitad del siglo XX. Binet y Simon ya la proponía en términos de edad mental en un artículo de 1905. Emerge entonces una clasificación en niveles que se ha mantenido

prácticamente hasta hoy, con algunas fluctuaciones en la especificación numérica de los mismos niveles.

Se han reconocido cuatro niveles cuyos puntos de referencia psicométricos han fluctuado ligeramente a lo largo del tiempo. La clasificación siguiente es la de la American Association on Mental Deficiency (manual 1983).

- CI entre 50-55 y hasta 70 : deficiencia (retraso) mental leve
- CI entre 35-40 y 50-55 : deficiencia (retraso) mental moderada
- CI entre 20-25 y 35-40 : deficiencia (retraso) mental severa
- CI por debajo de 20-25 : deficiencia (retraso) mental profunda

Hace tiempo se realizó una correspondencia entre las categorías anteriores y entre una especie de pronóstico educativo altamente discutible: personas no educables (CI por debajo de 25), educables (CI 20-54) y con posibilidad de instrucción (CI 55-70).

Las indicaciones psicométricas cuantitativas no han dejado de causar problemas aunque, incluso hoy en día, se sigan utilizando a menudo en la práctica clínica y educativa. Tanto la *American Association on Mental Retardation* (como se llamaba en aquel entonces, posteriormente denominada *American Association on Mental Deficiency*, ver más adelante) en la versión de su manual de definición y clasificación de 1992, como la *American Psychiatric Association* (APA), en su manual de diagnóstico y de estadística de (1994), dan como límite superior del hándicap mental un CI situado entre 70 y 75 puntos (el margen de error sistemático sobre las pruebas de CI de tipo Wechsler es de entorno a un 5%, necesariamente asociado a importantes dificultades adaptativas). Están repletas de dificultades adaptativas cuando se evalúa por separado el CI. No se puede hablar de retraso mental más que en los casos donde existen simultáneamente un retraso mental (intelectual) y dificultades adaptativas graves.

En las versiones sucesivas del manual de la *American Association on Mental Retardation* (AAMR) a partir de 1973, el criterio psicométrico se formula como “un retraso intelectual general (*significantly subaverage general intellectual functioning*) situándose a dos desvíos estándar o más a partir de la media de la población”. Esta última, al ser de 100 y la desviación estándar en los principales tests de inteligencia al ser de más o menos 15 puntos según el test, se llega a un límite superior del hándicap mental en torno a 70-75 puntos de CI. Por lo tanto, se trata entonces de funcionamiento intelectual general.

Aparte del criterio psicométrico y adaptativo, los manuales de la AAMR igual que los de la APA estipulan que la condición de retraso mental debe aparecer entre el nacimiento y los 18 años. Se debe tratar entonces de un problema de desarrollo. Si el hándicap mental aparece después de esta edad (arbitrariamente definido como el fin del desarrollo mental humano), no se puede considerar que se trate de un retraso mental. Los mismos tres criterios definitorios del retraso mental se encuentran en la clasificación internacional de los trastornos mentales y comportamentales publicada por la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization*, 1992).

Respecto al comportamiento adaptativo, se han perfeccionado los instrumentos para tal efecto (que buscan mejorar, por ejemplo, la autonomía personal, la responsabilidad social del lenguaje de comunicación habitual) empezando por la Escala de Madurez Social de Doll (1953). Varias herramientas de medición del comportamiento adaptativo, más exactas, se han elaborado posteriormente (por ejemplo, Bruyninks et al., 1996 ; Lambert et al., 1993). Como en el trabajo fundamental de Doll, todas se basan en la idea de que el comportamiento adaptativo se evalúa midiendo el rendimiento de las personas en la vida cotidiana en oposición con la medida de las capacidades como tales. Pero en este caso también, la tendencia psicométrica se lleva la mejor parte ya que las escalas de comportamiento adaptativo también se cuantifican. Se distinguen varios niveles definidos en términos de desvío de los estándares en relación a las normas de edad cronológica.

La versión de 1992 de la AAMR también incluía una recomendación particular, en relación con el problema mencionado anteriormente, es decir, la de evitar situar a los individuos con hándicap mental según criterios puramente cuantitativos, y hacer hincapié en la continuidad entre niveles más que en las discontinuidades psicométricas, en su mayor parte artificiales. Sin embargo, el medio (sobre todo clínico) y las administraciones (aspectos legales especialmente) continuaron y

continúan aún utilizando los niveles y las referencias numéricas, sin lugar a dudas por su simplicidad técnica (evidentemente engañosa) y su utilidad clasificatoria (incluso burda). Polloway et al. (1999), al analizar los artículos publicados entre 1993 y 1997 por las tres revistas americanas denominadas en aquel entonces *American Journal of Mental Retardation*, *Mental Retardation y Education and Training in Mental Retardation*, observa que el 98,5% de los textos utilizaba los niveles de descripción siguientes: retraso ligero, moderado, severo y profundo. En este mismo sentido, Denning et al. (2000) demostraron que 44 Estados estadounidenses junto con el Distrito Federal de Columbia (Washington DC) no incluyen en sus estatutos los textos oficiales de la recomendación realizada por la AAMR en 1992.

Como mínimo desde el manual de 1973, la asociación americana no ha parado de advertir a los usuarios en contra del uso indebido o abusivo de criterios de diagnóstico y clasificación, de los errores de medición de los tests de inteligencia y de la diversidad lingüística. Se reconoce que las medidas del comportamiento adaptativo son imprecisas. Se recomienda utilizar con prudencia los “puntos de corte numéricos”, es decir las indicaciones numéricas relativas al nivel preliminar del hándicap y de las posibles indicaciones relacionadas con los distintos niveles de hándicap (manual 1983 de la AAMD). Se insta a los profesionales a ejercer su propio juicio a la hora de tener en cuenta las características ambientales y comunitarias de las personas evaluadas (manual 2010 de la AAIDD). Sin embargo, no existe ninguna métrica que pueda garantizar que estas recomendaciones, realizadas de buena fe, tengan un seguimiento auténtico en la práctica diaria.

SITUACIÓN ACTUAL

La AAMR a partir de ahora se llama *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). Publica dos revistas principales, rebautizadas como el *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities* (que reemplaza al *American Journal on Mental Retardation*) y la *Intellectual Disabilities* (en lugar de *Mental Retardation*). De acuerdo con estos criterios, el último manual de definición y clasificación de la actual AAIDD se ha titulado *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of support* (2010).

La *American Psychiatric Association* publicó su último manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales en 2013. No realiza ninguna modificación destacable en la definición del hándicap mental (intelectual).

El último manual de la AAIDD no modifica ninguno de los tres criterios definitorios de la “discapacidad” intelectual. Siempre se trata de un trastorno del desarrollo que se identifica antes de los 18 años, con un CI inferior a 70-75 puntos y con un funcionamiento adaptativo claramente limitado. Se deben tener en cuenta algunas consideraciones importantes en el ejercicio de los profesionales, tales como la necesidad de contemplar el entorno habitual y la cultura de los individuos evaluados en relación con su grupo de iguales, la diversidad lingüística, las posibles diferencias en el modo como las personas se comunican y comportan generalmente en las distintas culturas, etnias, etc. Se especifica que solamente es posible establecer un diagnóstico válido si se realiza una evaluación “many-sided” (es decir que considere varias dimensiones e informaciones). Se trata de una recomendación loable pero está poco formalizada en la literatura y sigue siendo bastante general.

SALVEDADES Y CONTROVERSIAS

Es pertinente, en materia del enfoque terminológico, plantear varias cuestiones respecto a las últimas propuestas de la AAIDD. La terminología empleada y las nociones que se subentienden merecen un análisis.

El vocablo “discapacidad” supone incluir el prefijo “dis” que remite a una falta, un poco como sucede con el término deficiencia (deficiency) que figuraba en las publicaciones anteriores de la misma asociación. La denotación y la connotación son negativas, hasta tal punto que varias aso-

ciaciones de personas con hándicap mental, especialmente de lengua anglosajona, han reivindicado en los últimos años el empleo del vocablo menos estigmatizador “less able people” (“personas menos hábiles”) para hacer referencia a ellas.

Se puede apreciar que la asociación americana emplea en el título el término *disabilities* mientras que el manual de 2010 de la misma asociación emplea en la portada *disability*. Se trata de un doble estándar léxico como mínimo curioso. Es decir las “discapacidades” son plurales, algo que parece ser cierto, o se presentan como proveedoras de una única categoría, lo que como mínimo es reductor y como máximo puede hacer pensar en una voluntad de borrar la diversidad en beneficio de una especie de unificación de nociones. Dicha orientación va claramente a contracorriente de las observaciones acumuladas durante estas últimas décadas respecto a la variabilidad interindividual e intersindrómica de este ámbito (ver más adelante).

Otra curiosidad (contradicción) del título de la AAIDD (pero que no figura en el título del manual del 2010 de la misma asociación) concierne al empleo de la conjunción coordinativa *and* entre los términos *intellectual*, por un lado, y *developmental* por otro. Una conjunción coordinativa, por definición, establece una relación sintáctica entre dos sintagmas del mismo rango jerárquico. Por consiguiente, el manual del 2010 de la AAIDD, así como los anteriores, hace que el criterio desarrollo sea una de las tres condiciones sine qua non de la definición de la “discapacidad” intelectual. Estamos, por lo tanto, ante una contradicción incluso en la denominación de la asociación. No puede haber una categoría de “discapacidad” intelectual y otra de “discapacidad” en el desarrollo, si la segunda es una condición del criterio de la primera.

Además, se puede pensar que es inconveniente limitar solo la “discapacidad” intelectual al hecho de que sea un trastorno puramente del desarrollo y que deje de ser pertinente después de los 18 años. Nada justifica este límite cronológico por si mismo.

¿Qué sucede entonces con el hándicap intelectual en adultos y personas mayores? Se puede admitir que los síndromes degenerativos con impacto cognitivo (sobre todo en el caso del Alzheimer, Parkinson y síndrome de Pick) poseen una característica especial porque se trata de una involución. En tal caso sería necesario excluir del campo de la “discapacidad” intelectual, el síndrome de Rett, que es un síndrome genético (mutación del gen MECP2 en lugar del Xq28 etiológico) que aparece en los niños hacia finales del primer año de vida pero que también es un síndrome degenerativo que muestra, precisamente, su mayor severidad en los años siguientes sin demasiada remisión, como mínimo según parece por los conocimientos que se tienen y las técnicas de rehabilitación actuales.

En realidad no hay ningún motivo riguroso para excluir del ámbito de la “discapacidad” intelectual las manifestaciones de estos trastornos en las personas mayores de 18 años. Las personas de 19 o más años tienen tanta necesidad de atención, de cuidados y de rehabilitación o, incluso, de compensación que las personas más jóvenes. La categoría “desarrollista” debe ser, y es en realidad, una subcategoría (la más importante, sin duda, bajo muchos puntos de vista) de la de “discapacidad” intelectual.

Respecto al término intelectual, actualmente. Etimológicamente “intelecto, intelectual” viene del latín *intelligere*. Este término en latín posee un sentido muy general. Significa “percibir por los sentidos, reconocer, darse cuenta, concebir, comprender, discernir y pensar.” En francés, *intellect* (de allí *intelligence*) remite a la facultad de comprender, de captar conceptos, de conocer, pero también de adaptarse a una situación.

Un reproche que se puede hacer, sin lugar a dudas, del empleo técnico que se hace de este término es que es demasiado general. Pero el problema principal se sitúa en el vínculo histórico y contemporáneo del coeficiente del mismo sustantivo. Este coeficiente y las pruebas psicométricas que brinda pretenden medir la inteligencia. Pero científicamente y estrictamente hablando la inteligencia no existe. Una entidad única, algo de lo que se puede tener mucho o poco. Es una ficción psicométrica, un caso típico de validación posterior de una medida (el CI) en busca de un objetivo genérico.

La psicología cognitiva de los últimos cincuenta años muestra la existencia de una cantidad importante de funciones y subfunciones cognitivas: como mínimo, las distintas modalidades de me-

moria en sus registros a corto y a largo plazo, explícita o implícita, procesual o declarativa, auditivo-vocal o visual-espacial, una cognición cuantitativa (teoría y práctica de los números, álgebra, geometría y trigonometría), las modalidades de percepción, las del razonamiento, una aptitud numérica, lógico matemática, la integración espacial, los componentes principales del lenguaje (articulación y coarticulación de los sonidos, registros léxicos, semántica relacional, organización morfosintáctica, componente pragmática, gestión discursiva, expresión escrita), una aptitud musical también diversificada y una o varias capacidad(es) imaginativa(s). Se puede querer añadir, con Gardner (1983) una “inteligencia” somato-quinestésica y una “inteligencia” interpersonal o social.

Estas funciones cognitivas son ampliamente independientes las unas de las otras como muestran las disociaciones (incluyendo los dobles triples, etc., disociaciones documentadas en neurología y neuropsicología clínica). Se podría argumentar que a veces éstas hacen intervenir los mismos procesos neuropsicológicos o procesos similares, es decir, comparables. Ésta es la cuestión que siempre se discute sobre la especificidad relativa de los procesos implicados en las funciones cognitivas que intervienen en acciones, tales como la fonología y la morfosintaxis del lenguaje, la música y el álgebra, o incluso los pasos pronunciados que se realizan en un campo de fútbol europeo (*soccer*) y de fútbol americano (*quarterback* y *receivers*). Una dimensión lineal para la que el cerebro humano está particularmente bien equipado gracias a su hemisferio izquierdo (Gazzaniga, 2008). Comparativamente todo lo que tiene que ver con la cognición espacial depende, en su mayor parte, de los procesos perfectamente ejecutados en el hemisferio derecho en la mayoría de los seres humanos.

Sin embargo estos procesos, aunque implicados en varias funciones cognitivas, no tienen por qué resultar en una especie de *primum movens neurocognitivo* asimilable a una inteligencia general o algo de esta índole. Son características funcionales de la organización cerebral humana que emergen a partir de la genética especial.

Un contraargumento respecto a la discusión anterior podría, tal vez, articularse en torno a los análisis factoriales de la “inteligencia” tal y como se practicaban hace algunas décadas. El objetivo de esta técnica era la de liberar el medio de técnicas matemáticas, los “factores” fundamentales de la inteligencia. Los análisis factoriales se efectúan a partir de matrices de coeficientes de correlación establecidos a partir de *scores* individuales obtenidos mediante una variedad de tests psicométricos que poseen distintos contenidos. Los *scores* individuales se correlacionan los unos con los otros. Un coeficiente de correlación es una estimación de la asociación estadística que existe entre dos o múltiples variables. A partir de esta estimación, se infiere un factor, es decir, una variable complementaria que muestra, en principio matemáticamente, las correlaciones observadas entre las variables del primer nivel. Los análisis factoriales, cuando se aplican al estudio psicométrico de la inteligencia, han puesto en evidencia una serie de factores reconocidos según una terminología psicológica. En el trabajo de Thurstone y Thurstone (1963), se identifican ocho aptitudes mentales primarias (factores de primer rango). Se trata de los factores numéricos, verbales, espaciales, razonamiento, fluidez verbal (estructuración de las formas verbales), memoria, rapidez perceptiva y coordinación motriz (ojos y manos).

La principal salvedad de este tipo de técnicas reside en la identificación de la función o subfunción cognitiva que supuestamente corresponde a la entidad matemática que se produce por el análisis factorial. Ningún algoritmo garantiza la validez de esta interpretación que sigue siendo de buena fe y se realizaba corrientemente en realidad a partir de los contenidos de los mismos tests que servían de base de datos para los analistas factoriales. De hecho se obtenía al final lo que se había introducido al principio. Esta tautología operativa ha llevado al abandono de esta orientación cuya motivación de partida era además pertinente. Más allá de estos trabajos clave de Thurstone y Thurstone, se vuelve a un número limitado de factores: inteligencia fluida y cristalizada de Cattell (1971), factor G de Jensen (2002), etc.). Algo que equivale a reproducir pura y simplemente el CI disfrazándolo con otro nombre.

Sin embargo, la idea de partida y el seguimiento activo de Thurstone y Thurstone empleaba varios aislados para calcular la edad mental o el CI. Es interesante destacar que se trataba más bien

de usar una batería de tests diversificados y de sacar una serie de indicaciones respecto a los mismos sujetos.

Volviendo a los tests de inteligencia, una pregunta decisiva podría ser ¿Qué miden realmente? En otras palabras ¿qué representa el CI en términos de funciones cognitivas?

El test de inteligencia más empleado con diferencia en el planeta es el de las escalas de Wechsler (versiones para niños y para adultos). El WISC III, revisión de 1996, incluye seis subtests verbales (5 se aplican obligatoriamente) y siete subtests no verbales (5 obligatorios). Para los verbales se trata de pruebas que implican el vocabulario (definiciones de palabras) la información general, la comprensión de las frases, la aritmética, la detección de las similitudes presentadas verbalmente y la memoria de las cifras. Para los no verbales, se trata de pruebas que incluyen el código (transponer un código gráfico), los cubos (estructuración espacial) el montaje de objetos, el complemento de imágenes, la organización secuencial de imágenes, los símbolos y el laberinto.

Se obtiene al final de los tests una nota denominada bruta para cada subtest (cada uno incluye 20 ítems). Las notas brutas se convierten en notas denominadas estándar mediante las tablas de conversión del manual del test (divididas en edades cronológicas de los sujetos). La nota verbal global corresponde a la suma de las notas estándar de los 5 subtests verbales obligatorios. El CI verbal, el no verbal, el CI global se obtiene por la conversión de las notas verbales, no verbales y totales respectivamente, según las tablas ofrecidas en el manual del test.

Estamos poniendo el dedo aquí, por así expresarlo, en una de las principales llagas de esta corriente psicométrica, es decir la que hace referencia a la globalización de las notas obtenidas en los subtests de los índices generales tipo CI verbal, CI no verbal y CI global. La globalización de los scores determina una pérdida enorme de información, algo en si mismo ya perjudicial cuando se busca delimitar el perfil cognitivo de un individuo con desarrollo normal, y aún más en los hándi-



caps y las patologías que se dan frecuentemente en los perfiles atípicos de fortalezas y debilidades cognitivas relativas, algo que los clínicos y educadores anhelan conocer en sus actividades de rehabilitación.

Además, y no se trata de la salvedad más pequeña, hay una gran cantidad de posibilidades para obtener el mismo score global a partir de rendimientos distintos: el éxito o el fracaso de tal o tal ítem, de tal o tal subtest, puede compensarse por el fracaso o el éxito, respectivamente de un ítem u otro, o de un subtest u otro. Uno se podría divertir calculando la cantidad de permutaciones no repetitivas si partimos de varias centenas de ítems. Sin lugar a dudas la cantidad que resultará será muy elevada. Simplemente si consideramos este punto de vista de los 5 subtests en cada escala (verbal y no verbal) se llega a una estimación de en torno 120 posibilidades substitutivas. ¡Es decir 5! o factorial 5. Ello tampoco permite guiar de un modo eficaz el trabajo de rehabilitación.

En este sentido, ciertamente se podrá observar, como es de justicia, que el clínico perspicaz siempre pueda olvidar las indicaciones globalizadoras y ceñirse a las indicaciones individuales obtenidas en los distintos subtests. Ello es evidente. Entonces ¿por qué mantener la globalización de los scores en las reediciones siguientes del test con la desventaja del empleo inapropiado que puede resultar incluyendo incluso aspectos administrativos y legales?

Esta limitación se agrava por el hecho de que la metodología de los tests de desarrollo acaba por privilegiar, por razones de facilidad técnica, la elección de contenidos y procesos cognitivos cuya evolución vinculada al aumento de la edad cronológica es relativamente rápida, para obtener pruebas lo más sensibles posible. Una estrategia de este tipo se puede comprender desde el punto de vista técnico, pero contribuye a oscurecer el cuadro del desarrollo general.

Las pruebas de CI, y asimilados, testean indiscutiblemente un cierto número de funciones cognitivas. El problema es el de la validez de estas medidas: validez de constructo, como se indica anteriormente y validez empírica. Por un lado las pruebas específicas están muy poco diversificadas respecto a lo que se puede considerar como abanico de funciones y subfunciones cognitivas. Por otro lado, siguen siendo demasiado superficiales respecto a los conocimientos actuales en neuropsicología sobre estas mismas funciones y subfunciones. Hay un gran interés en refundar este enfoque psicométrico a partir de una mejor toma de datos más actualizada con las funciones cognitivas. Volveremos a abordar esta cuestión más adelante en este artículo.

UNA NOMENCLATURA Y UNA METODOLOGÍA EVALUATIVA ALTERNATIVA

Las denominaciones tradicionales trastorno (*disorder*, en inglés), deficiencia y retraso, ya han sido rechazadas por las personas interesadas y las asociaciones, consecuentemente, las han modificado. La asociación americana, actualmente conocida con el nombre de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, se creó en 1876 (su primer presidente fue el francés Edouard Seguin, que emigró a Estados Unidos). Esta asociación se llamó durante mucho tiempo *American Association for the Study of the Feeble-minded* (débiles mentales). El primer manual de clasificación y terminología se publicó en 1921. Las ediciones y revisiones siguientes aparecen en 1933, 1941, 1957, 1959, 1973, 1977, 1983, 1992, 2002 y 2010. La Asociación Americana emplea el término *mental deficiency* (así se denominaba) hasta la revisión de 1959. Posteriormente se prefirió el término *mental retardation*, aunque se siguió denominando *American Association on Mental Deficiency* hasta la revisión de 1992, en la que se convierte en *American Association on Mental Retardation*.

Tal y como se ha argumentado anteriormente en el artículo, la denominación “discapacidad intelectual” (*intellectual disability*) tampoco es satisfactoria. Según nuestro entender sería preferible hablar de *hándicap*, para el sustantivo de cognitivo, para este epíteto. Los motivos son los siguientes:

Un *hándicap* se puede compensar, es decir superar. La noción existe fuera del ámbito “intelectual”. Corrientemente se habla de *hándicap* físico sin que ello suponga una estigmatización social ultrajante de las personas que lo sufren. Un *hándicap* no excluye un cierto nivel de habilidad. Puede aparecer en el desarrollo de la persona o manifestarse posteriormente. Su origen puede

producirse por varias causas: genéticas, no genéticas (fisiológicas, metabólicas, etc.). Pero la terminología no se pronuncia sobre las causas y las consecuencias, ni emite juicios sobre la evolución del desarrollo o de la vida.

Respecto al epíteto, el término *cognitivo* es más apropiado que el de intelectual, por las razones mencionadas anteriormente para así poder justificar este vocablo. Se podrá notar, además, que el término intelecto (como el término entendimiento) al que nos remite la inteligencia, se encuentra en desuso en filosofía y en lógica desde hace tiempo (Lalande, 1968). Por cognición, hay que comprender las funciones superiores que tratan la información y que al ejecutarse permiten la conceptualización y el conocimiento organizado (del latín *cognitio*, “conocimiento, noción, idea”). Una terminología de este tipo ayudaría sin duda a poder establecer una mejor relación entre las ciencias del hándicap y de la rehabilitación con las ciencias cognitivas contemporáneas las cuales han experimentado grandes progresos en las últimas décadas.

Evidentemente se dan distintas formas de hándicap. Se podría considerar una especie de tripartito: el hándicap cognitivo conceptual (que retoma la idea de hándicap “intelectual”, pero evita el carácter del término “intelectual” por ser demasiado general y por la histórica pleitesía que rinde a la medición del CI), el hándicap cognitivo socio-perceptual (de origen socio-perceptivo; recoge la idea del espectro de los síndromes del autismo incluyendo el síndrome de Asperger) y el hándicap cognitivo sensorial-motor (de origen senso-motriz; enfermedad motriz cerebral, sordera profunda, etc.). Lo que se explica a continuación se refiere únicamente al hándicap cognitivo conceptual. Dejamos a los especialistas de los otros ámbitos el cuidado, si así lo desean, para que definan los pormenores de los otros dos ámbitos del hándicap cognitivo.

No pensamos, contrariamente a las sugerencias del AAIDD, que sea pertinente, ni desde el punto de vista psicológico ni social, limitar la noción de hándicap cognitivo a las categorías del desarrollo. Más tarde o más temprano en sus vidas, las personas que sufren patologías particulares que determinan un grado u otro del hándicap cognitivo deben poder ser reconocidas como tales y deben ser objeto de investigaciones y evaluaciones adecuadas además de poder beneficiarse de servicios de rehabilitación especializados en personas que presenten un hándicap del desarrollo. A falta de ello, nuestra sociedad y nuestras asociaciones se verán negadas de una asistencia real.

El epíteto cognitivo para designar mejor el hándicap “intelectual” se puede justificar también por el hecho evidente de que los problemas centrales de las personas afectadas por este tipo de hándicap pertenecen esencialmente a la esfera de la cognición. Las personas en cuestión no presentan habitualmente una dificultad fundamental que afecte a los aspectos de la motivación de su desarrollo y de su existencia. La mayoría de ellos están extremadamente motivados para aprender, ser útiles, poseer y practicar un oficio, ser reconocidos como ciudadanos y compañeros como todo el mundo en nuestra sociedad, tener una familia y llevar una vida afectiva y sexual satisfactoria. Si no lo logran o si sólo lo consiguen parcialmente (algo que suele suceder) no es, ciertamente, por su responsabilidad si no más bien por la responsabilidad de nuestras sociedades generalmente demasiado cerradas y poco acogedoras. Sus fracasos pueden producir falta de motivación como en cualquier ser humano, pero incluso en estos casos, no se trata de síntomas primarios vinculados a la condición de hándicap cognitivo. Se puede tener exactamente el mismo discurso para lo que se podría denominar la personalidad de estas personas. Del mismo modo que la mayoría de personas en nuestra sociedad tienen personalidad para poder apañárselas dentro de los límites de la normalidad. En este caso las dificultades y los efectos relativos más frecuentes, aún en el caso de los hándicaps cognitivos, también pueden contribuir a crear dificultades de orden psiquiátrico. Pero se trata también de síntomas secundarios no vinculados a la condición de hándicap cognitivo en sí mismo.

Varios síndromes (sobre todo de origen genético) del hándicap cognitivo se ven acompañados por manifestaciones patológicas, también secundarias (sensibilidad particular hacia algunas infecciones, tumores, problemas cardiovasculares, manifestaciones concretas del envejecimiento orgánico prematuro, prevalencia superior de enfermedad degenerativa con aumento en edad, etc.). Aunque estas manifestaciones patológicas puedan llegar a tener un carácter grave, no son parte intrínseca de la condición, sea ésta cual sea. Son los síntomas adicionales, a veces muy graves, los



que pueden poner en riesgo las funciones vitales (por ejemplo, las cardiopatías congénitas en varios síndromes genéticos del hándicap cognitivo). Pero estos siempre son síntomas adicionales y etiológicamente secundarios. La prueba de ello se dan en todos los individuos que poseen un síndrome determinado y que la variación entre individuos en este sentido es considerable.

Queda claro que la sintomatología mayor y definitoria del hándicap (cognitivo) repercute en el desarrollo y el funcionamiento cognitivo. Presentado de este modo el argumento parece casi tautológico.

Más allá de la terminología, y por lo tanto de las palabras, es imperativo realizar una evaluación del hándicap cognitivo conceptual y distanciarse de los enfoques psicométricos de grupo, las limitaciones del CI, más en sintonía con las ciencias cognitivas contemporáneas.

Es importante desprenderse de lo que a menudo aparece como una “dictadura del CI”, incluso siguiendo las recomendaciones de prudencia promulgadas regularmente por la Asociación americana.

En estas últimas décadas se han actualizado muchas pruebas estandarizadas de neuropsicología para poder evaluar sistemáticamente y con profundidad las grandes funciones cognitivas, ya se trate, por ejemplo, de pruebas de lenguaje con sus distintas variantes, pruebas que permiten evaluar formas y modalidades de memoria, pruebas de atención, de cognición cuantitativa y las que tratan las funciones ejecutivas (toma de decisiones, planificación de la acción, resolución de problemas).

Lo que cabe recomendar es el empleo de estas pruebas funcionales, con variables múltiples que contactan directamente con los conocimientos actuales de las ciencias cognitivas, para poder

ofrecer una evaluación plural y profunda del funcionamiento cognitivo de las personas interesadas y que, además de su valor diagnóstico y clasificatorio, se puedan utilizar directamente para guiar el trabajo de rehabilitación en sus múltiples facetas.

Las pruebas de comportamiento adaptativo tienen que, sin lugar a dudas, conservar su lugar e importancia en el proceso evaluativo. Son y deben seguir siendo claramente pruebas “puramente” cognitivas.

La capacidad de adaptación de los sujetos en su contexto de vida, a pesar de su hándicap, y su resiliencia son nociones de gran valor. Pero es inadecuado ponerlas en pie de igualdad con el funcionamiento “intelectual” como se hacía en los manuales de la Asociación americana. “La discapacidad intelectual es una discapacidad que se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo” (AAIDD 2010). Un hándicap cognitivo es o no es un hándicap cognitivo en función de si los sujetos que poseen ese hándicap poseen una resiliencia notable de ese hándicap o de las dificultades de vida y de interacción con las actividades y la sociedad. Dicha resiliencia, por muy importante, loable y deseable que sea, no borra el hándicap. Una persona que tiene un hándicap cognitivo pero que dispone de un buen nivel de comportamiento adaptativo debe tener acceso a los servicios de rehabilitación igual que aquella persona que tenga un hándicap en el que se duplican sus dificultades adaptativas, aunque a la primera se le considere menos prioritaria.

En fin, las realidades de la especificidad intersindrómica en el contexto del hándicap cognitivo deben imperativamente tenerse en cuenta. Se trata, a grandes rasgos, de saber que la etiología del síndrome es de gran importancia teórica y clínica porque determina, en parte como mínimo, de un modo directo o indirecto, la organogénesis y, en muchos casos, la génesis cerebral específica (cf. Dykens, 1995 ; Dykens et al., 2000 ; Rondal et al., 2004 ; Rondal & Perera, 2006). En cierto modo ya

fueron anticipadas por Goddard y otros investigadores y teóricos (Goddard, 1919) con la distinción entre retraso mental cultural-familiar y retraso mental orgánico. Una distinción que causó gran polémica en el sector. Vuelve a aparecer en (1973) cuando reserva su teoría cognitivo-motivacional al retraso mental cultural-familiar (cf. Rondal, 1980). Aunque advertía correctamente sobre el hándicap cognitivo de origen orgánico (genético), la teoría de Ziegler seguía siendo incorrecta por cuanto se vinculaba el hándicap orgánico a niveles de CI inferiores a 50 puntos; el hándicap cognitivo cultural-familiar que correspondía en esta teoría se situaba en CI entre 50 y 70 puntos, aproximadamente. Actualmente sabemos que los fenotipos de las personas que poseen diversos síndromes genéticos identificados hoy en día (y a la espera de muchos otros en los próximos años) son diferentes desde una cantidad importante de puntos de vista, en términos de funcionamiento cognitivo (memoria, lenguaje, etc.) y también en términos de CI (cf. Dykens et al., 2000; Rondal, 2012; Rondal et al., 2004; y las contribuciones recogidas y presentadas por Rondal y Perera, 2006).

El problema se plantea siempre en términos agudos en las últimas fórmulas de definición y de clasificación de la AAIDD. En los últimos manuales cada vez más se cita a los síndromes genéticos los cuales se identifican con el hándicap cognitivo correspondiente, algo que es positivo. Sin embargo, la definición de hándicap cognitivo (discapacidad intelectual) en el manual de 2010 (después de los anteriores) se da siempre en términos eminentemente psicométricos (un CI entre 70 y 75 puntos o menos que indica una limitación del funcionamiento intelectual), incluso si se admite que el CI es un modo de medición del funcionamiento intelectual (sin demasiada elaboración sobre este punto que nos interesa).

Ahora bien, el CI es una indicación que es poco reveladora del funcionamiento cognitivo general y particular de las varias funciones cognitivas de las personas que poseen un síndrome genético que cause hándicap cognitivo. Se cubre prácticamente todo el espectro del CI al considerar los niveles medios (sin hablar de las considerables diferencias entre individuos) en los síndromes de Down (trisomía 21), de Williams (ausencia de unos veinte genes en uno de los cromosomas 7), del X-frágil (mutación del gen FMR-1 o FMR-2 en el cromosoma X), del “maullido del gato” (deleción de una parte del cromosoma 5), de Prader-Willi (neutralización de varios genes del cromosoma 15 de origen materno en simultáneo con la deleción de la misma parte del alelo de origen paterno), de Noonan (mutación de una serie de genes en el cromosoma 12), de Angelman (neutralización de una serie de genes en el cromosoma 15 de origen paterno en simultáneo con la deleción de la misma parte del alelo de origen materno), de la Neurofibromatosis de tipo 1 (mutación del gen NF1 en el cromosoma 17), de Turner (ausencia total o parcial de uno de los dos cromosomas X en la mujer), de Klinefelter (presencia de uno, dos o tres cromosomas X de más en el hombre), de Rett (mutación del gen MECP2 sobre el cromosoma X en la mujer) y de Rubinstein-Taybi (deleción de un gen en el cromosoma 16). Solo por mencionar los síndromes genéticos del hándicap cognitivo (conceptual) más estudiados.

Un enfoque evaluativo del hándicap cognitivo, que contase con las funciones cognitivas del aparato conceptual, metodológico y técnico de las disciplinas neurocognitivas, permitiría superar estas dificultades que siguen existiendo por emplear el modo obsoleto de la tecnología esencialmente psicométrica, permitiría tener un enfoque evaluativo más preciso y diversificado de los fenotipos particulares relacionados con las etiologías de los síndromes del hándicap cognitivo y aseguraría también una mejor consideración de las diferencias significativas entre individuos.

La especificidad sindrómica implica, además de una evaluación diferenciada para identificar los campos de las fortalezas y debilidades cognitivas de los distintos síndromes, una ejecución de la rehabilitación también diferenciada; algo que no favorece un enfoque psicométrico reduccionista.

CONCLUSIÓN

Es posible y se desea un enfoque evaluativo del hándicap cognitivo más centrado en el sujeto individual, en sus fortalezas y debilidades relativas, en contacto directo con las acciones de rehabilitación. Hoy en día, gracias a los progresos teóricos y prácticos que intervienen en las ciencias cognitivas desde hace varias décadas es posible. Un enfoque de este tipo debe liberarse definitivamente de las medidas puramente psicométricas ejemplificadas por el coeficiente intelectual para



BIBLIOGRAFÍA

- Allilaire JF. (sous la direction de). Jean-Etienne Esquirol. Une œuvre clinique, thérapeutique et institutionnelle. Levallois-Perret, France: Interligne. 2001
- American Association on Mental Deficiency. Manual on terminology and classification in mental retardation. Washington, DC: AAMD. 1973
- American Association on Mental deficiency. Classification in mental retardation. Washington, DC: AAMD. 1983
- American Association on Mental Retardation. Mental retardation : Definition, classification, and systems of support . Washington, DC : AAMR. 1992
- American Association on Mental Retardation. Mental retardation : Definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: AAMR. 2002
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Intellectual disability: Definition, classification and systems of support. Washington, DC: AAIDD. 2010
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, Virginia: APA. 1994
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, Virginia: APA. 2013
- Binet A, Simon T. Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. L'Année Psychologique, 1905; 11: 191-244.
- Binet A, Simon T. Le développement de l'intelligence chez les enfants. L'Année Psychologique, 1908; 14: 1-94.
- Binet A, Simon T. Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants d'école. L'Année Psychologique, 1911; 17: 145-201.
- Bruininks R, Woodcock R, Weatherman R, Hill B. Scales of independent behavior – revised. Park Allen, Texas: Teaching Resources. 1996
- Cattell R. Abilities: Their structure, growth and action. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin. 1971
- Denning C, Chamberlain J, Polloway E. An evaluation of state guidelines for mental retardation: Focus on definition and classification practices. Education and Training in Mental Retardation, 2000; 35: 226-232.
- Down JL. Observations on an ethnic classification of idiots. London Hospital Reports, 1866; 3: 259-262.
- Dykens E. . Measuring behavioral phenotypes: Provocations from the “new genetics”. American Journal of Mental Retardation, 1995; 99: 522-532.
- Dykens E, Hodapp R, Finucane B. Genetics and mental retardation. Baltimore, Maryland: Brookes. 2000
- Gardner H. Frames of mind: The theory of multiple intelligences. New York: Basic Books. 1983
- Gazzaniga M. Human. New York: HarperCollins. 2008
- Goddard H. Psychology of the normal and subnormal. New York: Dodd, Mead and company. 1919
- Hodapp R, Dykens E. Intellectual disabilities: Definitions and classifications. En JA Rondal, R Hodapp, S Soresi, E Dykens, L. Nota (Eds.), Intellectual disabilities. Genetics, behaviour and inclusion. Londres: Whurr. 2004
- Jensen A. Psychometric g: Definition and substantiation. In R. Sternberg & L. Grigorenko (Eds.), The general factor of intelligence. How general is-it ? (pp. 39-53). Mahwah, New Jersey: Erlbaum. 2002
- Kaufman A, Lichtenberger E. Kaufman Intelligence Test for Adolescents and Adults. Hoboken, New Jersey: Wiley. 2006
- Lalande A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. Paris : Presses Universitaires de France. 1968
- Lambert N, Nihira K, Leland H. . AAMR adaptive behavior scales. Austin, Texas : Pro-Ed Press. 1993
- Parmentier M. Introduction à l'Essai sur l'entendement humain de Locke. Paris : Presses Universitaire de France. 1999
- Pinel P. Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale. Paris : Baillière. 1809
- Polloway E, Smith J, Chamberlain J, Denning C, Smith T. . Levels of deficits or supports in the classification of mental retardation: Implementation practices. Education and Training in Mental Retardation, 1999; 34: 200-206.
- Roid G. Stanford-Binet Intelligence Scales- V. Hoboken, New Jersey : Wiley. 2002
- Rondal JA. Une note sur la théorie cognitive-motivationnelle d'Edward Zigler en matière de retard mental culturel-familial. Psychologica Belgica, 1980; 20, 61-82.
- Rondal JA. Psycholinguistique du handicap mental. Paris: de Boeck-Solal, 2012.
- Rondal JA, Hodapp R, Soresi S, Dykens E, Nota L. (Eds.). Intellectual disabilities. Genetics, behaviour and inclusion. Londres: Whurr. 2004
- Rondal JA, Perera J. (Eds.). Down syndrome: Neurobehavioural specificity. Chichester, United Kingdom: Wiley. 2006
- Seguin E. Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement , agités de mouvements involontaires, débiles, muets non-sourds, bègues, etc. Paris : Baillière. 1846
- Thurstone L, Thurstone J. Primary mental abilities. Chicago, Illinois : Science Research Associates. 1963
- Wechsler D. Echelle d'Intelligence pour Enfants (WISC). Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée. 1949
- World Health Organisation Classification of mental and behavioural disorders. Genève: WHO. 1992
- Ziegler E. . Why retarded children do not perform up to the level of their ability. En R. Allen, H. Cortazzo, & R. Toister (Eds.), Theories of cognitive development (pp. 13-36). Coral Gables, Florida: University of Miami Press. 1973

el que hay muchas razones que nos llevan a pensar que se ha convertido en algo obsoleto. Además del hecho de que este enfoque favorece indebidamente las comparaciones de grupos que no son primordiales para el clínico y el educador. En congruencia con todo esto, es deseable adoptar el vocablo hándicap cognitivo para designar el hándicap que poseen las personas que tienen las condiciones anteriormente descritas.