



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Clínica

***Discapacidad intelectual: un análisis de las relaciones entre intervenciones diagnósticas y servicios de salud.***

Directora de Tesis y Directora Académica: Mag. Beatriz Falero

Licenciada en Psicología Flavia Dudok

Montevideo, 30 de setiembre de 2021

*A los mayores les gustan las cifras. Cuando se les habla de un nuevo amigo, jamás preguntan sobre lo esencial del mismo. Nunca se les ocurre preguntar:*

*"¿Qué tono tiene su voz? ¿Qué juegos prefiere? ¿Le gusta coleccionar mariposas?" Pero en cambio preguntan: "¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto gana su padre?" Solamente con estos detalles creen conocerle.*

*Antoine de Saint – Exupéry*

### **Agradecimientos:**

*A Gabriel y Emilia, mis compañeros de vida.*

*A mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo y el estudio.*

*A Beatriz, por ser un faro incansable de luz en este viaje y por su inagotable paciencia.*

*A las y los “Cuanti”: Natalia, Cecilia, Marigel, Alfonso y Luis, por la oportunidad y el encuentro.*

*A las profesionales que generosamente compartieron sus experiencias.*

### **Resumen:**

El diagnóstico de la discapacidad intelectual constituye un tema de significativo interés para aquellos que intentan aprehender este fenómeno acercándose a la trama compleja de intervención que representa este campo. El objetivo de esta investigación, consiste en hacer un análisis de las relaciones que se establecen entre las formas de intervención diagnóstica de la discapacidad intelectual y los servicios de salud en Uruguay.

Este trabajo se centra en el abordaje de profesionales de la Psicología que trabajan con población en la franja etaria entre 6 y 12 años, en servicios de salud tanto públicos como privados.

Se investigan las repercusiones, ventajas y desventajas, de los diferentes modelos diagnósticos en el campo de la discapacidad intelectual. Se orienta a dar cuenta de la finalidad, criterios y paradigmas desde donde realizan evaluaciones diagnósticas los profesionales de la Psicología, en los servicios de salud públicos y privados. Las conclusiones reflejan la necesidad de producir conocimiento que aporte a áreas estratégicas del sector salud, en lo que refiere al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la evaluación de la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias a nivel macro (políticas de cobertura de prestaciones de salud), meso (evaluaciones de los servicios de salud) y micro (guías de práctica clínica). Se visualiza además la necesidad de formación de especialistas en la temática.

### **Abstract:**

The diagnosis of intellectual disability constitutes a topic of significant interest for those who try to apprehend this phenomenon by approaching the complex intervention network that this field represents. The objective of this research is to

make an analysis of the relationships that are established between the forms of diagnostic intervention of intellectual disability and the health services in Uruguay.

This work focuses on the approach of psychology professionals who work with the population in the age group between 6 and 12 years, in both public and private health services.

The repercussions, advantages and disadvantages of the different diagnostic models in the field of intellectual disability are investigated. It is oriented to give an account of the purpose, criteria and paradigms from which psychology professionals carry out diagnostic evaluations, in public and private health services. The conclusions reflect the need to produce knowledge that contributes to strategic areas of the health sector, regarding the improvement of the quality of health services and the evaluation of the incorporation of new health technologies at the macro level (coverage policies of benefits of health), meso (evaluations of health services) and micro (clinical practice guidelines). The need for training specialists in the subject is also visualized.

**Palabras clave:** discapacidad intelectual, diagnóstico, paradigmas, servicios de salud.

**Key words:** intellectual disabilities, diagnosis, paradigms, health services.

## **Tabla de contenidos**

Resumen	2
Abstract	2
1. Introducción.	5
2. Fundamentación y antecedentes	9
2.1 De los antiguos a los nuevos modelos conceptuales	9
2.2 Organización Mundial de la Salud y discapacidad.	13
2.3 Modelo médico hegemónico, modelo social de la discapacidad, modelo psicosocial.	14
2.4 Del retraso mental a las discapacidades intelectuales y del desarrollo	16
2.5 ¿Qué sucede en Uruguay?	20
2.6 Discapacidad, salud y Legislación uruguaya	24
2.7 Aportes censales	27
3. Grupo objetivo seleccionado para la investigación.	28
4. Conceptos clave	31
4.1 Servicios de salud	32
4.2 Diagnóstico, evaluación y valoración psicológica	34
5. Preguntas de investigación	42
6. Metodología	42
7. Consideraciones éticas	45
8. Acerca del proceso...	47
8.1 Selección de la muestra	47
8.2 Categorías de análisis y categorías emergentes	50
9. Presentación de resultados y Discusión	53
9.1 Hablando de discapacidad intelectual...	53
9.2 Llegamos a los paradigmas....	57
9.3 ¿Valorar, evaluar, diagnosticar...?	61
9.4 ¿Qué producto espera el prestador de servicios de salud?	65
10. Profundizando en la observación...	70
10.1 Herramientas de valoración	71

10.2 Resultados, repercusión en el usuario	77
10.3 ¿Qué podemos mejorar?	85
10.4 Formación profesional	90
11. Algunas consideraciones finales y recomendaciones:	95
12. Referencias Bibliográficas	103
13. Fuentes documentales	107
14. Apéndices	112
14.1 Hoja de Información	112
14.2 Consentimiento informado	114
14.3 Guión de entrevista.	116

## **1. Introducción.**

Este trabajo tiene como objetivo mostrar el resultado de explorar las estrategias diagnósticas de los profesionales de la Psicología que ejercen en servicios de salud públicos y/o privados y cómo el diseño de estas estrategias afectan las intervenciones en salud. Se propuso indagar acerca de las herramientas de evaluación de la discapacidad intelectual en diferentes servicios de salud, las similitudes y divergencias que presentan, e identificar los modelos subyacentes a las prácticas diagnósticas de discapacidad intelectual llevadas a cabo por dichos servicios.

Para esto, se acotó a una muestra que reúne profesionales de la Psicología que realizan evaluaciones psicológicas que suponen determinar diagnósticos de discapacidad intelectual leve en niños y niñas de edad escolar.

El trabajo realizado por el Instituto de Fundamentos y Métodos de la Facultad de Psicología entre los años 2001 y 2016 en convenio con la Intendencia de Montevideo, sentó el precedente que motivó este trabajo. En el rango de los años mencionados, se brindó un servicio de extensión universitaria, que prestaba atención psicológica a personas con discapacidad y a sus familias. La práctica Abordajes de la discapacidad, evidenció las carencias que las personas portadoras de algún tipo de discapacidad tienen para acceder a servicios de atención psicológica. De esas actividades, se obtuvo la información de que quienes mayoritariamente llegaban a la consulta eran niños y adolescentes (aproximadamente el 50% de las consultas recepcionadas), solicitando valoraciones de la discapacidad y evaluaciones cognitivas, producto de problemáticas vinculadas al aprendizaje escolar (Instituto de Fundamentos y Métodos, 2017).

Con respecto a la discapacidad como carácter psicosocial, es tan antigua como la existencia misma del hombre. A través de los siglos, las religiones, la

burocracia y la ciencia misma, han aportado al entendimiento de la discapacidad como un “un yo roto, incompleto o imperfecto, como un caso en el que es necesario intervenir y como objeto de lástima y caridad.” (Egea García, C., Sarabia Sánchez, A., 2001:15)

Sin embargo, esta visión negativa de la persona con discapacidad se encuentra interpelada por otra perspectiva que da un giro paradigmático explicando que la discapacidad es producto de la relación negativa entre las dificultades o déficits que presenta una persona, y su entorno. (OMS, 2001). Esta forma de definir la discapacidad nos alerta que frente a un mismo déficit la discapacidad puede no ser la misma. Entre otras cosas porque el acceso a la salud de niñas, niños y adolescentes, no es equitativo y accesible para todos.

Debido al insuficiente conocimiento actualizado a nivel local acerca de la discapacidad intelectual en relación a detección, diagnósticos y abordajes, se plantea como problema de investigación la necesidad de conocer los procesos de evaluación psicológica vinculados a la Discapacidad Intelectual realizados por los profesionales de la Psicología en los servicios de salud, a niños en edad escolar.

Esto supone establecer como interés el mostrar cuál o cuáles paradigmas de la discapacidad son hegemónicos entre los técnicos vinculados al área en la comunidad sanitaria.

Asimismo, representa un eje medular, conocer y dar visibilidad al impacto de las concepciones de salud-enfermedad, producto de la adhesión a unos u otros modelos, en los resultados obtenidos por los consultantes.

En particular, se desconocen los criterios empleados por los técnicos para definir qué entienden por discapacidad intelectual y en base a dicha definición, cuáles son las herramientas de evaluación psicológica que seleccionan para su diagnóstico. Se entiende nulo o escaso el conocimiento que tenemos acerca de fortalezas y debilidades de estos técnicos y de los servicios de salud que trabajan en discapacidad intelectual, lo que representa un déficit a la hora de pensar en insumos para construir los planes de formación profesional en el tema.

Así pues, conocer métodos, estrategias y paradigmas en relación a la evaluación psicológica de la discapacidad intelectual, representa un aspecto vital para las áreas estratégicas del sector salud, en lo que refiere al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la evaluación de la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias a nivel macro (políticas de cobertura de prestaciones de salud), meso (evaluaciones de los servicios de salud) y micro (guías de práctica clínica).

Es de destacar que no se encontraron antecedentes a nivel nacional de investigaciones que privilegien la problematización de la relación entre servicios de salud, la discapacidad intelectual y el diagnóstico psicológico. Eso motivó que esta investigación aspire a contribuir al desarrollo teórico del concepto de discapacidad intelectual en el ámbito clínico, vertiendo conocimientos que aporten a la hora de pensar estrategias de abordaje precisas, desde prestaciones de salud a políticas públicas para las personas con discapacidad, posicionadas desde una perspectiva de derechos, en sintonía con el espíritu del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Además, en este trabajo se involucran aspectos que tienen que ver con el análisis de la oferta de servicios de salud en salud mental y sus características clínicas, así como la promoción del desarrollo de propuestas de mejora y estandarización de procedimientos. Dichos aspectos guardan relación con la detección precoz tanto de discapacidad intelectual como de dificultades de aprendizaje, de manera de diseñar estrategias de abordaje y estructuras de apoyo adecuadas a cada situación. Se ocupa de problematizar si es suficiente para un diagnóstico de discapacidad intelectual apoyarse solamente en un valor de CI, o si es necesario tener en cuenta otros aspectos, desde una perspectiva más vasta, invitando a considerar la reglamentación del artículo 38 del capítulo VI de la ley 18651, referente a los criterios de certificación única de la discapacidad.

En síntesis, se aspira a que la investigación en evaluación psicológica de la discapacidad intelectual de niños en edad escolar en los servicios de salud y las diferentes concepciones que subyacen a esas prácticas, suponga una herramienta

que pueda aportar a la producción y sistematización de conocimientos en la temática, así como respecto de la mejora de los servicios de salud que recibe esta población.

Pensando en la construcción o comprensión de conocimiento inédito, la metodología utilizada para este trabajo, es cualitativa. La muestra seleccionada se realizó por bola de nieve exponencial con la entrevista semidirigida como instrumento para la recolección de datos. La técnica de análisis ha sido el análisis de contenido. Esta metodología se consideró adecuada para el estudio de la comunicación de manera objetiva, sistemática y cuantitativa, de manera de alcanzar inferencias válidas y confiables de los datos en relación a su contexto. (Sampieri, 2006).

El análisis del material recolectado permitió obtener resultados acordes a los objetivos propuestos. Pudo observarse que no existe un criterio estandarizado a nivel de los servicios de salud para realizar evaluaciones psicológicas. Las profesionales psi en sus ámbitos de trabajo (públicos y privados) utilizan diversas herramientas diagnósticas, siendo la entrevista psicológica la única común a todas.

En relación a la epistemología subyacente a la práctica clínica, se encontró variedad de posturas frente a la discapacidad, desde el cómo definirla, interpretarla y abordarla. Además, se observaron similitudes y divergencias en todas las prácticas, independientemente de si se trata de un prestador de salud público o privado.

La dificultad en el acceso de esta población a servicios de salud mental con fines diagnósticos es notoria, pudiéndose captar que aumenta en función al incremento de la pobreza.

Por otra parte, se realizaron hallazgos en relación a la percepción de carencias formativas en torno a la discapacidad por las participantes, en el entendido de que eso mejoraría la asertividad diagnóstica, pronóstica y de tratamiento. Se identifica la necesidad de recursos humanos capacitados para abordar la discapacidad en el ámbito de la salud.

En adelante, podrán encontrarse datos acerca de los antecedentes en el tema, así como un apartado para los aspectos teóricos relacionados a los principales conceptos clínicos implicados.

Luego se verá con mayor profundidad la metodología utilizada, identificando obstáculos y facilitadores que fueron surgiendo en el trabajo de campo.

Un capítulo aparte configura la presentación de las categorías de análisis, los hallazgos y la discusión. Finalizando, el lector encontrará las consideraciones finales en relación al proceso de investigación.

## **2. Fundamentación y antecedentes.**

\_\_\_\_\_En este apartado se presenta e historiza el desarrollo del concepto de discapacidad. Se dibuja el recorrido conceptual que delinea el pasaje del concepto de retraso mental a la discapacidad intelectual, transitando por algunos de los paradigmas subyacentes a estas definiciones. En el cierre, se hace una introducción al estado de la cuestión en el ámbito nacional.

### ***2.1 De los antiguos a los nuevos modelos conceptuales***

El concepto de discapacidad referido como situación psico-social existe desde los orígenes del hombre. La forma de definirla, por tratarse de un concepto dinámico, ha atravesado diferentes y variadas formas. Se pensó a las personas con discapacidad como tomadas por los demonios, como máquinas a reparar, como sujetos con capacidades diferentes. Las construcciones socioculturales en torno a la forma de conceptualizar la discapacidad la han homologado a lo largo de los siglos a

criterios de falla, incompletud e imperfección. Situación de pasividad en la que es necesario intervenir. (Egea García, C., Sarabia Sánchez, A., 2001)

Es evidente entonces, que la discapacidad como concepto ha evolucionado de la mano del cambio en los modos de pensar de las diferentes sociedades en las diferentes épocas. Autores como Puig de la Bellacasa (Egea García, C., Sarabia Sánchez, A., 2004:1) proponen tres modelos en la evolución conceptual de la discapacidad. El modelo tradicional, asociado a una perspectiva animista vinculada a la intervención maligna o al castigo divino. Un segundo paradigma, el de rehabilitación, donde el acento descansa sobre la intervención médica y las posibilidades de “reparar, normalizar” al sujeto. Un tercer modelo, el de la autonomía personal, posicionado desde la perspectiva del logro de una vida independiente como norte hacia donde dirigirse.

Casado por su parte (Egea García y Sarabia, 2004) estableció su categorización en cuatro modelos, relacionados éstos de alguna forma a la respuesta social en torno a la situación de discapacidad. El modelo de integración unitaria, donde el sujeto es aceptado desde un lugar de resignación pesimista. El modelo de exclusión aniquiladora: sujetos confinados al encierro en el hogar; el modelo de atención especializada y tecnificada, donde predomina una perspectiva de sujeto sometido a servicios y agentes especializados. Por último, el modelo de accesibilidad, amparado en el principio de “normalización” en el entendido de defender el derecho a vivir una vida tan “normal” como la de las personas sin discapacidad. De acuerdo a lo propuesto por Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A., en su artículo “Visión y modelos conceptuales de la discapacidad” (2004), el concepto de “normalización” vinculado a la discapacidad intelectual, surge a finales de 1959, de la mano de N. Bank-Mikkelsen, quien se desempeñaba en ese entonces como director del servicio Danés para el Retraso Mental. Lo expresa como “La posibilidad de que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible”. Este concepto, narran los antes mencionados, será profundizado una década después por B. Nirje, de origen sueco, quien siendo en ese entonces director ejecutivo de la Asociación Sueca para Niños Retrasados, propone “Hacer accesibles a los deficientes mentales las pautas y condiciones de vida cotidiana que sean tan próximos como sea posible a las normas y pautas del

cuerpo principal de la sociedad”. Este principio se prolonga a Europa, EEUU y Canadá, desde donde en 1975 W. Wolfensberger reformula el concepto, de manera de hacerlo extensible a cualquier persona con discapacidad, contemplando tanto medios como resultados y entendiéndolo como principios rectores referidos tanto a la persona con discapacidad como a la sociedad a la que pertenece. Normalización, desde la perspectiva de Wolfensberger es utilizar los medios normativos de que dispone una cultura, para que las condiciones de vida (ingresos, acceso a vivienda y salud, etc) de una persona puedan ser tan buenas como las de un ciudadano promedio. Supone también apoyar o mejorar su conducta, entendida ésta como sus habilidades y competencias, experiencias, apariencia personal, reputación, etc.

Continuando en esta línea, Egea García, C., Sarabia Sánchez, A., (2004) en la publicación antes mencionada, entienden que este concepto de normalización es la piedra fundamental que impulsa la revisión de los conceptos aplicados al mundo de la discapacidad en tanto cobra especial relevancia en el planteo de políticas de intervención en discapacidad. En 1978, comienza a hablarse del concepto de integración, vinculado al ámbito escolar, en el entendido de la necesidad de prestar apoyo especial en las escuelas ordinarias a aquellos niños con limitaciones en el aprendizaje. El concepto de integración trasciende el ámbito educativo y se extiende a lo laboral, integración laboral, y las sociedades todas, integración social. La integración como concepto se amalgama con la reivindicación de derechos inherentes al sujeto que deben ser reconocidos, sentando los principios para el desplazamiento del peso del proceso de incorporación del sujeto con discapacidad, de éste a su medio.

Continuando en esa línea, en la “Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales” de la UNESCO del año 1994 realizada en Salamanca, se avanza en el proceso que transita de la normalización a la inclusión. Allí se reflexiona en relación a dónde se ubica el acento en las dificultades de inclusión educativa. El criterio normalizado asentaba la dificultad en las limitaciones o el déficit del estudiante, en tanto se intentaba corregir o mejorar al estudiante. El avance lo supone el reconocimiento de que las barreras físicas, culturales o sociales inciden en los procesos de aprendizaje y que la respuesta a las dificultades, deben de

buscarse no sólo en el niño, sino también en la reducción o eliminación de las barreras que a menudo enfrentan en sus entornos. Sucede que en adelante, el concepto de inclusión se extiende de lo educativo al resto de los planos sociales, asentado en los principios de no discriminación, igualdad de oportunidades y condiciones “para todos” y equidad participativa. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y Ministerio de Educación y Ciencia de España (1995).

De lo anterior se desprende que la discapacidad intelectual como campo de problemas es una cuestión compleja, que tiene que ver con la vida de las personas, y su contexto tanto a nivel micro como macro. Queda en evidencia que la evolución conceptual transcurre desde la explicación sobrenatural a la aceptación plena de las personas con discapacidad. Al mismo tiempo puede observarse que en el entorno vital de un sujeto con discapacidad, pueden coexistir diferentes formas de entenderla, a nivel de familia, de instituciones de referencia, de políticas públicas o de servicios de salud. Esta coexistencia podría estar relacionada con el desarrollo que supone para las sociedades procesar la evolución conceptual.

El anterior desarrollo vinculado al procesamiento de los cambios paradigmáticos, puede ser pensado desde el modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1987). En este modelo, da trascendencia a cómo el contexto y las interacciones de los individuos, impactan en el desarrollo humano. Lo original de su propuesta reside en que es un modelo centrado en “las interconexiones ambientales y su impacto sobre las fuerzas que afectan directamente el desarrollo psicológico” (1987:28).

Este autor habla de sistemas que conforman el modelo ecológico del desarrollo humano. Sistemas que fue enriqueciendo a lo largo de su producción teórica entre los años 1973 y 2005. Bronfenbrenner nos habla de cinco sistemas:

- **Microsistema:** comprende al ambiente inmediato del sujeto, allí se construye a partir de las relaciones con otros significativos, por medio de interacciones y experiencias sociales inmediatas. Este sistema lo componen ambientes tales como la familia, la escuela, el trabajo.

- Mesosistema: es el sistema donde interactúan dos o más entornos en los que la persona tiene participación activa. Tomando por ejemplo un escolar con discapacidad, puede pensarse en sus padres y la maestra como miembros de microsistemas del niño, que interactúan entre sí.
- Exosistema: identificado como el sistema psicológico, donde las interacciones se dan a través de las “conexiones” que las personas mantienen sin encontrarse juntas. Es decir, refiere a entornos, que pueden ser uno o más, que sin incluir a la persona físicamente, la afectan por lo que allí sucede. Puede pensarse como ejemplo, en el ambiente laboral de la madre de un niño/a con discapacidad. El hijo/a percibe el estrés laboral de su madre.
- Macrosistema: Enclavan en este sistema, los marcos culturales e ideológicos, que influyen sobre todos los sistemas anteriores y sobre el sujeto en desarrollo. Ejemplo de esto serían las políticas públicas de apoyo a la población con discapacidad.
- Cronosistema: Este concepto pertenece a una etapa avanzada en el desarrollo del modelo de Bronfenbrenner. El cronosistema se entiende como un sistema que comprende de algún modo a los anteriores, expresado como la influencia de los cambios y las permanencias en el tiempo en el desarrollo de las personas en sus ambientes vitales. Ruvalcaba y Orozco (2017).

Retomando lo anterior, se identifica que en la actualidad, en el cuerpo social conviven diferentes modelos que intentan aprehender el fenómeno de la discapacidad, como ser el “modelo médico”, el “modelo social” , o el modelo “bio-psico-social”

## ***2.2 Organización Mundial de la Salud y discapacidad.***

\_\_\_\_\_En la década de los años 70, la Organización Mundial de la Salud se traza el objetivo de trascender la secuencia “*etiología-patología-manifestación*” del proceso

de enfermedad, pretendiendo tomar en cuenta para su clasificación además de las consecuencias físicas de la enfermedad, las relacionadas con la actividad de la persona y las repercusiones en su relación con el entorno. Es así que, en el año 1980 propone la CIDDM, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Allí enuncia un nuevo esquema, donde integra “*enfermedad-deficiencia-discapacidad-minusvalía*”. En esta propuesta, partiendo siempre de la experiencia de salud, *deficiencia* es entendida como pérdida o anomalía de una estructura o función del orden psicológico, fisiológico o anatómico, *discapacidad*, como restricción o ausencia (causada por una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad dentro de lo que es considerado normal para un ser humano. En tanto *minusvalía*, sería la situación de desventaja en que se entiende a un sujeto como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad para desempeñarse en un rol normal para su caso en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales. (Egea García, C., Sarabia Sánchez, A. 2001)

### ***2.3 Modelo médico hegemónico, modelo social de la discapacidad, modelo psicosocial.***

Detenerse en las formas de definir deficiencia, minusvalía y discapacidad en los párrafos anteriores, puede provocar que suene redundante destacar la relación de causalidad existente entre los diferentes niveles de consecuencias de la enfermedad evidenciado en las propias definiciones de los mismos. Causalidad y linealidad, serán los atributos por los que más críticas recibirá la CIDDM. Esta forma de clasificación se corresponde con el *modelo médico* de la discapacidad, paradigma que se asienta en el año 1981 y su vigencia perduró en los ámbitos académicos, junto con la CIDDM, una veintena de años y más. (Egea García, C., Sarabia Sánchez, A. 2001)

El modelo médico de la discapacidad tiene como característica destacada centrar el problema en la persona. También es conocido como modelo médico rehabilitador. La discapacidad es explicada como una alteración del orden, una

desviación a reparar. Este modelo es normalizador, en el entendido de que su parámetro es la normalidad estadística. Omite considerar e integrar los factores propios del ambiente de pertenencia de la persona, factores que pueden facilitar u obstaculizar su proceso de integración, al punto de orientarse a invisibilizar la diferencia que la propia discapacidad encarna. (Palacios, 2008)

Puede plantearse que el origen y desarrollo del *modelo social* de la discapacidad surge en rechazo a las afirmaciones expuestas anteriormente, como un intento de romper con los fundamentos que sostienen el paradigma médico. Sus pilares estructurales se asientan en afirmar que los fundamentos de la discapacidad son preponderantemente sociales, y por otra parte, “se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia”. (Palacios, 2008:103) . Este modelo denuncia que las limitaciones de la persona no son el nudo del problema, sino las de la propia sociedad para garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos. A diferencia del modelo anterior, este centra el accionar en la “rehabilitación” social, de manera que la misma pueda afrontar las necesidades de todas las personas. Según describe Palacios (2008:104): “El objetivo que se encuentra reflejado en este paradigma es rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades”.

En relación a la revisión de la CIDDM, fue un proceso largo con amplia participación internacional. Finalmente se aprueba en el año 2001 en la 54° Asamblea de la OMS la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud”, la CIF (2001). Esta clasificación deja de lado las consecuencias de la enfermedad como eje, para realizar un viraje y orientarse a la salud y los estados relacionados con la salud. Su objetivo principal enuncia: “brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados de salud” (CIF, 2001:3). El interés reside en dar la misma importancia a todas las enfermedades, independientemente de su etiología. Apuesta a la transculturalidad, internacionalización y universalización de criterios. La nueva clasificación nos habla de *funcionamiento*, concepto que engloba todas las funciones

y estructuras corporales, el desarrollo de actividades y la participación social. *Discapacidad* refiere a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, pero también integra las limitaciones para la consecución de actividades y para la plena participación social. *Salud*, refiere al concepto que relaciona a los dos anteriores.

Respecto de su finalidad, la CIF en la página 3 enuncia: “La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes “relacionados con la salud” del “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.)” . En estas primeras líneas, la clasificación propuesta por la OMS deja expuesta la intención de trascender el campo médico sanitario e integrar de forma explícita aquellos aspectos relacionados con los ámbitos sociales. Interpela el modelo médico, retirando del sujeto la condición de discapacidad, reconociendo la visión social de la discapacidad re-ubicándola en la relación entre el sujeto con discapacidad y las condiciones contextuales/sociales que lo rodean, como cuestión política.

Como saldo, define: “La CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos [*el médico y el social*]. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”. Por lo tanto, la CIF intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.” (CIF,2001:33).

Se define a partir de esta perspectiva el *modelo biopsicosocial* de explicar la discapacidad.

## ***2.4 Del retraso mental a las discapacidades intelectuales y del desarrollo.***

De igual manera que el paradigma de la discapacidad se ha modificado con el paso de los años y los cambios en el conocimiento, el concepto de discapacidad ha ido transformándose también.

En adelante, se traza un recorrido histórico que busca evidenciar cómo la forma de entender la discapacidad intelectual ha representado un núcleo de interés para la ciencia.

Dentro de la fenomenología de la discapacidad destaca que la discapacidad intelectual representa una larga tradición en el estudio del modelo científico que la sostiene, estrechamente relacionada al ámbito educativo. La Asociación Americana sobre el Retraso Mental (AAMR), hoy Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) posee un extenso abordaje de la temática.

Surge como AAMR en el año 1876, publicando en el año 1910 el primer manual de definición y clasificación. Esta fue la primera definición profesional que propuso un sistema de clasificación y terminología para la discapacidad intelectual, el Comité de Clasificación de los Disminuidos, 1910. (AAIDD, 2019). En adelante, se realizaron nuevas ediciones, en las cuales la definición de retraso mental, fue enriqueciéndose en matices. Se partió de una definición pegada a la estadística, donde el eje estaba en el Coeficiente Intelectual y su desviación de la norma (aproximadamente un CI de 70). Puede entenderse que no existía en la época la posibilidad de plantearse factores de incidencia relacionados a la cultura, la sociedad o el ámbito educativo.

Acompañando el recorrido realizado por Egea García y Saravia Sánchez (2004), emerge que en la década de los 50, la AAMR integra en las nuevas ediciones, la diferenciación etiológica entre lo que sería retardo mental “de nacimiento” y lo que se catalogaría como una enfermedad mental o lesión cerebral, devenida de una enfermedad o un accidente. En esa década también se incluye un criterio de conducta adaptativa. No sólo se toma en cuenta el desempeño de la persona en las pruebas estandarizadas, se considera además la etiología y la capacidad con que cuenta el sujeto de adaptarse a las condiciones que le impone su medio.

En adelante, las siguientes ediciones sufrieron modificaciones terminológicas, hasta que en el año 1992 en la novena edición, se produce un cambio de paradigma.

La nueva definición de retraso mental, incluye el funcionamiento intelectual significativamente menor a la media, junto con limitaciones en dos o más áreas

adaptativas. Indica que la edad de comienzo ha de ser antes de los 18 años. Para poder aplicar la definición deben considerarse cuatro premisas, el concepto ambiental y ecológico, las habilidades adaptativas y el sistema de apoyos.

La edición 2002, revisa la anterior conceptualización acercándose al uso de terminología propuesta por la CIF, sin suponer un cambio en el modelo interpretativo. Mantiene características de ediciones anteriores, como continuar utilizando el término retraso mental. A este respecto, se ha sentado el debate acerca de “cómo nombrar” desde finales de los años 80. Una de sus principales causas es el reducir la comprensión de las personas limitadas intelectualmente a una categoría diagnóstica psicopatológica. Sumado a esto, se agrega el carácter peyorativo que implica el significado de retraso mental. (Verdugo, 2003)

Según la CIF, la discapacidad intelectual y del desarrollo es “... aquella que presenta una serie de limitaciones en las habilidades diarias que una persona aprende y le sirven para responder a distintas situaciones en la vida” (CIF-OMS, 2001.) involucrando limitaciones en el aprendizaje y la comprensión, así como en la conducta adaptativa y apareciendo antes de los 18 años.

En el año 2010, siendo la antigua AAMR denominada ahora AAIDD, Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, realiza un notorio cambio aggiornando terminológicamente el nombre de la asociación y cambiando en su definición la denominación *retraso mental por discapacidad intelectual*, en armonía con la definición propuesta vinculada a un trastorno del desarrollo.

A propósito de esto, una perspectiva contemporánea interesante vinculada a este concepto, es la postura adoptada por Miguel Angel Verdugo para definir la discapacidad intelectual. En *Desarrollos Diferentes* (Gutiérrez y Brioso, 2017), propone, en referencia a situaciones evolutivas que escapan de los cursos típicos ontogenéticos habitualmente esperados en el desarrollo del ciclo vital del individuo, hablar de *desarrollos diferentes*. Esta forma de nombrar, cumple el cometido de romper con utilizar una denominación reduccionista, que limita la comprensión de las personas con dificultades intelectuales a una categoría diagnóstica psicopatológica.

## 2.5 ¿Qué sucede en Uruguay?

\_\_\_\_\_En Uruguay, el paradigma social de la discapacidad se ha asimilado en algunos ámbitos académicos e institucionales, mientras que cobran fuerza y relevancia a nivel de otras instituciones y servicios para las personas con discapacidad, paradigmas como el modelo médico de la discapacidad y el modelo bio-psico-social.

Puede decirse entonces, que las formas de entender y explicar la discapacidad, responden a determinadas concepciones filosóficas que le dan sustento y posicionan a los profesionales de la salud. Éstos adhieren a ellas en una determinada ideología manifiesta en la construcción de sus prácticas. Con “construcción de sus prácticas”, se refiere a la selección y utilización de herramientas de evaluación, con los consiguientes seguimiento, derivación y/o tratamiento.

Continuando en lo local, en el ámbito científico académico, la Facultad de Psicología de la UdelaR, el Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología entre sus prácticas contó con “Abordajes de la Discapacidad”. Dentro de sus fines se encontraba el aportar al análisis crítico de la persona en situación de discapacidad, problematizando la construcción del sujeto así como también el análisis y construcción de herramientas metodológicas, alineados con el paradigma social de la discapacidad. Sumado a lo anterior, se propuso en sus objetivos el adaptar y estandarizar instrumentos psicológicos para la población uruguaya. (Programa Discapacidad y Calidad de Vida, 2013)

Es así que, el Instituto de Fundamentos y métodos en Psicología (IFyMP) a través del programa antes mencionado sostiene desde el año 2001 hasta la actualidad un convenio con la Secretaría de Gestión para la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo, destinado a brindar servicios a las personas con discapacidad, orientados por la perspectiva de derechos.

Partiendo de su celebración y hasta el año 2016, una de las finalidades del convenio fue brindar atención psicológica a las personas con discapacidad y a sus familias, a través de actividades de extensión universitaria.

La demanda de servicios asistenciales de las personas con discapacidad que recibió dicho servicio, puso de manifiesto las dificultades que esta población encuentra para el acceso a la consulta psicológica en otras instituciones, tanto públicas como privadas. Puede inferirse que esta situación se relaciona con las inequidades de acceso y cobertura que aún presenta el Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 18211), pero también subyace la hipótesis de la carencia de profesionales con formación específica en esta temática. Los estudiantes de grado integrados cada año a esta práctica del servicio, realizaron atención psicológica y social a las personas con discapacidad y a sus familias, incluyendo el diagnóstico psicológico, orientación frente a la inclusión social, laboral y educativa, asesoramiento frente al diagnóstico de la discapacidad e intervenciones tempranas, entre otros.

En el año 2014, se presenta un informe de las actividades del servicio de atención psicológica a personas con discapacidad y sus familias brindada durante el año 2013, documento de circulación interna al IFyMP. En el año 2017, se hace lo mismo con las actividades correspondientes a los años 2014 y 2015.

El informe del año 2013, dice que del total de consultas recibidas en ese período, el 34.62% fueron para niños y niñas de hasta 10 años. Le continúa en porcentaje el grupo de entre 11 y 18 años con el 21,15% de las consultas recibidas. El motivo de consulta prevalente en ese año fue la valoración de la discapacidad, con el 42.98% del total de las demandas, siendo de éstas el 32% destinada a gestionar pensiones ante el BPS, seguido por un 24% de los casos solicitadas por las escuelas, vinculadas a dificultades en los procesos de aprendizaje. Instituto de Fundamentos y Métodos (2013).

En el año 2014, del total de consultas recibidas, el 23.33% fueron de niños y niñas hasta 12 años, seguido en tendencia, al igual que el año anterior, por el grupo comprendido entre 13 y 18 años con el 22.22% de las solicitudes. Con respecto al motivo de consulta, se mantiene la tendencia del año anterior, siendo el 48,88% de

las consultas valoraciones de la discapacidad. En este informe se detecta que el motivo de consulta que ocupa el segundo lugar en cantidad de consultas, tiene que ver con los aspectos cognitivos de la persona, es decir, específicamente se pide que se valore su capacidad intelectual. Dicha demanda supone el 20% de las recibidas en el año.

El 2015 mostró que el grupo hasta 12 años ocupó el 21,18%, manteniendo en cantidad numérica aproximadamente los mismos valores que los años predecesores. El grupo etéreo con mayores consultas del 2015 fue el de 19 a 30 años con el 35% del total. Los motivos de consulta repiten la tendencia del año 2014, siendo el primero la valoración de la discapacidad, 54,11% y valoración cognitiva, 27,05% del total de las consultas. (Instituto de Fundamentos y Métodos, 2017).

En el año 2020 se conocen los resultados de una investigación desarrollada en la Intendencia de Montevideo (IM) por María José Bagnato y Julia Córdoba. La mencionada investigación se ampara institucionalmente en una práctica pre profesional de la Licenciatura en Psicología de la UdelaR. El estudio se cimentó sobre la base de la prestación para personas con discapacidad permanente o transitoria, denominada Tarjeta de Gestión Social. Anualmente la IM otorga unas 12000 de estas tarjetas, que benefician a sus usuarios con acceso gratuito al transporte público de Montevideo y también otorga acceso libre a espectáculos culturales y deportivos.

Si bien el estudio se orientó a personas mayores de 14 años, es decir, que no incluye a la población objetivo de esta investigación, aporta datos interesantes acerca de la situación de las personas con discapacidad en Montevideo, que pueden trasladarse a ésta. Para obtener la prestación, la persona constata su situación de discapacidad por medio de certificados médicos, diagnósticos asociados a la misma y/o tratamientos por enfermedad. A aquellas personas que poseen pensión por invalidez del BPS se les adjudica directamente. Esto significa que los criterios para la asignación de la prestación son heterogéneos ya que dependen de los criterios de evaluación de instituciones en donde las personas soliciten su certificación de discapacidad. En otras palabras, el punto de partida es información técnica

diagnóstica que no aporta datos acerca de las funciones y actividades que se ven afectadas por esta condición de salud y cuáles están conservadas. El estudio muestra que la información reunida expresa cómo la discapacidad es considerada desde distintos diagnósticos basados en disímiles criterios, dependiendo de la institución que la determine.

Con respecto al acceso a la salud, refiere que las personas con discapacidad cuentan con acceso a cobertura, y en muchos casos se identifica como la actividad principal de las personas. No obstante esto, esa cobertura sanitaria no da cuenta de una atención integral de la discapacidad, sino que se encuentra vinculada a controles farmacológicos, controles médicos o consultas con especialistas, tratamientos y diagnósticos específicos. Con respecto a los informes técnicos necesarios para el otorgamiento de prestaciones, el estudio desvela que no todas las personas con discapacidad cuentan con el acceso a los mismos.

Algo similar sucede con el acceso a programas de educación o trabajo, que tienen la característica de ser acotados en el tiempo, desde el supuesto de que al finalizar, se hayan solucionado las dificultades que la persona con discapacidad y su familia puedan presentar.

Entonces, el estudio muestra que las actividades para las que menos utilizan los entrevistados la prestación es para aquellas relacionadas con la educación, el trabajo y los cuidados. Esto choca con la perspectiva de derechos, dado que desde ésta, la plena inclusión social y participación está relacionada de manera estrecha, con el acceso a la educación y al mundo del trabajo.

Finalizan concluyendo que a la luz de los resultados obtenidos, se advierte una mirada parcializada para el abordaje de las situaciones de discapacidad. Alertan que lo anterior evidencia que es necesario a la hora del diagnóstico, la valoración, rehabilitación y tratamiento de la discapacidad, establecer criterios técnicos e instrumentos estandarizados que permitan tomar en cuenta las barreras y facilitadores para la plena inclusión. (Bagnato, M.J. y Córdoba, J., 2020)

## ***2.6 Discapacidad, salud y Legislación uruguaya***

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), Ley 18211, tiene el cometido de reglamentar el derecho a la protección de la salud de todas las personas habitantes residentes de la República, estableciendo y garantizando las modalidades de acceso a los servicios integrales de salud. Articula y monitorea los servicios de los prestadores de salud integral públicos y privados, así como establece disposiciones sanitarias que son de orden público e interés social.

Tiene como principios rectores entre otros, la promoción de salud, la intersectorialidad de las políticas de salud con aquellas otras orientadas a la mejora de la calidad de vida de los habitantes, la cobertura universal, accesible y sustentable de los servicios que han de ofrecer prestaciones equitativas, oportunas y continuas. La atención integral y de calidad debe respetar los principios bioéticos y los derechos humanos de las personas usuarias en acuerdo con normas técnicas y protocolos de actuación.

Cabe mencionar además, que sus objetivos se orientan a alcanzar el nivel más alto posible de salud de la población, mediando para esto con actividades de promoción de vida saludables dirigidas a la población y al medio ambiente de manera participativa, ejecutando un modelo de atención integral sustentado por una estrategia sanitaria común, políticas articuladas, integralidad de programas, protección, diagnóstico precoz, tratamiento pertinente, recuperación, rehabilitación. (Parlamento Nacional, 2007)

Por otra parte, la Ley de Salud Mental 19529 (2017), emplazada en el marco del SNIS, tiene el objetivo de garantizar el derecho a la protección de la salud mental desde una perspectiva de derechos, a todas las personas residentes en Uruguay y particularmente de aquellas usuarias de los servicios de Salud Mental. Al igual que el SNIS, sus disposiciones son de orden público e interés social.

El artículo 2 de la referida Ley, define: “se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades,

puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

Este estado de bienestar descrito como salud mental, es dinámico y dependiente de componentes históricos, sociales, económicos, culturales, biológicos y psicológicos (Parlamento, 2017).

En relación a la protección de la salud mental, la Ley aclara que incluye la promoción y prevención en salud, así como tratamiento y rehabilitación de forma de dar las máximas condiciones posibles de ejercer el derecho a una vida digna para todas las personas, en particular a aquellas con trastorno mental.

Se hace énfasis en destacar “en particular a aquellas con trastorno mental”. ¿Cómo define la legislación uruguaya el trastorno mental? Dice que es la presencia de un cúmulo de síntomas y conductas que pueden ser identificadas clínicamente. Dichas conductas generan malestar e interfieren en el funcionamiento personal en la mayor parte de los casos. (Parlamento, 2017)

En referencia a la prestación de atención en salud mental, ésta ha sido integrada a los servicios de salud públicos y privados a través del Plan Nacional de Salud Mental, consecuencia del cambio en el modelo sanitario de nuestro país antes mencionado. Los servicios tienen como objetivo la realización de intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental. El documento del Plan de Implementación en Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, elaborado por el MSP, regula el funcionamiento de los dispositivos individuales y grupales de abordaje terapéutico.

Se asume que la discapacidad intelectual se encuentra dentro de los temas inherentes a la salud mental, pero, no se encuentra una postura específica en la ley respecto de estrategias sanitarias orientadas a satisfacer las necesidades de atención y tratamientos para esta población, que distan de ser las mismas que las requeridas por las personas con dificultades en su salud psíquica.

En la última década se han producido movimientos a nivel de legislación local en relación a las personas en situación de discapacidad: la ley de Protección Integral

de Personas con Discapacidad (2010) deviene de la modificación de la Ley No. 16.095 del año 1989. Fue aprobada el 10 de febrero de 2010 con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas en forma directa o indirecta por alguna discapacidad.

El capítulo VI de la mencionada ley, en el artículo 38, refiere a que el MSP, en coordinación con la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad con jurisdicción en el Ministerio de Desarrollo Social (Mides), a través de la Junta Nacional de Salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, realizará la certificación de la existencia de la discapacidad, su naturaleza y el grado de ésta. Refiere también a la creación de un órgano encargado de realizar la certificación única válida para todas las instituciones de prestaciones sociales, independiente de las mismas. El artículo propone que esté integrado por profesionales de la medicina, la psicología y trabajo social idóneos en la temática y se conforme dentro los ciento ochenta días siguientes a la promulgación de la ley. El órgano en mención, tendrá presente para el establecimiento de baremos e instrumentos de valoración en que apoye la certificación, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS-CIF), así como proveerá a los servicios públicos, la información necesaria para el mejor cumplimiento de la ley.

Lo cierto es que, a más de 10 años de promulgada la Ley, varios de los contenidos continúan sin reglamentar, entre ellos, el artículo 38 del capítulo VI, referido a la certificación de la discapacidad.

No obstante lo anterior, se han producido avances. Los días 19 y 20 de noviembre del año 2019, se realizó un taller organizado por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (ONU), la Agencia Uruguay de Cooperación Internacional y la Alianza de Organizaciones para los Derechos de las personas con discapacidad denominado: “Taller de Nivelación de Conocimiento en la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) como herramienta de valoración de la discapacidad”. En dicha actividad se compartió la información de que se está realizando la sistematización y organización de la información acerca de la valoración de la discapacidad en nuestro país como parte de la armonización de datos. De este procedimiento surge que pudieron rastrearse

siete organismos diferentes con siete formas distintas de valoración de la discapacidad. Allí se aclara también que podemos pensar al menos en nueve, dado que el Ministerio de Interior y el Ministerio de Defensa no aportaron datos de cómo valoran a sus funcionarios/usuarios por quedar por fuera de las obligaciones impuestas por la Ley 18651.

En la actualidad y encuadrado en el proyecto “Integración de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad en el Marco de Cooperación ONU 2021-2025 y las Acciones de Recuperación Covid-19”, se está desarrollando en Uruguay, el proceso de construcción de un instrumento único para la valoración de las personas en situación de discapacidad, acorde a lo normativo, estipulado en la Ley 18651 del año 2001.

## **2.7 Aportes censales**

La puesta en marcha de políticas públicas se nutre con la información que aportan a nivel local, los censos poblacionales y las encuestas permanentes, entre otras, para definir prioridades en los diseños de planes y programas.

En el país, la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (2004), el Módulo Salud de la Encuesta Continua de Hogares Ampliada (2006) y el Censo de Población del 2011, del Instituto Nacional de Estadística, son quienes aportan los datos oficiales sobre la discapacidad. Cabe destacar que los datos acerca de la discapacidad aportados por estas fuentes de información no son homologables, si bien en conjunto aportan las referencias básicas para una aproximación a las características y necesidades de esta población.

El Censo 2011 incluyó en sus cuestionarios la temática de la discapacidad apoyándose en la CIF (OMS) como marco conceptual. Puso en evidencia que el 15,8% de la población del país, se encuentra en situación de discapacidad permanente, siendo el 9,4% mujeres y el 6,8% varones. Del total de la población con

discapacidad se observa que el 64,1% se encuentran en el interior del país y el 35,9% se hallan en Montevideo. Respecto de la discapacidad en la infancia-adolescencia, el Censo 2011 arroja que el 9,2% de la población con discapacidad son niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años. El tipo de discapacidad que prevalece entre niñas, niños y adolescentes a nivel del país es la discapacidad intelectual, seguida por las sensoriales visual y auditiva, y por último las motrices (INE, 2011).

Si bien en el Censo de Población y Vivienda 2011 se integra por primera vez un apartado para discapacidad, no se recoge información acerca del acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud ni del funcionamiento de programas y prestaciones específicos para esta población. Esto reafirma lo observado por la OMS (2011) en el Informe mundial sobre la discapacidad, donde alerta acerca del pobre acceso y escasa oferta en relación a los sistemas de salud para las personas con discapacidad.

Se debe agregar que Unicef elaboró una publicación en el año 2013 denominada “La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay. La oportunidad de la inclusión”, donde en base a microdatos del censo indica que la franja etaria de mayor prevalencia de la discapacidad en la infancia está ubicada entre los 10 y 14 años. El referido análisis plantea que 23.472 niños de entre 6 y 17 años tienen dificultades para aprender o entender, señalando que conforme esto, las discapacidades de tipo intelectual ocupan el mayor porcentaje dentro del grupo de edad entre 0 y 17 años. Por medio de datos aportados por la Encuesta Continua de Hogares Ampliada (2006), Unicef extrae que la incidencia de la discapacidad en la infancia tiene una presencia del 70% más en los hogares pobres que en los que no lo son.

*Si bien no existen estudios especializados, algunos de los testimonios recogidos de profesionales de la salud y la educación durante la preparación del presente informe destacan casos en los cuales el déficit intelectual (así como un empobrecimiento de las habilidades sociales) aparece con*

*frecuencia en niños que viven en contextos familiares y sociales afectados por la precariedad y la pobreza. Esta mayor prevalencia de las limitaciones para aprender y comprender expresa los efectos que la pobreza ha tenido en décadas pasadas sobre la población infantil, con el consiguiente empobrecimiento en las habilidades de crianza. (Meresman, 2013:26)*

Al respecto de lo anterior, en 2008, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay publica en su revista un artículo que analiza las características epidemiológicas de la salud mental de los niños de Montevideo. Es interesante su aporte porque la muestra se tomó en niños de 6 a 11 años, escolarizados en instituciones de enseñanza pública y privada. Allí se encuentra que del total de la muestra, el 20,1% de los niños se encuentran en una zona de prevalencia de problemas emocionales y conductuales diagnosticables, es decir, de patología. En tanto el 15,6% del total, está en zona de riesgo. En resonancia con los anteriores aportes de Meresman, respecto de la situación en Uruguay de niñas y niños con discapacidad, la Sociedad de Psiquiatría observa que el 28% de la muestra tiene madres que solamente cursaron enseñanza primaria, el 18% provienen de hogares donde se identifica que viven en situación de hacinamiento y el 38% presenta problemas de aprendizaje. Tanto la escasa instrucción materna, como la pertenencia a un medio social desfavorecido, representan, de acuerdo a este estudio, factores que incrementan el riesgo de aparición de dificultades en la salud mental. Se halló en el 49,3% de los niños de Montevideo, esa doble asociación. (Viola et al, 2008)

### **3. Grupo objetivo seleccionado para la investigación.**

En base a esta información se pretende para la presente investigación, realizar un recorte que contemple como grupo objetivo a los técnicos que trabajan en el diagnóstico de la discapacidad intelectual en la franja etaria entre 6 y 12 años. Esta elección se apoya, además de lo anterior, en los datos estadísticos generados

en el año 2013 desde el programa “Discapacidad y Calidad de Vida”. De acuerdo a los mismos, el 43,75% de las consultas que recibió el servicio de “Abordajes en la Discapacidad”, lo hicieron para solicitar valoraciones. Dentro de ese grupo, el 34,62 % están entre los 0 y 10 años, el 21,15 % entre los 10 y 18 años y el 20,19 % entre 19 y 30 años.

De lo anterior se destaca que el grupo con mayor número de consultas se ubica en la franja etaria de 0 a 10 años, etapa en la que se considera trascendente poder realizar intervenciones tempranas y discriminar entre dificultades de aprendizaje y discapacidad intelectual, ya que en ambos casos se necesitan apoyos, pero de diferente naturaleza. En relación complementaria, encontramos interesantes datos acerca de la procedencia de las derivaciones. Las personas llegan al servicio, en primer lugar, desde los centros educativos, mayoritariamente escuelas. En segundo término, llegan por reiteración de consulta o por información aportada por algún usuario. En tercer lugar se encuentran las instituciones civiles y por último los servicios de salud.

En el año 2014, del total de consultas recibidas por este mismo servicio, el 23.33% fueron de niños y niñas hasta 12 años. El 50% de esas consultas fueron para valoración cognitiva, seguido por un 25% para apoyo psicológico.

El 2015 mostró que el grupo de hasta 12 años ocupó el 21,18% del total de las consultas, manteniendo en cantidad numérica aproximadamente los mismos valores que los años predecesores. Instituto de Fundamentos y Métodos (2017).

Otro de los pilares en que se fundamenta el recorte es el hecho de que las personas con discapacidad que tienen deficiencias intelectuales, presentan factores vinculados con lo afectivo, lo vincular, y otros que son inherentes a los procesos de enfermedad y es necesario contemplar. (Bagnato, Da Cunha, Falero, 2011)

De acuerdo a lo referido antes, se observa que la institución escolar es una de las primeras en denunciar las diferencias entre los niños, cuando fracasan los intentos homogeneizadores y normalizadores. Se reciben en los servicios de salud, informes escolares donde se solicita la evaluación de especialistas, con la finalidad de mejorar el tránsito del niño/a por el ciclo escolar, generalmente ya pasados

algunos años de fracaso del niño o niña en la escuela. Las evaluaciones, según la investigación realizada por el Grupo de Estudios sobre Discapacidad de la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR, suelen redundar en diagnósticos de discapacidad intelectual, ya que “por algo” el niño ha fracasado en la educación común. (Angulo, S., Díaz, S. y Míguez, M.N., 2015)

Cabe señalar que a nivel nacional, se conoce que el Banco de Previsión Social, utiliza para otorgar subsidios a las personas con discapacidad intelectual, un baremo diagnóstico proveniente del decreto nro. 306/013 del Poder Ejecutivo, basado en el CI. La discapacidad recae entonces, en las áreas cognitivas, pero, como se mencionó anteriormente, involucra otros aspectos que tienen que ver, por ejemplo, con la dificultad del sujeto para mantener un adecuado control de su vida, aspecto este que establece diferencias significativas en las posibilidades de salud e inclusión de las personas.

En su Memoria Anual 2019 (2020:27) el Banco de Previsión Social explica que las AYEX constituyen uno de los beneficios más importantes y de mayor continuidad en el organismo. Estas prestaciones apuntan al fortalecimiento de la inserción social, educativa y cultural, así como a la rehabilitación de niños y adultos con discapacidad y/o alteraciones en el desarrollo. Dentro de los servicios que devienen de las AYEX, se encuentran: locomoción, fonoaudiología, fisioterapia, psicomotricidad, psicología. La memoria indica que durante el año 2019 las ayudas brindadas fueron un total de 30.226.

A continuación se toma del mencionado informe, la siguiente gráfica que muestra la evolución de la cantidad de usuarios usufructuantes:



Fuente: Gerencias de Prestaciones Económicas.

No se halló en el documento Memoria anual 2019 discriminación de la información de AYEX por franjas etáreas y tipos de prestación.

---

## **4. Conceptos clave**

A la hora de estructurar el andamiaje teórico en el que basar la investigación, se considera indispensable intentar delimitar a qué se refiere con los conceptos: servicios de salud, diagnóstico y evaluación psicológica, así como discapacidad intelectual.

### **4.1 Servicios de Salud**

Respecto de los Servicios de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende que este concepto abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos que tiene como principal objetivo llevar adelante actividades encaminadas a mejorar la salud. En forma genérica, dichos sistemas engloban el sector público y privado, tradicional e informal.

La mencionada Organización propone como funciones principales de un sistema de salud, la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y gestión de los mismos. Entiende además que el principal responsable por el desempeño integral del sistema de salud de un país es el gobierno, no desatendiendo el papel protagónico y definitorio que juega una buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. La OMS afirma, que en la lucha contra la pobreza y el fomento del desarrollo de los países, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el incremento de la equidad de los mismos, son estrategias fundamentales.

Orientado por estos principios, en Uruguay en el año 2005 se inicia la reforma del sistema de salud, basándose para su diseño en los principios de universalización y accesibilidad. Reconociendo el acceso a la salud como un derecho de las personas que contribuye al desarrollo individual y social, establece sus lineamientos programáticos partiendo de las definiciones del gobierno, nutriéndose del consenso con el Consejo Consultivo para el Cambio en Salud y contemplando las aportaciones de las gremiales médicas, movimientos sanitaristas, federaciones de funcionarios de la salud, organizaciones sociales y del movimiento estudiantil.

Se construye entonces el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se promueve la descentralización de los servicios de la Asociación de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la reapropiación por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) del rol como única autoridad rectora sanitaria, conforme así lo asignan la Constitución y las leyes.

Se crea el Fondo Nacional de la Salud (FONASA), que reúne todos los fondos de la seguridad social que tengan como destino el financiamiento de los servicios de salud. Acción realizada con el espíritu de promover la cooperación e integración entre prestadores de salud públicos y privados, así como optimizar los recursos para mejorar el acceso a las prestaciones. (MSP, s/d).

Datos de la OMS del año 2020, refieren que el 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad, porcentaje que se espera vaya en aumento por tendencias demográficas y el aumento de enfermedades crónicas, entre otras.

No obstante eso, tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria, lo que motiva que sus necesidades muchas veces no sean cubiertas. Cuando existen servicios para personas con discapacidad, suelen ser insuficientes en recursos y calidad. Alerta también de la imperiosa necesidad de ampliar los servicios que brindan atención destinada a esta población en atención primaria, en especial lo que refiere a intervenciones de rehabilitación. En el mencionado informe, se destaca la escasa cantidad de países que compilan información adecuada para realizar un desglose en el sector sanitario en función a la discapacidad. (OMS, 2020)

Respecto de las barreras para el acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad, la OMS informa que se relacionan varias causas: costos elevados, dificultades con el transporte, una limitada oferta de servicios, personal sanitario sin la adecuada capacitación y barreras físicas.

Asimismo, se afirma que la discapacidad no se identifica como un problema de salud pública, por lo tanto frecuentemente no se da la debida atención en los planes y estrategias sanitarios a la aplicación de la normativa de la Convención sobre las Personas con Discapacidad.

A propósito de las acciones para la inclusión de la discapacidad en los servicios de salud, la OMS indica que los ministerios de salud deben alinearse con ese objetivo, orientados a proporcionar a las personas con discapacidad, equidad en el acceso a servicios eficientes, protección durante emergencias sanitarias y acceso a servicios sanitarios transversales. A los gobiernos les sugiere la evaluación de políticas y servicios, y el establecimiento de normas de asistencia en relación con las personas con discapacidad. Aplicar estrategias de financiamiento para hacer equitativos y accesibles los servicios de forma de proporcionar exámenes, tratamientos y seguimiento integrales en servicios de salud públicos o privados. (OMS, 2020)

#### ***4.2 Diagnóstico, evaluación y valoración psicológica***

El compromiso que supone cualquier sistema de clasificación es delicado si se considera que a partir de los mismos se planifican acciones y servicios para las personas involucradas.

En el caso de la discapacidad intelectual, el diagnóstico de la misma se realiza a través de una evaluación psicológica. En su producción acerca del diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual P. Navas, M. Á. Verdugo y L. E. Gómez (2008), citan las afirmaciones de Lorian y McLaughlin (2008) quienes postulan que históricamente los sistemas de clasificación de la discapacidad intelectual, han tenido como finalidad comprender la naturaleza de la misma y su implicación diagnóstica y de intervención. Asevera que dichas intervenciones son

formuladas desde modelos médicos como “compartimentos estancos” utilizados para homogeneizar necesidades y acceso a distintos recursos y/o servicios. Navas, Verdugo y Gómez, entienden que por su resistencia al cambio estos sistemas, acaban perdiendo su finalidad de organizadores de la información, para homologarse con una forma de comprender el fenómeno en sí.

Pensándolo desde la semántica, “Evaluación Psicológica” proviene de “*assessment*”: “valoración”, “evaluación” refiere al proceso y a las herramientas en el análisis de los sujetos desde el punto de vista psicológico mientras que “valoración” o “*evaluation*” se utiliza para otorgar la calidad de valor o eficacia a algo. En función a esto, desde la Psicología podríamos pensar a la valoración como el continuo de la evaluación.

En este sentido, Fernández Ballesteros (1999) define la evaluación psicológica como una "disciplina de la Psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto (o un grupo especificado de sujetos) con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta". Otro autor, esta vez Garaigordobil (1998) postula que la evaluación psicológica es “aquella disciplina que explora y analiza el comportamiento de un sujeto o grupo con distintos objetivos (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de dispositivos (test y diversas técnicas de medida y/o evaluación) tanto para la evaluación de aspectos positivos como patológicos.”

Por su parte, el objeto de la evaluación, según Forns, Abad, Amador, Kirchner y Roig (2002) “es el análisis de la persona, de sus conflictos o problemas (...) Las acciones humanas llevadas a cabo con el objeto de hacer cambiar la conducta personal o social pueden ser también objeto de evaluación. Así, la evaluación de tratamientos o la evaluación de programas, forman parte de la acción evaluadora.”

Es entonces que, a través de las diferentes definiciones, vemos que los conceptos de “evaluación” y “valoración” pueden entenderse como sinónimos, dado que presentan cierta relación y puntos coincidentes en la Psicología, pero a su vez implican conceptos diferentes. Mientras que evaluación refiere a la recogida de

información acerca del caso, técnicas y procedimientos a aplicar, selección de tratamiento, en suma, al proceso y herramientas en el análisis psicológico, valoración se utiliza para nominar al conjunto de actividades por las que se llega a determinar la eficacia de algo, por ejemplo, una intervención, con el fin de verificar las hipótesis funcionales sobre la situación. La valoración puede ser definida en términos de una investigación sistemática del éxito de tratamientos, intervenciones o programas, que son ejecutados a fin de producir cambios comportamentales en el contexto social.

Sobre el nacimiento de los sistemas diagnósticos y de clasificación de la discapacidad intelectual, Da Silva y Coelho lo conciben en el ámbito educativo y posteriormente, a principios de este siglo, amarrado a la Psicología y el auge de la psicometría.

#### ***4.4 Discapacidad intelectual***

---

Continuando en la línea del desarrollo anterior, pensar teóricamente la discapacidad intelectual supone un maridaje de larga data con el concepto de Coeficiente Intelectual (CI). La tendencia naturalizada impresiona ser el amarrar conceptualmente uno al otro.

El concepto de Coeficiente Intelectual se relaciona rápidamente con las capacidades de las personas, un CI por debajo de la norma implica una connotación negativa para la misma. Sistemas de clasificación como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, o el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, históricamente han calibrado sus definiciones de discapacidad intelectual y la clasificación de la misma, en estrecha relación con el índice de CI.

Los análisis y críticas que han devenido de estas prácticas de evaluación clínicas y psicométricas han movilizado la mejora de las técnicas y la necesidad de ampliar los criterios a considerar a la hora de conceptualizar la discapacidad intelectual. Da Silva y Coelho (2008), citan a varios autores contemporáneos: Feldman (2001), Paasche et al. (2010), Alonso y Bermejo (2001), que introducen en la discusión la presencia de los factores sociales como facilitadores o

discapacitantes, además de seguir reconociendo los factores médico-biológicos como determinantes.

Por su parte, la OMS, aprueba en el año 2001 la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” que muta conceptualmente de “consecuencias de la enfermedad” a “funcionamiento”, desde una mirada positiva. El objetivo principal de dicha clasificación es proporcionar un lenguaje estandarizado y unificado, referencial, para describir la salud y los estados relacionados con ella.

Estas cuestiones son tenidas en cuenta en el DSM-V, editado en el año 2014, que vira su perspectiva en relación a su edición anterior, hacia una mirada que al definir los criterios diagnósticos para la discapacidad intelectual integra además de los aportes de la psicometría en relación al CI, la evaluación del funcionamiento de la persona. El DSM-V, incluye la discapacidad intelectual en una supra categoría denominada Trastornos del neurodesarrollo, desdibujando así las fronteras entre trastornos y discapacidad.

El DSM-IV indica por trastorno:

*“...una agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir un patología, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes... Es conceptualizado como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor), a una discapacidad (p.ej., deterioro en una o más áreas del funcionamiento...) (DSM-IV, 1995, p. 786)*

Los trastornos producen deficiencias que afectan el accionar de las personas en diferentes áreas. Discapacidad y trastorno, demandan entonces necesidades de apoyo y recursos parecidos. Discapacidad y trastorno, presentan límites difusos. Por este motivo, Miguel Ángel Verdugo, en el capítulo 1 de Desarrollos Diferentes (Gutiérrez y Brioso, 2017) opta por hablar de *desarrollos diferentes*, para referir a

situaciones evolutivas que escapan de los cursos típicos ontogenéticos esperados, habituales, frecuentes, en el desarrollo cognitivo, atencional, motriz, del lenguaje, la comunicación, las emociones, que suelen acompañar a la persona durante su ciclo vital.

El modelo multidimensional de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD, propone que la discapacidad intelectual no es algo que la persona es o tiene, tampoco como un trastorno médico o mental, nos dice: *“ La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.”*(Alonso, M.A.V. y AAIDD, 2011:33).

Esta definición, según nos explica la AAIDD, no puede aparecer sola. Demanda una perspectiva multidimensional, que considere cinco premisas fundamentales. La primera, tiene que ver con que las limitaciones en el funcionamiento tienen que valorarse considerando los contextos típicos comunitarios de los iguales en edad y cultura. La segunda premisa indica que para tomar como válida la evaluación, ha de haber tenido en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en la comunicación, factores conductuales, sensoriales y motores. La tercera, recuerda que en la diversidad funcional de una persona, coexisten habilidades y limitaciones. La cuarta premisa dice que la descripción de las limitaciones del desarrollo tiene que tener entre sus objetivos, el diseño de un perfil de apoyos. Y la quinta, dice que con los apoyos adecuados y sostenidos, la persona obtendrá mejoras en la mayoría de los casos (Alonso M.A.V y AAIDD, 2011).

La postura multidimensional entonces, permite dar cuenta de la interacción de la persona con sus contextos así como los productos que resultan de esa interacción vinculados con la autodeterminación, independencia, relaciones, bienestar personal, participación educativa y comunitaria. Destaca la complejidad del ser humano, en relación a que con las limitaciones, coexisten talentos.

Esta investigación centra su interés en la discapacidad intelectual leve, definida en la actualidad según el DSM-V (2014) en función al funcionamiento

adaptativo y no según el Cociente Intelectual, en el entendido de que el funcionamiento adaptativo es el que determina los apoyos requeridos por la persona. Los criterios diagnósticos que definen la discapacidad intelectual leve en la infancia entonces, tienen que ver, en el dominio conceptual, con dificultades en el aprendizaje académico. Involucrando aptitudes relacionadas al dominio de la lectoescritura, aritmética, el tiempo o el dinero, requiriendo ayuda en uno o más campos para poder alcanzar los logros esperados para su edad. En los niños de edad preescolar, pueden no haber diferencias manifiestas respecto de sus pares en edad y cultura.

En el dominio social, puede percibirse inmadurez en la percepción, aprendizaje y uso de patrones sociales de comportamiento en relación a lo esperado para su edad y contexto. Pueden existir dificultades en la regulación de la emoción y del comportamiento, así como una comprensión limitada del riesgo en las situaciones sociales. El juicio social es inmaduro para la edad. Respecto del dominio práctico, el niño logra funcionar de forma apropiada en las tareas que involucran el cuidado personal, pudiendo requerir ayuda para tareas complejas de la vida cotidiana en comparación con sus iguales. Las actividades recreativas son en general las mismas a las de los grupos de su edad, necesitando ayuda al respecto del criterio relacionado al bienestar y la organización del tiempo de ocio.

Si bien la literatura citada refiere que el coeficiente intelectual no es criterio suficiente para establecer el diagnóstico de discapacidad en ninguno de sus niveles, para la discapacidad intelectual leve, se considera un rango guía de CI entre 50-55 y 70-75, criterio que es tenido en cuenta para realizar diagnósticos.

Conviene subrayar que dentro de la discapacidad intelectual el grupo diagnosticado como leve, es el de mayor incidencia poblacional, abarcando el 85% del total de las discapacidades intelectuales.

Lo dicho hasta aquí supone que para diagnosticar una discapacidad intelectual leve, es requisito que se cumplan los tres criterios diagnósticos determinados por el DSM-V para la discapacidad intelectual. En el rango de discapacidad intelectual leve, el diagnóstico diferencial cobra valor en relación a poder discernir las diferencias clínicas con los trastornos de la comunicación y los

trastornos del aprendizaje. Ambos trastornos no presentan deficiencias en el comportamiento intelectual y adaptativo. El trastorno del desarrollo intelectual, ha de diferenciarse también de los trastornos neurocognitivos y de los trastornos del espectro autista.

El DSM-V (2014), refiere que la AAIDD utiliza el término discapacidad intelectual con un significado similar al del DSM-V, con un uso clasificatorio multidimensional en lugar de categórico, poniendo el acento en el perfil de apoyos de acuerdo a la gravedad.

Por su parte, la CIE 11 (2018) define que un trastorno intelectual de tipo leve, es originado durante el período de desarrollo del individuo. Está caracterizado por un funcionamiento intelectual y desarrollo adaptativo significativamente descendidos en relación al promedio. Refieren dos o más desviaciones típicas por debajo de la media, determinadas por pruebas estandarizadas y normalizadas, aplicadas de manera individual o utilizando indicadores de comportamiento comparables si no se contase con las pruebas estandarizadas.

Los criterios diagnósticos considerados por esta clasificación remiten a la presencia de dificultades en la adquisición y comprensión de conceptos de lenguaje complejos y habilidades académicas. Realiza la salvedad de que a pesar de lo anterior, las actividades principales de autocuidado, domésticas y prácticas, suelen permanecer conservadas. Si bien pueden requerir apoyos, el pronóstico es el logro de una vida relativamente autónoma e independiente.

En este punto, puede pensarse que las percepciones, interpretaciones y diagnósticos de la discapacidad en general y la intelectual en particular, continúan en la actualidad unidos a los contextos, lugares, y tiempo socio histórico, y los abordajes dependientes de estas realidades. Canedo (2007), citado por Silva y Coelho (2014:171), dice que no existe dentro de la Psicología una instancia que genere mayor desarmonía, que el momento de definir lo que es una persona con sus capacidades mentales menguadas o limitadas, desde el punto de vista terminológico. Este autor explica que esto se debe a que para hacerlo es preciso establecer grados de limitaciones y éstos no siempre son lineales.

Algunos técnicos se basan en el CI, otros utilizan la edad mental, otros se apoyan en los estadios de desarrollo de Piaget, otros recurren a una perspectiva cognitiva y otros en bases neurológicas. De acuerdo a cada paradigma y herramientas, será el diagnóstico producido y el impacto del mismo sobre la persona y su demanda. Canedo (2007) también sugiere que este escenario requiere de la atención de los investigadores, en el sentido de generar insumos para poder consensuar acerca del abordaje de la temática, de manera de mejorar la comunicación entre aquellos técnicos y profesionales que se ocupan de la misma.

La producción científica actual en relación a la temática de la discapacidad, muestra que atravesamos una etapa en la que se redefinen los modelos de entender, diagnosticar y abordar la discapacidad, redefinición a la que no escapa, la discapacidad intelectual. Ésta ya no es definida únicamente desde el sujeto y como entidad estática, sino como una forma de interacción entre la condición negativa de salud que la persona posee, y el medio social del que forma parte, desde una perspectiva multidimensional y dinámica.

Si se trasladan estas premisas al contexto actual de nuestro país, resulta interesante lo analizado por el Grupo de Estudio sobre Discapacidad (Gedis), desde la Facultad de Ciencias Sociales. Ellos identifican que el diagnóstico psicológico de la discapacidad intelectual, es una herramienta al servicio de un proceso clasificador de niños, niñas y adolescentes asentado en el corazón de nuestro sistema educativo. Consideran que en estos procesos se juegan relaciones de poder que involucran diversos actores: las familias y los propios niños, los centros educativos “comunes” y especiales y sus maestros, los profesionales que encarnan el saber médico y social que firma y confirma el diagnóstico. Procesos entendidos como arreglo de arpegios que originan un juego de segregación y selección de niños a quienes se aparta de la principal institución normalizadora y homogeneizadora: la escuela. Plantean que la exclusión del diferente, exponiéndolo a un régimen con menor nivel de exigencia, menos integrador, con trato distinto, obtiene como resultado un futuro con inferiores posibilidades de continuidad educativa, lo que evidentemente redundaría en mayores dificultades de integración social.

En función de la norma entonces, se asiste a la clasificación de sujetos entre quienes quedan dentro o fuera de los límites de la misma, configurada como lo deseable, en tanto el que queda por fuera de la norma, es sujeto de corrección. (Angulo, S., Díaz, S. y Míguez, M.N., 2015).

De lo anterior surge que, en relación a las concepciones actuales de la discapacidad, en nuestro país existe una lectura que funciona de manera inversa al paradigma social, dado que, a la hora de realizar un proceso diagnóstico, se parte de la premisa de que el sujeto interactúa de manera disfuncional con el ambiente, ya sea porque no aprende, porque no logra homogeneizarse al nivel esperado, o porque tiene “problemas de conducta”, y se arriba a la obtención de un déficit, en este caso la discapacidad intelectual, que justifica y avala la interacción negativa con el ambiente.

En definitiva, poder pensar esta perspectiva desde la clínica lleva a cuestionarse acerca de cómo inciden las intervenciones diagnósticas que se realizan en los servicios de salud en los escolares recibidos, si aportan a la mejora de su calidad de vida, y si además del producto informe o diagnóstico, hay un aporte a la salud integral de ese usuario y hacia su familia, desde la salud mental.

## **5. Preguntas de investigación**

Retomando y analizando la información arrojada en anteriores párrafos, puede partirse de la afirmación de que en Uruguay no existe un sistema único de valoración de la discapacidad. Se menciona que no se encontraron antecedentes en nuestro país de investigaciones que privilegien la problematización de la relación entre servicios de salud, la discapacidad intelectual y el diagnóstico psicológico. Esa carencia expone el problema de investigación ya que no se conoce cómo inciden los diagnósticos y los paradigmas desde donde se piensa la discapacidad intelectual en

las estrategias de intervención y hace surgir varias interrogantes: ¿Cómo diagnostican la discapacidad intelectual, los diferentes servicios de salud? ¿Existe un consenso respecto de las formas de evaluación de la discapacidad intelectual entre los prestadores de servicios de salud? ¿Cómo consideran la discapacidad? ¿Cuáles son las concepciones de salud detrás de cada intervención en discapacidad?

En vinculación con las diferentes formas de pensar el tema, las preguntas tienen que ver con cómo se suceden las diferentes formas de resolver, desde el punto de vista diagnóstico, la evaluación y tratamiento en los servicios de salud de las consultas realizadas por las personas con discapacidad.

Por lo tanto, entendemos que lo anterior puede ser resumido en una pregunta central: ¿Cómo efectúan los servicios de salud la evaluación diagnóstica de la discapacidad intelectual en los niños uruguayos de franja escolar?

## **6. Metodología**

Como investigación científica el presente trabajo está orientado a la producción de conocimiento en el área de la discapacidad. Por lo tanto, pretende construir un conjunto de procedimientos, articulados lógicamente y teóricamente, con los objetivos planteados en párrafos siguientes, para la producción de evidencia empírica en relación al tema.

La metodología desde donde se presenta, es cualitativa exploratoria. Esta forma de trabajo es adecuada para dar respuesta a los objetivos propuestos, que son expuestos a continuación:

General:

– Contribuir al análisis de las estrategias diagnósticas en Discapacidad Intelectual y la forma en que condicionan las intervenciones en salud.

Específicos:

- Indagar acerca de las herramientas de evaluación de la discapacidad intelectual en diferentes servicios de salud públicos y privados, similitudes y divergencias.
- Identificar los modelos subyacentes a las prácticas diagnósticas de discapacidad intelectual llevadas a cabo por dichos servicios.

La metodología desde la cual se ha trabajado como se expresó antes, es cualitativa exploratoria, dado que se apunta a la construcción o comprensión de conocimiento inédito. Desde este marco metodológico y siguiendo a Irene de Vasilachis (2006), se concibe el campo de trabajo como inherentemente político, construido por una multiplicidad de posiciones éticas e ideológicas.

El método en investigación cualitativa recurre a instrumentos que privilegian el análisis de la experiencia y el sentido de las acciones. Desde lo ético político, responde a los objetivos de esta investigación dado que se busca profundizar en las contradicciones o problemas, sin recurrir a reduccionismos.

En este tipo de prácticas, el investigador se entiende como un sujeto localizado, con una historia sociocultural que lo implica desde lo afectivo, lo ético, lo político e ideológico. Un sujeto que reconoce que su producción tiene efectos, tanto por acción o por omisión.

La estrategia que se utilizó para la selección de los sujetos participantes es la técnica de muestreo de bola de nieve exponencial. El principio utilizado para la cantidad de entrevistas fue el criterio de saturación: las entrevistas nuevas, no aportan información novedosa.

Pensando en la herramienta para la recolección de datos, se prioriza como técnica la aplicación de entrevistas semi estructuradas a técnicos de la salud tanto pública como privada, que realizan diagnósticos de discapacidad intelectual, en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis (Sampieri, 2006).

Por su parte Denzin y Lincoln (2012) plantean que esta técnica se orienta a la obtención de información de forma oral y personalizada acerca de lo que se pretende investigar. Permite la incorporación de las envolturas subjetivas de las personas entrevistadas, captar el contenido ideológico inscripto, su propia

percepción respecto de lo que se está estudiando. En las situaciones de profesionales que se desempeñan en instituciones de salud, se apunta a exponer si es que existen, los conflictos entre el paradigma hegemónico del profesional y el del lineamiento de trabajo institucional.

En relación con lo anterior, se entiende que la utilización de las entrevistas en la investigación que se aborda es metodológicamente acertado, ya que es una herramienta óptima cuando el problema de estudio no es observable o su observación es dificultada por cuestiones de ética o complejidad. (Sampieri, 2006)

Posterior al acceso a los datos, obtenidos por medio de las entrevistas, se realizó un análisis de contenido. Esta metodología de análisis es adecuada para el estudio de la comunicación de manera objetiva, sistemática y cuantitativa, de manera de alcanzar inferencias válidas y confiables de los datos en relación a su contexto. (Sampieri, 2006).

En esta técnica no es el estilo del texto o discurso lo que se pretende analizar, sino que el acento está puesto en las ideas, es decir, en el significado de las palabras. El análisis de contenido pivota entre el rigor de la objetividad y lo fecundo de la subjetividad. Da licencia al investigador de dejarse seducir por lo oculto, lo latente, lo “no dicho” encerrado en todo mensaje.

La codificación de la información permite realizar un proceso por el cual, las características relevantes de un mensaje, en este caso el discurso de los técnicos que diagnostican y evalúan la discapacidad intelectual, se transforman en unidades, unidades pasibles de descripción y análisis. Conceptualizar y definir dichas categorías, habilita el poder a continuación agruparlas en temas y patrones que permiten establecer relaciones con las unidades de análisis; a partir de allí, fundar hipótesis, teorías, explicaciones del fenómeno abordado.

La triangulación de datos es considerada una alternativa de validación para el presente trabajo, aplicarla supone poder contrastar datos recogidos de diferentes fuentes de información. Refleja el intento de comprensión en profundidad del objeto de investigación, por la combinación de perspectivas, observadores y materiales

empíricos, potenciando el rigor, la complejidad y la riqueza de la investigación. (Denzin, N.K., Lincoln, Y-S., 2012)

Para la codificación de la información se utilizó el programa Maxqda, software para procesamiento de datos que permite analizar la información obtenida en cualquier tipo de investigación cualitativa.

## **7. Consideraciones éticas**

El ejercicio de la investigación científica y el uso del conocimiento que la ciencia produce y ha producido, suponen la puesta en juego por parte de quien investiga, de conductas éticas. Existen tanto a nivel internacional como nacional marcos regulatorios para dichas conductas.

La investigación cualitativa como tal, supone una experiencia en donde los aspectos subjetivos de los sujetos implicados, tanto aquellos que participan como población objetivo de la investigación como quien investiga, son reconocidos e integrados como parte constitutiva del proceso. Este es uno de los principios fundamentales de este tipo de investigación, y supone en consecuencia que todos los componentes de la cultura en donde se desarrolla (ideologías, identidades, prejuicios, etc.) tiñen los propósitos, el método y el proceso todo de la investigación.

La reflexión ética que el investigador debe plantearse, está en relación con tres aspectos fundamentales, propuestos a nivel internacional por la OPS y la OMS: la propia técnica, el valor científico y el valor social.

En relación a las técnicas, se entiende que el investigador se aproxima al conocimiento que quiere develar utilizando herramientas que posean reconocimiento y aval científico, y que además, sean las idóneas para la resolución de los problemas de tenor práctico que puedan presentarse durante el proceso. El valor científico, estará dado por la cualidad de promover el diálogo y la discusión científicos dentro de la propia disciplina y con otras, incrementando el espacio de conocimiento de éstas.

Respecto de valor o mérito social, quien investiga ha de plantearse si ese incremento en el bagaje de conocimiento de la o las disciplinas, representa un beneficio a la comunidad. Al investigar con sujetos humanos, la meta de estudio es el beneficio directo de la población a la que se dirige, en este caso, tiene vinculación con la contribución a la mejora de planes de atención que reciben las personas con discapacidad intelectual en los servicios de salud.

Además de la vigilancia por parte del investigador de los aspectos antes mencionados, el hecho de investigar con personas, requiere estar atentos a algunos otros principios básicos. En sintonía con la propuesta de Ezequiel Emanuel (2003) se entiende que la relación riesgo-beneficio ha de ser equilibrada, sustentada en los principios de no maleficencia y beneficencia.

La utilización de un consentimiento informado, es una herramienta que asegura a quienes participan el manejo de la información acerca de la finalidad, riesgos (si los hubiese) y beneficios, entre otros, y cotejar si responden y/o sintonizan con sus valores, intereses y preferencias. Dicho documento ha de garantizar a quienes participen, la confidencialidad y respeto en relación a la información aportada, su identidad, su bienestar. El sujeto toma una decisión informada y libre acerca de participar o no de la investigación. La firma de dicho consentimiento, propone Emanuel, no limita la libertad de las personas implicadas de retirarse en cualquier momento del proceso en tanto cambien de opinión en relación a su implicación en la investigación. También supone este compromiso, el derecho de acceso al nuevo conocimiento que pueda generarse a partir de dicha investigación.

Para el presente trabajo, se han de atender los postulados del Código de ética profesional del Psicólogo/a. El mismo tiene como objetivo "Promover el desarrollo de una Psicología científica y universitaria destinada a mejorar la calidad de vida, entendida como una forma de armonía de la persona consigo misma, con los otros y su sociedad, sabiendo que esto sólo es posible con las necesidades básicas satisfechas." (CPU, 2001, p 2). Adhiere a la normativa internacional propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, así como a la de la Organización Mundial

de la Salud. El capítulo X del mencionado documento, se ocupa de la regulación a nivel nacional, de las cualidades éticas que ha de tener presentes el psicólogo/a al momento de investigar científicamente.

## **8. Acerca del proceso...**

### ***8.1 Selección de la muestra***

La selección de la muestra, tal cual se describió en la metodología a utilizar, se realizó como bola de nieve exponencial.

A comienzos del trabajo de campo, se presentaron numerosas dificultades con el acceso a los/las profesionales de la salud vinculados al tema, dado que varios de ellos se encontraban afines a participar, pero al trasladar a las instituciones la solicitud de aval no se obtenían respuestas. Esto impactó de manera directa en el cronograma de ejecución, que fue redefinido en varias oportunidades.

Luego se optó por realizar la selección contactando con los trabajadores de diferentes servicios de salud, de forma directa. Por tratarse de técnicos que se desempeñan en uno o más servicios dentro de un ámbito relativamente pequeño, no se mencionan en este trabajo sus instituciones de referencia ya que podría hacerlos identificables.

Las profesionales entrevistadas pertenecen a instituciones de salud tanto públicas como privadas, habiendo quienes también se desempeñan en libre ejercicio de la profesión. Al referir a instituciones públicas, se incluyen servicios pertenecientes a dependencias gubernamentales, departamentales y servicios universitarios de la UdelaR. Respecto a los servicios de salud privados, en dicha mención se integran los prestadores privados de salud, seguros integrales y clínicas interdisciplinarias especializadas en desarrollo infantil y adolescente. Cabe destacar que las clínicas interdisciplinarias no se encuentran integradas al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Es así, que se comenzó tomando contacto con algún profesional vinculado a la academia, y que éste aportara información de otros profesionales relacionados a la temática que manifestasen interés en participar.

Luego, irrumpió la variable relacionada con el Covid-19 y la recomendación de cuarentena voluntaria, provocando que el trabajo de campo se detuviera. En tutoría de tesis, se decidió consultar con el tribunal de Ética de la Facultad de Psicología, la posibilidad de retomar el trabajo de campo, realizando las entrevistas en modalidad de escenarios virtuales desarrollados a través de la plataforma Zoom o en videollamada. Esa solicitud fue aprobada, redundando en algo que se evalúa como positivo, que fue la posibilidad de entrevistar profesionales que ejercen en otros Departamentos. Se pudo integrar el relato de técnicos que trabajan en Canelones, Salto, Florida, Durazno y Cerro Largo.

El cuadro a continuación exhibe cómo se distribuye la muestra utilizada por Departamentos y da la referencia de citas de las entrevistas:

Participantes	Referencia de citas	Montevideo	Canelones	Salto	Durazno	FLorida	Cerro Largo
1	Ent. 1, 2019	X					
2	Ent. 2, 2020	X					
3	Ent. 3, 2020	X					
4	Ent. 4, 2020	X					
5	Ent. 5, 2020	X	X				
6	Ent.6, 2020			X			
7	Ent. 7, 2020				X	X	
8	Ent. 8, 2020	X					
9	Ent. 9, 2020						X
10	Ent. 10, 2020	X					

Cuadro 1-Distribución de la muestra por Departamentos  
Referencia de citas de entrevistas

Se trabajó con Psicólogas que desempeñan tareas en instituciones públicas y privadas, logrando el objetivo de acceder a una pluralidad de voces. Varias de las entrevistadas desarrollan sus actividades en más de un lugar, por tanto se multiplicó la información enriqueciendo la experiencia.

El cuadro a continuación, organiza la información de cómo se distribuye la muestra por ámbito de trabajo:

Participantes	Ámbito Público	Ámbito Privado	Ejercicio Libre
1	X		X
2		X	X
3	X	X	
4	X	X	
5		X	
6	X		X
7	X		
8	X	X	X
9	X	X	X
10		X	

Cuadro 2-Distribución de la muestra por ámbito de trabajo

## **8.2 Categorías de análisis y categorías emergentes**

La pauta guía para las preguntas de las entrevistas, se elaboró en torno a las preguntas de investigación, centrándose de esta manera en los conceptos claves de: discapacidad intelectual, evaluación psicológica, servicios de salud.

En función a lo anterior, se encuentran las dimensiones de análisis, proponiendonos buscar en las mismas las distintas formas de relacionamiento de los participantes con esos tres conceptos.

Conceptos Clave	Categorías	Subcategorías
	Paradigmas	Herramientas de valoración.
Discapacidad intelectual	Concepto/definición de discapacidad intelectual.	Resultados. Impacto en el usuario.
Evaluación psicológica	Valoración, Evaluación, Diagnóstico.	Programas de salud.
Servicios de salud	Expectativas del prestador.	Formación en abordaje de la discapacidad de los profesionales.

Cuadro 3-Conceptos Clave. Categorías y subcategorías de análisis

- **Paradigmas.** Con esta categoría nos referimos al modelo teórico desde dónde se posicionan los técnicos en relación a la discapacidad intelectual para el desarrollo de su rol. Busca mostrar cuál es el sustento teórico donde apoyan su accionar los profesionales para planificar su intervención al momento de evaluar la discapacidad intelectual.
- **Concepto /definición de discapacidad intelectual.** Qué entiende el técnico por discapacidad intelectual. Aquí se apunta a explorar la forma en que el posicionamiento epistemológico de los entrevistados perfila la forma de definir y nombrar en relación a la discapacidad intelectual.
- **Valoración psicológica, evaluación psicológica, diagnóstico.** Esta categoría busca adentrarse en el posicionamiento del técnico respecto de estos conceptos clínicos. Cómo los utiliza, cómo los define, cómo los entiende.
- **Expectativas del prestador.** ¿Qué espera el prestador del trabajo del técnico? Armoniza con su corriente teórica, la contradice, la integra? Genera inquietud analizar si lo que espera el prestador es que la consulta se resuelva, que se dé respuesta a la demanda, que se realice una derivación, entre otras.

De las categorías delineadas y en consonancia con las elaboraciones discursivas de los participantes, emergieron las siguientes subcategorías:

- **Herramientas de valoración.** Refiere a que utiliza el técnico para evaluar la discapacidad intelectual. Cómo está compuesta su caja de herramientas.
- **Resultados.** Esta subcategoría se relaciona con dar visibilidad al impacto que la evaluación psicológica provoca en el usuario. ¿Cambian los resultados en función al paradigma desde dónde se interviene?, ¿Cuál es la forma de entender la discapacidad que circula en torno al niño/a y a su familia? ¿Existe un seguimiento de las indicaciones que se realizan? ¿Esos resultados son acordes a la demanda? ¿Coinciden con los fines institucionales y profesionales?
- **Programas de salud.** A través de esta subcategoría se pretende mostrar las mejoras o cambios que los profesionales consideran que sería necesario definir/implementar en relación a los programas de salud, para la atención de las niñas y los niños en edad escolar con discapacidad intelectual. Entendemos que quienes están directamente involucrados en la detección y abordaje de la discapacidad intelectual, son los idóneos para proponer/plantear propuestas que mejoren la atención en salud de estos niños y niñas.
- **Formación para el abordaje de la discapacidad intelectual de los profesionales.** Esta subcategoría surge de la invitación a los profesionales a reflexionar acerca de su formación en el tema tratado, así como si estiman necesario o no fortalecer la formación de los psicólogos y las psicólogas en discapacidad en general y en discapacidad intelectual en particular.

## 9. Presentación de resultados y Discusión

### **9.1 Hablando de Discapacidad intelectual...**

Producto de lo arrojado por las entrevistas en relación al posicionamiento en torno de una definición de “discapacidad intelectual” como concepto que nombra, sobresale que prácticamente hay tantas definiciones y posturas como profesionales entrevistados en esta investigación. Se identifica en general, una cierta dificultad para nombrar “discapacidad intelectual” desde el supuesto de que implica una connotación negativa para el sujeto, estigmatizante:

*“...lo ubica en discapacidad intelectual y después es difícil que salga de ese lugar, porque lo peor es que también la familia lo coloca ahí...” (Ent. 7. 2020)*

*“... yo pongo Deficiencia. (...) lo otro (discapacidad intelectual) me parece mucho más condenatorio, por decirlo de alguna manera, mucho más encasillar”*

*“No informo discapacidad intelectual. Lo que informo es deficiencia intelectual (...) yo no digo -este niño tiene discapacidad-” (Ent. 10, 2020)*

Por consiguiente queda evidenciado que los términos elegidos por algunos profesionales, chocan con las definiciones teóricas de la OMS y la AAIDD. Se evita nombrar discapacidad en pro de no “condenar, encasillar” al sujeto, en tanto se informa “deficiencia”, que resulta ser, desde la CIF, un problema en las funciones o estructuras corporales, tal como una desviación significativa o una pérdida. Situando de esta manera, la dificultad en la persona:

*“Yo siempre estoy insistiendo en que para la denominación de retardo tiene que estar la deficiencia intelectual, pero también la deficiencia social”. (Ent. 1, 2019)*

*Retraso, definido como una discapacidad: “cuando la persona presenta un ritmo notoriamente más lento que otros para adquirir algunos conocimientos o no los logra adquirir”. (Ent. 1, 2019)*

Cabe recordar que la denominación “retraso” (mental) tuvo su apogeo en la segunda mitad del siglo pasado, cayendo en desuso a principios de este. Es utilizada en esta situación, como sinónimo de discapacidad intelectual, concepto que a su vez, es rechazado por el entrevistado.

Aparece también, la idea de que la forma de nombrar desde el ámbito sanitario va cambiando, terminológicamente hablando, pero el trasfondo conceptual que lo liga a un problema del sujeto, permanece.

*“se le han puesto nombres, capacidades diferentes... no se si es tan contundente a nivel ideológico. Se ha cambiado el nombre (...) no sé si hace mucho a la cosa (...) entonces el tema de la terminología no me termina de quedar muy claro, van variando la terminología. (Ent. 8, 2020)*

*“... la discapacidad que ahora se llama, y hay que poner (en los informes), -intelectualmente deficiente- Sí hay limitaciones reales, sin duda. Sin duda que hay discapacidad intelectual, pero te quiero decir que nosotros ya no miramos al ser con la discapacidad, sino lo miramos como que todos tenemos ciertas discapacidades.” (Ent. 7, 2020)*

Otras situaciones se acercan a conceptualizaciones terminológicamente actualizadas, aparentemente sin lograr integrar en la definición la complejidad de lo multidimensional de la discapacidad intelectual, reduciendo las mismas al área social:

*“...yo creo que (discapacidad intelectual) es un funcionamiento deficiente en ambas áreas, en la intelectual y en la social, ahí pensaría en una discapacidad” (Ent. 7, 2020)*

A su vez otras perspectivas presentan un enfoque más alejado de la inquietud de adherir a tal o cual definición o lenguaje científico-técnico, en el sentido de que no

les preocupa cómo se nombra, sino “para qué” nombra, o “que hace con” lo que nombra, desde el centramiento en la persona.

*“a mi en lo personal, no me inquieta demasiado si es una cosa u otra. Me inquieta, me preocupa y me ocupa poner lo mejor de mi para que esa persona se sienta bien si asiste a consulta conmigo”*

*“...Lo que podemos esperar. El -para qué- de la discapacidad en la vida de una persona... ahí está jodido” (Ent. 1, 2019)*

Resulta significativo que una de las profesional entrevistada, refiere sentirse “discapacitada” frente a la pregunta de qué entiende por discapacidad intelectual:

*“No me gusta mucho, no me suena muy lindo. Me hacés esa pregunta y me siento como discapacitada intelectual porque tendría que empezar a pensar que entiendo por discapacidad intelectual.” (Ent. 4, 2020)*

Lo primero que resuena en esta respuesta es la reflexión sobre sí misma que genera la pregunta en la entrevistada. Puede inferirse cómo la discapacidad intelectual está vinculada a los procesos de pensamiento, a algo del orden de lo cognitivo, una dificultad de elaborar rápidamente una respuesta acertada o pertinente. Complementa diciendo:

*“...yo creo que la discapacidad intelectual tiene que ver más que nada, (...) con una cuestión biológica, neurológica, primero que nada, eso es como lo prioritario. Si hay una deficiencia a nivel neurológico, a nivel cerebral, ahí ya hay una “no-capacidad”, porque hay algo desde el punto de vista orgánico que impide esa posibilidad de desarrollo cerebral y de aprendizaje, y de percepción y de vínculo con el mundo, que no está como capacidad”. (Ent. 4, 2020)*

La forma de responder, amarra la discapacidad intelectual al déficit, es decir, la explica como vinculada casuísticamente a una función neurológica, mental, deficiente. Como una “no capacidad”, que impide la posibilidad de aprendizaje, de percepción, de relacionamiento con el entorno. Esta perspectiva impresiona

enfocada en “la falta” desde el punto orgánico, y en la importancia de una pertinente detección del déficit. No logra visibilizar el feedback que juega el ambiente, en la definición del mismo. Es un diagnóstico acabado con peso biologicista, hay algo que no está y no puede ser compensado.

Junto con lo anterior, aparecen adhesiones a concepciones actuales e integradoras en relación a la discapacidad intelectual. Hablan de la necesidad de atribuir al concepto no solamente un valor numérico de CI, sino también toda la constelación de dimensiones en torno del sujeto, contemplando la complejidad de la persona.

*“... no es sólo el CI lo que importa, no, hay toda una cuestión contextual que influye sea ni a nivel práctico de, bueno..., de cómo se maneja y cómo resuelve situaciones. (...) la persona con discapacidad está en desventaja con otros, no participa, no tiene espacio, no podían ir a una institución educativa, (...) donde uno lo ve en desventaja a nivel social” (Ent. 2, 2020)*

Nos hablan de “espacio discapacitante”, una postura bien social de ver la discapacidad.

*“La discapacidad es a alguien que no logra y de repente tenés que hacer una adecuación para que logre hacerlo” (Ent. 6, 2020)*

Con la adecuación, se compensa la relación negativa entre el déficit y el ambiente.

Hay que mencionar que se identifican dificultades para dar relevancia en las apreciaciones de la discapacidad intelectual, a los aspectos psicoemocionales de los y las niños y niñas que la portan. Si bien en algunas ocasiones se mencionan, la impresión es que al hablar de discapacidad intelectual, el interés queda atrapado en lo cognitivo, definir desde la falta o el potencial, sin dar mayor eco al mundo de la afectividad. ¿Es ese infante inquieto, apático, expansivo, tímido, caprichoso...? ¿Cuáles son sus fortalezas, sus preferencias? ¿Cómo circula la afectividad en lo familiar? ¿Hay apoyo, contención, estímulos, límites...?

Por otra parte, puede notarse bastante obstruida la posibilidad de conceptualizar la discapacidad intelectual como un campo donde además del déficit es posible identificar fortalezas, habilidades, potencial de desarrollo. No obstante eso, algunas de las profesionales pueden reconocer la posibilidad del diagnóstico de discapacidad intelectual como una apertura al beneficio de pensar para esa persona un perfil adecuado de necesidades de apoyo:

*“...tener el diagnóstico de discapacidad intelectual le abre otras puertas (al niño)... porque yo hago evaluación y siempre que hago evaluación pienso en la intervención en esto mismo, que para mí el diagnóstico tiene sentido en tanto tenga intervención, si no, no tiene sentido.” (Ent. 3, 2020)*

Cerrando este análisis se destaca lo acertado de las observaciones de Canedo (2007) citado por Silva y Coelho (2014:171) cuando refiere a la desarmonía, que genera a nivel científico definir lo que es una persona con sus capacidades mentales menguadas o limitadas, desde el punto de vista terminológico. Asimismo queda expuesto lo que el mismo autor refiere como justificación al conflicto: para definir qué es una persona con dificultades intelectuales es preciso establecer grados de limitaciones y esos parámetros no siempre son lineales.

La comunidad sanitaria estudiada no escapa a estas apreciaciones, cuestión que se verá con claridad al detenernos en los sustentos teóricos de las anteriores definiciones.

## **9.2 ... Llegamos a los paradigmas.**

En los párrafos de inicio, se anuncia que existen diferentes modelos teóricos de interpretar la discapacidad intelectual, y se elaboran la hipótesis de que en la sociedad uruguaya coexisten diferentes paradigmas: el paradigma médico, el paradigma social y el paradigma biopsicosocial, teniendo cada uno de ellos mayor o menor fuerza según el ámbito que se trate. El universo de la salud parece no

escapar a esa premisa. Las entrevistas mostraron variedad de enfoques teóricos desde donde los profesionales fundamentan su práctica clínica.

En ocasiones, la postura paradigmática del técnico no coincide con su práctica clínica, por razones que aparecen fundamentalmente ligadas a dos motivos: el lineamiento institucional de su lugar de trabajo y los requisitos que debe cumplir el usuario para tener acceso a diferentes políticas sociales y educativas.

Algunos ejemplos:

*“Yo apunto a lo integral. Yo cuando hablo con la familia le digo, bueno, esto es un requisito, pero él es mucho más que este número (CI), (...) por un lado etiqueto, y por otro lado entiendo que es como la puerta de entrada de un montón de recursos (...) que el Estado tiene previsto para estos niños y estas niñas y desde este lugar es positivo, verdad? Pero esto de poner un número, me pesa bastante.”*

La misma persona dice: *“sabemos que hoy por hoy, tanto la salud como las prestaciones, como todavía la enseñanza están basados por el viejo paradigma (...) mientras tanto no cambien, tenemos que estar bailando en este funcionamiento, a pesar de que esto nos implica un dilema ético” (Ent. 7, 2020)*

Impresiona que aún permanece prendido a lo médico institucional el modelo de atención especializada y tecnicada, donde predomina una perspectiva de sujeto sometido a servicios y agentes especializados, que tuvo su auge a partir de los años 70 y perduró más de una treintena de años en adelante.

Otra de las profesionales de la Psicología expresa los desencuentros que se producen entre el paradigma hegemónico de la salud, el modelo médico, y su abordaje clínico desde un modelo social de la discapacidad. Cuenta que el camino para el acceso a la atención psicológica de niñas, niños y adolescentes, en su institución, viene trazado por un primer encuentro con el Pediatra. Es el profesional de la Medicina quien define si ese niño es derivado a Psiquiatría o Neuropediatra, y luego por indicación de alguno de éstos, llegan al Psicólogo/a para evaluación.

Narra las dificultades a la hora de exponer los resultados de sus valoraciones psicológicas en los ateneos clínicos, conducidos por un profesional médico con especialización en Neuropediatría, donde lo que espera del intercambio son valores numéricos, relacionados a tal o cual dominio evaluado clínicamente por medio de pruebas estandarizadas. Aquello inferido desde una perspectiva subjetiva o aportado por técnicas proyectivas, vinculado a la afectividad, a lo sociofamiliar o situacional, carece de relevancia a la hora de intercambiar en el Ateneo. Tal vez eso explique lo naturalizada que se presentó en muchos de los discursos, la omisión de aludir a los aspectos emocionales en la evaluación de la discapacidad intelectual de los y las escolares.

*“En mi informe que va a la historia clínica siempre tiene valor de CI y valor de cada subtest (de las escalas Wechsler) (...) Porque para ellos (los médicos) es como una paraclínica nuestra evaluación”.*

*“Cuando yo lo redacto, no pongo valor de CI, salvo que sea una discapacidad intelectual, porque por lo general eso va para solicitar una pensión y lo que te piden es el valor del CI. Entonces, en ese sentido sí, si no, no lo pongo. Pongo más cuestiones de funcionamiento.*

*En la clínica particular, no pongo el valor del CI, pongo los rangos”.* (Ent. 3, 2020)

Se aprecia la necesidad de dar visibilidad y valorizar lo cualitativo en el encuentro clínico con las otras disciplinas, destacando la importancia que tiene considerar el funcionamiento del sujeto evaluado en el andamiaje de una estrategia compensatoria del déficit y en la devolución que se haga a través del informe.

La postura profesional esperada desde el paradigma social de la discapacidad no niega el déficit, lo integra a la intervención diagnóstica junto con el funcionamiento y la salud. La intención deja de ser dar un informe acabado en una clasificación diagnóstica, sino uno orientado a las posibilidades de desarrollo del sujeto.

Otras circunstancias muestran que el encuadre de trabajo desde una epistemología neuropsicológica con enfoque médico es aceptada como válida y

positiva, destacando que si bien es un modelo que ha ganado adeptos, genera también cuestionamientos e incertidumbres a las profesionales psi.

Todo esto parece dejar expuesta la distancia que aún existe entre la Medicina y la Psicología en relación a cómo se interpreta al sujeto: el informe del psicólogo es tomado como una “paraclínica” en este servicio, se fuerza la disciplina psi para que “encaje” en la perspectiva médico clínica. No se logra una mirada holística del sujeto, biopsicosocial.

De igual importancia aparece como señal destacada, la relación asintótica entre la práctica clínica orientada desde lo institucional y la ética profesional. Los requisitos de acceso a las prestaciones del Estado, particularmente, los del Banco de Previsión Social (BPS) son posiblemente los que más chocan con la ética clínica de las psicólogas y les generan un monto de displacer a la hora de intervenir.

*“...lo que hacemos, es como lo más justo, es repartir “los BPS” como le llamamos, porque nadie está afín con esta realidad. Creo que la mayoría no lo está.”*  
(Ent. 7, 2020)

La dimensión institucional se impone a la libertad en el ejercicio profesional, tensionando con la ética y los modelos de atención.

Por otra parte, se encuentra una relación entre lo terminológico y lo epistemológico, donde la forma de nombrar, perfila una postura teórica.

*“Capacidades diferentes, discapacidad, no sé, la forma de nombrar es también desde donde lo pensás (...) He “coqueteado” con el tema... desde las capacidades diferentes, que me parecía muy poético, todos tenemos capacidades diferentes. Si está bien, puede ser, pero me parecía más poesía que otra cosa. Discapacidad, es que no tengo una capacidad, hay algo que no puedo. Esa limitación, ¿con que tiene que ver? y, ¿cómo puedo trabajar para compensarla?”*  
(Ent. 4, 2020)

### 9.3 ¿Valorar, evaluar, diagnosticar...?

En este apartado se pretende visualizar el trasfondo conceptual en las respuestas de los profesionales en relación a lo que es la Evaluación Psicológica, la Valoración Psicológica y el Diagnóstico, en nuestro caso, de la Discapacidad Intelectual.

Para empezar, surge una forma de definir la evaluación psicológica como:

*“...un proceso donde vos a través de diversas herramientas, desde la escucha de ciertos aspectos de un paciente y según los objetivos de evaluación vas a pronunciar un estado. Por ejemplo, en la cuestión de la capacidad, unos ciertos niveles”. (Ent.9, 2020)*

Este fragmento transmite ideas trascendentes para los intereses de esta investigación, como el concepto de que la evaluación psicológica trata de un continuo orientado a la consecución de un diagnóstico (“estado”), que en el caso de la capacidad intelectual, establece diferentes “niveles”, niveles que podemos asimilar a los “compartimentos estancos” a que hacen referencia Navas y Verdugo (2008).

Cabe mencionar además que los discursos exponen que alguna de las instituciones, perfila un modelo de entender y realizar la evaluación psicológica, orientada al fin de obtener un diagnóstico. Esto a pesar de contar con un equipo multidisciplinario, lo que supondría el enriquecimiento del abordaje que se hace de la consulta. Además de los profesionales de la Psicología, integran ese espacio Psiquiatras, Fonoaudiólogos, Psicomotricistas, Neuropediatras y maestras especializadas. La tensión radica en la prevalencia que se le da al diagnóstico en las instancias del Ateneo Clínico. Puede aventurarse que esto guarda relación con la hegemonía médica en el equipo de trabajo, que es dirigido por una profesional de Neuropediatría.

Si bien desde la disciplina Psicología se insiste en dar al equipo una mirada integral y psicosocial de la situación de cada niño evaluado, la pregunta “¿bueno, cuál es el diagnóstico?” resulta algo inevitable e ineludible por parte del grupo médico. Impresiona como la necesidad de obtener un marco de referencia, un “compartimento estanco” retomando el decir de Navas, Verdugo y Gómez (2008), desde donde decidir, amparados en el diagnóstico, propio del modelo médico hegemónico. Se produce un choque entre disciplinas en el entendido de que el fin que otorgan unos y otros, médicos y psicólogos, al diagnóstico, es pensado de manera diferente en el proceso de intervención.

*“Es una tensión porque en realidad los médicos están en el diagnóstico. Para mí el diagnóstico lo que tiene que poder habilitar es a que se le dé el tratamiento o el modo o la forma de potenciar las habilidades del niño. Ese es el sentido que yo le encuentro”. (Ent. 3, 2020)*

El fragmento presenta una postura que parte de la premisa de potenciar las capacidades, no solamente detectar la falta. Impresiona una visión positiva del sujeto, cercana a un posicionamiento biopsicosocial de la salud.

Al mismo tiempo es integrado aquello de lo que habla la AAIDD (2011) relativo a que el diagnóstico ha de ser usado para identificar los apoyos que necesita ese sujeto que promuevan su desarrollo, su bienestar y mejoren su funcionamiento individual.

*“... el diagnóstico para él, mi lugar de trabajo, es como el fin. Entonces está interesante esto de sacarlo de fin y volverlo un elemento. Hay algunos niños que no tienen un diagnóstico cerrado. (...)no necesariamente el niño tiene que salir con un rótulo, con un diagnóstico del DSM, por lo que te pide el cuerpo médico, te exige, o te pide.” (Ent. 3, 2020)*

La relación diagnóstico-CI, aparece como una constante. En ese vínculo se evidencian también los cruces y tensiones: entre la dimensión institucional y la dimensión profesional, así como entre disciplinas profesionales

*“ los psicólogos podemos hacer evaluaciones ricas en aspectos emocionales, todo lo del comportamiento, lo afectivo, lo vincular, pero siempre se está esperando el CI” (Ent. 5, 2020)*

Simultáneamente, en las narrativas emergen actores externos al ámbito sanitario, que de alguna forma parecen perfilar o definir el tipo de intervención psicológica que se espera o que se debe realizar. Particularmente la escuela, como institución que detecta que algo “no anda bien” en los procesos de aprendizaje de ese niño o niña, y el Banco de Previsión Social, institución que otorga beneficios de Ayudas Extraordinarias y Prestaciones económicas, tanto para niños y niñas con dificultades de aprendizaje, como con discapacidad intelectual.

Ambos suelen demandar a los servicios de salud el “Psicodiagnóstico”, definido por ellos desde sus necesidades:

*“... una evaluación que ellas (maestras) le llamaban esta cosa de psicodiagnóstico no es lo mismo vulgarmente llamado psicodiagnóstico. (...) un psicodiagnóstico, es una cosa mucho más compleja, mucho más profunda, implica cuatro o cinco técnicas a nivel de proyectivos, a nivel de nivel intelectual, a nivel emocional, o sea, lleva, te puede llevar cinco o seis sesiones....” (Ent. 4, 2020)*

En ambos ámbitos, educativo y BPS, hay una cierta homologación en evaluaciones de la discapacidad intelectual, del término psicodiagnóstico a la aplicación de las escalas Wechsler, en el caso de niños en edad escolar el Wisc, en función a los intereses institucionales.

Por su parte la escuela define en función al resultado y a la información aportados por el test de nivel, el destino de ese niño: escuela especial, maestra de apoyo, etc; en tanto BPS otorga o no el tipo de ayuda solicitada.

*“... psicodiagnóstico no existe, cuando la gente habla acá de psicodiagnóstico, no, eso no es un psicodiagnóstico, esto es solo un test de nivel, no es otra cosa, un psicodiagnóstico es esto, esto y esto.” (Ent. 4, 2020)*

Respecto del concepto psicodiagnóstico, no fue considerado en el marco teórico de este trabajo dado que si bien el término permanece adherido al lenguaje psi, a la profesión del psicólogo, es una expresión en desuso académicamente. El surgimiento de esta denominación en las entrevistas nos lleva a la necesidad de definirlo e interpelar su uso.

Fernández-Ballesteros (2013) refiere que el término psicodiagnóstico tomó fuerza para referir a las actividades que ocupan a los psicólogos con una clara impronta del paradigma médico en Europa. Si bien es un término que ha perdido vigencia, afirma que sigue teniendo aplicabilidad cuando la evaluación tiene por objetivo clasificar al sujeto de estudio con fines clínicos, arribando al diagnóstico psicopatológico.

Puede pensarse entonces, que instituciones de relevancia para el desarrollo del potencial de los niños y niñas con discapacidad intelectual, como ser la escuela y el BPS, se posicionan desde el paradigma médico rehabilitador, esperando del ámbito sanitario el detalle de los déficits que los usuarios presentan con su correspondiente clasificación psicopatológica, para definir en consecuencia sus acciones.

Sin embargo, surgieron modelos de intervención en los que el interés en la evaluación psicológica, descansa sobre una evaluación de proceso, no en una evaluación de resultado. Se afirma que la técnica de nivel no aporta datos del funcionamiento de la persona, así como tampoco de sus capacidades o su potencial para la resolución de situaciones. Esta posición corresponde a la única profesional de las entrevistadas con formación en el extranjero, realizada desde la corriente Piagetiana y su área de trabajo es en estimulación cognitiva. Reconoce que el diagnóstico aporta datos sobre una disfunción, un área a intervenir, a estimular, desde la construcción de herramientas que fortalezcan esa área que está haciendo contrapeso en su funcionamiento.

*“Para mi no es un diagnóstico acabado, sino un diagnóstico iniciado con una intervención, porque después voy a volver a hacer la prueba y ver qué pasó” (Ent. 6, 2020)*

En este relato se observa lo que desde la teoría se define como valoración psicológica: analizar, explorar, detectar, definir la intervención y valorar los resultados de ese proceso para su continuidad o corrección.

Otro emergente es que las consultas que devienen en diagnósticos de discapacidad intelectual llegan en general camufladas por consultas acerca de posibles dificultades de aprendizaje, siendo éstas últimas de los principales motivos de consulta en los diferentes servicios. La literatura consultada explica que la evaluación psicológica ha de ser una herramienta que permita establecer diferencias entre la discapacidad intelectual y las dificultades de aprendizaje. La discapacidad intelectual leve puede requerir para su diagnóstico, el diagnóstico diferencial con las dificultades de aprendizaje. En las anteriores, no deben estar presentes como criterios diagnósticos las deficiencias en el comportamiento intelectual y adaptativo. (DSM-V, 2014) El trabajo de campo mostró que el tránsito desde una posible dificultad de aprendizaje al diagnóstico de discapacidad intelectual, ya sea a través del diagnóstico diferencial u otra estrategia, no aparece conceptualmente claro. Sin llegar a homologarlos, aparecen con límites confusos.

#### ***9.4 ¿Qué producto espera el prestador de servicios de salud?***

A esta categoría corresponden todos aquellos hallazgos vinculados a los lineamientos institucionales respecto de los resultados esperados de la atención en salud mental en relación con la discapacidad intelectual.

Para la atención en salud mental los prestadores del SNIS deben suministrar a sus usuarios las prestaciones y programas aprobados por el MSP. Esto tanto con recursos que le sean propios o contratados con otros prestadores públicos o privados. Los programas referidos comprenden actividades que promuevan y amparen la salud, así como diagnósticos, tratamientos, acciones de recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, acceso a medicinas y recursos tecnológicos.

Es de considerar también el carácter universal, accesible, sustentable, equitativo, continuo y oportuno de dichas prestaciones.

En relación específica a salud mental, se observa que la Ley se refiere a lo relacionado a la salud mental en general, no discriminando entre discapacidad psíquica y discapacidad intelectual.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008) ratificada en Uruguay, en el artículo Artículo 25 correspondiente a la salud se encuentra en sintonía con el SNIS reivindicando el derecho a la atención en salud en condiciones de igualdad y equidad respecto de los demás.

A pesar de la normativa nacional e internacional vigente, se destaca que ninguna de las profesionales involucradas en esta investigación informaron que en sus ámbitos de trabajo existan planes o programas dirigidos a personas con discapacidad intelectual.

Acerca de los productos esperados por parte de las instituciones, mayoritariamente coincide en que la primera expectativa del prestador, tanto público como privado, es que se dé respuesta a la consulta. Esto significa que el usuario sea recibido por el motivo que consulta, y haya una respuesta por parte del servicio. En función a esto, aparecen los matices: algunos servicios se detienen en esa premisa general como rectora; en tanto otros, tienen lineamientos establecidos con procedimientos estandarizados para el abordaje de las diferentes situaciones de consulta que reciben.

En relación a las profesionales que cumplen tareas en la órbita de la salud pública, cuentan que sus tareas implican dar atención y respuesta a la población toda, independientemente del motivo de consulta o la edad. Siendo profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención, entienden que las evaluaciones cognitivas no son su competencia. Consideran también, que algunas instituciones solicitantes de esas evaluaciones cuentan con recursos para realizarlas.

Se advierte al respecto, que no poseen las herramientas técnicas actualizadas necesarias para realizarlas, específica y principalmente las escalas Wechsler.

Además de eso, al atender población general, estas profesionales suelen tener agendas supernumerarias. Esa falta de disponibilidad de agenda, les dificulta también realizar evaluaciones en tiempos óptimos, desde el punto de vista técnico.

Respecto de lo primero, surge:

*“...en salud mental hace unos años llamamos a BPS para hablar con los profesionales de la parte de evaluación y plantearles que no queríamos seguir haciendo esa tarea porque no es la que nos compete en realidad, verdad? (...) Y en ese momento nos dijeron que lo teníamos que seguir haciendo porque ellos no daban abasto” (Ent. 9, 2020)*

En relación a la carencia de herramientas actualizadas:

*“Es realmente justo esto que estás evaluando o ya el test, que es caduco te está dando cosas que vos no podés ... -bueno, más o menos te pongo el numerito...- cuando estás utilizando una prueba que no es fiel a la realidad actual”.* (Ent. 4, 2020)

Las escalas de inteligencia entonces, son una herramienta de uso pseudo obligado, dependiendo del fin para el que se realice la evaluación, ya que actúan como elementos de validación de la intervención para algunos destinos e instituciones. Lo anterior obliga a interrogarse acerca de cuál es el fin prevalente de las solicitudes de evaluación psicológica con determinaciones diagnósticas de niveles cognitivos que reciben los servicios de salud. Una lectura rápida parece sugerir que el acceso a las prestaciones del BPS y la reubicación escolar, son motores de esas demandas.

*“... salud pública (...) no me pide nada, digamos. Lo que sí, facilita. En algún momento hubo discusiones si salud pública lo tenía que hacer o no (las evaluaciones diagnósticas para acceso a prestaciones).” (Ent. 9, 2020)*

En relación a esto y de acuerdo a la normativa vigente, puede afirmarse que si los prestadores de servicios de salud del SNIS deben suministrar a sus usuarios las prestaciones aprobadas por el MSP, tanto con medios propios o contratados de otros prestadores públicos o privados, deberían existir recursos disponibles para evacuar las solicitudes de evaluaciones diagnósticas que involucran aspectos cognitivos en todos los servicios de salud mental.

Pasando a otras situaciones, en algunos lugares el informe de evaluación psicológica es el resultado que espera el prestador. Esto sucede en algún servicio público y en las clínicas privadas que venden sus servicios a mutualistas o seguros de salud. Lo mismo pasa con los psicólogos independientes que contratan las mutualistas, donde el cobro de las facturas es contra entrega de informe de intervención. Puede pensarse que el producto que deviene de la intervención del profesional de la Psicología está condicionado en estos escenarios, antes que nada, por la regularización de una transacción económica. Es decir, impresiona que en ese intercambio prevalece el beneficio o el no perjuicio para el prestador, por sobre el beneficio para el usuario.

Consecuencia de esto es inferir que, los criterios, paradigmas, herramientas y fines de ese proceso en relación al usuario, no son prioridad para las instituciones. Lo anterior puede estar mostrando que el fin primero subyacente a todas las instituciones, es dar respuesta a la demanda, independientemente de la trayectoria que se trace para el usuario a partir de ahí. El criterio de suficiencia es que el usuario sea recibido y captado.

En algunos ámbitos públicos, los equipos de salud mental están conformados multidisciplinariamente por psiquiatra infantil y de adultos, trabajadores sociales, enfermeros y psicólogos. Suelen ser coordinados por un médico psiquiatra. En otros, no hay directivas institucionales que establezcan parámetros que acoten o den especificidad a las intervenciones.

*“Nosotros tenemos que recibir los pacientes que nos derivan, los usuarios de ASSE”. (Ent. 7, 2020)*

Es claro que dentro de los servicios públicos hay matices relacionados al resultado de la intervención y la presentación del producto “Informe”. Respecto de esto, es posible aventurar que al no haberse definido aún el baremo y la certificación única, las instituciones y los profesionales de la salud no cuentan con un lenguaje y criterios comunes a la hora de diagnosticar la discapacidad intelectual, por tanto lo hacen en función a los criterios y recursos que les son propios.

Por su parte, en la órbita privada, el producto “Informe” es requerido desde lo institucional siempre, salvo en las situaciones de ejercicio libre, donde el profesional en función del motivo de consulta define con autonomía la pertinencia o necesidad de ese producto.

Esto lleva a pensar que los servicios de salud de instituciones privadas o mediados por las mismas, tienen protocolizadas las rutas de acceso a un producto acabado, en relación a la Evaluación Psicológica vinculada al diagnóstico de discapacidad intelectual. Esa hipótesis concluye en que los usuarios a partir del mismo, tienen mayores posibilidades de acceder a una planificación de apoyos, que potencie sus habilidades adaptativas y su calidad de vida.

*“... la mutualista tiene un boleto de psicodiagnóstico del nene, se lo hago en dos semanas, es otra calidad, y acá en el consultorio, que tengo lo que quiero. Hasta café para la mamá mientras espera.*

*Entonces, ahí claro, la mutualista lo que quiere es conocer ese producto justamente, para saber qué tiene que hacer después.” (Ent. 9, 2020)*

En casi la totalidad de los servicios de salud públicos, según los relatos, no hay un lineamiento de trabajo que indique procedimientos a seguir respecto de las intervenciones. Se trabaja desde esa rectoría “universalista” determinada por la Ley e interpretada como un “recibir a todos”.

La obtención del producto Evaluación Psicológica e informe, queda sujeta tanto a procesos administrativos vinculados al cumplimiento de entrega de productos para pago de honorarios, como al criterio clínico y a la voluntad de los profesionales intervinientes. Incluso alguna de las participantes narra trabajar en un organismo público donde no tiene función clínica, y realiza excepcionalmente evaluaciones para facilitar el acceso de los usuarios a prestaciones del Estado.

No obstante lo anterior, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 informa que del total de las consultas recibidas en el año 2018 en los servicios de salud mental el 16.4% fueron de niños de entre 1 y 11 años. La discapacidad intelectual se encuentra respecto del total de consultas en el 4to lugar en prevalencia, representando el 10% de las consultas. (MSP, 2020).

Si se analiza lo relevado en este apartado desde una perspectiva ecológica, se puede inferir que los macrosistemas a los que pertenecen los niños y niñas de menores recursos, sector donde se da la mayor incidencia de discapacidad intelectual, acceden a una estructura sanitaria con mayores deficiencias en cuanto a la planificación y acceso a planes y programas especializados, que los vinculados a servicios de salud privados.

En otro orden de cosas, y vinculado al seguimiento de los procesos o tratamientos, no se encontraron hallazgos respecto de la expectativa institucional. No hay una indicación de analizar el “después” de la intervención. No se sopesa ni evalúa el resultado de la misma desde una perspectiva dinámica. No se considera la necesidad de un cambio de rumbo o el mantenimiento de la indicación inicial, porque no hay un seguimiento de la trayectoria del usuario posterior a la Evaluación Psicológica. Las situaciones en que se hace un seguimiento, responden al interés particular del profesional. No obstante eso, quienes trabajan en clínicas especializadas en desarrollo infantil, son las que muestran mayor sistematización en cuanto a seguimiento.

*“...cuando hacemos los tratamientos, nos fijamos mucho más la evolución, que los datos de los momentos de evaluación. O sea, tenemos todo en cuenta, pero estamos mucho más atentas a cómo evoluciona, que a la foto que sacamos en determinado momento, digamos.” (Ent. 10, 2020)*

Nuevamente la forma en que los prestadores de salud interpretan la norma y plantean sus objetivos, refuerza la presencia en las instituciones del modelo médico tensionando con los esfuerzos individuales de los profesionales que se apoyan en otros modelos como ser el social o el biopsicosocial.

Si bien la legislación nacional respecto de las políticas sanitarias (Ley 18211) refiere que la cobertura de salud ha de ser universal, accesible y sustentable, ofreciendo prestaciones equitativas, oportunas y continuas, la realidad de los servicios muestra otra cosa. Queda expuesto cómo los niños y niñas en situación de pobreza, siendo quienes tienen mayor prevalencia de discapacidad intelectual, también son quienes acceden a menores oportunidades en salud y a recibir los apoyos que necesitan para el pleno ejercicio de sus derechos.

*“Según los datos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2018) (...) asiste al 39% de la población del país.” (MSP, 2020)*

## **10. Profundizando en la observación...**

### **10.1 Herramientas de valoración**

El cuadro 4 se ocupa de organizar la información obtenida en las entrevistas acerca de las herramientas clínicas utilizadas por los distintos profesionales, en arreglo al formato de empleo de las mismas. Cuando se menciona formato “Libre”, alude a un tipo de uso sin estructuras u orden pre-establecido. Es decir, de la variedad de herramientas que domina el profesional para realizar un proceso de valoración diagnóstica cuando es guiado por una sospecha de trastorno del

desarrollo cognitivo, selecciona aquellas que le parecen más adecuadas para cada intervención.

En los casos que se expresa “semi-estructurada” implica que hay una determinada selección de herramientas que no varían y son utilizadas con otras que el técnico emplea de acuerdo a lo que desea explorar de manera complementaria para esa intervención en particular.

Hay instituciones que solicitan a sus técnicos el uso estandarizado de determinadas herramientas de exploración cognitiva, el caso de las escalas Wechsler es el más notorio, independientemente de que el técnico las identifique o no como necesarias.

En el caso de los formatos “estructurados”, nos referimos a aquellas baterías de técnicas que se emplean sistemáticamente en todas las intervenciones por decisión institucional. Se dice decisión institucional porque ninguno de los entrevistados relató emplear por elección personal una batería estándar rígida en el abordaje diagnóstico.

Se integra en este cuadro también el ámbito de trabajo de cada profesional, de manera de poder observar con mayor claridad, dónde prevalece cada formato de intervención. Se aprecia que en todas las situaciones donde los profesionales desarrollan su actividad en forma de ejercicio libre de la profesión, es decir, en la consulta privada, la selección de las herramientas para realizar un valoración psicológica es totalmente flexible, “libre” e individualizada, ajustada a cada consulta.

En cuanto a los profesionales que desempeñan tareas en relación de dependencia, el formato varía desde la plena libertad de decisión y elección, hasta los formatos rígidos, estructurados institucionalmente, incuestionables.

Ent.	Técnicas	Formato	Ámbito
1	Entrevista de juego Entrevistas con familiares, referentes. Informe escolar  Ejercicios de cálculo, lectura, escritura Slosson Dibujo libre	Libre y ajustado al consultante	Público,  Ejercicio libre
2	Entrevistas, Caja de juego Técnicas gráficas Técnicas proyectivas Escalas Wechsler técnicas de Gestalt	Semi estructurado.  Libre.	Público,  Ejercicio libre
3	Entrevistas con familiares, referentes Wisc V, Wippsi IV, Nepsy II, Bender Escala Wechsler no verbal Gráficos Cuestionarios de autoreporte Entrevista de juego CAT, TAT, Roschach	Semi estructurado . Acotado a 4 encuentros  Semiestructurado	Público  Privado
4	Entrevistas con familiares, referentes Entrevistas de juego diagnósticas HTP, Dibujo libre Bender, Raven Informe escolar	Libre y ajustado a cada consulta	Público
5	Entrevistas con familiares, referentes Wisc V, Wippsi IV Escala Wechsler no verbal Nepsy II, Bender Gráficos Cuestionarios de autoreporte Entrevista de juego CAT, TAT, Roschach	Semi estructurado. Acotado a 4 encuentros	Público
6	Entrevistas con familiares, referentes Wisc IV, Prolec R Pruebas Piagetianas Figura Compleja de Rey, Sra de Fay	Semi estructurado	Público, Privado,  Ejercicio libre
7	Entrevistas con familiares, referentes. Completamiento de frases Rotten Machover, Persona bajo la lluvia Bender TAT	Libre. Ajustado al consultante.	Público
8	Entrevistas con familiares, referentes Entrevistas con el niño/a Dibujo libre, Dibujo de familia CAT, TAT Wisc V, Bender, Nepsy II Escala de Connors, Escala de Vanderbilt	Semi estructurado. Acotado a 4 encuentros.  Libre.	Público/Privado  Ejercicio libre
9	Entrevistas con familiares, referentes Wisc IV, Wppsi Raven, Bender Machover, Persona bajo la lluvia Entrevistas de juego diagnóstico	Libre, ajustado al consultante	Público, Privado, Ejercicio libre
10	Entrevistas con familiares, referentes Técnicas gráficas, Temáticos Wisc IV, Bender Protocolo Montevideo Inventario de desarrollo	Estructurado/semi estructurado	Privado

Cuadro 4-Herramientas de valoración

El cuadro que antecede además informa de una numerosa variedad de herramientas utilizadas por las profesionales psi, a la hora de realizar evaluaciones psicológicas con el fin de detectar alteraciones en el desarrollo cognitivo.

Se puede observar que la entrevista es la herramienta princeps utilizada por todas las profesionales de la Psicología, incluye la anamnesis, las entrevistas abiertas y/o semi estructuradas, con los niños, referentes familiares (madres, padres, abuelos, tutores). Dentro del formato entrevista, algunos de los profesionales participantes utilizan las entrevistas de juego diagnósticas, el intercambio telefónico con maestras y el informe escolar.

Lo anterior responde a que la entrevista como herramienta clínica, es rica y versátil. Es una técnica que habilita tanto el levantamiento de información como la evaluación. Su valor no termina allí porque al ser una técnica flexible, puede ser ajustada tanto al entrevistado como al estilo del entrevistador. (Conxa Perpiñá, 2012) Representa una gran aliada para los profesionales ya que no implica más accesorios que lápiz y papel y se ajusta a múltiples objetivos clínicos. Es notorio también que es una herramienta donde el buen rapport es fundamental y que puede variar su optimización en relación a la experiencia de cada profesional en su manejo. Encadenado con estas reflexiones, se puede elaborar la hipótesis de que la entrevista psicológica como única herramienta de evaluación es insuficiente, a pesar de sus múltiples facetas, para poder detectar, diagnosticar y planificar una estrategia de abordaje e intervención en situaciones de discapacidad intelectual leve en niñas y niños de edad escolar.

Las técnicas proyectivas son las que siguen a la entrevista psicológica en popularidad entre las participantes de este estudio, a la hora de abordar una evaluación psicológica, con una amplia gama de herramientas.

Para hacer foco en estas técnicas es necesario apoyarse en los aportes de Mónica A. Soave et al (2016) quienes explican respecto de los llamados test proyectivos, que son herramientas orientadas a realizar una descripción abarcativa de la personalidad. Tienen como características presentar estímulos ambiguos, de respuesta libre y su análisis se liga a la percepción que el técnico entrevistador se

haya formado de la persona, así como del cruce con los demás materiales.

Estas herramientas pueden agruparse en dos bloques de acuerdo a lo planteado por los mencionados autores:

-Técnicas proyectivas estructurales - están orientadas a objetivar la estructura de personalidad de la persona, hacer “una fotografía” de su organización psíquica. También las conocemos como técnicas proyectivas gráficas.

Varias de estas herramientas permiten establecer relaciones entre rangos de madurez cognitiva baremizados y los resultados obtenidos por el evaluado.

- Técnicas proyectivas temáticas - su cometido es poner en evidencia los aspectos dinámicos de la personalidad: conflictos, mecanismos de defensa, contenido de las fantasías, roles asumidos por el analizado.

Dentro del bloque de técnicas proyectivas estructurales o gráficas, las entrevistadas mencionaron: Dibujo libre, HTP, Sra de Fay, DFH de Machover, Persona bajo la lluvia, Dibujo de familia. Por otra parte, las técnicas temáticas nombradas fueron: TAT, CAT, Rorschach, Frases incompletas, escala de Conners, escala de Vanderbilt, cuestionarios de autorreporte.

A propósito de estas herramientas y su relación con la evaluación psicológica vinculada a la discapacidad, puede pensarse que las técnicas proyectivas permiten reforzar inferencias clínicas observadas en las entrevistas, relacionadas a las características y dinámica de la personalidad de los evaluados. También aportan información acerca de la cercanía o distancia a lo esperado para la edad en términos de maduración y aprendizaje. Esto representa un elemento de utilidad a la hora de pensar la estrategia de intervención así como las recomendaciones a incluir en el informe de evaluación.

Algo importante es que la interpretación de los resultados, puede ser utilizada de distinta forma de acuerdo al modelo teórico desde donde se entienda la evaluación, informar con el acento en las deficiencias o en las habilidades adaptativas. Puede concluirse que las técnicas proyectivas aportan información de mucha riqueza a la evaluación psicológica y que ésta puede ser utilizada desde diferentes perspectivas teóricas y con variados fines, sea diagnósticos, de

intervención o pronósticos.

El tercer y último gran bloque de herramientas diagnósticas empleadas por las profesionales psi, son los test psicométricos. Su nombre deriva de su finalidad: medir el grado de algún rasgo mental.

En relación a esto, se observa una variedad de herramientas psicométricas utilizadas en las intervenciones diagnósticas: Escalas Wechsler (Wisc IV, Wisc V, Wppsi), Escala Wechsler no verbal, Figura compleja de Rey, Slosson, Raven, Test de Bender Koppitz.

No obstante esto, en una de las entrevistas surge a destacar la utilización de técnicas piagetianas, herramientas que discrepan con las baterías tradicionales de inteligencia. Esto responde a que Piaget no deseaba crear una prueba estandarizada, su interés descansaba en los patrones universales que subyacen al desempeño humano y no en las diferencias individuales. López Garay, D. (2011)

Sergio Dansilio (2009) argumenta que la teoría de Jean Piaget es una de las referentes de la Neuropsicología uruguaya. Especialidad que irá diversificándose en diferentes ramas y pasando de ser una disciplina reservada al ámbito médico, a incluir técnicos de otras disciplinas: Psicología, Fonoaudiología, Psicomotricidad, Magisterio. La Neuropsicología del desarrollo incorpora estas especialidades, utilizando herramientas que pueden ser aplicadas por diferentes técnicos, como ser el Protocolo Montevideo, el Inventario de Desarrollo Infantil y la Nepsy II. Las tres herramientas mencionadas son utilizadas por varias de las profesionales entrevistadas, siendo las dos primeras, de creación uruguaya.

Además aparecen otros instrumentos utilizados por las entrevistadas como el Prolec-R, consistente en una batería de evaluación de los procesos lectores, junto con otros del orden más intuitivo o artesanal, como ser ejercicios de cálculo, comprensión lectora, escritura y demás, no estandarizados.

Anteriormente se destacó que en algunos casos vinculados a servicios públicos, la aplicación de las escalas Wechsler no la impone el prestador de salud, sino que es un requisito para solicitar para solicitar prestaciones del Estado, en otras ocasiones, las líneas de trabajo institucionales indican a las Psicólogas que las

intervenciones orientadas a evaluar a los niños y niñas, deben integrar las escalas Wechsler. Por tanto, impresiona que el uso de las escalas Wechsler significa un nudo de tensión en el ejercicio de los y las profesionales de la Psicología a la hora de realizar procesos de Evaluación Psicológica.

Este recorrido por los usos y aplicaciones de las diferentes técnicas y estrategias diagnósticas utilizadas para realizar evaluaciones psicológicas en niños y niñas de edad escolar, conduce a visibilizar que no hay una estrategia única estandarizada. La selección de instrumentos es dependiente de la disponibilidad de recursos de las instituciones, así como de la postura epistemológica tanto del técnico como del servicio en que éste se desempeñe.

Asimismo, la combinación de instrumentos permite a los técnicos realizar una aproximación diagnóstica que integre aspectos de la personalidad, funcionamiento psicoafectivo y cognitivo, quedando en evidencia que al propósito de la evaluación del potencial cognitivo, ninguna de las herramientas por sí sola es suficiente.

## **10.2 Resultados. Repercusión de la devolución en el usuario.**

*“El punto importante es que el viejo estereotipo de que las personas con DI nunca mejoran es incorrecto. Con los apoyos adecuados, debe esperarse, un mejor funcionamiento, excepto en casos excepcionales” (AAIDD, 2011:34)*

Esta subcategoría surge de explorar la sintonía entre la demanda recibida desde el usuario por los servicios de salud, y el resultado que el primero obtiene de su pasaje por el segundo. Se infiere que tienen puntos de encuentro, pero también de desencuentro, con las expectativas del prestador.

Este ejercicio lleva a pensar acerca de las posibles relaciones que puedan establecerse entre los resultados obtenidos por el usuario, el paradigma de discapacidad desde el cual se interviene y la forma de entender la discapacidad que circule en torno al niño/a y su familia, y qué cosas condiciona la forma en que reciben esa devolución.

La percepción de las realidades y los resultados son diversos según el

servicio de salud que se trate, también entre Montevideo e Interior del país y si se trata del dominio público o privado. Esto no sorprende, dado que la disparidad de criterios y resultados es una característica que ha venido presentándose de forma transversal en este estudio.

Se destacan situaciones en que las familias se acercan a los servicios para poder tramitar las prestaciones de apoyo económico del BPS. En los servicios que cuentan con los medios para hacerlo, se realiza la evaluación psicológica conforme los requisitos del organismo de destino. Se hace referencia a que en esas situaciones, más allá de cuál es el fin del informe, realizan frecuentemente recomendaciones respecto de consultas o tratamientos que pueden beneficiar a ese niño o niña.

*“...orientar a la familia para que no se quede solo con eso y la pensión y no haga más nada.” (Ent. 7, 2020)*

Existen coincidencias en que el destino de esas recomendaciones no siempre guarda dependencia con el nivel socioeducativo o económico de las familias, sino al lugar simbólico que dan a ese escolar en la familia. Concretamente, hay servicios donde llegan madres diciendo que, tienen varios hijos ya con pensión de BPS y que quieren que, quien configure el sujeto de la consulta, también la obtenga. No hay una expectativa familiar de apoyar las fortalezas de ese niño o niña, sino que seguramente por una multicausalidad de factores, es “suficiente” acceder a un apoyo económico.

Por consiguiente, esto lleva a pensar en lo advertido por la AAIDD (2011) respecto a que los problemas de las personas con discapacidad intelectual empeoran en ámbitos sociales en los que hay una falta de comprensión generalizada respecto de sus necesidades y características.

Devienen situaciones donde teniendo posibilidad de acceder a un tratamiento determinado, sea en clínicas privadas o en el CHPR, la familia no adhiere a la recomendación y el niño o niña no accede a servicios que podrían impactar positivamente en las diferentes áreas de funcionamiento.

Cabe en este punto realizar una aclaración que tiene que ver con el acceso a servicios de rehabilitación o tratamiento y que guarda dependencia con la situación laboral de los padres o tutores de los menores. Aquellos niños que tengan padre, madre o tutor legal, trabajador dependiente aportante a BPS, podrán solicitar las denominadas Ayudas Extraordinarias (AYEX). Estas prestaciones son otorgadas a personas con discapacidad y/o alteraciones del desarrollo. Su finalidad apunta a proveer al usuario del acceso a institutos de rehabilitación, a centros educativos habilitados por ANEP que realicen integración, también a centros recreativos o deportivos con propuestas de actividades que contribuyan a la rehabilitación. Dentro de estas ayudas económicas se encuentra también el apoyo en el acceso a locomoción para el beneficiario o su acompañante, con el fin facilitar el acceso a los servicios antes mencionados.

*“...a veces la familia viene por el tema de la pensión, si vemos que precisa apoyos ahí ponemos recomendaciones. Orientamos que están las prestaciones del BPS, eso siempre que hay posibilidad se hace para que tenga esos apoyos. Y muchos casos son muy gratificantes, la familia termina agradeciendo porque muchas veces son niños que pasan como invisibilizados.” (Ent. 7, 2020)*

A partir de esto se entiende que las opciones para aquellos niños y niñas de hogares desfavorecidos socioeconómicamente, donde los adultos referentes no tienen empleo formal, son recicladores o changadores, micro emprendedores no regularizados o los llamados trabajadores “en negro”, están disminuídas. Acceder a apoyos especializados, en estas situaciones, queda sujeto de la posibilidad de vincularse al servicio de Neuropediatria del CHPR. Allí se los recibe, evalúa y proporciona tratamiento. No obstante eso, la experiencia del tránsito por este servicio, no puede acompañar la demanda:

*“...un niño que tiene su autoimagen como “la del burro”, que vos le puedas decir: -mirá querido, tu no sos burro, tu tenés una dificultad...- pero cuando le vas a decir: -podés tener un tratamiento- y no tiene esa posibilidad, no se lo podés decir. Cuando esperan un año o más, hasta tres años por el Fonoaudiólogo en el Pereira,*

*ese chiquilín ya repitió, ya se frustró, (...) Y ya quedó como el burro.(...) La sensación espantosa sabés cuál es? Que sos testigo de lo que se está produciendo. De los niños que se están produciendo. De la no intervención, de la impotencia, porque vas hasta ahí.” (Ent. 4, 2020)*

El hospital infantil sería en la actualidad el único con el cometido de recibir, evaluar y planificar interdisciplinariamente los apoyos para una gran cantidad de niños, aquellos que transcurren sus infancias en la franja de mayor prevalencia de discapacidad intelectual: la franja de la pobreza. En sus realidades las dificultades para alcanzar y sostener estos tratamientos en una institución centralizada, suman a los tiempos de espera, las dificultades en la accesibilidad.

Como resultado, estas situaciones claramente interpelan al Sistema de Salud, dado que los principios de universalidad, accesibilidad y la oportunidad de acceso a prestaciones equitativas, oportunas y continuas, no estarían siendo garantizadas a un amplio sector de niñas y niños con discapacidad intelectual.

Por otra parte, de la información recabada surge que no abundan los centros especializados en discapacidad intelectual. Las profesionales expresan como una dificultad para las derivaciones, las pocas instituciones que se ocupan de atender a esta población desde sus requerimientos específicos.

En cuanto a la clínica particular, entendida como el ejercicio libre de la profesión, representa otra dimensión vastamente interesante. A este tipo de atención suelen acceder personas con posibilidades económicas, donde la planificación de la intervención, la estructura de apoyos y el seguimiento encuentran terrenos más fértiles. Una situación similar se da en las clínicas especializadas en desarrollo infantil, que reciben usuarios particulares, derivados de prestadores de salud privados y también de seguros integrales.

*“Porque ahí (en la consulta particular) trabajás más con los padres y por lo general es como más acordado en común, (...) más pensando en tratamientos futuros, como la posibilidad de ellos de adherir al tratamiento, de lo que a ellos les*

*interesa, generar una propia demanda.” (Ent. 3, 2020)*

El ámbito privado parece no quedar sujeto a la lógica de: *“bueno, si ya tiene discapacidad intelectual no se manda a estimulación” (Ent. 3, 2020)* aspecto que genera tensión en los ateneos. Las profesionales entienden el diagnóstico como un disparador de oportunidades, en tanto el cuerpo médico lo interpreta como algo que cierra la intervención. Abordados por la misma profesional, dos niños tendrán diferentes trayectorias en relación a su discapacidad intelectual, dependiendo del atravesamiento institucional del ámbito donde los reciba.

También aparecen criterios diferentes en relación a los procesos posteriores a la detección del déficit. Emplear estimulación cognitiva en las intervenciones, desde la afirmación de que es una estrategia que permite, en las situaciones de discapacidad intelectual, mejorar los niveles de inteligencia posibilitando acceder a un nivel superior. Se informa que, en el caso de la discapacidad intelectual, la estimulación cognitiva ha de ser continuada en el tiempo, sino el nivel de superación logrado, decae. La inclinación a especializarse en estimulación cognitiva en parte fue reactiva a la frustración que generaba diagnosticar y no contar con recursos para mejorar la condición de la persona. Desde esta práctica se afirma que la estimulación cognitiva también ayuda a la dimensión afectiva, por la apoyatura en el vínculo, y por el impacto positivo en la autoestima que provoca la mejora de las habilidades.

*“Tengo una paciente de 36 años que la veo desde que tenía, yo que sé, 6 años... Y en ella se nota cuando pasa mucho tiempo sin ir, se nota el bajón, ¿no? (...) yo quiero controlar y ver a ver qué pasa. No sea cosa que se me quede. Porque sí se me quedan los que tienen una dificultad inespecífica, en los que hay una patología más severa detrás...Esos sí, esos son gurises que, que se yo, hace 10 años que los tengo.” (Ent. 6, 2020)*

El después, en estas intervenciones puede ser representado como una puerta abierta. Desde un ámbito sanitario que invita al usuario a adherir a un proceso que lo

involucra como sujeto activo, impulsa su autodeterminación. Un lugar donde se fortalece la confianza en las capacidades y dónde se apoya cuando estas no son suficientes.

*“...esa gurisa cada tanto me aparece en el hospital porque quiere que le de una mano. -Volví (nombre de la profesional)-, me dice” (Ent. 6, 2020)*

A partir del desarrollo anterior, destaca que el espectro de resultados para las niñas y los niños escolares luego del diagnóstico de discapacidad intelectual, es variado y dependiente de las indicaciones de los técnicos, las posibilidades familiares (psíquicas, sociales, culturales, educativas, económicas), los recursos públicos y/o privados de cada departamento, los recursos educativos, entre otros.

Se entiende que la responsabilidad primera de garantizar al niño el ejercicio de sus derechos, recae en la familia y la escuela, como actores fundamentales de su microsistema (Bronfenbrenner, 1987). Por tanto son responsables de que las indicaciones recibidas por el área de la salud se cumplan. Esto no siempre acontece, ya sea por dificultades o intereses familiares, ya sea porque, las escuelas no cuentan con los recursos necesarios (humanos, físicos o de formación). En relación a esto, aparece en las profesionales, la sensación de realizar, en este tipo de intervenciones, un esfuerzo que muchas veces no hace eco en lo familiar. Familias que no pueden sostener las orientaciones respecto de inserciones en club de niños, centros especializados u otros, y que terminan reproduciendo únicamente el círculo habitual vinculado al acceso al ámbito médico, tal cual lo describen Bagnato y Córdoba (2020) en su análisis.

*“...se prioriza otra cosa. No se prioriza después la integración del niño. (...) De repente da un déficit cognitivo, bueno va a BPS, sacan una pensión, el niño sigue en esto de la escuela inclusiva y es un niño que repite, repite, pero que no aprende. O que sigue sin ser cuidado, como un descarte, queda como descartado.” (Ent. 5, 2020)*

Continuando con las escuelas, los discursos recogidos en este trabajo han

informado que algunas de las mismas cuentan con la figura de la “maestra de apoyo”. Esa maestra tiene como función brindar apoyo, precisamente, a todos los niños que no logran acompañar con los tiempos de aprendizaje del aula. La realidad declara que esas docentes habitualmente se ocupan de acompañar procesos educativos de niños de 1er y 2do año que además, no reciban otros apoyos por fuera de la escuela. Si el niño va a un club de niños, por ejemplo, pierde la posibilidad de recibir el apoyo en la escuela.

Otras veces, las psicólogas solicitan que se considere hacer el apoyo a contraturno en escuela especial, con el fin de evitar la escolaridad compartida que debilita la pertenencia social del escolar a las instituciones. Impresiona que la escuela, como principal espacio de socialización de los niños, no logra aún fortalecer y optimizar las inclusiones educativas.

*“... esto que me parece a mí, la intención de que la escuela fuera inclusiva como que no funciona mucho. En esto de que los niños van como pasando y fracasando, pasando y fracasando, repetición.. en una inclusión que es como media... que no es real, que no hay una inclusión real.” (Ent. 5, 2020)*

Es posible leer más allá de las palabras que anteceden, el cuestionamiento a un modelo de inclusión que contradice las bases de la inclusión misma. La plena inclusión está estrechamente ligada con el acceso a la educación (AAIDD, 2011), por tanto la institución escolar debería ser un pilar en relación al diseño de estructuras de apoyo que la garanticen. En contrapartida, parecería que en lo educativo incluir implica menos exigencia, y trato distinto para el educando, en tanto el resto de la comunidad educativa (familias, docentes y niños) no tienen responsabilidades en esto de la inclusión.

Además de las anteriores, las profesionales suelen realizar otras sugerencias para los niños con discapacidad intelectual, dirigidas al fortalecimiento de áreas del desarrollo. Participación en espacios recreativos, deportivos y de arte, como ser clubes deportivos, de niños, talleres entre otros. Estas indicaciones resultan positivas, con una perspectiva de atención basada en derechos, multidimensional.

En algunas ocasiones esto sucede desde lógicas contradictorias: en pro del fortalecimiento de las habilidades sociales o disfrute, por ejemplo, pero desde el entendido que debe ser en un espacio para personas con discapacidad porque de intentar participar de espacios comunitarios habituales, quedarían excluidos. Se refuerza la exclusión en pro de la inclusión. Vuelve a recaer el peso de la discapacidad en el niño o niña...

*“... si no es específico para discapacitados quedan relegados, quedan de costado, no la pasan bien en ningún sentido ni desarrollan ninguna habilidad”. (Ent. 10, 2020)*

Otra cuestión acerca del acceso a las prestaciones AYEX del BPS, además de ser accesibles sólo a niños y niñas con padres o tutores trabajadores aportantes, es que limita el acceso a quienes sí pueden hacer uso de las AYEX, a dos prestaciones en simultáneo por un tiempo máximo de dos años. Se agrega a esto la salvedad de que no puede solicitarse solamente atención psicológica. Ha de ir acompañada de otra solicitud de tratamiento en un área del desarrollo.

*“...Imaginemos que necesita tratamiento en las cuatro áreas. No ponemos las cuatro áreas, decimos -bueno, en este momento qué tendríamos que priorizar?- ponemos dos tratamientos que es lo que le va a cubrir la ayuda.” (Ent. 10, 2020)*

Esta información alerta respecto de una multiplicidad de variables desde lo institucional que transversalizan el resultado que obtienen los usuarios después de transitar la instancia de evaluación psicológica. Estos se encuentran condicionados, además de por características socioeconómicas y familiares, por los lineamientos institucionales de los prestadores de salud, por la disponibilidad de acceso a los mismos, por el límite a la cantidad de prestaciones a las que es posible acceder y por el criterio utilizado por los actores de la salud para determinar acciones a seguir y priorizar qué prestaciones solicitar.

Tomando en cuenta lo observado por la OMS (2011) al respecto de la escasa oferta en salud y prestaciones para las personas con discapacidad, se advierte la importancia de recoger información censal acerca del acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, así como del funcionamiento de programas y

prestaciones específicas para esta población, orientado a la mejora de los mismos.

### **10.3 ¿Qué podemos mejorar?**

La consulta sobre propuestas de mejora para la atención en salud de la población a que se refiere, arrojó una multiplicidad de cuestiones relacionadas a lo administrativo, económico, de recursos humanos y de posicionamiento ético profesional.

Para comenzar, es notorio que el lugar sociocultural, que se le da a los profesionales de la Psicología en el ámbito de la salud ha cambiado en la última década. La demanda de atención en salud mental se ha incrementado, así como la presencia de estos profesionales en los equipos de salud. Esto seguramente responde tanto a la puesta en funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud del año 2008, como a la movilización estructural que generó la reforma de la salud mental y la reglamentación de la Ley de Salud Mental en el año 2018.

Una de las profesionales especifica que a partir del año 2011, percibe cómo crece la visibilidad y trascendencia de la Psicología en los servicios de salud pública.

A nivel de instituciones o clínicas especializadas en desarrollo infantil, la necesidad de recursos aparentemente estaría cubierta. Las mutualistas cuentan con equipos interdisciplinarios que incluyen psicólogos, además de tercerizar la atención en clínicas o profesionales independientes. En las mutualistas, los tiempos se extienden cuando se trata de acceder al Comité de recepción, hasta tres meses. Estos Comités son los encargados de definir qué tipo de intervención y tiempo de duración de las mismas se otorga a los usuarios. Una vez elaborada la ruta, los tiempos de atención son acordes a esas definiciones, ya sea en clínicas o con profesionales independientes.

Se aprecia que los servicios relacionados al primer nivel de atención en salud de la órbita pública, presentan carencias importantes de recursos humanos. Allí la dificultad se traduce principalmente en listas de espera de hasta 3 meses, para el acceso a la consulta. La diferencia con los servicios mutuales, es que luego de

obtenida esa primera consulta, no hay disponibilidad de agenda para brindar atención con frecuencias acordes al diseño de intervención que podría planificar el profesional. Se transcribe un relato a modo de ejemplo:

*“El tema es que el paciente saca para hoy y después le dan para dentro de tres meses. Explícame cómo le aplico el Wisc. Eso está mal. A ver, por una cuestión de dignidad, de derecho, pero también por una cuestión ética. Yo no le puedo aplicar la mitad del Wisc hoy y la otra mitad en septiembre.” (Ent. 9, 2020)*

Otras veces, la demora viene dada además, por la urgencia de otras situaciones que compiten con las solicitudes de evaluación psicológica para niños y niñas. La posibilidad de repetición escolar, o las implicancias afectivo emocionales que pueden devenir de la inadecuación escolar, pasan inadvertidas a la hora de la gestión de consultas.

*“... a veces no se le da quizás el tiempo necesario, porque tenemos una demanda enorme, hay que atender, llegan casos graves de abuso, de violencia, de muertes, entonces hay que atender algunas situaciones. Y a veces no se cuenta con el tiempo.” (Ent. 7, 2020)*

Al respecto de los servicios públicos del interior, si se trata de ciudades, las carencias son en la actualidad similares a las de Montevideo respecto a tiempo de espera de atención, presencia de equipos de salud mental en los servicios, o posibilidades de trabajo interdisciplinario con Psiquiatra, Pediatra, Trabajador Social, etc. En las localidades más pequeñas, las carencias son mucho mayores.

*“En mi caso (...) soy sola, sola, no tengo ni Psiquiatra, ni Trabajadora [social] y no te puedo decir lo que es la montaña de pases. Entonces un día dije basta, porque que hago con todo esto? (...) hay una demanda enorme y faltan [profesionales]. (Ent. 7, 2020)*

La falta de profesionales suficientes en los servicios impacta entonces en la

calidad de la atención, pero además, en la salud laboral de los profesionales. Realizan horas extras que no cobran para cubrir agendas supernumerarias, reciben reclamos de los usuarios, críticas de los equipos, entre otras. Esto redundaría en que si bien hay que aumentar la cantidad de recursos psi en los servicios, también debe mejorar la organización y gestión de los mismos.

Por otra parte, se visibiliza que los servicios de salud deberían contar con profesionales de la Psicología capacitados en detección de dificultades de aprendizaje y otros problemas prevalentes en las infancias, vinculados a la profesión, de manera de poder realizar intervenciones más eficaces y eficientes. Otra mejora propuesta, tiene que ver con disponer de instancias de formación para el personal que trabaja con la población infantil capaces de colaborar en la construcción de la autonomía y autodeterminación de los niños y niñas con discapacidad intelectual leve.

Respecto de la post evaluación, surge como demanda tener la posibilidad de acceder a tratamientos específicos acordes a las áreas de funcionamiento que es necesario fortalecer. Emerge la propuesta de contar con equipos de referencia, con formación idónea en desarrollo infantil, que sean apoyos para los equipos de salud a nivel de territorio.

*“Dejate de alimentar centros, y esa plata que gastás, un promedio de 5000 pesos deben estar pagando por niño, hacé equipitos en secundaria, primaria, en salud pública. De hecho las mutualistas si te lo dan.” (Ent. 4, 2020)*

A propósito de esto, se identifica la necesidad de que las escuelas tengan profesionales de la Psicología que puedan trabajar en acciones de prevención y detección temprana, entre otras. Destaca también la importancia de la mejora en la comunicación entre actores involucrados a favor del trabajo interinstitucional.

La conformación de equipos en todas las policlínicas de atención primaria que trabajen en estimulación cognitiva, es otra propuesta que surge pensada como complementaria a la evaluación.

Al respecto de cuestiones teórico técnicas, se problematiza acerca de la eliminación del coeficiente intelectual en las evaluaciones, entendiendo que es un insumo que no aporta más que cuestiones clasificatorias y actúa como reforzador conceptual de la normalidad.

*“...tenemos el “cuadrado” para evaluar, pero si nos salimos de eso, tal vez encontramos que ese niño es bueno en música, es bueno dibujando. (...) quedamos tan encasillados, creo que desestructuraría la evaluación psicológica. La neuropsicológica por lo menos.” (Ent. 5, 2020)*

Se configura una propuesta de desestructuración del modelo de evaluación más tradicional, del paradigma médico hegemónico, en pro de una forma integral de mirar al otro. Una forma integral de evaluar, que permita pensar planes de estudio inclusivos y adaptaciones curriculares. Que la institución escolar no sea expulsiva y pueda abrazar la diferencia. Habilitar la posibilidad de desplazar el asunto del “no puede” al “puede”, permite abrirse a la oportunidad de escuchar sus intereses, sus motivaciones y, encontrar más acertadamente estrategias adecuadas para el abordaje.

En relación a los recursos a los que pueden acceder las personas con discapacidad, en el año 2020 se presentó un trabajo interinstitucional denominado Guía de derechos y apoyos para personas con discapacidad. Fue elaborada con la participación de tres tipos de actores: agencias de la ONU, Instituciones del Estado y organizaciones de derechos de las personas con discapacidad. La guía busca ser un insumo para las personas con discapacidad en tanto reúne información acerca de sus derechos así como orienta en relación a apoyos para el pleno desarrollo de la vida. Se organiza en apartados temáticos: educación, trabajo, ocio y recreación, salud, etc. Es relevante en el sentido de que organiza la información disponible a nivel nacional respecto de recursos para las personas con discapacidad, mostrando a su vez, si es leída desde esa óptica, las áreas ciegas donde es necesario fortalecer la accesibilidad y recursos para esta población. (MSP et al, 2020)

Por otra parte, las mejoras administrativas no escapan a las propuestas. Se identifica la atención en Psicología como un área de la salud que no puede ser encorsetada en los encuadres de consulta médica. Tanto en relación a tiempos de atención, como a frecuencias de consultas, como a predicción de resultados. En el marco de los servicios de ASSE, hasta el año 2011 los profesionales psi disponían de treinta minutos para realizar su consulta, a partir de ese año, pasa a cuarenta minutos. Esto denota claramente la dificultad de visibilizar y contemplar el encuadre de la consulta psicológica desde las políticas institucionales y la planificación de servicios.

La organización de agendas es una tensión para las profesionales de la Psicología tanto de Montevideo como de los Departamentos del interior del país.

*“...le tenés que explicar a la funcionaria que no le puede dar para un psicólogo diferente cada consulta. “Ah, pero usted me dijo que era rápido”. Sí, claro, pero la paciente no puede ir una conmigo, una con la otra, una con la tercera...” (Ent. 9, 2020)*

En algunos servicios de la órbita pública, son las propias profesionales quienes organizan sus agendas, pudiendo así, establecer de acuerdo a sus posibilidades, prioridades y frecuencias de atención.

A partir de la información vertida, puede observarse que de lo aportado por la OMS al respecto de las personas con discapacidad y su relación con los servicios de salud, hay puntos de encuentro con las carencias y propuestas de mejora que se plantean. Con relación a las barreras para el acceso, la mejora en calidad y cantidad de servicios para la atención de las y los escolares pertenecientes a hogares de escasos recursos, hacen figura notoria en las propuestas de las profesionales.

Sobre la promoción de instancias de capacitación del personal sanitario, también es una mejora propuesta y que el organismo internacional configura como barrera. Así como la necesidad de proporcionar a los actores y agentes de salud, las directrices para la evaluación y tratamiento desde un marco científico. La falta de

critérios unificados a la hora de realizar evaluaciones psicológicas y diseñar estrategias de intervención en salud, es identificada como una debilidad. Se entiende que en el ámbito académico es donde deberían establecerse las pautas para un lenguaje común.

*“...si tuviéramos un criterio único de pensar y trabajar sería mucho más fácil ver que estrategia utilizar y por dónde abordarlo y cómo trabajarlo y para la población de personas con discapacidad también sería mucho más inclusivo, se sentirían más parte. Se podrían hacer muchas más cosas.” (Ent. 2, 2020)*

#### **10.4 Formación profesional**

En lo concerniente a las Profesionales que participaron de esta investigación, las mismas se encuentran en rangos de edades muy variados, lo que redundaría en diversidad en los años de egreso de sus carreras en Psicología. Esa data es interesante respecto a los cambios que se han ido dando en los planes de estudio y la formación profesional de la actual Licenciatura en Psicología.

El siguiente cuadro organiza la información por participante, casa de estudios, planes y años de egreso.

Participante	Institución	Plan de estudios	Año de egreso
1	UCU	1985	1991
2	UdelaR	IPUR y 2013	2015
3	UdelaR	IPUR y 2013	2014
4	UdelaR	EUP e IPUR	1991
5	UdelaR	IPUR	2013
6	Universidad de Ginebra, Suiza	s/d	1979
7	UdelaR	EUP	1996
8	UdelaR	IPUR	1996
9	UdelaR	IPUR	2002
10	UdelaR	IPUR	2004

En la educación pública se inicia la formación en Psicología por los años 50, en tanto en la educación privada en el año 1985, centralizada en la capital del país. La Licenciatura en Psicología de la UdelaR, nace asociada a la Facultad de Humanidades y Ciencias en 1956, mientras que en paralelo se forma a Técnicos en Psicología Infantil en la Escuela de Tecnología Médica. El golpe de Estado de 1973 y la posterior intervención de la UdelaR, cierra el curso de Psicología Infantil por dos años, y la Licenciatura de Psicología de manera definitiva.

En 1975 se crea la Escuela Universitaria de Psicología (EUP) que se alinea con el paradigma médico, formando un perfil de reproducción y aplicación de instrumental psicodiagnóstico. Post dictadura, en el año 1987 se crea el Instituto de Psicología de la Universidad de la República, (IPUR), orientados a desarrollar una Psicología que produzca conocimiento en relación directa a las necesidades sociales. En 1994, se crea la Facultad de Psicología que hoy conocemos. (Irrazábal, E. s. f.) Posterior al plan IPUR está el que actualmente rige, el 2013.

En relación a la formación privada, la Universidad Católica fue fundada en 1985, con la apertura democrática, con un plan de estudios que incluía nuevos paradigmas y actualización en técnicas de evaluación. El plan posterior, de 1994 se nutre de la posibilidad de realizar además especializaciones. En el 2006, se reorganiza la facultad en torno a Departamentos especializados en áreas de formación en Psicología: deporte, desarrollo, educación entre otros. (UCU, 2020).

En el departamento de Maldonado la Licenciatura privada en la UNIFA existe desde 2016.

El desarrollo anterior permite tener una idea acerca de los paradigmas prevalentes en los planes de formación y perfiles de egreso de las participantes de este estudio.

El perfil de formación de las entrevistadas es variado en lo referente a instituciones y planes de estudio, encontrando formación pública y privada, dentro y fuera del país.

Se percibe de acuerdo al cuadro 5, una prevalencia de planes de estudio anteriores al año 1990, lo que perfila profesionales con fuerte impronta del paradigma médico y de la psicometría desde el punto de vista de la clínica psicológica. Este aspecto queda expuesto en los discursos de las entrevistadas:

*“...con respecto a lo de la evaluación lo que la Facultad daba cuando yo me formé era bastante. Porque todo esto que yo uso lo vi en Facultad. Después, en Rorschach, yo hice algo breve, que te daba una introducción un poco más y en algún momento estudié por mi cuenta, comprando libros y todo eso, sobre las otras técnicas. Tengo algunos libros de cada técnica, que me obligó un poco la realidad laboral (...).” (Ent. 9, 2020)*

Este fragmento es representativo de la pregnancia que las técnicas adquieren al hablar de evaluación psicológica en algunos planes de estudio, así como en la clínica. La forma de ver la intervención desde el paradigma médico, supone medir, calibrar, diagnosticar. Para eso es necesario manejar herramientas que lo permitan, y allí se deposita el acento. La herramienta técnica, es un instrumento de normalización y compartimentación diagnóstica desde este paradigma.

En el plan de estudios EUP y en el IPUR, no existía formación en discapacidad, según relatan las entrevistadas. Esta carencia es detectada por quienes realizaron su formación y egreso en planes educativos públicos y privados anteriores a 1990, pero también quienes egresaron en el marco del programa 2013 de la UdelaR, el más actualizado.

Todas coinciden en que la formación vinculada a la discapacidad es una carencia en los y las profesionales, y no solamente de los formados en Psicología. A propósito de esto una de las entrevistadas dice:

*“...a veces no se le da una oportunidad al paciente que se ve que tiene una discapacidad intelectual. (...) no se le da una oportunidad como para ser del todo escuchado, comprendido. (...) -que iba a tener para decir? o lo que tienen para decir no tiene mucha validez, una persona así sólo puede decir tonterías -(...) Bueno, eso*

*había que borrarlo del mapa. Tenemos que empezar de cero en ese sentido, ¿no?”*  
(Ent. 1, 2019)

La necesidad de una mirada del usuario con discapacidad intelectual desde la perspectiva de derechos es la carencia formativa que parece denunciar este fragmento. Puede tomarse como un indicador de que, previo a formarse en la técnica o las técnicas para evaluar, es necesario saber cómo debe trabajarse desde la perspectiva de derechos con el usuario, independientemente de su condición de salud. Formar para que el prejuicio deje de estar de la mano del desconocimiento.

Lo tomado textual de la entrevista que antecede es anunciado por una profesional que egresó en el año 1991, y coincide plenamente con lo que nos informa otra entrevistada, con egreso en el año 2014:

*“...Sí, creo que sí, que es un debe de la formación y te digo, no solo en nuestra profesión, en esta disciplina. Como a nivel más amplio. Y además ahí lo de la salud se tensiona a veces con lo social ¿no? Por esto mismo que hablamos, como el modelo social. Si vos pensás en políticas sociales para personas con discapacidad, tienen otra perspectiva que el modelo hegemónico de salud, del diagnóstico, en este caso.”* (Ent. 3, 2020)

Hay que mencionar además, al respecto a la formación de posgrado, que del total de las entrevistadas solamente dos refieren haberse formado en dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo, a nivel privado. Otra de las entrevistadas realizó una maestría en Psicología y Educación en la UdelaR, investigando en aspectos vinculados a discapacidad y educación. El resto, explican que la formación en evaluación de la discapacidad intelectual ha sido autodidacta y en relación a la demanda y/o lineamientos de sus lugares de trabajo.

La profesional egresada en el extranjero, narra tener una formación con peso en investigación, poniendo el acento de su formación de grado y posterior especialización en genética experimental y rehabilitación en demencias. La crítica al peso del Psicoanálisis en la formación de la UdelaR particularmente, se hizo notar por parte de ésta, en el entendido de que genera una visión parcializada de

las dificultades que puede presentar un sujeto en su funcionamiento. Explicando los fenómenos desde el modelo psicoanalítico, supone que quedan por fuera otras apreciaciones que involucran aspectos genéticos o neurológicos, por ejemplo.

Por otra parte, aparece de forma reiterada la mención de que es necesario integrar en los planes de estudio la perspectiva de derechos para la atención en salud en general, y no sólo para el abordaje de la discapacidad intelectual. Pensadas de esta forma, las intervenciones en salud se encaminan a la plena inclusión.

En este sentido, es posible pensar que en tanto se tenga integrada la perspectiva de derechos al enfrentar la consulta con el usuario, dejará de ser trascendente el diagnóstico como instrumento clasificador, para transformarse en un insumo que oriente la intervención como continuo inconcluso, en permanente evolución, pasible de evaluación y cambio.

Respecto de la Facultad de Psicología de UdelaR, la temática de la discapacidad está planteada y enclava en la formación en cursos, prácticas y proyectos optativos para el estudiante. La UCU por parte, tiene dentro de la carrera de grado, bloques o rutas temáticos referidos a la discapacidad, también opcionales.

Por otra parte, se destaca la necesidad del trabajo interdisciplinario en relación a la discapacidad intelectual empleando un lenguaje universal en torno al tema. Esto supone formar en discapacidad a otras disciplinas, que exceden al ámbito de la salud entendida como lo institucional. Promover la formación además de en las más apegadas a lo médico (fonoaudiología, psicomotricidad, etc), en otras que permitan el desarrollo de otras fortalezas de los usuarios, como música, danza o expresión plástica.

A propósito de los párrafos anteriores, también queda en evidencia que conocer acerca de la discapacidad y la perspectiva de derechos es un deber de la sociedad toda y no solamente del ámbito profesional.

*“...creo que a nivel social es un tema que no se habla mucho entonces queda invisibilizado y obviamente, que necesita un peso también a nivel de la academia, más de formación. Por ejemplo, una materia obligatoria.” (Ent. 2, 2020)*

## **11. Algunas consideraciones finales y recomendaciones:**

El presente trabajo tuvo por objetivo describir las relaciones entre las intervenciones diagnósticas empleadas en las evaluaciones psicológicas de discapacidad intelectual en escolares y los servicios de salud.

Se hace referencia al titular el apartado a “algunas consideraciones” dado que por tratarse de una investigación cualitativa, el investigador como sujeto localizado, tiñe el producto con una historia sociocultural que lo implica afectivo, ético, político e ideológicamente. Un sujeto que reconoce que su producción tiene efectos, tanto por acción o por omisión.

Puede considerarse que los objetivos propuestos fueron alcanzados: se describen las estrategias diagnósticas utilizadas para determinar la discapacidad intelectual leve y las intervenciones que surgen de las mismas. Se alcanzó la meta de explorar las herramientas utilizadas para dichos procesos tanto en servicios de salud públicos como privados y exponer convergencias y divergencias. Se considera haber logrado identificar los modelos subyacentes a las prácticas diagnósticas de discapacidad intelectual llevadas a cabo por los distintos servicios.

El tránsito recorrido, permite visibilizar que las evaluaciones diagnósticas que realizan los profesionales psi, son resueltas en relación de dependencia con múltiples factores. Puede identificarse la influencia del perfil institucional, la formación de los profesionales, la articulación de los paradigmas institucionales y

profesionales, variando también de acuerdo al Departamento de que se trate y los recursos que haya en cada territorio.

Respecto de la forma en que la discapacidad intelectual es entendida y explicada, no existe un constructo homogéneo que pueda oficiar de denominador común de los profesionales intervinientes. Impresiona que cada uno explica desde su perspectiva y en sintonía a su bagaje conceptual en el tema. Analizando los resultados y releando las entrevistas, destaca que, en el plano discursivo se desdibujan los diferentes grados en los que puede conceptualizarse la discapacidad intelectual. Si bien el estudio se centra en la discapacidad intelectual leve, la de mayor prevalencia, impresiona que discapacidad intelectual es entendido como un concepto único, determinante y carente de matices.

Lo antes mencionado representa un importante indicador de la urgencia de establecer baremos y procedimientos protocolizados para el abordaje de los diagnósticos en relación a la discapacidad intelectual, además de evidenciar necesidades formativas de los profesionales de la salud implicados en este tema.

Se puede identificar en el ámbito sanitario institucional la prevalencia del modelo médico a la hora de pensar el constructo discapacidad, centrando la atención en las deficiencias, más que en las capacidades, tratando a las personas usuarias como objeto pasivo de estudio e indicación, sin reconocer su integridad como personas. El diagnóstico es una estrategia fundamental y valiosa para orientar, pero muchas veces no se relaciona con la vida de la persona. La condición de salud es específica de cada niño o niña y debe ser utilizada para derribar las barreras que generan y reproducen la discapacidad.

Respecto a la disciplina Psicología, se destaca que el modelo psicoanalítico es el privilegiado que sustenta las intervenciones clínicas. La Facultad de Psicología de la UdelaR ha sido la primera y principal institución formadora de profesionales de la Psicología, siendo históricamente el modelo psicoanalítico, el molde princeps de la formación.

No obstante eso, se observa que muchas de las técnicas utilizadas por las profesionales entrevistadas no fueron creadas en el marco de ese modelo, contraponiéndose al mismo en ocasiones. Esto da cuenta de que probablemente no sea una corriente o disciplina determinada la entendida como suficiente y absoluta para explicar el fenómeno de la discapacidad intelectual.

Por otra parte, la Neuropsicología, rama de la Neurociencias, ha ido ganando terreno en las intervenciones de los equipos de salud que reciben consultas de niños y niñas con problemas en el aprendizaje. La Neuropsicología se ocupa de estudiar las relaciones entre cerebro y conducta buscando conocer las bases neurológicas de las funciones cerebrales complejas.

Poder pensar acerca del sustrato teórico de las intervenciones, conduce a concluir que el resultado de las mismas tendrán un impacto positivo para el usuario en tanto el profesional actuante independientemente de su paradigma de base, las piense y planifique desde la perspectiva de derechos, entendida como un paraguas que debe subyacer a cualquier práctica o intervención en salud, sea en discapacidad o no.

En este sentido entonces, si bien se observa en los profesionales una postura tendiente al cambio en las formas de intervención, alineada con la perspectiva de derechos, ésta no ha podido aún transversalizar el ámbito médico e instituciones, más allá de las producciones discursivas. Prevalece aún, una mirada del otro tendiente a lo medicalizador y patologizador.

La adhesión a un lenguaje común, compartido, apoyado en el paradigma de derechos en los diferentes servicios que se ocupan de evaluar, delimitar y planificar acciones para intervenir en situaciones de discapacidad intelectual en niños, redundaría en mayor igualdad de oportunidades para los usuarios, evidenciando las fortalezas y debilidades que cada efector de salud presenta en relación al tema. Potenciar la igualdad de oportunidades de acceso a la salud, reconociendo las barreras vinculadas a situaciones de vulnerabilidad social, cultural y económica, acercará las acciones en salud de Uruguay a las orientaciones que sugiere la OMS.

Por su parte, la accesibilidad como concepto es potente, entendiendo que se refiere a la posibilidad de utilizar bienes y servicios de manera autónoma. Esta

cuestión es fundamental en la vida adulta de niñas y niños con discapacidad intelectual leve y se relaciona directamente con la posibilidad de romper con el asistencialismo. En estrecha relación a lo anterior, el cambio de paradigma puede fortalecer la distinción entre dependencia y carencia de autonomía. Una niña o un niño en edad escolar, puede ser dependiente de apoyos para escribir y decodificar el lenguaje escrito, pero puede ser autónomo a la hora de decidir el contenido de una narrativa que desea escribir. Es por esto que se entiende necesario entonces, profundizar en las transformaciones culturales de los equipos de salud, de forma que la accesibilidad física, comunicacional y normativa, sea uno de los ejes que transversalice las intervenciones en salud de cualquier índole.

Lo anterior dialoga con lo planteado a nivel legislativo en relación a la salud mental. Las realidades desveladas en esta investigación exponen la distancia que resta recorrer para poder garantizar a las niñas y los niños la protección de su salud mental. La accesibilidad como concepto, tiene que abrazar aún más a la promoción y la prevención en salud mental, así como a las oportunidades de tratamiento y rehabilitación. De esa manera podrán darse las condiciones para ejercer el derecho a una vida digna a todas las personas.

Por otra parte, pensando acerca de las estrategias de intervención, devino una variable de interés la vinculación entre éstas y las prestaciones otorgadas por el Estado, particularmente las del BPS. La casi totalidad de las entrevistas destaca el condicionamiento que los requisitos de acceso a prestaciones imponen a su práctica a la hora de planificar una evaluación psicológica. La elección de las herramientas a utilizar difieren, si está mediada por la posibilidad de que el usuario tenga acceso a una prestación o no.

Estas diferencias son saneables en tanto se cumpla la normativa vigente (Ley 18651) de conformar un organismo interdisciplinario encargado de establecer el baremo y certificación única de la discapacidad. Acción que orientará las estrategias de intervención hacia el mismo rumbo, independientemente de la institución de referencia para el usuario, gracias al establecimiento de un lenguaje unificado y criterios diagnósticos universales.

En este sentido, parecería que el BPS se encamina a desarrollar guías de actuación para que cada especialista aplique técnicas de abordaje similares. Sin embargo, es pensado además con el objetivo de que los resultados de los tratamientos ofrecidos por las AYEX puedan ser medidos, evaluados y como herramienta para ajustar la duración de los tratamientos ofrecidos, que podrían acortarse en base a los resultados. (La Diaria Salud, 17 sept, 2021). Estas medidas se alejarían del modelo social de accesibilidad e inclusión, identificándose más cercano a las metodologías del paradigma médico hegemónico.

Cabe destacar que la inclusión de las clínicas especializadas en desarrollo infantil en el SNIS, generaría una disminución en la brecha de accesibilidad a la salud. Mejoraría el acercamiento a los recursos de apoyo y rehabilitación de los niños y niñas pertenecientes a las franjas de mayor pobreza, de donde proviene el mayor porcentaje de situaciones de discapacidad intelectual.

Otro nudo fundamental del trabajo lo constituyen las diferencias conceptuales entre evaluación y valoración psicológica. Puede verse que son términos frecuentemente homologados. Esto desdibuja una parte fundamental de la valoración, que viene dada por el seguimiento de las estrategias de intervención, obturando la posibilidad de visibilizar éxitos y fracasos de las mismas. Impide integrar aspectos de lo dinámico de los procesos, así como la posibilidad de dar relevancia a los aspectos psicoemocionales de los usuarios escolares. Los desajustes conductuales en discapacidad intelectual, se relacionan entre otros motivos, con actitudes de infantilización por parte del entorno y con la dificultad propia para entender e incorporar normas sociales y de la vida cotidiana. Poder entender y atender estos aspectos es fundamental para fortalecer los procesos madurativos y de desarrollo de los niños con discapacidad intelectual. El déficit no debe ser el justificativo para el desajuste, debe ser el motor del plan de apoyos desde un punto de vista integral del sujeto.

Desde esta perspectiva es necesario tener información acerca del déficit, pero lo imprescindible es valorar el funcionamiento de la persona con ese déficit. Ese proceso determina si hay una situación de discapacidad y sobre cuáles áreas del funcionamiento opera. La discapacidad intelectual vendría determinada por una

doble evaluación o una evaluación que integra otros pasos, la clínica que expone el déficit, y una vez detectado o definido este, la valoración del funcionamiento y la discapacidad. Pensada de esta forma, discapacidad intelectual no vendría a representar una entidad de categorización diagnóstica.

Con respecto a las técnicas de evaluación psicológica utilizadas, la exploración arrojó una gran variedad de técnicas y combinaciones de las mismas empleadas en las prácticas de evaluación psicológica. Pensando desde la perspectiva de la Psicología clínica, no caben dudas de que la entrevista psicológica es la herramienta imprescindible para realizar una evaluación psicológica. Probablemente sea la única certeza en la que coincidan las profesionales. A este respecto, se entiende oportuno abrir el debate en relación a cuál o cuáles son las herramientas adecuadas para evaluar un trastorno del desarrollo cognitivo. Debate que debe darse a puertas abiertas, escuchando a las personas con discapacidad, sus familias, sus organizaciones e instituciones de referencia, la academia, las instituciones de salud. Todos tienen aportes y miradas para integrar en un producto que unifique perspectivas y evite caer en una limitada estandarización de procedimientos.

El paradigma médico hegemónico y el paradigma social de la discapacidad se encuentran en esa dimensión definida como cronosistema por Bronfenbrenner (2005), ese lugar donde la influencia de los cambios y las permanencias en el tiempo coexisten en el desarrollo de las personas en sus ambientes vitales. Las prácticas institucionales y profesionales se encuentran tensionadas en ese sistema de cambios y permanencias. Esto explica de alguna forma las contradicciones encontradas en los discursos y en las prácticas profesionales de las Psicólogas entrevistadas y a su vez entre éstas y sus lugares de trabajo.

En cuanto a la formación de los psicólogos y las psicólogas, los perfiles profesionales resultantes de los diferentes planes de estudio e Instituciones, no quedan por fuera de las posturas paradigmáticas y políticas contemporáneas a éstos. Lo anterior supone que el cambio cultural de los equipos de salud que

trabajan en evaluación de la discapacidad intelectual con niños y niñas escolares, viene de la mano de estar formados sólidamente para ese abordaje. Esto implica no sólo la capacidad de realizar una buena entrevista psicológica o manejar fluidamente una técnica, sino, que el profesional conozca en profundidad lo que el trabajo en la clínica de la discapacidad implica.

El recorrido realizado por esta investigación, ha puesto de manifiesto las dificultades y barreras que encuentran los niños y las niñas de edad escolar para recibir diagnósticos y tratamientos cuando aparecen dificultades para acompañar los tiempos de aprendizaje esperados por la escuela. Se hace alusión a la escuela, porque no se hallaron antecedentes de que la discapacidad intelectual leve como las dificultades de aprendizaje, sean evidenciados previo al fracaso escolar.

Las discapacidades intelectuales moderadas y/o severas, presentan señales de alerta más tempranas, ya que la conducta adaptativa suele encontrarse afectada en todas o casi todas las áreas del desarrollo.

Queda expuesto también que la detección temprana es una estrategia que puede contribuir a mejorar los tránsitos en la enseñanza primaria, aún teniendo en cuenta que es un trastorno que suele detectarse en ese ámbito. Diseñar e integrar estrategias de screening en los programas escolares, sería una medida que ayudaría a la puesta en marcha de intervenciones tempranas. Esto no contradice, por el contrario, denuncia la necesidad de tener más equipos de salud preparados para la detección e intervención.

Los aspectos relacionados a las dimensiones de las conductas social y práctica en la discapacidad intelectual leve deben ser revalorizados a la hora del diagnóstico como de la intervención. Si los criterios diagnósticos integran estos aspectos, los mismos deben ser considerados al momento de pensar los apoyos. Cuando el niño o la niña con discapacidad intelectual leve, presenta un desajuste en la forma de interpretar y asimilar los patrones sociales para su edad y cultura, seguramente perciba una devolución de su comportamiento también desajustada en relación a sus expectativas. Por esto se entiende que, las intervenciones que puedan hacerse en áreas específicas, como ser el lenguaje o las área motoras,

seguramente serán más efectivas si van de la mano del fortalecimiento de la autoestima y la pertenencia de ese escolar a su comunidad.

## 12. Referencias Bibliográficas:

- American Psychiatric Association. (APA). (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales DSM-IV. Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales DSM-V. Masson.
- Bagnato, M. J., & Córdoba, J. (2020). Perfiles epidemiológicos de personas con discapacidad beneficiarias de políticas públicas a través del WHO-DAS II. *Revista de Psicología*, 1–16. <https://doi.org/10.24215/2422572xe075>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano* (1er ed.). Paidós.
- Conxa Perpiñá (Coord.). (2012). *Manual de Entrevista Psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. (1.ª ed.) [Libro electrónico]. Ediciones Pirámide. [https://www.academia.edu/29416409/MANUAL\\_DE\\_LA\\_ENTREVISTA\\_PSICOLOGICA\\_CONXA](https://www.academia.edu/29416409/MANUAL_DE_LA_ENTREVISTA_PSICOLOGICA_CONXA)
- Dansilio, S. (2009). La Neuropsicología en Uruguay. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9, 105–112. [https://www.academia.edu/26928564/La\\_Neuropsicolog%C3%ADa\\_en\\_Uruguay](https://www.academia.edu/26928564/La_Neuropsicolog%C3%ADa_en_Uruguay)
- da Silva, M. E., & Coelho, F. (2014). Da deficiência mental à dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista Lusófona De Educação*, 28, 163–180. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4927>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa vol I* (1.ª ed.). Gedisa sa.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa vol IV* (1.ª ed.). Gedisa sa.
- Egea García, C., Sarabia Sánchez, A. (2001) Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*. 50 15-30  
[http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia\\_clasificaciones.pdf](http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf)
- Egea García, C., Sarabia Sánchez, A. (2004) Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Revista Polibea*. 73 29-42  
<https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART7589/VisionDis.pdf>
- Emanuel, E. (2003) ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolas, F., Quesadas, A. (ed) *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. (pp.83-97) Chile:OPS,OMS.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.ª ed.) Ediciones Pirámide.
- González, M. (2002) Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. nro 29 85-103.  
<https://rieoei.org/historico/documentos/rie29f.htm>
- Hernández Sampieri, R. (2006). Recolección y análisis de los datos cualitativos. En C. Fernández Collado & P. Baptista Lucio (Eds.), *Metodología de la Investigación* (pp. 581–684). Mc-Graw Hill Interamericana.
- López-Garay, D. (2011). La valoración de la "inteligencia" humana según Jean Piaget: Hacia una re-apropiación crítica de sus aportaciones. *Revista De Educación De Puerto Rico (REduca)*, 43(1), 35-57.  
<https://revistas.upr.edu/index.php/educacion/article/view/16573>

- Meresman, Sergio (2013): "La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay". La oportunidad de la Inclusión". UNICEF, iiDi, Montevideo, Uruguay
- Navas, P, Verdugo, MA y Gómez, LE (2008) Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención psicosocial*. 17 (2) 143-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814018004>
- Núñez, I. (2014). *Personas con discapacidad en Uruguay: Algunas cifras del censo* 2011. [https://www.bps.gub.uy/bps/file/8195/1/44.\\_personas\\_con\\_discapacidad\\_en\\_uruguay\\_algunas\\_cifras\\_del\\_censo\\_2011.\\_nunez.pdf](https://www.bps.gub.uy/bps/file/8195/1/44._personas_con_discapacidad_en_uruguay_algunas_cifras_del_censo_2011._nunez.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. España, Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). IMSERSO. España; Grafo.
- Palacios, A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado en: <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32232/1/el-modelo-social-de-discapacidad.pdf>
- Ruvalcaba, N., & Orozco, M. (Eds.). (2017). *Salud Mental. Investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional.: Vol. III*. Universidad de Guadalajara. Recuperado

en:[https://www.researchgate.net/publication/328584009\\_Introduccion\\_al\\_modulo\\_ecologico\\_del\\_desarrollo\\_humano](https://www.researchgate.net/publication/328584009_Introduccion_al_modulo_ecologico_del_desarrollo_humano)

- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., Elbert, R. (2005) Manual de Metodología. Construcción de marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Bs. As.: CLACSO.
- Soave, M., Huespe, T., Villagra, L., Ferrer, C., Muszio, S., Saavedra, M., & Chavez, L. (2016). *Manual de Técnicas Proyectivas* (1ra ed.) [Libro electrónico]. Brujas. <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1256.%20Manual%20de%20T%C3%A9cnicas%20proyectivas.pdf>
- Valles. M. (1999) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Ed) Estrategias de investigación cualitativa (pp.23-64). Barcelona: Gedisa.
- Verdugo, M.A. (2003) Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo Cero: Revista Española sobre la Discapacidad Intelectual*. 34(1), Núm. 205, 5-19, [http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3050/analisis\\_definicion\\_discapacidad\\_intelectual\\_asociacion\\_american\\_a\\_sobre\\_retraso\\_mental.pdf?sequence=1&rd=0031165178188305](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3050/analisis_definicion_discapacidad_intelectual_asociacion_american_a_sobre_retraso_mental.pdf?sequence=1&rd=0031165178188305)
- Verdugo , M. A. & American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2011). *Discapacidad intelectual* [Libro electrónico]. Alianza Editorial.

- Viola, L., Garrido, G., & Varela, A. (2008). Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72, 9–20.  
[http://www.spu.org.uy/revista/ago2008/02\\_trabajo%20orig.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2008/02_trabajo%20orig.pdf)
- Yela, M. (1996). Los tests. *Psicothema*, 8 (Suplemento), 249-263.  
Recuperado en:<http://www.psicothema.com/pdf/660.pdf>

### **13. Fuentes documentales**

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.<https://aaidd.org/>
- Bagnato, M.J., Da Cunha, H., Falero, B (2011) Documento de trabajo para el debate. Sistema de Cuidados 2011.  
[https://dedicaciontotal.udelar.edu.uy/adjuntos/produccion/777\\_academicas\\_\\_academicaarchivo.pdf](https://dedicaciontotal.udelar.edu.uy/adjuntos/produccion/777_academicas__academicaarchivo.pdf)
- Banco de Previsión Social. (2020, Junio). *Memoria anual 2019*.  
<https://www.bps.gub.uy/bps/file/17353/1/memoria-anual-2019.pdf>
- Banco de Previsión Social. (2015, 11 febrero). *Reglamento de ayudas extraordinarias (AYEX)*. bps.gub.uy.  
[https://www.bps.gub.uy/bps/file/9370/2/rd\\_3-33-2015\\_-\\_reglamento\\_general\\_de\\_ayudas\\_extraordinarias.pdf](https://www.bps.gub.uy/bps/file/9370/2/rd_3-33-2015_-_reglamento_general_de_ayudas_extraordinarias.pdf)
- BPS pretende limitar a un año algunos tratamientos que financia, como los fonoaudiológicos, y que sólo sean presenciales. (2021, 17 de Septiembre). *La Diaria*.  
<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2021/9/bps-pretende-limitar-a-un-ano-alg>

[unos-tratamientos-que-financia-como-los-fonoaudiologicos-y-que-solo-sean-presenciales/](#)

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Arts. 24, 25, 26. Nueva York, 3 de mayo de 2008. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- CPU (2001) Código de ética del profesional psicólogo/a. <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>
- Decreto nro. 306/013, Poder Ejecutivo- IMPO. Montevideo, Uruguay, 25 de octubre de 2013
- Falero, B. (2011) Intervención psicológica en la Facultad de Psicología en una situación de “discapacidad intelectual” en contexto de pobreza. (Inédito) Instituto de Fundamentos y Métodos en psicología, Facultad de Psicología. Práctica de Atención Psicológica a Personas con Discapacidad y sus Familias.
- Instituto de Fundamentos y Métodos. Facultad de Psicología. UdelaR. 2014. *Informe de actividades 2013. Servicio de consulta psicológica. Atención a personas con discapacidad y su núcleo familiar.* Inédito: Informe.
- Instituto de Fundamentos y Métodos. Facultad de Psicología. UdelaR. 2017. *Informe de actividades 2014/2015. Programa: Abordajes de la discapacidad. Atención a personas con discapacidad y sus familias.* Inédito: Informe.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). Censo 2011. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
- Instituto Nacional de Estadística. (2004). Encuesta Nacional de Personas con

Discapacidad. Informe Final (2004). Montevideo, Uruguay. Recuperado de:  
<https://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/discapacidad.pdf/6d3755ad-11df-4439-8bb0-37d0deb3434a>

- Irrazábal, E. (s. f.). *Historia | Facultad de Psicología*. psico.edu.uy. Recuperado 22 de agosto de 2021, de <https://psico.edu.uy/institucional/facultad/historia>
- Ley N° 18.211. Parlamento Nacional. Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay, 13 de Diciembre de 2007  
recuperado  
en:<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6951068.htm>
- Ley 18651. Parlamento Nacional. Protección Integral de Personas con Discapacidad Montevideo, Uruguay, 9 de marzo de 2010  
recuperado  
en:<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3400899.htm>
- Ley 19529. Parlamento Nacional. Salud Mental. Montevideo, Uruguay, 16 de julio de 2018 recuperado  
en:<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484984096951.htm>
- Ministerio de Salud Pública, ASSE, UNFPA, AUCI, BPS, OPS, UNPRPD, ONU Mujeres, MIDES, & ALIANZA. (2020, 17 agosto). *Guía de derechos y apoyos para personas con discapacidad en Uruguay*. Ministerio de Salud Pública.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-derechos-apoyos-para-personas-discapacidad-uruguay>
- Ministerio de Salud Pública (s/d) El Sistema de Salud en el Uruguay.  
recuperado

en:[http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/El\\_sistema\\_de\\_salud\\_en\\_el\\_Uruguay.pdf](http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/El_sistema_de_salud_en_el_Uruguay.pdf)

- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de: [https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud\\_mental\\_plan\\_nacional\\_junio.pdf](https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_junio.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2020, 20 febrero). *Plan Nacional de Salud Mental 2020–2027*.
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (ONU), Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional, Alianza de Organizaciones para los Derechos de las personas con discapacidad (2019) Taller de Nivelación de Conocimiento en la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) como herramienta de valoración de la discapacidad. 19 y 20 de noviembre de 2019, Montevideo, Uruguay.
- *Discapacidad y salud*. (2020, 1 diciembre). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y Ministerio de Educación y Ciencia de España. (1995). *Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales; acceso y calidad*. Centro de Publicaciones. Secretaría General Técnica. <https://sid.usal.es/docs/F8/8.4.2-1366/8.4.2-1366.pdf>
- Plan Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Uruguay 1996.

- Programa Discapacidad y Calidad de Vida. (2013) Estudios del bienestar subjetivo. Fundamentación y Objetivos. Documento de circulación interna. Facultad de Psicología, UdelaR.
- *Sistemas de salud*. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado 16 de julio de 2016, en: [http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/)
- (2020, 22 septiembre). *Historia de la Facultad*. Universidad Católica del Uruguay. [https://ucu.edu.uy/es/psicologia\\_historia](https://ucu.edu.uy/es/psicologia_historia)

## **14. Apéndices**

### **14.1 Hoja de Información**

#### **Hoja de información**

En el marco de mi trabajo final de tesis para obtener el título de Magíster en psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, realizo una investigación nominada “Discapacidad intelectual: un análisis de las relaciones entre intervenciones diagnósticas y servicios de salud”.

Esta investigación tiene como objetivo contribuir al análisis de las estrategias diagnósticas utilizadas por los técnicos de los servicios de salud para el diagnóstico de la discapacidad intelectual. Se pretende analizar de qué forma dichas estrategias condicionan las intervenciones en salud. Nos motiva indagar acerca de las semejanzas y discrepancias en la elección de las herramientas de evaluación de la discapacidad intelectual en diferentes servicios de salud públicos y privados. De esta manera, se aspira a identificar los modelos subyacentes a las prácticas diagnósticas de discapacidad intelectual llevadas a cabo por dichos servicios.

Las actividades que se planifican realizar con los participantes son entrevistas semidirigidas, entendiendo que una instancia de entrevista con cada participante será suficiente para reunir información acerca de lo que se pretende investigar. La duración de las mismas dependerá de cuánto se explaye el entrevistado en sus respuestas, el registro se realizará en formato audio y se tomará notas. El contenido de las preguntas, gira en torno a la forma en que los técnicos que evalúan la discapacidad intelectual, desde que modelo orientan su práctica, pretendiendo tocar aristas de consideraciones personales respecto a la temática.

Respecto de los riesgos y beneficios que puede generar la participación en la investigación que se propone, entendemos que no existen riesgos potenciales tomando las

adecuadas medidas de salvaguarda de la identidad e información proporcionada por los participantes. Asimismo, desde el punto de vista de los beneficios, consideramos que sintonizan con la intención de promover el desarrollo de una Psicología científica y universitaria destinada a mejorar la calidad de vida de las personas y la sociedad toda.

Conviene subrayar que en el caso de potenciales publicaciones el producto de la investigación, el mismo será dentro de los mismos parámetros de confidencialidad que rigen la investigación toda, resguardando el material y la identidad de los participantes en todas las etapas.

La participación es libre y voluntaria, pudiendo los participantes retirarse en cualquier momento del estudio sin que esto les ocasione ningún tipo de perjuicio o represalia y sin necesidad de dar cuenta de su decisión.

Lic. en Psicología Flavia Dudok  
Maestranda en Psicología Clínica UdelaR  
[flaviadudok@gmail.com](mailto:flaviadudok@gmail.com)  
0951537

## **14.2 Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el marco de mi trabajo final de tesis para obtener el título de Magíster en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, realizo una investigación nominada “Discapacidad intelectual: un análisis de las relaciones entre intervenciones diagnósticas y servicios de salud”.

Esta investigación tiene como objetivo contribuir al análisis de las estrategias diagnósticas utilizadas por los técnicos de los servicios de salud para el diagnóstico de la discapacidad intelectual.

La participación en la presente investigación es libre y voluntaria, pudiendo los participantes retirarse en cualquier momento del estudio sin que esto les ocasione ningún tipo de perjuicio o represalia y sin necesidad de dar cuenta de su decisión.

En todas las instancias del proceso, se preservará la identidad de los participantes así como la información que aporten a quien investiga.

Si está de acuerdo en participar, firme la nota que figura a continuación. Quedando a las órdenes ante cualquier duda, le agradezco desde ya su amable participación.

Lic. en Psicología

Flavia Dudok

Maestranda en Psicología Clínica UdelaR

[flaviadudok@gmail.com](mailto:flaviadudok@gmail.com)

- En conformidad con la información recibida, otorgo por este medio mi aval para participar en la investigación: “Discapacidad intelectual: un análisis de las relaciones entre intervenciones diagnósticas y servicios de salud”, amparado en las condiciones

expresadas en la información que antecede y detalladas en la Hoja de Información leída previamente, declarando haber comprendido y aceptado las mismas.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

### **14.3 Guión de entrevista.**

- ¿Realiza evaluación psicológica? ¿Cómo la entiende?
- ¿Qué entiende por diagnóstico? Y por valoración?
- ¿Qué herramientas utiliza a la hora de realizar una evaluación psicológica?
- Utiliza la misma batería de herramientas para todas las intervenciones o diseña una estrategia ajustada al consultante?
- Ha habido cambios en cómo encara su ejercicio profesional en función a los servicios en los que trabaja?
- ¿Utiliza técnicas de nivel?
- ¿Cuénteme un poco acerca de la población con la que trabaja?
- ¿Cuál es el motivo de consulta más frecuente que recibe?
- ¿Qué solicita el prestador? ¿Cuáles son sus expectativas?
- ¿Cuáles son las señales de alerta que generan mayor cantidad de solicitudes de consulta?
- ¿Cuáles son las hipótesis que elabora a ese respecto?
- ¿Recibe situaciones de discapacidad intelectual leve?
- ¿Quién solicita, qué solicita?
- Comparte el concepto de discapacidad intelectual? ¿Cómo la piensas conceptualmente?
- ¿Tiene formación específica en el abordaje de la discapacidad? ¿Dónde la adquirió?
- ¿Discapacidad intelectual o retraso?
- ¿Cuáles son las recomendaciones o derivaciones que realiza si durante el proceso diagnóstico detecta un posible trastorno del desarrollo intelectual?
- En relación a las recomendaciones y orientaciones, ¿cómo las piensa?
- Utiliza un modelo de informe o lo ajusta al receptor?
- Pensando en tu ejercicio profesional y el pensar en relación al mismo, ¿qué mejoras o cambios piensas que podrían implementarse en los programas de

salud mental con el fin de satisfacer adecuadamente la demanda de esta población?

- En este proceso de relacionamiento entre los programas de salud y los profesionales de la psicología?