

**Conferencia On-line**  
**ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS PSICOMÉTRICAS:**  
**INTERPRETACIONES Y CRÍTICAS**  
**Lic. Oscar Amaya, 4 de diciembre 2007**

Como ya fue anticipado en el resumen, -que aquí vuelve a reseñarse- el propósito de esta conferencia es producir una serie de reflexiones críticas en torno a las modalidades diagnósticas dominantes en la clínica en niños y adolescentes, en particular respecto de la utilización de pruebas psicométricas, y específicamente al test de medición del coeficiente intelectual denominado W.I.S.C.

Las técnicas de evaluación diagnóstica no suministran indicadores con independencia de la naturaleza de los problemas y los conceptos acerca del campo en que intervienen. La elección de un método de indagación involucra – se quiera o no, sea advertido o ignorado por el clínico- la adopción de ciertos supuestos teóricos, culturales y éticos, y es por ello que un instrumento de estas características posee alcances y límites encuadrados dentro de estos supuestos constituyéndose además, en un representante simbólico de una cultura, situado dentro de tramas de significado establecidas socialmente.

Si se trata de administrar una prueba psicométrica como el W.I.S.C. con sentido clínico, es decir, realizando diagnósticos de los aspectos preservados y perturbados comprometidos en el proceso de conocimiento de los pacientes, a fin de efectuar pronósticos de evolución e implementar sobre la base del diagnóstico estrategias específicas -tratamiento, orientación, derivación- destinadas a promover procesos armónicos de aprendizaje, entonces el profesional debe asumir la responsabilidad de esta tarea clínica no desde un cariz técnico-administrativo, sino centrándose en el comportamiento general del paciente frente a las situaciones y procedimientos específicos que éste emplea para resolver un problema. Las fluctuaciones, tanteos, errores, correcciones, la conciencia del fracaso, la posibilidad del progreso en el curso de las

interacciones y su posibilidad de adaptación a las variaciones que se introducen en las pruebas diagnósticas -entre otros indicadores- revela un peculiar modo de pensamiento frente a una situación determinada, esto es, un grado de movilidad de ese razonamiento en un dispositivo, en este caso, el clínico.

La visibilidad de los aspectos arriba mencionados es lo que le permitirá al clínico comprender las problemáticas de los pacientes en términos funcionales, permitiéndole desplegar intervenciones clínicas sobre sus posibilidades intelectuales y su potencial maximización. Pues de esto se trata: detectar, describir e interpretar las peculiaridades cognitivas de cada sujeto, para poder otorgar un sentido histórico a la modalidad cognitiva y reinscribirla como una de las manifestaciones posibles de su comportamiento general.

El perfeccionamiento y la actualización en la clínica en niños y adolescentes constituyen un desafío que se debería asumir desde una perspectiva instituyente de comprensiones críticas de los modelos teóricos que sustentan a esta intervención específica. En el pensamiento filosófico se denomina *posición* o *espíritu crítico* a no aceptar ninguna afirmación o conclusión como verdadera sin analizar ni interrogarse primeramente sobre el valor de ésta, desde el punto de vista de sus condiciones de producción, su contenido (crítica interna) o desde el punto de vista de los modelos teóricos en que se apoya (crítica externa).

Es por ello que la comprensión y reflexión de la legalidad que rige el proceso de construcción de los conocimientos en el sujeto, desde el punto de vista funcional, se torna en un *a priori* necesario, puesto que de acuerdo con el modo en que el clínico comprenda este proceso, será el modo en que se considerarán los problemas que aquejan al paciente y por consiguiente, los modos de intervención que el clínico decida llevar a cabo.

Es preciso comprender críticamente que el contenido de las técnicas diagnósticas no sólo es de orden teórico, sino también cultural, como lo es también el conocimiento a enseñar en la práctica educativa, por ejemplo. Un instrumento de medición, por lo tanto, se convierte en un representante simbólico de una cultura, situado dentro de tramas de significados específicos

establecidos socialmente. Ejemplos de ello son la situación social de entrevista clínica o la relación de interacción comunicativa que se establece entre el profesional y el paciente.

Cuando se administra el instrumental psicométrico en el diagnóstico, se produce un inevitable punto de tensión entre el intento por otorgar un *sentido clínico* a las perturbaciones visibles del comportamiento *individual* y las características de estos instrumentos de medición de *habilidades generales*, cuya concepción de inteligencia como *facultad única* reposa en la creencia de que ésta puede ser expresada en medidas de coeficiente, evaluando habilidades según criterios de tiempo y condiciones individuales de ejecución, cuyos puntajes serán interpretados bajo escalas *universales*. Desde esta concepción “la inteligencia es la capacidad agregada o global del individuo para actuar con propósito, pensar racionalmente y habérselas de manera efectiva con su medio ambiente”, según plantea Wechsler en su obra clásica *La medida de la inteligencia del adulto*.

La conducta individual, por lo tanto, es caracterizada como un todo constituido por una suma de habilidades. “Por la medición de estas habilidades, en última instancia, evaluamos la inteligencia”, afirma este autor. Los tiempos de ejecución en esta medición dictaminados como “normales”, implican al mismo tiempo “retrasos” en los sujetos no encuadrados dentro de ellos, caracterizados como *deficitarios* en sus habilidades.

Este modelo, concepción hegemónica de la ciencia positivista, “naturaliza” lo social encubriéndolo, al aplicar miradas provenientes de la Física Mecánica y la Biología. Esta manera científica de pensamiento descansa en una creencia central: la posibilidad de un conocimiento “objetivo” de la realidad. La ciencia psicométrica se constituye así en detentadora de una verdad, al instituir en norma o ley la regularidad de lo observable en los comportamientos y desempeños lingüísticos de los pacientes. De esta manera, dictamina la existencia de “universales humanos de comportamiento” como caracteres naturales de las poblaciones. “La normalidad, aquello que se repite con mayor frecuencia, termina tiñéndose de una connotación ética: será lo bueno lo que es normal”, según afirma Stolkiner en *Supuestos epistemológicos comunes en las prácticas de salud y educación*.

Las características de este paradigma en el campo de la salud consisten en afirmar que si ser saludable es ser “normal”, esta normalidad se extenderá entonces también al campo de lo cognitivo (reducido a lo mental) en donde las formas experimentales de cuantificación psicométrica, no serán sino modos de ordenamiento, selección y encabezamiento de los sujetos “desviados” que deficitarios en sus “capacidades”, serán insertados en formas “especiales” de educación a fin de ser “normalizados”.

Este traspaso del cuerpo a la mente habilitó la entrada de las pruebas psicométricas al ámbito de la educación, en donde la mente es concebida tradicionalmente como *mente escolarizada*, es decir, una mente asociada a la disciplina, los hábitos de trabajo, la obediencia, la constancia en el estudio, la aplicación y la prolijidad en clase, todos puntos que hacen a la idea de “virtud escolar”, como lo analiza Kaplan en su obra *La inteligencia escolarizada*.

Cuando dicho paradigma penetró en este ámbito, la realidad cotidiana en el contexto escolar comenzó a ser explicada en términos de problemas en los ritmos o condiciones para la apropiación de los contenidos impartidos (los reputados “problemas de aprendizaje”), como “bajo rendimiento escolar” o bien “retardos” en el desarrollo. Un alumno evaluado entonces como “poco inteligente” en un dominio, es ponderado *globalmente* como poco inteligente, al interior de un sistema de rangos. Sucede que las implicancias que se derivan de esto son peligrosas: si estas desigualdades están “determinadas biológicamente”, se constituyen entonces en inevitables e inmodificables. En relación a esto, Lewontin, Rose y Kamin en su obra *No está en los genes. Racismo, genética e ideología* son claros: “el determinismo biológico ha sido un poderoso medio para explicar las desigualdades de status, riqueza y poder observadas en las sociedades capitalistas industriales contemporáneas y definir los ‘universales’ humanos de comportamiento como características naturales de estas sociedades”

De la determinación biológica se desprende la creencia de que la inteligencia se hereda. Estos autores, entre otros, sostienen que alrededor del 80% de la variación de la inteligencia (que es lo que miden los tests) se debe a la herencia. Herrnstein, especialista en mediciones psicológicas de la Universidad de Harvard, en su libro *The Bell Curve* afirma temerariamente que el éxito social y económico de un norteamericano depende fuertemente de su

inteligencia, que a su vez depende en una gran proporción de factores genéticos heredables, y que éstos se encuentran desigualmente distribuidos entre las razas (sic) teniendo los blancos mayor inteligencia en relación a negros y asiáticos. Lo que implica, desde esta postura, que todo programa “compensatorio” llevado a cabo desde el sistema educativo, destinado a alumnos que presenten dificultades, prácticamente no revestirá incidencia.

Esta concepción de inteligencia reposa en un *modelo médico hegemónico* que se hace presente en el trabajo clínico con niños y adolescentes, que debe ser advertido para evitar su reproducción. Un modelo que se materializa en prácticas y discursos: una ideología del sujeto como *paciente* que es *asistido* en un *consultorio*, que *padece* y debe ser *curado* sometiéndolo a un *tratamiento* para su *rehabilitación*. El circuito de patologización, individualización, medición y derivación ya mencionado, constituye un carácter de “minucioso diseño de dispositivos de evaluación de las diferencias individuales como medio de regular y predecir el comportamiento de las poblaciones”, según analiza. Baquero en su obra *Lo habitual del fracaso o el fracaso de lo habitual*.

Un ejemplo característico de esta hegemonía es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM): lanzada ya su cuarta versión en 1995 al “mercado mundial”, es utilizado por médicos, investigadores, psicólogos, abogados, la OMS, compañías de seguros, empresas, consultoras, equipos de orientación escolar y emprendimientos estadísticos de variada índole, entre otros. Este manual, que en su primera versión comprendía 106 patologías, asciende en esta versión al número de 300. Es sabido que, como en sus versiones anteriores, incluye escalas de evaluación, las cuales permiten *medir el estado psicológico* de cualquier individuo en función de su grado de éxito (entendido en términos de adaptabilidad al sistema) en su vida personal, afectiva y profesional.

Desde la patología del “humor ansioso”, el “síndrome premenstrual disfórico”, el “disturbio de la expresión escrita”, el “disturbio de desconfianza opositora” hasta el “disturbio de hiperactividad” (diagnóstico que también es aplicado a niños y adolescentes en nuestro ámbito, cada vez con mayor frecuencia, “patología” por la cual un millón de niños son tratados con anfetaminas en los Estados Unidos), más de la mitad de la población norteamericana, por ejemplo,

podría encasillarse en estas 300 patologías, es decir, ser consideradas *mentalmente enfermas*, según estudios de la Universidad de Michigan.

Es por todo ello que posicionarse desde un *sentido clínico* en el trabajo con niños y adolescentes interpela al profesional, a la hora de asumir posiciones teóricas que poseen implicancias éticas: frente a la concepción de inteligencia sobre la que reposan las pruebas psicométricas, es preciso articular otro modelo de abordaje, en un intento por resistir a la cuantificación y medicalización del sujeto. Es posible entonces sostener otra concepción de inteligencia, de carácter contextual y situada, en donde conocimientos, habilidades y comportamientos del sujeto sean interpretados como desempeños adaptativos dentro de un medio sociocultural dado. Desde esta perspectiva, la mente es concebida como una *cualidad* sistémica de la actividad humana mediada culturalmente, que sostiene que los sujetos no construyen significados en una cultura universal, sino en culturas específicas.

Desde esta concepción, se destaca que el déficit no es lo importante en el proceso de desarrollo, sino la compensación de las dificultades. Los problemas en el desarrollo y en los aprendizajes en niños y adolescentes no son considerados como realidades homogéneas, sino que suponen una estructura compleja en la que se deben distinguir las problemáticas biológicas o psíquicas, de aquellas que son el resultado de entornos específicos.

Si el profesional opta por administrar una prueba psicométrica como el W.I.S.C. con sentido clínico, esto le implicará centrarse en el comportamiento general del paciente frente a las situaciones y procedimientos específicos que él emplea para resolver una situación o problema. Las fluctuaciones, tanteos, errores, correcciones, la conciencia del fracaso, la posibilidad del progreso en el curso de las interacciones y su posibilidad de adaptación a las variaciones que se introducen en las pruebas diagnósticas -entre otros indicadores- revela un *peculiar modo de pensamiento* frente a una situación determinada, esto es, un grado de movilidad del *razonamiento del sujeto en el dispositivo clínico*. La visibilidad de estos aspectos es lo que le permitirá al clínico comprender las problemáticas de los pacientes en términos *funcionales*, lo que permitirá que produzca intervenciones clínicas centradas en las posibilidades intelectuales del paciente y su potencial maximización.

Pero esto no es lo que usualmente sucede al administrar las pruebas psicométricas, puesto que se emplean en grupos culturales distintos de aquellos para los cuales fueron diseñadas: el lenguaje utilizado no es el habitual en el habla de los sujetos evaluados y la estandarización no es la que corresponde para la media estadística de nuestra población general. El desempeño que supuestamente se mide, parecería ser el grado de familiaridad que los sujetos tienen con los contenidos de *otra cultura* más que con la propia, es decir, lo que se procede a medir son las capacidades corrientes de los sujetos para, por ejemplo, participar de forma efectiva en las instituciones escolares, organizadas sobre la base de pautas-promedio de la cultura en la que la técnica tuvo origen, categorizando a los sujetos en criterios numéricos. Subyace aquí el supuesto de que las posibilidades de atravesar con éxito el dispositivo pedagógico descansa exclusivamente sobre *atributos* mensurables del sujeto.

Este instrumental diagnóstico, entonces, prescribe y determina el destino de estos pacientes a partir de discutibles categorías de “normalidad”, “desviaciones estándar” y “anormalidad” caracterizando a las diferencias individuales como “déficits naturales” obviando las desigualdades sociales existentes, que explican con mucha mayor fuerza las brechas en las puntuaciones de los sujetos evaluados.

Es por ello que al administrar técnicas de evaluación, el clínico debe llevar a cabo una correcta selección de estos instrumentos, acordes a las características del paciente y atendiendo no sólo al necesario conocimiento de aquellas que se aplican, con sus alcances y limitaciones, sino también a las habilidades que supone, es decir, al criterio profesional necesario, producto de su interés profesional o por lo que su experiencia le haya aportado en cuanto a poseer mayor pericia diagnóstica para administrar estos auxiliares técnicos. Conocer una técnica de medición entonces, y siguiendo lo ya afirmado, implica entre otras cosas, disponer de los baremos actualizados sobre nuestras poblaciones que contemplen las distinciones socio-culturales a la hora de establecer criterios diagnósticos. “Un psicodiagnóstico es un retrato de la subjetividad que opera como corte transversal en la vida de un sujeto. Por lo tanto, deberíamos contar con criterios específicos en el momento de establecer

la validez predictiva y posdictiva del proceso llevado a cabo” afirma Veccia en su obra *Algunos aspectos éticos del psicodiagnóstico*.

Lo que se desprende de estas interpretaciones y análisis crítico es que los aspectos clínicos y éticos están necesariamente ligados en el desempeño del clínico. Las implicancias que tienen para un paciente las afirmaciones desprendidas del resultado del uso de los instrumentales de medición, conllevan al cuidado minucioso con que se emitan los juicios clínicos, atendiendo a las limitaciones del instrumental diagnóstico y no anteponiéndolo a los pacientes, puesto que no son las técnicas lo que constituye el objeto de investigación para el profesional. Los juicios clínicos, por consiguiente, son también juicios éticos: por eso las consideraciones acerca del “rendimiento cognitivo” de un paciente no deben reposar exclusivamente sobre los resultados del testeo psicométrico.

Queda expuesta por consiguiente, la debilidad de un instrumento de medición atravesado por una altísima incidencia de factores socioculturales, incluidos - como acabamos de observar- los ideológicos. Puede ya entenderse por qué la concepción de inteligencia que sostiene a las pruebas psicométricas es entonces, la de una mirada estandarizada y escolarizada de la misma. Es sabido que estos instrumentos privilegian el *desempeño* por sobre la *competencia*, esto es, el resultado de ciertas conductas independientemente del proceso que subyace a la obtención de determinadas respuestas. Es falso, por consiguiente, que este instrumental al indagar al sujeto y valorar respuestas verbales o de ejecución, midan la competencia intelectual. Si la conducta no refleja totalmente el conocimiento, no puede inferirse que a partir de ella pueda ser evaluado el conocimiento del paciente. Lo que aquí se afirma es que *la conducta no puede ser evaluada* como vía directa de acceso a las *facultades* de la inteligencia o la salud mental de los pacientes.

Si el compromiso teórico, metodológico y ético que asume el clínico es producir detecciones y descripciones de *peculiaridades cognitivas* en los pacientes, es decir, efectuar una caracterización del desempeño intelectual, rechazando toda práctica *rotulatoria*, entonces frente a la imposibilidad de desestimar el uso de estos instrumentos -por presiones institucionales, por criterios establecidos por el “sistema”, o por la razón que sea- se podrá asumir una *modalidad cualitativa*

en la administración de las pruebas psicométricas, con el fin de construir una intervención clínica coherente.

En otros términos, es preciso reexaminar, como ya ha sido planteado en el campo de la clínica psicopedagógica (Schlemenson, 1996), la validación general de las pruebas psicométricas, y en particular la del W.I.S.C., a fin de *abandonarla* para operar específicamente con el desempeño distintivo del paciente en cada uno de los sub-tests que lo conforman, descartando las características interindividuales, en términos de dispersión o déficit, que este instrumento propone.

De esta manera, el propósito diagnóstico en la utilización de estos instrumentos debería ser analizar cada uno de los sub-tests que se administren -ya sean los de ejecución, verbales o generales- en relación con *la media del sujeto consigo mismo*, donde la mayor o menor dispersión en relación con esta media va a tener que ver con una particular sincronía y desincronía de *su propio proceso de conocimiento* y no con la de cocientes intelectuales de una población general. Así, se considerarán a las compensaciones y descompensaciones que aparezcan en este rendimiento, en relación con la posibilidad de *interpretar la modalidad del comportamiento cognitivo del sujeto*. Es decir, si se analiza la media alcanzada en cada uno de los sub-tests y se los compara con los puntajes superiores e inferiores en relación con la media de este mismo sujeto, se podrán obtener *las características cognitivas y sus particularidades constructivas* de sus propios esquemas conocimiento, como indicador clínico de las peculiaridades cognitivas que detenta *una particular relación del sujeto con su medio circundante*.

Porque de esto trata la labor del clínico: detectar, describir e interpretar las peculiaridades cognitivas de cada paciente, para poder *otorgar un sentido histórico a la modalidad cognitiva* y reinscribirla como una de las manifestaciones posibles de su comportamiento general. "El comportamiento aparente no informa sobre el sujeto ni sobre lo que su sensibilidad le hace experimentar. Lo que no es dicho, expresado, no puede ser conocido por 'el observador', pero justamente lo que sucede en 'el observado', indecible y no localizable por el observador, es lo más importante de su encuentro", afirma Dolto en su obra *La causa de los niños*. Sostenemos con firmeza que otorgar sentido a las peculiaridades de orden restrictivo en un paciente, que limitan la

construcción armónica de sus conocimientos y las vinculaciones con su entorno social, constituye una indagación por fuera de toda métrica.

**Muchas gracias**

**Lic. Oscar Amaya**

**Más información: [odamaya2001@yahoo.com.ar](mailto:odamaya2001@yahoo.com.ar)**

**Obras citadas**

Baquero, R. *Lo habitual del fracaso o el fracaso de lo habitual*. UNQUI.

Dolto, Françoise. *La causa de los niños*. Paidós, Buenos Aires, 1986.

Kaplan, C. *La inteligencia escolarizada*. Miño y Dávila eds., Bs. As., 1997.

Lewontin, R.; Rose, S. Y Kamin, L. *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Ed. Los Noventa, México, 1991.

Schlemenson, S. *Detección de la modalidad cognitiva en el diagnóstico psicopedagógico*. Departamento de publicaciones de la Fac. de Psicología. U.B.A., 1996.

Stolkiner, A. *Supuestos epistemológicos comunes en las prácticas de salud y educación*. En: El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Nora Emilce Elichiry (comp.), Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1987.

Veccia, T. *Algunos aspectos éticos del psicodiagnóstico*. En: Publicación Mensual Informativa de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, mayo de 1999.

Wechsler, D. *La medida de la inteligencia del adulto*. Edición preliminar. Buenos Aires, 1970.