

LA DISLEXIA Y EL MODELO DE ESPERA AL FRACASO FRENTE AL MODELO DE
RESPUESTA A LA INTERVENCIÓN

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Presentado por: Sharon Pérez Serrano

Tutorizada por: Juan E. Jiménez

Curso académico: 2022/2023

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN A LAS DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE.....	3
2. EL MODELO DE ESPERA AL FRACASO.....	8
2.1. DISCREPANCIA CI-RENDIMIENTO.....	8
2.2. ESPECIFICIDAD.....	9
2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	10
3. EL MODELO DE RESPUESTA A LA INTERVENCIÓN.....	13
3.1. EL PROCESO DE CRIBADO.....	13
3.2. SISTEMA MULTINEVEL DE APOYO.....	14
3.3. EL CONTROL DEL PROGRESO DE APRENDIZAJE.....	15
3.4. TOMA DE DECISIONES BASADA EN LOS DATOS.....	16
4. EL MODELO DE ESPERA AL FRACASO FRENTE AL MODELO DE RESPUESTA A LA INTERVENCIÓN.....	17
4.1. TIPO DE TEST.....	18
4.2. FRECUENCIA DE EVALUACIÓN.....	18
4.3. NATURALEZA DE LA EVALUACIÓN.....	19
4.4. MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.....	19
4.5. RELACIÓN ENTRE EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y CURRÍCULUM..	19
4.6. RELACIÓN ENTRE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN.....	19
4.7. CAPACIDAD COMO INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN.....	20
5. CONCLUSIONES.....	20
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

RESUMEN

Desde la fundación del campo de las dificultades de aprendizaje con el trabajo de Gall en 1800, las investigaciones y avances no se han detenido, evolucionando definiciones, criterios de identificación y tratamientos. En este trabajo de fin de grado se compararán las características y constructos que son las bases para dos de estos modelos de identificación, el modelo tradicional basado en el criterio de discrepancia CI-rendimiento, conocido como el modelo de “espera al fracaso” en contraposición con un modelo más reciente, el modelo de respuesta a la intervención (Rtl).

Palabras clave: dificultades de aprendizaje, discrepancia CI-rendimiento, modelo de espera al fracaso, modelo de respuesta a la intervención.

ABSTRACT

Since the founding of the field of learning disabilities with Gall's work in 1800, research and advancements have not stopped, evolving definitions, identification criteria, and treatments. In this end-of-degree project, the characteristics and constructs that are the bases for two of these identification models will be compared, the traditional model based on the IQ-achievement discrepancy model, known as the "wait to failure" model in contrast with a more recent model, the response to intervention (Rtl) model.

Keywords: learning disabilities, IQ-achievement discrepancy, wait to failure model, response to intervention (Rtl) model.

1. INTRODUCCIÓN A LAS DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE

Conocer la dificultad y tener una definición es vital para desarrollar un proceso de diagnóstico y posteriormente llevar a cabo una intervención, sin embargo, cuando se habla de dificultades específicas de aprendizaje (DEA) existen bastantes definiciones que han ido surgiendo a medida que la investigación avanzaba y, por tanto, han surgido diferentes criterios para su detección a lo largo de los años. Muchas de estas definiciones y estudios vienen de Estados Unidos y Canadá donde existe gran tradición en el estudio de las DEA, desde la definición temprana de Kirk en 1963 (Ortiz, 2004).

A pesar de esto, en España, no es hasta la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) de 2006 que se reconoce como categoría diagnóstica legalmente y como parte del grupo de alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAEs) (Jiménez, 2012a). Más recientemente en la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE) hay una ampliación de lo que se considera NEAE y además vemos que el término de DEA nombrado en la LOE pasa a denominarse “trastornos de atención o de aprendizaje”.

Por esta razón, las definiciones que cuentan con más apoyo provienen de Estados Unidos, una de estas es la definición del *National Joint Committee For Learning Disabilities* (NJCLD), fue consensuada entre padres y profesionales e incluye todos los elementos esenciales presentes en la literatura (Ortiz, 2004). Esta definición de 1994 dice lo siguiente:

Dificultades de aprendizaje es un término general que hace referencia a un grupo heterogéneo de alteraciones que se manifiestan en dificultades en la adquisición y uso de habilidades de escucha, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas. Estas alteraciones son intrínsecas al individuo debido a disfunciones del sistema nervioso central (SNC) y pueden tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital. Problemas en conductas de autorregulación, percepción social e interacción social pueden coexistir con las DEA, pero no constituyen en sí misma una DEA. Aunque las DEA pueden coexistir con otro tipo de hándicap (v.g. impedimentos sensoriales, retraso mental, trastornos emocionales) o con influencias extrínsecas (tales como diferencias culturales, instrucción inapropiada o insuficientes), no son resultado de aquellas condiciones o influencias. (p. 65)

Los constructos esenciales de esta definición según el NJCLD en 1994 son los siguientes:

1. Las DEA son heterogéneas tanto intra como interindividualmente.
2. Las DEA se manifiestan en dificultades en la adquisición y uso de habilidades de escucha, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas. Dificultades que se hacen evidente cuando a pesar del esfuerzo del alumno y una instrucción efectiva no se alcanza un progreso razonable, incluso teniendo en cuenta la diferencia de ritmos de aprendizaje entre individuos. Estas dificultades no pueden ser determinadas solamente con los resultados en un test.
3. Las DEA son intrínsecas al individuo, relacionadas con el SNC, por lo que no desaparecen con el tiempo.
4. Las DEA pueden coexistir con otras dificultades tales como déficits sensoriales, problemas emocionales, de conducta, etc. Pero estas no constituyen ni son la causa de la DEA.
5. Las DEA no están causadas por influencias extrínsecas al individuo. Una instrucción insuficiente o inadecuada no puede causar una DEA, aunque puede provocar problemas de aprendizaje y personas con DEA pueden también haber recibido una instrucción insuficiente o inadecuada.

Para el presente trabajo la característica 5 tiene gran importancia, específicamente la parte que trata sobre la instrucción inadecuada o insuficiente, ya que en el caso de que se sospeche de la existencia de una DEA, si las dificultades desaparecen con una instrucción más individualizada o específica, se trataría de un retraso en la lectura. Este aspecto se desarrollará más adelante en un epígrafe dedicado al Modelo de Respuesta a la Intervención.

Definiciones parecidas a esta se pueden encontrar en la CIE-10 y el DSM-V, dos de los principales sistemas de diagnóstico internacionales.

En la CIE-10 (1992) encontramos la definición de las DEA bajo el nombre de trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. Se describe como un trastorno causado por alteraciones de los procesos cognitivos secundarias a una disfunción biológica, en el que las formas normales de aprendizaje se ven deterioradas desde las primeras etapas de desarrollo. Además, se especifica que este deterioro no es consecuencia de oportunidades de aprendizaje escasas, traumatismos o enfermedades cerebrales adquiridos, ni de déficits visuales o de audición no corregidos.

En el DSM-V (2013), el cual reemplazó al DSM-IV-TR, se habla del trastorno específico de aprendizaje descrito con los siguientes criterios:

A. Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades:

1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras).

2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p. ej., puede leer un texto con precisión, pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).

3. Dificultades ortográficas (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).

4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en una oración, organiza mal el párrafo, la expresión escrita de ideas no es clara).

5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones, cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar la operación matemática como hacen sus iguales, se pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).

6. Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

B. Las aptitudes académicas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada.

C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes

cronometrados, la lectura o escritura de informes complejos y largos para una fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).

D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

Por otro lado, este trabajo se centrará, más concretamente, en las dificultades específicas de aprendizaje en lectura (DEAL) también conocida como dislexia. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el DSM-V (2013) define a una persona con dislexia como los individuos con dificultades en la lectura, relacionados con la precisión, velocidad o fluidez en la lectura de palabras y en la comprensión de la lectura, problemas con el reconocimiento de palabras, deletrear mal y poca capacidad ortográfica.

En Jiménez (2012a) encontramos:

La definición adoptada por la *International Dyslexia Association* (IDA) en 2002 describe la dislexia como una DEA cuyo origen es neurobiológico. Se caracteriza por dificultades en el reconocimiento preciso y fluido de las palabras y por problemas de ortografía y descodificación. Estas dificultades provienen de un déficit en el componente fonológico del lenguaje que es inesperado en relación con otras habilidades cognitivas que se desarrollan con normalidad, y la instrucción lectora en el aula es adecuada. Las consecuencias o efectos secundarios se reflejan en problemas de comprensión y experiencia pobre con el lenguaje impreso que impiden el desarrollo del vocabulario. (p. 25).

Como se ve, en general, se describen las mismas características, se trata de una dificultad para el reconocimiento de palabras de forma precisa y fluida, dificultades de comprensión lectora, problemas ortográficos, etc. Tanto la *International Dyslexia Association* (IDA) como el DSM-V hablan también del componente fonológico. Según la definición de la IDA, un déficit en este componente sería la causa del resto de dificultades. Además, en el DSM-V encontramos que “las dificultades para aprender a leer palabras sueltas que no mejoran completa o rápidamente con la enseñanza de aptitudes fonológicas o estrategias de identificación de palabras pueden indicar un trastorno específico del aprendizaje” (DSM-V, 2013, p. 68).

Es decir, que una persona con dificultades en la lectura debido a un déficit en el componente fonológico no tiene por qué tener dislexia, y una persona con dislexia no mejoraría a pesar del entrenamiento, ya que su dificultad no se debe a la enseñanza inadecuada o pobre u a otros factores externos que afectan al desarrollo de aptitudes fonológicas. Sino que, por el contrario, como dicen las definiciones, se trata de una dificultad intrínseca al individuo, de origen neurobiológico.

¿Pero es el componente fonológico del lenguaje el único factor que influye en el éxito lector?

Según Crespo et al. (2013), los cinco componentes descritos por el *National Reading Panel* (NRP, 2000) como predictores del éxito lector y que son conocidos en el ámbito norteamericano como Las Cinco Grandes Ideas (*The Five Big Ideas*), son la conciencia fonológica, el conocimiento alfabético, la fluidez, el vocabulario y la comprensión.

A partir de estas definiciones y descripciones de las DEA y de la dislexia en concreto, el siguiente paso es idear un modelo capaz de identificar a los niños con dislexia y diferenciarlos de los niños con problemas de aprendizaje debido a otras causas. Este diagnóstico diferencial es muy importante ya que son muchas las causas que pueden provocar un bajo rendimiento en lectura, sin ser una DEA. “Los criterios para establecer este diagnóstico diferencial están estrechamente relacionados con la delimitación conceptual del término DEA” (Ortiz, 2004, p. 47). Debido a esto los criterios han ido cambiando al tiempo que avanzaba la investigación y se desarrollaban las definiciones sobre la dislexia y el resto de las DEA.

En aquellos países con más historia en el estudio de las DEA, el criterio más usado para asignar a un alumno a tal categoría ha sido el de discrepancia entre el rendimiento y el cociente intelectual (CI). Sin embargo, no es el único, algunos otros son la discrepancia edad-rendimiento, discrepancia comprensión verbal-rendimiento, respuesta a la intervención, déficit en el componente nuclear, la utilización de definiciones operativas de la DEA (Ortiz, 2004).

Aunque en el DSM-IV se recogía el criterio basado en la discrepancia CI-rendimiento, en la actualidad, con la adaptación del DSM-V, se ha sustituido por un criterio basado en la respuesta a la intervención. Este cambio se debe en gran medida a los estudios que han demostrado la falta de validez científica del criterio basado en la discrepancia para la identificación de las DEA, y que comentaremos más adelante.

2. EL MODELO DE ESPERA AL FRACASO

2.1. DISCREPANCIA CI-RENDIMIENTO

Este criterio de discrepancia entre el rendimiento y el CI indica la relación entre el potencial de aprendizaje del alumno y su rendimiento. Según este criterio, la discrepancia encontrada en esta relación indica la presencia de una dificultad (Crespo et al., 2013). Es decir, se entendería que un niño tiene dislexia si muestra dificultades a pesar de no ser un estudiante deficiente y tener la inteligencia adecuada para aprender a leer. “En un intento de simplificar el proceso, algunos autores abogan por evaluarlo como una discrepancia de dos o más desviaciones típicas o dos cursos académicos de desnivel en reconocimiento de palabras, junto con una inteligencia normal” (Asociación Andaluza de Dislexia, 2010, p. 21).

Este criterio es compartido en la definición tradicional del trastorno de lectura presentada por la APA en el año 2000, que establecía que se puede diagnosticar este trastorno cuando en pruebas estandarizadas de lectura, el estudiante tiene una puntuación significativamente por debajo de la puntuación esperada para su edad, curso escolar y CI (Matute, 2012).

Según la Asociación Andaluza de Dislexia (ASANDIS) en 2010 son varias las pruebas que se pueden utilizar en la evaluación de la inteligencia, aunque es particularmente útil la escala de inteligencia para niños de Weschler, que es el instrumento más utilizado en el diagnóstico de los alumnos disléxicos. Otro instrumento útil es la batería de evaluación de Kaufman, debido a que recoge información sobre las modalidades principales del procesamiento de la información. Además, recomiendan el uso de otras pruebas como el Test Estandarizado de Lectura (TALE, TALEC), Test Fonológico, Test de Identificación de Objetos (PEABODY), entre otros.

Sin embargo, según explica Jiménez (2012b), el CI parece desempeñar un papel irrelevante en la definición de las DEAL, ya que un buen número de trabajos demuestran que los niños con retraso lector y los niños disléxicos, con independencia de su CI, no difieren en los procesos implicados en el reconocimiento de las palabras. También se ha demostrado que las diferencias de acceso al léxico entre normolectores y disléxicos no se ven influidas por la inteligencia. Además, los niños que presentan bajo rendimiento en lectura con alto y bajo CI obtienen beneficios similares a través de la instrucción asistida a través de ordenador.

Es decir, que los niños que leen mal con CI alto (disléxico) y los que leen mal con un bajo CI (retraso lector), si bien son distintos en el resto de las capacidades, no se diferencian respecto de la lectura (Jiménez, 2012a). Por tanto, no hay diferencias cognitivas entre los alumnos que cumplen el criterio (bajo rendimiento a pesar de alto CI) y los que no lo cumplen (bajo rendimiento y bajo CI).

Jiménez (2012b) explica que en los estudios que examinan los procesos cognitivos involucrados en la lectura (percepción del habla, conciencia fonológica, velocidad de nombrado, memoria de trabajo, procesamiento ortográfico, y procesamiento sintáctico) tanto en normolectores como disléxicos, encuentran diferencias significativas entre ambos grupos con independencia del CI.

Según Matute (2012) no existe una correlación positiva entre rendimiento en pruebas de lectura y rendimiento en pruebas de inteligencia. Lo que quiere decir que no existe evidencia de que, a mayor inteligencia, mejor rendimiento o a menor inteligencia, peor rendimiento. Además, estudios han mostrado que un bajo CI no siempre significa bajo rendimiento en pruebas de lectura. Incluso la asociación entre CI y puntuaciones en pruebas de lectura parecen verse afectadas por el sistema lingüístico del estudiante que aprende a leer. Así, se ha visto en algunos estudios que CIs verbales por debajo de 80 se relacionan con un pobre desempeño en pruebas de lectura y de deletreo en un alumno anglohablante pero no existe tal asociación en estudiantes de habla hispana. Los autores concluyeron que la relación entre CI y puntuaciones en lectura podría tener más relevancia en escrituras opacas como es el inglés que en aquellas transparentes como el español. Sin embargo, los niños con cocientes intelectuales por debajo del 75 sí presentan problemas en el aprendizaje de la lectura aún en lenguas transparentes.

2.2. ESPECIFICIDAD

La especificidad de las DEA se refiere a que una dificultad se da en un número de áreas limitado y de manera específica. Este criterio surge para ayudar con el diagnóstico cuando se debe distinguir entre los estudiantes con una DEA de los que presentan una discapacidad intelectual, ya que se entiende que estos últimos, aunque pueden presentar similitudes a un disléxico en el área de la lectura, presentan un bajo rendimiento en todas las áreas y no en una en específico (Ortiz, 2004; Soriano, 2006).

Sin embargo, se conoce que, aunque las dificultades pueden darse en una sola área, también es posible tener dificultades en más de un dominio e incluso existir comorbilidad entre una DEA y otros trastornos. Por otro lado, a medida que un estudiante con DEA

crece otras áreas se van viendo afectadas por esta dificultad, mostrando niños/as con un bajo rendimiento en varias áreas a finales aquí de segundo o tercer curso de primaria (Soriano, 2006).

2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Probablemente a raíz del cuestionamiento de la validez del criterio de discrepancia CI-rendimiento, se observa un cambio en la conceptualización del constructo DEA. Este cuestionamiento se ve reflejado por artículos como el de Jiménez y Rodrigo (1994) para el caso de la lectura donde compararon niños con problemas para leer con niños con un buen rendimiento en lectura independiente de sus CIs, y concluyeron que este no podía explicar las diferencias en pruebas como el acceso léxico y el reconocimiento de palabras.

Y el artículo de Jiménez y García (1999) para el caso de las matemáticas donde concluyeron que el criterio CI-rendimiento no es capaz de diferenciar entre alumnos con DEA de los que tienen bajo rendimiento en matemáticas. Y vieron que los estudiantes que mostraban discrepancia tenían un perfil cognitivo más parecido a los niños con desempeño medio que a los niños con bajo rendimiento.

En el DSM-V, donde antes se especificaba que debía existir esta discrepancia, ahora se describe en el criterio D del trastorno específico de aprendizaje, que las DEA “no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas” (DSM-V, 2013, p. 67). Por lo tanto, incluso aunque estos problemas en lectura existan en niños con bajo CI, probablemente se explicarían mejor por el bajo CI, no por una DEA. Una persona con problemas de aprendizaje no sería diagnosticada con dislexia, si estos problemas se explican mejor por su bajo CI.

También se especifica que “el trastorno específico del aprendizaje afecta al aprendizaje de individuos que, en otros aspectos, muestran niveles normales de funcionamiento intelectual (generalmente estimado mediante una puntuación de CI por encima de 70, aproximadamente [± 5 puntos para compensar los errores de medición])” (DSM-V, 2013, p. 69)

Por otro lado, el criterio CI-rendimiento no solo no tiene apoyo demostrado, sino que también provoca consecuencias negativas al llevarlo a la práctica.

Como se explica anteriormente, para diagnosticar una DEA con este modelo debe existir una discrepancia importante entre el CI y el rendimiento de mínimo dos desviaciones típicas o dos años, es decir, el alumno está atrasado en su aprendizaje al menos dos años en comparación con su grupo de edad, a pesar de tener un buen rendimiento en pruebas de inteligencia.

Así, los niños deben demostrar falta de progreso académico ante el crecimiento constante de aquellos atributos medidos por pruebas de CI para lograr una discrepancia. Desde una perspectiva psicométrica, se necesita tiempo para que un niño supere la línea base de una prueba de rendimiento y, por tanto, la identificación se dirige hacia los niños mayores (Stuebing et al., 2002).

Además, según la ASANDIS (2010), para confirmar la existencia de un retraso de dos o más años en el aprendizaje hace falta comparar con un grupo de referencia. Ya que se empieza a aprender a leer a los 6 años y no hay un nivel medio consolidado hasta los 7 años, las personas en riesgo de tener dislexia tienen que esperar hasta los 9 años para confirmar el diagnóstico. Esto tiene dos graves consecuencias, por un lado, a esta edad el alumno ya lleva 4 años teniendo dificultades escolares, con todas las consecuencias emocionales que esto significa.

Por otro lado, la razón por la que posiblemente el modelo basado en la discrepancia CI-rendimiento haga más daño que bien es que la evidencia respalda la mayor eficacia de la intervención temprana desde preescolar hasta el segundo curso, en la fase de inicio del aprendizaje de la lectura, en relación con los servicios de recuperación proporcionados en el tercer grado y en adelante (ASANDIS, 2010; Stuebing et al., 2002)

A esto se suma que los elementos previos a la lectura que se utilizan para evaluar las habilidades lectoras tempranas en los alumnos más jóvenes que aún no aprenden a leer (por ejemplo, correspondencia de letras) no son necesariamente difíciles para muchos niños en riesgo de tener problemas de lectura, por lo que, tales evaluaciones no son útiles para detectar niños en riesgo de tener dislexia. Más importante aún, la cantidad de elementos utilizados para discriminar los niveles de desempeño en preescolar y el primer grado pueden no ser suficientes para diferenciar de manera fiable a estos jóvenes estudiantes. Los estudios demuestran que las discrepancias CI-rendimiento de los alumnos de primer curso de primaria no son fiables. Como es tan difícil establecer discrepancias en estudiantes tan jóvenes muchas escuelas no evalúan a los niños en cuanto a DEA antes del segundo curso. Por lo tanto, los niños deben fallar antes de recibir apoyo. Cuando esperas para diagnosticar con este modelo pierdes la oportunidad

de intervenir en el momento del aprendizaje. Todo esto ha llevado a calificar al modelo de discrepancia como una estrategia de “esperar al fracaso” (Stuebing et al., 2002).

Otra crítica a este enfoque es la frecuencia con la que encontramos que un elevado porcentaje de estudiantes que son identificados con este modelo suelen proceder de bajo nivel socioeconómico, con bajo rendimiento, aprendices de una segunda lengua, o grupos minoritarios con desventajas socioculturales. Si estas influencias externas son en realidad la causa de sus dificultades y no una posible dislexia, se trataría de falsos positivos, es decir, niños/as diagnosticados con dislexia sin tener realmente dislexia y ubicados en aulas de educación especial cuando podían haber recibido instrucción dentro del aula ordinaria. Además, este modelo también ha creado un elevado porcentaje de falsos negativos, es decir, niños que realmente tienen dislexia no fueron identificados y por tanto no reciben apoyo (Jiménez, 2012b).

Estos datos reflejan la baja sensibilidad del modelo a la hora de reconocer a los alumnos con DEA y alumnos sin DEA. Un modelo con alta sensibilidad sería capaz de identificar con exactitud los alumnos con riesgo de presentar DEA cuando efectivamente sí la tienen, así como reconocer que un alumno carece de riesgo de presentar DEA. Sin embargo, el alto número de falsos positivos y falsos negativos deja en evidencia la falta de sensibilidad del modelo de espera al fracaso.

Por tanto, este criterio tiene problemas para reconocer a los DEA y diferenciarlos de los niños y niñas con problemas de aprendizaje que no tienen DEA, pero tienen problemas de aprendizaje derivados de discapacidad intelectual, trastorno grave de conducta, discapacidad auditiva, o necesidades específicas de apoyo educativo, como los niños de integración tardía al sistema educativo, los TDAH (que pueden o no tener problemas de aprendizaje), niños con altas capacidades, condiciones especiales personales o familiares, etc.

Recapitulando, a pesar de todo el tiempo que se usó el modelo de discrepancia CI-rendimiento, no ha sido demostrado que este criterio sea válido para el diagnóstico de DEA, debido a la falta de correlación entre el CI y los problemas de aprendizaje en lectura. Esto se ve reflejado en la multitud de diagnósticos erróneos, tanto falsos positivos como falsos negativos. Además, el DSM-IV que marcó como necesaria esta discrepancia para el diagnóstico, ahora en el DSM-V habla del CI simplemente para informar que las DEA afectan a personas con un nivel normal de funcionamiento intelectual, pero sin ser necesario o relevante la presencia de una discrepancia entre CI y rendimiento.

Tras los diferentes estudios demostrando la falta de validez del criterio CI-rendimiento y los datos desalentadores en relación con el uso de este criterio, es cuando en E.E.U.U. surgió la “Ley de Educación para personas con Dificultades” (*Individuals with Disabilities Education Improvement Act*, IDEA) en 2004 donde se especifica que la agencia educativa local puede hacer uso de una intervención basada en la investigación científica donde la respuesta del alumno a dicha intervención forme parte de la evaluación. Haciendo referencia a un modelo alternativo al modelo de discrepancia, se trata del modelo Rtl (Respuesta a la Intervención), modelo que también pasa a incluirse en el DSM-V (Crespo et al., 2013; Jiménez, 2019).

3. EL MODELO DE RESPUESTA A LA INTERVENCIÓN

“El modelo Rtl es un enfoque de intervención por niveles en el que, al seguir estos niveles, se identifica a los estudiantes con dificultad basándose en las respuestas de éstos a una instrucción de calidad y con evidencia empírica” (Crespo et al., 2013, p. 188). Así el modelo tiene doble finalidad, por un lado, prevención temprana al introducir el concepto de estudiantes en riesgo de DEA y aplicarles una intervención, y por otro lado la finalidad de identificación cuando los alumnos en riesgo no muestren signos de mejoría (Jiménez, 2019). Los componentes esenciales que integran el modelo son: el proceso de cribado, un sistema multinivel de apoyo, el control del progreso de aprendizaje y la toma de decisiones sobre la instrucción recibida basada en los datos (National Center on Response to Intervention [NCRTI], 2010).

3.1. EL PROCESO DE CRIBADO

Crespo et al. (2013) explican que:

El proceso de cribado implica una identificación temprana de los niños que están en riesgo y que necesitan un nivel de instrucción más intensivo, este es uno de los pilares de los modelos preventivos tales como el modelo Rtl. El éxito del modelo gira en torno a una identificación precisa de los niños que están en riesgo de padecer futuras dificultades. (p. 189)

Una identificación precisa requiere de una sensibilidad y especificidad altas. La sensibilidad del cribado debe ser alta para que el cribado identifique correctamente como personas en riesgo a los alumnos que posteriormente serán verdaderos positivos y la especificidad debe ser alta para que el cribado no identifique como no en riesgo

aquellos que realmente sí lo están, es decir para evitar los falsos negativos (Jiménez, 2019).

Para el proceso de cribado también son necesarias pruebas breves, tanto en la aplicación como en la interpretación para maximizar el tiempo de instrucción, a la vez que simples, pudiendo ser implementadas por un profesor. Las herramientas válidas y fiables que reúnen estas características y son usadas comúnmente en el modelo Rtl son las medidas basadas en el currículo o Curriculum Based Measurement (CBM) en inglés. Con estas medidas es posible evaluar el rendimiento en diferentes momentos, identificando las habilidades tempranas de lectura, escritura y matemáticas y como estas evolucionan (Jiménez, 2019).

3.2. SISTEMA MULTINIVEL DE APOYO

Su naturaleza multinivel estructura al modelo en tres niveles y ciertas características como la instrucción recibida por el alumno, la agrupación o evaluación varían en función del Nivel de instrucción en el que se encuentre el niño. En el primer nivel, se evalúa a todos los niños y aquellos que se detectan que tienen dificultades con algún área específica (niños con riesgo) se les hace un seguimiento más frecuente mediante evaluaciones cada 1-4 semanas, de manera que podamos comprobar que sus habilidades van mejorando. Si los niños no son capaces de mejorar, pasarán al segundo nivel, en el que se agruparán en pequeños grupos (3-5 niños), donde recibirán intervención diaria durante 20-40 minutos. Si los niños no muestran una mejora acorde con la intervención deberán pasar al siguiente nivel. En el tercer nivel los grupos se vuelven más pequeños tratando de tener una intervención individualizada y con mayor intensidad. En este caso las intervenciones tendrán una duración de 45 a 60 minutos diarios. El progreso en este nivel será evaluado semanalmente y como mucho cada dos semanas. En la mayoría de los modelos de Rtl, los niños que pasan al tercer nivel son remitidos a educación especial. (Crespo et al., 2013, p. 189)

El feedback y las veces que el profesorado es capaz de corregir al alumno se incrementan como consecuencia de disminuir el número de alumnos en el grupo al avanzar de nivel, además la sistematicidad debe aumentar con cada nivel (Jiménez, 2019).

El modelo Rtl se describe como un modelo preventivo pues el sistema multinivel de apoyo sirve para identificar las DEA en las primeras etapas y así ofrecer instrucción complementaria a los niños con mayores dificultades (Jiménez, 2012a).

Siguiendo con el tema de las pruebas:

Para conseguir una adecuada implementación de este modelo se requiere una formación adecuada de los profesionales, que incluya además indicadores de evaluación del progreso de aprendizaje, y materiales de instrucción de las destrezas instrumentales de lectura, escritura, y matemáticas que estén diseñados según prescribe la investigación científica, y que haya sido probada su eficacia en la práctica a través de investigación realizada con el método científico. (Jiménez, 2016, p. 64)

Con esto en mente, el grupo de investigación Dificultades de aprendizaje, psicolingüística y Nuevas Tecnologías (DEAP&NT) de la ULL ha desarrollado programas de intervención basados en la evidencia científica, indicadores de evaluación del progreso de aprendizaje, y plataformas en línea para la formación de los profesionales en la implementación del modelo Rtl en estudiantes en riesgo para cada una de estas destrezas instrumentales básicas. Este sistema de aprendizaje tutorial sobre la instrucción temprana son las plataformas *Letra* para la lectura, *Primate* para las matemáticas, y *Trazo* para la escritura (Jiménez, 2016).

Concretamente la plataforma *Letra* tiene en cuenta las habilidades que se deben enseñar para ayudar al desarrollo lector del alumnado, es decir, la conciencia fonológica, la fluidez, el vocabulario, y la comprensión. Además, hace uso de la instrucción directa especificando la importancia de grupos reducidos, el uso de explicaciones muy estructuradas y explícitas con modelado, feedback correctivo y extensas posibilidades de práctica para aumentar las posibilidades de éxito de los alumnos (Jiménez, 2019).

3.3. EL CONTROL DEL PROGRESO DE APRENDIZAJE

El control del progreso implica que una vez que los estudiantes han sido identificados como niños con riesgo su progreso será evaluado para controlar la respuesta que están teniendo a la instrucción recibida, el sistema de evaluación debe de ser dinámico en el sentido de tener la capacidad para medir los cambios del rendimiento del estudiante a través del tiempo. (Crespo et al., 2013, p. 189)

Permite que el programa de intervención del modelo Rtl sea “personalizado basado en la investigación científica, y que coincida con necesidades individuales de los estudiantes, con el fin de ir tomando decisiones educativas en función de la evolución de sus aprendizajes” (Jiménez, 2016, p. 66).

3.4. TOMA DE DECISIONES BASADA EN LOS DATOS

Con la toma de decisiones basada en los datos la intervención muestra ser personalizada, ya que analizar la respuesta del estudiante a la instrucción que recibe permitirá ir ajustando dicha instrucción para adaptarse a las necesidades que va demandando (Crespo et al., 2013). Al explicarle todo lo que necesita de la manera que lo necesita es posible asegurar que su bajo rendimiento, de continuar, no está explicado por una instrucción inadecuada sino por un déficit interno del individuo (Jiménez, 2019).

“La instrucción podrá ajustarse dentro de un mismo nivel, en relación con ciertos componentes instruccionales o moviéndolo de un Nivel a otro según experimente mejoras (del Nivel 2 al Nivel 1) o continúe fallando (del Nivel 2 al Nivel 3)” (Crespo et al., 2013, p. 190).

Este modelo “implica que sólo se puede identificar una DEA después de haber sometido al alumno a la intervención correspondiente y haber comprobado que no responde a ella” (Ortiz, 2004, p. 55). Así el concepto de DEA puede ser reemplazado por el concepto de “riesgo” de manera que el estudiante se moverá de la etiqueta de riesgo a la de DEA si no progresa significativamente en su aprendizaje usando programas instruccionales basados en evidencia empírica (Crespo et al., 2013).

Para la evaluación del progreso de aprendizaje se pueden usar los Indicadores de Progreso de Aprendizaje en Lectura IPAL (lectura), IPAE (escritura), e IPAM (matemáticas) (Jiménez, 2019) o los Indicadores Dinámicos del Éxito en la Lectura (IDEL), que mide la fluidez en segmentación de fonemas, en palabras sin sentido, en lectura oral y en el uso de las palabras (Crespo et al. 2013).

Según Jiménez (2016), al usar a este modelo, las DEA se ven como un rendimiento severamente bajo, solo cuando se da un fracaso a una instrucción estandarizada y validada. Lo que implica que la población de niños diagnosticados desde este modelo presentaría un perfil evidentemente grave, asociado y explicado por factores neurobiológicos y genéticos. Además, el modelo permite ofrecer una instrucción de

calidad a todos los niños en riesgo y detectar a los niños de forma temprana sin necesidad de esperar al fracaso escolar en años posteriores.

En la Comunidad Autónoma de Canarias en coordinación con el CTL de la Universidad de Oregon se llevó a cabo la primera implementación del Modelo Rtl en el ámbito de la lectura, ámbito donde se ha encontrado mayor evidencia a favor de este modelo (Crespo et al., 2013), y los hallazgos obtenidos avalan la efectividad del modelo en la prevención de las DEA (Jiménez, 2016).

En fecha más reciente en el artículo de Jiménez et al. (2021), describen la implementación del modelo Rtl en 120 colegios de Canarias, demostrando como el modelo puede ser pilotado en el contexto educativo español. En el estudio participaron 62 profesores centrados en la lectura y 48 centrados en las matemáticas, los cuales recibieron entrenamiento con los programas Letra y Primate para aprender a identificar e intervenir apropiadamente conociendo el modelo Rtl. Se formaron grupos experimentales y de control para la lectura y las matemáticas a partir de 1923 estudiantes en riesgo. Los resultados mostraron que los estudiantes del grupo experimental se beneficiaron significativamente del modelo Rtl y dejaron de ser considerados en riesgo. También se vio que el porcentaje que dejó de estar en riesgo era mayor en el grupo de niños en último curso de preescolar, remarcando la importancia de la intervención temprana.

Recapitulando, lo principal de este modelo es que reconoce como personas con DEA a aquellos alumnos que presentan una respuesta débil en comparación a sus compañeros a la instrucción basada en la evidencia empírica. Diferenciando claramente entre los alumnos de bajo rendimiento debido a enseñanza inadecuada y aquellos de bajo rendimiento debido a factores internos. Siendo el bajo rendimiento relevante solamente si hay evidencia de que el estudiante ha recibido instrucción adecuada y a pesar de ello no se ha observado una mejora de rendimiento (Jiménez, 2012a).

4. EL MODELO DE ESPERA AL FRACASO FRENTE AL MODELO DE RESPUESTA A LA INTERVENCIÓN

En la siguiente tabla Jiménez (2012b), resume las principales características del modelo tradicional basado en la discrepancia CI-rendimiento y el modelo de respuesta a la intervención:

Criterio de identificación de las DEA	Discrepancia CI-rendimiento y factores de exclusión	Diferencia de rendimiento en comparación a sus compañeros, baja tasa de progreso a pesar de la intervención, factores de exclusión
Tipo de test	Inteligencia y rendimiento	Medidas de habilidades específicas necesarias para el éxito escolar
Tipo de comparación estándar	Test con referencia a normas	Test con referencia a normas tanto del aula como a nivel regional o nacional
Frecuencia de evaluación	Una o dos veces	Progreso académico es medido a través del tiempo
Naturaleza de la evaluación	Orientada a constructos que tienen una relación indirecta o general con el éxito escolar (v.gr., CI, discrepancia, procesos visomotores, etc.)	Habilidades más específicas relacionadas con el dominio curricular (v.gr., conciencia fonológica, fluidez, comprensión oral, etc.); más orientada a lo que hace el alumno
Momento de la evaluación	Esperar a que el alumno presente dificultad.	Se previene identificando al alumno con riesgo de presentar DEA.
Relación entre instrumento de evaluación y el currículum	Mínima	Directa
Relación entre evaluación e intervención	Es difícil demostrar la relación entre evaluación e instrucción efectiva	Existe relación directa entre evaluación e intervención

4.1. TIPO DE TEST

Empezando por el tipo de pruebas que requieren ambos modelos, el modelo de espera al fracaso considera la discrepancia entre la inteligencia y el rendimiento el criterio básico para identificar a un estudiante con dislexia, entendiendo la inteligencia como el potencial que a pesar de ser alto no es alcanzado por el rendimiento en lectura. Por tanto, lo que se mide desde este enfoque es el CI y el rendimiento. Por otro lado, el modelo Rtl surge tras las numerosas críticas que recibe el modelo de discrepancia CI-rendimiento, debido a los problemas de fiabilidad y validez de este, por lo que el modelo Rtl tiene una perspectiva diferente y considera que una persona tiene dislexia cuando las dificultades se mantienen a pesar de la intervención personalizada y centrada en las habilidades específicas que se han evidenciado como necesarias para el éxito lector, de ahí que estas se midan desde este modelo. Por esto el modelo Rtl incluye el uso de la evaluación basada en el currículum diferenciándose del modelo de espera al fracaso.

4.2. FRECUENCIA DE EVALUACIÓN

En el modelo de discrepancia CI-rendimiento se evalúa una o dos veces ya que se esperaba a que el niño/a estuviera lo bastante atrasado para comprobar su CI y ver que tan grande era la discrepancia, para diagnosticar. Sin embargo, el modelo Rtl no espera,

hace evaluaciones constantes desde que se observan dificultades para medir el progreso del estudiante mientras dura la intervención y así mantener un control y la capacidad de seguir adaptando la intervención.

4.3. NATURALEZA DE LA EVALUACIÓN

La naturaleza de la evaluación es también muy diferente debido de nuevo a que ambos modelos parten de perspectivas diferentes, en el modelo de discrepancia CI-rendimiento se evalúan constructos con una relación indirecta o general con el éxito escolar como el CI, pero que ha resultado ser irrelevante en relación con la dislexia. Por otro lado, desde el modelo Rtl se evalúan habilidades probadas como relacionadas con el dominio curricular, habilidades con una relación directa con lo que hace el alumno, que al mejorarse aumentará en rendimiento de este, siempre que no sea un niño/a con dislexia.

4.4. MOMENTO DE LA EVALUACIÓN

Con el modelo de discrepancia CI-rendimiento se debía esperar a que el estudiante presentara dificultades ya que para que la discrepancia se hiciera lo bastante grande se necesitaba tiempo, además como se mencionó se conocía que las medidas de discrepancia en preescolar o primer grado no eran confiables, de ahí que se le conozca como el modelo de espera al fracaso. Cuando se podía evaluar al estudiante ya había fallado. Con el modelo Rtl no se intenta diagnosticar dislexia desde edades tempranas, pero si se intenta identificar a niños/as en riesgo de presentar dislexia, empezando a intervenir en el momento del aprendizaje, sin tener que esperar al fracaso.

4.5. RELACIÓN ENTRE EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y EL CURRÍCULO

La relación entre los constructos medidos para el modelo de discrepancia CI-rendimiento y el currículo es mínima, al contrario que los constructos que se miden desde la perspectiva del modelo Rtl que tienen relación directa.

4.6. RELACIÓN ENTRE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Con respecto a la relación entre la evaluación y la intervención es difícil desde el modelo de espera al fracaso demostrar la relación de la evaluación con una intervención efectiva. Como se explicó, cuando la evaluación puede hacerse el estudiante ya lleva 4

años con estas dificultades y el periodo de aprendizaje donde la intervención sería más efectiva ya pasó. Todo lo contrario que en el modelo Rtl donde existe relación directa entre evaluación e intervención, no solo porque se encuentren en el periodo ideal sino porque los constructos que se evalúan y sobre los que se intenta intervenir, tienen relación directa con los contenidos del currículo.

4.7. CAPACIDAD COMO INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN

Por último, la evidencia apunta a que el modelo Rtl hace un gran trabajo en la prevención debido a la instrucción que se hace con los estudiantes en riesgo de tener DEA y sus perspectivas de mejora son altas. Esto significa, por lo tanto, que el porcentaje de niños/as que pueden llegar a ser diagnosticados con DEA es más pequeño y fiable, al menos en comparación con el modelo de discrepancia CI-rendimiento, del cual una de sus grandes críticas era la cantidad de personas diagnosticadas y además los falsos positivos y los falsos negativos. Además, debido a la espera necesaria para diagnosticar con este modelo la capacidad de prevención de este es inexistente.

5. CONCLUSIONES

En síntesis, se puede hacer hincapié en que el modelo Rtl no es perfecto, está aún en desarrollo, queda mucho por investigar y en la lengua española todavía más. Además, no hay suficiente evidencia para considerarlo un buen modelo de diagnóstico de manera independiente. Sin embargo, la evidencia de que este modelo es bueno en el campo de la prevención es innegable, tal y como se ha demostrado en las experiencias pioneras desarrolladas en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Por otro lado, las críticas hacia el modelo de espera al fracaso siguen ahí. Debido a la falta de evidencia de que a partir de sus pruebas se pueda llegar a un diagnóstico de DEA, debido a la ausencia de validez empírica del criterio de discrepancia CI-rendimiento. Esto es, que el CI es irrelevante en el diagnóstico de las DEA. Esto se ve reflejado en la multitud de diagnósticos erróneos, tanto falsos positivos como falsos negativos.

Por último, como explicaban Crespo et al. (2013):

Aunque en España no ha existido la tradición de usar el criterio de discrepancia CI-rendimiento y los profesionales lo han ignorado en la identificación de las DEA, la ley recoge el término de “Dificultades Específicas de Aprendizaje” (Ley

Orgánica 2/2006, de 3 Mayo, de Educación (LOE); Título II, Capítulo I), pero no ofrecen directrices sobre como operacionalizar la identificación de esta categoría de diagnóstico. (p. 190)

Lejos de ver esta falta de tradición usando el modelo de discrepancia CI-rendimiento y lo relativamente reciente del comienzo de las investigaciones sobre el tema en comparación con los países angloparlantes como una desventaja, debería ser visto como una oportunidad. Creo que al no tener que deshacernos de años usando un modelo desaconsejable podemos destacarnos investigando y desarrollando un modelo prometedor como es el modelo Rtl.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). American Psychiatric Association.

Asociación Andaluza de Dislexia ASANDIS (2010). *Guía general sobre dislexia*. Junta de Andalucía.

<https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/6070dc4f-5da3-459d-bb07-4f8eaaa76f9e>

Crespo, P., Jiménez, J. E., Rodríguez, C. & González, D. (2013). El Modelo de Respuesta a la Intervención en la Comunidad Autónoma de Canarias: Nivel 2 de intervención. *Revista de Psicología y Educación*, 8(2), 187-203.

International Dyslexia Association. (2002). *Definition of Dyslexia*. <https://dyslexiaida.org/definition-of-dyslexia/>

Jiménez, J. E. (2012a). *Dislexia En Español: Prevalencia E Indicadores Cognitivos, Culturales, Familiares Y Biológicos*. Pirámide.

Jiménez, J. E. (2012b). Retos y prospectiva de la atención al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje: hacia un modelo basado en la respuesta a la intervención. En Navarro, J., Fernández, M^a.T^a., Soto, F.J., & Tortosa, F. (Coords.), *Respuestas flexibles en contextos educativos diversos*. Consejería de Educación, Formación y Empleo.

Jiménez, J.E. (2016). Modelo de Respuesta a la Intervención: Un nuevo enfoque en la identificación de las dificultades de aprendizaje. En J. L. Castejón Costa (coord.), *Psicología y Educación: presente y futuro* p. 64-74. ACIPE.

Jiménez, J. E. (2019). *Modelo de Respuesta a la intervención: un enfoque preventivo para las dificultades específicas de aprendizaje*. Pirámide.

Jiménez, J.E., de León, S.C., & Gutiérrez, N. (2021). Piloting the Response to Intervention Model in the Canary Islands: Prevention of Reading and Math Learning Disabilities. *The Spanish Journal of Psychology*, 24, 1-23.

Jiménez, J.E., & García, A.I. (1999). Is IQ-Achievement Discrepancy Relevant in the Definition of Arithmetic Learning Disabilities? *Learning Disability Quarterly*, 22 (4), 291-301.

Jiménez, J.E., & Rodrigo, M. (1994). Is It True That the Differences in Reading Performance Between Student With and Without LD Cannot Be Explained by IQ? *Journal of Learning Disabilities*, 27 (3), 155-163.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, 106, de 4 de mayo de 2006, 17158-17207. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/05/03/2>

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, 340, de 30 de diciembre de 2020, 122868-122953. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/12/30/pdfs/BOE-A-2020-17264.pdf>

Matute, E. y Guajardo, S. (2012). *Dislexia: Definición e intervención en hispanohablantes (2a. ed.)*. El Manual Moderno.

National Center on Response to Intervention (2010). *Essential Components of RTI – A Closer Look at Response to Intervention*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED526858.pdf>

National Joint Committee on Learning Disabilities (1994). *Collective perspectives on issues affecting learning disabilities: Position papers, statements, and reports*. Pro-Ed.

National Reading Panel (2000). *Teaching children to read: A evidence-based assessment of the scientific research literature on reading and its implications for reading instruction*. National Institute of Health.

OMS (1992), *CIE-10. Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.

Ortiz, M. (2004). *Manual de dificultades de aprendizaje*. Pirámide

Soriano Ferrer, M. (2006). *Dificultades en el aprendizaje*. Grupo Editorial Universitario.

Stuebing, K. K., Fletcher, J. M., Ledoux, J. M., Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2002). Validity of IQ-Discrepancy Classifications of Reading Disabilities: A Meta-Analysis. *American Educational Research Journal*, 39(2), 469-518.