



UNIVERSIDAD DE BURGOS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. VALORACIÓN Y USOS DE LA ESCALA ABS-RC:2

REALIZADA POR:
DÑA. MARÍA BEGOÑA MEDINA GÓMEZ

BURGOS, 2010

UNIVERSIDAD DE BURGOS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



TESIS DOCTORAL

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. VALORACIÓN Y USOS DE LA ESCALA ABS-RC:2

REALIZADA POR:
DÑA. MARÍA BEGOÑA MEDINA GÓMEZ

DIRIGIDA POR:
DRA. DÑA. M. ISABEL GARCÍA ALONSO

BURGOS, 2010



UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

D^a MARÍA ISABEL GARCÍA ALONSO, Profesora Doctora del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos en el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos.

Hago constar que el presente trabajo de investigación:

**EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. VALORACIÓN Y USOS DE LA
ESCALA ABS-RC:2**

Que presenta D^a MARÍA BEGOÑA MEDINA GÓMEZ ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión y reúne a mi juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor para que la autora pueda optar con ella al título de Doctora.

Burgos, 11 de enero de 2010.

Fdo.: Dra. M^a Isabel García Alonso

ILMO. Sr. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE BURGOS.

*Encontraremos un camino
o bien lo construiremos
(Anibal).*

A mi familia

Agradecimientos

Desde estas páginas me gustaría enviar un sincero y gran agradecimiento a mi directora de tesis Dra. Dña. Isabel García Alonso, por las orientaciones técnicas y profesionales siempre tan afortunadas y claras del trabajo que en esta tesis presento, por esos ánimos incondicionales en momentos de desánimo, por esa confianza constante en mi hacer, por la paciencia y comprensión demostrada a lo largo de todos los años de elaboración de este estudio.

También quiero hacer extensivo este agradecimiento a la Fundación INTRAS, que cuenta con el permiso de adaptación de la Escala ABS-RC:2, por permitir la utilización de este instrumento para la realización de esta tesis.

Quiero agradecer a todos los miembros de la familia ASPANIAS, la posibilidad que me han dado de realizar este trabajo, especialmente y en primer lugar a su Director-Gerente, D. José M^a Ibáñez Martínez-Losa, que me proporcionó el empujón, el consentimiento y me abrió las puertas para llevar a cabo este estudio, a Santiago Velasco Ortiz, que me apoyó y facilitó los primeros pasos de esta andadura, a Roberto Gil Ibáñez, que me ayudó en la evaluación de algunos usuarios y, principalmente, mi especial reconocimiento a las personas con discapacidad intelectual, que sin saberlo han contribuido a la realización de esta tesis y que sin ellos, este trabajo ni mi quehacer profesional tendrían sentido, de ellas he aprendido mucho a lo largo de toda mi vida laboral, tanto a nivel personal como profesional y de ellas espero seguir aprendiendo durante muchos años.

No me gustaría olvidar en estos momentos a todas aquellas personas próximas a mí por trabajo, tanto en el ámbito de la Universidad de Burgos como en Aspanias, y/o por amistad, que han mostrado interés sincero por la evolución lenta, pero constante, de esta tesis y que siempre me han animado como si de una carrera se tratará.

Por supuesto, agradecer a mis padres, a mis hermanos, a Laura, a Rober y a mis amigos su comprensión por no haberles podido dedicar el tiempo que tanto ellos como yo hubiéramos deseado.

A todos ellos, **Gracias.**

ÍNDICE

I.	Agradecimientos.....	VII
II.	Índice.....	IX
III.	Lista de tablas, cuadros y gráficos.....	XV
IV.	Introducción.....	XIX

PARTE PRIMERA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CONCEPTUAL

Capítulo 1.	Aproximación histórica a la discapacidad intelectual.....	3
1.	Hasta la primera revolución en salud mental.....	9
1.1.	Prehistoria y Antigüedad.....	10
1.2.	La Antigüedad Clásica.....	12
1.3.	De la Edad Media a la Reforma.....	14
2.	La primera revolución en salud mental.....	17
2.1.	El impulso del Siglo de Oro Español.....	19
2.2.	Los siglos XVII y XVIII, el gran encierro.....	22
2.3.	El siglo XIX, la era del progreso.....	27
3.	La segunda revolución en salud mental.....	32
3.1.	El dinamismo cultural y científico de la primera mitad del siglo XX en España.....	38
3.2.	Repercusiones de la Segunda Guerra Mundial.....	41
3.3.	Aportaciones en investigación y tratamientos.....	42
4.	La tercera revolución en salud mental.....	44
5.	Resumen.....	48
Capítulo 2.	Concepto actual de la discapacidad intelectual.....	53
1.	Estudios epidemiológicos sobre personas con discapacidad intelectual.....	57
1.1.	Datos epidemiológicos de personas con discapacidad intelectual.....	59
2.	Imprecisión terminológica.....	60
2.1.	Propuestas de solución.....	61
3.	Aproximaciones explicativas en la discapacidad intelectual.....	62
3.1.	Principales modelos explicativos.....	63

3.1.1. Modelo psicométrico	66
3.1.2. Modelo evolutivo	68
3.1.3. Modelo dinámico	69
3.1.4. Modelo conductista y funcional	72
3.1.5. Modelo cognitivo	74
3.1.6. Modelo ecológico	76
3.1.7. Modelo de la innovación social experimental.....	80
3.1.8. Modelo independent live o vida independiente	83
3.1.9. Modelo bio-psico-social	85
3.2. Consideraciones respecto a los modelos	88
4. Clasificación y categorización.....	90
4.1. Principales sistemas de clasificación	93
4.2. La discapacidad intelectual en los DSM	95
4.3. La discapacidad intelectual en las clasificaciones internacionales de la OMS	97
4.3.1. La discapacidad intelectual en los CIE	98
4.3.2. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM.....	101
4.3.3. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, CIF	106
4.3.4. Modificación del sistema internacional de diagnóstico CIE-10	113
4.3.5. El modelo de clasificación de la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual (AAIDD)	115
5. Definición, diagnóstico y clasificación según la AAIDD (2002).....	119
5.1. El concepto de discapacidad intelectual.....	121
5.1.1. La multidimensionalidad del concepto	121
5.1.2. Las cinco dimensiones.....	123
5.2. Diferentes procesos de evaluación según los propósitos.....	128
5.2.1. Evaluar para diagnosticar, clasificar y/o planificar apoyos.....	129
5.2.2. Proceso 1. Diagnóstico	129
5.2.3. Proceso 2. Clasificación y descripción.....	130
5.2.4. Proceso 3. Establecimiento del perfil de apoyos	130

6. Panorama de tratamientos	132
6.1. Intervención pedagógica	132
6.2. Tratamientos biomédicos	134
6.3. Tratamientos psicológicos	139
6.3.1. La psicoterapia	140
6.3.2. LOS PROGRAMAS DE MEJORA COGNITIVA	140
6.3.3. LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.....	142
6.4. Intervención propuesta por la AAIDD. El paradigma de apoyos	148
6.5. Ayudas técnicas	151
7. RESUMEN	152
Capítulo 3. El constructo de inteligencia y su evaluación	157
1. Los antecedentes	162
1.1. Los precursores del concepto de inteligencia.....	163
1.2. Las convecciones para la unificación del concepto de inteligencia	165
2. Teorías explicativas de la inteligencia	166
2.1. Teorías diferenciales sobre la inteligencia.....	166
2.2. Modelo jerárquico	167
2.3. Modelo multifactorial.....	168
2.4. Modelo de la inteligencia múltiple.....	171
2.5. Críticas al “factorialismo”	174
3. Teorías cognitivas sobre la inteligencia	176
3.1. Teoría de los correlatos cognitivos	178
3.2. Teoría de los componentes cognitivos.	180
3.3. Teoría del entrenamiento cognitivo	181
3.4. Teoría de los contenidos cognitivos	181
4. Teoría triárquica de la inteligencia	181
5. Estadios del desarrollo intelectual y el modelo sociológico	184
5.1. Teoría epistemológica genética de Piaget.....	185
5.2. Teoría de la zona de desarrollo próximo de Vigotsky.....	186
5.3. Programa de enriquecimiento instrumental de Feuerstein	188

6. La inteligencia emocional y las últimas aportaciones de la AAIDD	189
6.1. Introducción al concepto de inteligencia emocional.....	190
6.2. Elementos y habilidades de la inteligencia emocional.....	192
6.3. La AAIDD frente al constructo de inteligencia	195
7. Medida de la inteligencia	198
7.1. Los instrumentos más utilizados para evaluar la inteligencia	198
7.2. Instrumentos que evalúan el potencial de aprendizaje.....	204
8. Resumen	205

Capítulo 4. El constructo de conducta adaptativa y su evaluación.

las escalas de la aaidd	213
1. La conducta adaptativa	217
1.1. Definición y factores de conducta adaptativa	218
1.2. La evaluación de la conducta adaptativa.....	225
1.2.1. Aspectos generales en la evaluación de la conducta adaptativa.....	226
1.2.2. Las escalas de conducta adaptativa.....	228
1.2.3. Algunas herramientas de evaluación.....	231
1.3. Dificultades en la evaluación de la conducta adaptativa en España	238
2. Fusión de los conceptos de inteligencia y conducta adaptativa bajo el constructo de competencia personal	241
3. Escalas de conducta adaptativa de la AAMD	248
3.1. Características generales de las escalas	249
3.2. Usos, contenidos y aplicación de las escalas.....	251
3.3. Estandarización: fiabilidad y validez de las pruebas.....	253
3.3.1. ABS-S:2.....	253
3.3.2. ABS-RC:2	255
4. Resumen	256

Capítulo 5. La atención en el ámbito ocupacional/laboral de las personas

con discapacidad intelectual	261
1. Evolución en la atención de las personas adultas con discapacidad intelectual	265
2. El acceso al empleo de las personas con discapacidad	267

3. Servicios pseudo-laborales y laborales	276
3.1 Los centros ocupacionales	277
3.2 El empleo protegido	280
3.2.1 Los centros especiales de empleo.....	281
3.2.2 El empleo con apoyo	285
3.3 El empleo inclusivo o el empleo integrado.....	287
4. Líneas de investigación sobre el empleo	288
5. Resumen	289

PARTE SEGUNDA: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Capítulo 6. Contextualización y planteamientos de la investigación	293
1. Contextualización de la investigación	296
1.1. Justificación de la investigación. Estudios previos referenciales que constituyen el punto de partida.....	296
2. ASPANIAS	300
2.1. Datos generales de la entidad.....	300
2.2. Población atendida en ASPANIAS	302
3. Planteamientos de la investigación	305
3.1. Problemas	305
3.2. Objetivos	306
3.3. Hipótesis de trabajo.....	307
3.4. Definición de variables	308
3.5. Metodología.....	311
3.5.1. Procedimiento.....	311
3.5.2. Participantes	312
Capítulo 7. Demostración de hipótesis, análisis, interpretación de los datos y conclusiones	319
1. Demostración e interpretación de hipótesis de trabajo	323

1.1. Hipótesis relacionadas con la valoración estadística de la prueba ABS-RC:	
fiabilidad, validez y análisis factorial	323
• Hipótesis 1:	325
○ Consistencia interna	325
○ Error típico de medida.....	328
○ Fiabilidad test-retest.....	329
○ Fiabilidad interevaluadores	330
• Hipótesis 2:	333
○ Validez de criterio	334
○ Validez de constructo.....	337
○ Intercorrelación de los ítems.....	337
○ Análisis factorial.....	339
1.2. Hipótesis que recogen información comparativa y discriminativa.....	342
• Hipótesis 3.	342
• Hipótesis 4.	346
• Hipótesis 5	355
• Hipótesis 6.	358
• Hipótesis 7.....	361
2. Discusión de los Resultados y Conclusiones.....	365
2.1. Conclusiones.....	365
2.2. Limitaciones y Discusión	368
3. Posibles líneas futuras de investigación	376
Capítulo 8. Referencias bibliográficas	379
Anexos.....	425

LISTA DE TABLAS, CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1.1. Acontecimientos socioeducativos relevantes en las últimas décadas.....	47
Cuadro 2.1. Personas de 6 a 64 años con DI según el tipo de deficiencia.	60
Gráfico 2.2. Modelo ecológico.....	77
Gráfico 2.3. Dinámicas transaccionales del modelo ecológico.	79
Gráfico 2.4. Modelo social de la discapacidad.....	84
Gráfico 2.5. Relación existente entre diversas ciencias.	85
Gráfico 2.6. Modelo biopsicoambiental de la salud.....	86
Gráfico 2.7. Dimensiones de las consecuencias de la enfermedad.	102
Cuadro 2.8. Visión de conjunto de la CIF	108
Gráfico 2.9. Interacciones entre los componentes de la CIF.	109
Gráfico 2.10. Ejes y utilidad de los criterios diagnósticos genéricos y específicos según el grado de Discapacidad intelectual.	114
Cuadro 2.11. Características más relevantes de la 9ª edición de la AAIDD.	116
Cuadro 2.12. Características más relevantes de la 10ª edición de la AAIDD.	118
Gráfico 2.13. Modelo teórico de la Discapacidad Intelectual.....	122
Cuadro 2.14. Ejemplos de habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico....	124
Cuadro 2.15. Relación entre las dimensiones de la AAIDD y los conceptos básicos de la CIF.	128
Cuadro 2.16. Evaluación de la Discapacidad intelectual.	131
Gráfico 2.17. Modelo de ayudas para las personas con discapacidad.	150
Cuadro 3.1. Definición de Discapacidad intelectual según la AAIDD, 2002.....	159
Cuadro 3.2. Definiciones y visiones de la inteligencia.	165
Cuadro 3.3. Modelo multifactorial de la inteligencia de Guilford (1967).	170
Tabla 3.4. Los tests más utilizados en la medición de la inteligencia.	201
Cuadro 3.5. Pruebas de evaluación del potencial de aprendizaje.	204
Cuadro 4.1. Definiciones de conducta adaptativa por diferentes autores.	221
Tabla 4.2. Factores de conducta adaptativa.	223
Cuadro 4.3. Listas de verificación.	237

Cuadro 4.4. Modelo de competencia general.	243
Gráfico 4.5. Modelo comprensivo de inteligencia general.....	244
Gráfico 4.6. Integración de la multidimensionalidad de los constructos de inteligencia y conducta adaptativa.	245
Gráfico 4.7. Modelo heurístico de la Discapacidad Intelectual.....	246
Tabla 4.8. Escalas ABS: fechas y autores.	249
Tabla 4.9. Dominios y subdominios del ABS, 1ª parte.....	251
Cuadro 4.10. Dominios del ABS, 2ª parte.....	252
Tabla 4.11. Factores e ítems de los dominios correspondientes.	253
Tabla 5.1. Prevalencia de la discapacidad en España.....	268
Tabla 5.2. Relación principal con la actividad y en función del sexo.....	269
Tabla 5.3. Trabajo según tipo de deficiencia.....	269
Cuadro 5.4. Legislación socio-laboral sobre discapacidad.	274
Gráfico 5.5. Itinerario de empleo para las personas con Discapacidad Intelectual.	276
Tabla 5.6. Diferencias entre CO y CEE	279
Tabla 5.7. Comparación entre empleo protegido y empleo ordinario.....	280
Cuadro 5.8. Componentes del empleo con apoyo.	285
Tabla 5.9. Diferencias entre las distintas modalidades de empleo con apoyo.	287
Tabla 6.1. Número de usuarios por rango de edad, centro y sexo.	302
Tabla 6.2. Nivel intelectual de los usuarios del CO y CEE.	302
Tabla 6.3. Personas con otras discapacidades o patologías asociadas a la Discapacidad Intelectual.....	303
Tabla 6.4. Características de la muestra investigada.	313
Tabla 6.5. Servicios en función de capacidad intelectual.....	316
Tabla 6.6. Características de la muestra valorada por los interevaluadores.....	317
Tabla 7.1a. Resultados de consistencia interna en la primera parte del ABS-RC:2	326
Tabla 7.1b. Resultados de consistencia interna en la segunda parte del ABS-RC:2.....	327
Tabla 7.1c. ETM en los diferentes dominios del ABS-RC:2 por décadas	329
Tabla 7.1d. Resultados de las correlaciones de conducta adaptativa y desadaptada. Test-Retest	330
Tabla 7.1e. Puntuaciones de los dos evaluadores.....	331

Cuadro 7.1f. Correlaciones de los dominios de conducta adaptativa y desadaptada.	
Fiabilidad interevaluadores	331
Cuadro 7.1g. Correlación intraclase, dominios conducta adaptativa.	
Fiabilidad interevaluadores	331
Cuadro 7.1h. Correlación intraclase, dominios conducta desadaptada.	
Fiabilidad interevaluadores	333
Tabla 7.2a. Características de los 188 participantes evaluados con el ICAP	334
Tabla 7.2b. Puntuaciones en destrezas de conducta adaptativa y en problemas de conducta aplicando el ICAP	335
Tabla 7.2c. Correlaciones entre puntuaciones en destrezas de conducta adaptativa del ICAP con la suma de conducta adaptativa y desadaptativa del ABS-RC:2.	336
Tabla 7.2d. Correlaciones entre puntuaciones en problemas de conducta desadaptativa del ICAP con la suma de conducta adaptativa y desadaptativa del ABS-RC:2.	336
Tabla 7.2e. Intercorrelaciones entre los dominios de las dos partes del ABS-RC:2	338
Tabla 7.2f. Resultados del análisis factorial. Items de la 1ª parte de la escala.	340
Tabla 7.2g. Resultados del análisis factorial. Items de la 2ª parte de la escala.	341
Tabla 7.3a. Puntuaciones obtenidas en los distintos dominios y en la suma de conducta adaptativa por rangos de CI.....	343
Tabla 7.3b. Prueba ANOVA (sobre las diferencias significativas inter-grupos).....	344
Tabla 7.3c. Comparaciones múltiples inter-grupo aplicando la prueba de Bonferroni.	345
Tabla 7.4a. Percentiles para los dominios de CA del ABS-S:2 y del ABS-RC:2.	347
Tabla 7.4b. Comparación de resultados en el percentil 95 en las dos muestras	348
Tabla 7.4c. Desviación típica y puntuaciones máximas y mínimas en cada uno de los dominios.	349
Tabla 7.4d. Puntuaciones de los sujetos en cada uno de los dominios de CA.	350
Tabla 7.4e. Identificación de la puntuación máxima en la primera parte de la escala ABS-RC:2, los participantes que la obtienen y quiénes son.	354
Tabla 7.5a. Correlaciones entre puntuaciones en CD y en CA.	356
Tabla 7.5b. Correlaciones entre puntuaciones en CA y en CD.	357

Tabla 7.6a. Puntuaciones en conducta adaptativa por rango de edad.	358
Tabla 7.6b. Puntuaciones en conducta desadaptada según rangos de edad.....	359
Cuadro 7.6c. Gráficos de la evolución de la suma de conducta adaptativa y desadaptativa según edad aplicando la prueba de Bonferroni (edad).	359
Tabla 7.6d. Diferencias significativas de medias inter-grupo e intra-grupo.....	360
Tabla 7.6e. Comparaciones múltiples de la suma de conducta adaptativa aplicando la prueba de Bonferroni (edad).....	360
Tabla 7.7a. Estadísticos descriptivos referentes a los grupos de CEE, CO y jóvenes	362
Tabla 7.7b. Resumen de estadísticos de los participantes del CO y del CEE en cada uno de los dominios de conducta adaptativa.	363
Tabla 7.7c. Resultados del contraste T con significatividad para la diferencia de los centros.	364

INTRODUCCIÓN



La realización de esta tesis es el fruto de muchos años de trabajo, cuyos inicios se remontan a ocho o nueve años atrás, cuando se comenzó con la revisión de los marcos conceptuales y la aplicación de las primeras pruebas de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2 a los sujetos con discapacidad intelectual de la Fundación ASPANIAS en Burgos.

Esta investigación surge como respuesta a una necesidad laboral y profesional. Para los profesionales que trabajamos con personas con discapacidad, es una necesidad, manifestada reiteradamente, el contar con instrumentos que nos permitan evaluar, diagnosticar, describir, clasificar y prestar apoyos a las personas que atendemos y con las que intervenimos, esto facilita nuestra labor y la realizamos con mayor seguridad y calidad. En el campo de la discapacidad es prioritario y, me atrevería a decir, urgentísimo, el contar con protocolos, pruebas e instrumentos de evaluación y valoración que nos sirvan para conseguir realmente, el objetivo principal de nuestro trabajo diario y profesional: intervenir de la manera más adecuada posible, mejorando y ampliando las conductas adaptativas. Estas conductas son más factibles de aprendizaje y

entrenamiento que la capacidad intelectual y facilitan algunos de los requisitos para obtención del bienestar bio-psico-social de las personas con discapacidad intelectual.

Hoy en día, en nuestro País, urge poder valorar con instrumentos que tengan una adecuada fiabilidad y validez las habilidades adaptativas que han adquirido o/y usan las personas con discapacidad intelectual. Con pruebas actualizadas lograríamos diagnosticarlas correctamente conforme a la concepción más actual, y podrían beneficiarse de los recursos existentes o reclamar aquellos que no consiguen pero a los que tienen derecho. Urge también porque con estos instrumentos, las personas con discapacidad intelectual podrán participar de los programas y servicios más acordes a sus necesidades, sin excluir sus demandas. Finalmente apremia, porque constituyen una forma de comunicación común entre los profesionales que trabajamos en el sector de la psicología y más concretamente en el de la discapacidad, bien sea en el campo educativo como en el sanitario, social o laboral.

Hemos de reconocer que en las dos últimas décadas se ha progresado sustancialmente en la concepción que actualmente se tiene sobre la discapacidad intelectual, fruto de la evolución histórica que se ha ido produciendo en el último siglo, del trabajo de la AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) que ha sabido aglutinar en marcos teóricos, las investigaciones, las reflexiones, las experiencias de distintas instituciones, entidades y personas individuales (léase familias y personas con discapacidad). En la sociedad actual de las telecomunicaciones y de la globalización esta asociación americana ha conseguido una amplia expansión de sus concepciones facilitando la unificación de criterios a nivel internacional. En España, esta labor la han realizado numerosas instituciones, entre otras, cabe señalar y agradecer los esfuerzos al movimiento asociativo FEAPS (Federación Nacional de Asociaciones de Familiares de Personas con Discapacidad Intelectual), al Instituto INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad), a la Asociación Española para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual, a algunas universidades y otros entes que han procurado la difusión de sus contenidos.

Todo lo expuesto ha contribuido a que en nuestros días exista una actualizada definición de la discapacidad intelectual ampliamente consensuada y aceptada a nivel nacional e

internacional, elaborada, como decimos, por la AAIDD (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo) en su 10ª edición (Luckasson y cols, 2002) y traducida al español por Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro en 2004. Parece ser que está próxima a publicarse la 11ª edición (Wehmeyer y cols, en prensa), pues tiene prevista ver la luz a lo largo de este año 2010. Las últimas propuestas que esta Asociación ha manifestado, son compartidas por los sistemas de clasificación internacionales editados por la Asociación de Psiquiatras Americanos y por la Organización Mundial de la Salud (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR, APA, 2000 y Clasificación Internacional del Funcionamiento y los Estados de Salud, CIF, OMS, 2001b).

Desde 1992, año en que apareció publicado lo que se llamó “nuevo paradigma de la discapacidad intelectual” se ha avanzado sustancialmente en la definición, marco teórico y clasificación de la discapacidad intelectual, pero hay otras áreas en las que las investigaciones y, por lo tanto, las aportaciones científicas a la práctica son más bien reducidas. Una de ellas, es el establecimiento de sistemas e instrumentos de evaluación de las limitaciones de las personas con discapacidad intelectual, en función de la definición actual. A este respecto, escasean en España herramientas de valoración de la conducta adaptativa. Aunque no sea objeto de este documento, es oportuno expresar que tampoco hay demasiados avances en la elaboración de programas y herramientas específicas para trabajar con las personas de este colectivo; ni legislación suficiente, ni siempre un cumplimiento real de la existente, ni las administraciones públicas velan como debieran por los derechos de estas personas (sujetos en grave situación de exclusión social), ni existen aún estudios que permitan clarificar cuáles son los niveles de inserción sociolaboral de este colectivo, cómo trabajar para conseguir una mejor y mayor inclusión en el mercado laboral, bien abierto, bien protegido, etc.; y no debemos olvidar las lagunas que existen en cuanto al acceso a la salud, los problemas de diagnóstico de enfermedades físicas y mentales o el desconocimiento de muchas etiologías causantes de su discapacidad,... Todos estos campos de trabajo y algunos otros más, necesitan aportes sustanciales de estudio para su desarrollo y mejor conocimiento.

A pesar de estos déficits señalados, no podemos dejar de reconocer que esta primera década del siglo XXI ha posibilitado algunos avances en el ámbito que nos ocupa. Así por ejemplo, para la evaluación de la capacidad intelectual, primero de los criterios diagnósticos, existen en nuestro país distintos instrumentos ampliamente conocidos y utilizados (algunos revisados recientemente, que han mejorado mucho sus propiedades psicométricas). Para el segundo de los criterios, las limitaciones en conducta adaptativa de tipo práctico, académico y social, no existe en español ningún instrumento que evalúe en su totalidad la conducta adaptativa. Sólo la Escala de Conducta Adaptativa, versión Centros Educativos, ABS-S:2, planteada y recomendada por la AAIDD proporciona puntuaciones para estos tres tipos de conducta. En este sentido, García Alonso, en el 2001, presentó un estudio sobre la versión para niños y adolescentes de 3 a 18 años en el que constató la adecuada validez, fiabilidad y componentes factoriales, así como la idoneidad de la Escala para la valoración de la conducta adaptativa en el colectivo de personas con discapacidad intelectual en este intervalo de edad.

En estos momentos la AAIDD está en proceso de elaboración y estandarización de una nueva prueba, la denominada Diagnostic Adaptive Behavior Scale (DABS) o Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (Verdugo, Arias y Navas, 2008), dirigida a personas con discapacidad intelectual, con edades comprendidas entre los 4 y los 21 años, que pretende proporcionar medidas de conducta adaptativa en las dimensiones de: habilidades conceptuales, sociales y prácticas, a partir de la información proporcionada por una persona que conoce bien y en profundidad a la persona a evaluar. Recientemente, se han adaptado otras pruebas específicas para las personas con discapacidad intelectual, en concreto, podemos citar la Escala de Intensidad de Apoyos, SIS, adaptada por Verdugo, Arias e Ibáñez (2007), que permite realizar una evaluación funcional de la intensidad de los recursos y estrategias para promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal, facilitando la mejora en el funcionamiento individual del adulto con discapacidad intelectual y el establecimiento de los apoyos que va a necesitar la persona con discapacidad evaluada, a la vez que ayuda en la planificación centrada en la persona.

En este trabajo de investigación partimos de los conocimientos que la comunidad científica dispone y pretendemos proporcionar nuestro granito de arena al respecto.

Concretamente, queremos comprobar si la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2 -Versión Adultos en Comunidad y en Residencias-, sirve por un lado, para poder ser aplicada a las personas con discapacidad intelectual al cumplir los criterios de fiabilidad y validez apropiados para su utilización y, por otro lado, si, como profesionales de atención directa que somos, nos ofrece la información que deseamos obtener de la población a estudio. En este segundo aspecto, pretendemos saber si discrimina bien entre los diferentes grados de discapacidad intelectual, si proporciona información válida para ayudarnos en la toma de decisiones sobre los diferentes tipos de recursos y apoyos que precisa el individuo, si discrimina el grado de adquisición o uso de conducta adaptativa en función de la edad, etc. Para ello utilizamos una muestra de personas adultas con discapacidad intelectual que asisten y son atendidas en el Centro Ocupacional y el Centro Especial de Empleo de Aspanias, en Quintanadueñas (Burgos) y compararemos los resultados que obtienen estos grupos de personas en función de distintas variables, como el funcionamiento intelectual, la edad, las conductas problemáticas o inadaptadas o los centros en los que son atendidos.

El presente trabajo consta de dos partes. A la primera la hemos denominado “*Revisión bibliográfica y conceptual*”, en los cinco capítulos que la componen revisamos y exponemos el estado actual de conocimiento de la temática que nos ocupa. La segunda parte, con dos capítulos, hace referencia a la investigación objeto de esta tesis, lleva el título “*Estudio de investigación de la Escala ABS-RC:2 y los resultados de su aplicación en una muestra de adultos con discapacidad intelectual*”.

El capítulo 1 “*Aproximación histórica de la discapacidad intelectual*” recoge una breve revisión histórica del concepto de discapacidad intelectual a nivel mundial y a nivel nacional. Con esta revisión, que no pretende ser muy exhaustiva, ya que numerosos autores ya la han hecho de forma muy amplia en sus manuales (véase Scheerenberg, 1983; Aguado, 1995 y García Alonso, 2001), pretendemos plasmar una síntesis que nos ayude a comprender el estado actual del tema. Consideramos importante conocer la historia de las temáticas que abordamos, pues sólo con esta forma de proceder, podemos enlazar desarrollos pasados con realidades presentes y sugerir o prever tendencias futuras. Hemos organizado esta síntesis histórica bajo el paraguas de las tres grandes

revoluciones en salud mental, pues creemos que se facilita mucho la comprensión de los conceptos que se tratan.

En el capítulo 2 “*Concepto actual de discapacidad intelectual*”, nos ocupamos de los modelos psicológicos explicativos desde los que se enfoca hoy en día, el estudio de la discapacidad intelectual, podemos comprobar la presencia de una pluralidad de enfoques, algunos con mayor peso que otros, que en su visión conjunta, nos indican la gran complejidad de la temática que nos ocupa. Tras ello abordamos las aportaciones al respecto de la AAIDD y de la OMS, centrándonos específicamente en las últimas ediciones y en las interconexiones y comparaciones que se pueden entresacar de las últimas definiciones propuestas por ambas entidades. Nos decantamos claramente por las aportaciones de la AAIDD, por considerar sus conceptualizaciones más actuales, más explicativas, más comprensivas y más prometedoras para la consecución de mejoras en las personas afectadas por esta discapacidad.

En los dos siguientes capítulos se hace un repaso a los dos constructos que aparecen en el concepto y definición de discapacidad intelectual “inteligencia” y “conducta adaptativa”. En concreto en el tercero, “*El constructo de inteligencia y su evaluación*”, se realiza una revisión histórica sobre el término, las definiciones, los factores, los tipos de inteligencia y los instrumentos de medida más empleados desde los distintos enfoques teóricos. En el cuarto capítulo “*El constructo de conducta adaptativa y su evaluación. Las escalas de conducta adaptativa de la AAIDD*” se exponen la concepción actual del constructo de conducta adaptativa asumido por esta Entidad, las pruebas más conocidas y reconocidas para su evaluación, así como el instrumento que será la herramienta fundamental en esta investigación: la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2 -versión comunidad y centros residenciales-. El capítulo finaliza analizando la propuesta de interrelación entre la inteligencia y la conducta adaptativa, lo que nos conduce hacia un posible único concepto, conocido como competencia general, al que abogan algunos expertos, si bien las limitaciones evaluadoras que existen en el momento actual pudieran retrasar o impedir la consecución de esta unión. En el último capítulo de la primera parte, es decir el quinto, “*La atención en el ámbito ocupacional/laboral de las personas con discapacidad intelectual*” reflejamos la evolución de la Asociación ASPANIAS en cuanto a la asistencia y atención prestada a

las personas con discapacidad intelectual desde los inicios de esta Entidad hasta el momento actual, centrándonos en los servicios pseudo-laborales y laborales existentes hoy en día en nuestro país. También se incluyen algunos otros datos referentes a la Entidad a la que pertenecen los participantes de la muestra estudiada en esta tesis.

El capítulo 6, enmarcado en la segunda parte de este trabajo, “*Contextualización y planteamientos de la investigación*” se exponen los datos y características de la muestra seleccionada, las premisas iniciales de las que partimos, la metodología, las hipótesis de trabajo, las variables de estudio y los participantes de la investigación. En el 7º capítulo, “*Demostración de hipótesis: análisis de interpretación de los datos y conclusiones*” aparecen los resultados de las pruebas aplicadas para demostrar las distintas hipótesis y las conclusiones a las que se ha llegado en función de los datos obtenidos tras la aplicación de los estadísticos correspondientes. Las hipótesis que se plantean en esta tesis se agrupan en dos grandes grupos. En el primero, demostramos que el instrumento de evaluación que se utiliza en el estudio cumple las propiedades técnicas adecuadas, más concretamente los criterios de fiabilidad y validez adecuados para poder ser aplicado. En el segundo grupo, se recogen las hipótesis planteadas con el fin de recabar información comparativa y discriminativa de los diferentes grupos de participantes en función de diversas variables (el nivel intelectual, la conducta desadaptada, la edad y el centro o servicio al que asisten). Finalizamos, exponiendo las conclusiones que se desprenden del estudio así como la discusión y las sugerencias de futuras líneas de investigación. Se concluye este trabajo, recogiendo la bibliografía de referencia aparecida a lo largo de toda esta tesis y con un anexo, una copia del protocolo de aplicación de la prueba ABS-RC: 2 original y otra adaptada.

Hemos utilizado en este trabajo la terminología “persona con discapacidad intelectual” frente a otras nomenclaturas que se han empleado en el pasado y que han sido rechazadas por la comunidad científica, por los profesionales, por las propias personas afectadas, por el movimiento asociativo. Consideramos, junto con ellos, que no recogen la realidad de la situación actual, hacen referencia a concepciones erróneas o a modelos que poco reflejan y definen a las personas con discapacidad intelectual. Sin embargo, la amplia terminología utilizada en etapas anteriores, seguirá apareciendo en las definiciones o referencias textuales de algunos autores.

PARTE PRIMERA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1

APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL



El interés que tienen los temas históricos, en este caso la historia de la discapacidad intelectual, radica en que su estudio nos permite enlazar desarrollos pasados con realidades presentes y tendencias futuras.

Para obtener la información que necesitamos en este capítulo, nos hemos basado principalmente en los dos manuales que consideramos esenciales “Historia de las deficiencias” de Aguado (1995) e ”Historia del retraso mental” de Scheerenberger (1983), sin embargo, no podemos olvidar a otros autores cuyos libros y artículos nos han sido de utilidad y cuyos autores irán apareciendo a lo largo de este recorrido. Con la información obtenida, intentaremos dar forma y contenido a este capítulo.

Conocer cómo ha sido conceptualizada y comprendida la discapacidad intelectual a lo largo de la historia, cuáles han sido los papeles asignados a las personas con discapacidad intelectual, qué tipo de tratamientos se les ha impartido y qué factores han impulsado los avances, cambios y retrocesos en este campo, nos facilita el conocimiento, la comprensión y la valoración del panorama actual de la discapacidad intelectual. Estos motivos son los que nos impulsan a realizar un recorrido por la

historia de la misma, como paso previo a abordar el concepto actual. En base a ello, estamos de acuerdo con Fierro y con Laín Entralgo cuando expresan:

“El acercamiento a cuestiones teóricas o más aún, prácticas, requiere de alguna memoria histórica de cómo hemos llegado a encontrarnos en el punto en que nos encontramos” (Fierro, 1984b, p. 403).

“El conocimiento de la historia es tan necesario como el contacto con la realidad para el logro de un saber científico cabal” (Laín Entralgo, 1961, p. 8).

Los conceptos y teorías que conforman la disciplina actual no han surgido de “la nada” sino que tienen antecedentes significativos (Vázquez, 1991). Es necesario reconocer la importancia de las distintas situaciones históricas y de algunos autores y profesionales que con su labor favorecieron e impulsaron los avances en la comprensión del concepto de la discapacidad intelectual. Todo ello, nos facilita el conocimiento, la comprensión y la valoración del panorama actual de las personas con estas características.

La preocupación por la conducta “anormal” ha sido una constante histórica en todas las civilizaciones. Se puede decir que los intentos de explicación de dichas conductas han estado siempre presentes, ya que una de las actividades y motivaciones básicas del hombre ha consistido (y consiste) en buscar explicaciones causales para entender lo que ocurre a su alrededor (Vázquez, 1985). En este capítulo vamos a intentar dar una visión global, considerando los factores económicos, presiones sociales e ideas características de cada época. Entendemos que las discapacidades, y en concreto la discapacidad intelectual, tienen lugar en un contexto social, económico y político concreto, capaz de explicar, en parte, las distintas actitudes. Desde el origen de la humanidad han existido personas con discapacidad intelectual, pero la comprensión y las actitudes que la sociedad ha manifestado hacia estas personas no siempre han sido las mismas. El concepto de discapacidad intelectual ha surgido, se ha mantenido y ha cambiado con el tiempo. Los conocimientos y las técnicas de tratamiento que en cada momento se utilizaban, han estado determinadas por los diferentes momentos socio históricos.

La historia de la discapacidad intelectual no ha seguido una trayectoria uniforme ni constante, ha variado incluso dentro de una misma época y dentro de una misma cultura.

Para llegar a lo que hoy en día sabemos, el proceso ha sido largo y muy lento. Los avances no siempre han sido progresivos, lineales ni acumulativos hacia un mayor conocimiento y una mejora en las formas de tratamiento. El progreso parece haber seguido un curso cíclico y muy dependiente de las actitudes sociales y de las teorías predominantes del momento. Esto nos permite observar que unos periodos de progreso han sido seguidos por otros de estancamiento y retroceso. Una y otra vez, conceptos referentes a este ámbito, han emergido, desaparecido y vuelto a emerger (Page, 1982). En muchas ocasiones podría hablarse de una progresión multiforme, caracterizada por la polémica y el conflicto, de forma que la irrupción de ideas, concepciones, planteamientos y prácticas nuevas, no conlleva la liquidación de los anteriores, sino que coexiste con ellos en clara confrontación y enfrentamiento, e incluso hay épocas en que se superponen, produciéndose el pluralismo conceptual y técnico que caracteriza a las décadas recientes (Pelechano, 1988).

Para exponer el contenido histórico, podríamos optar como dice Laín Entralgo (1988) por organizar y delimitar la información según las grandes épocas o edades propuestas por la historia general o podríamos hacerlo siguiendo los acontecimientos relevantes para nuestro tema. Considerando que parece más razonable la segunda opción, hacemos girar nuestro análisis histórico en torno a los momentos más notables, y para ello, utilizamos como periodos las llamadas “tres revoluciones que se han producido en el ámbito de la salud mental”. Desde esta perspectiva, distribuiremos el contenido de la historia de la discapacidad intelectual en cuatro grandes apartados.

En primer lugar, nos ocuparemos de un extenso periodo que va desde la prehistoria hasta la primera revolución en salud mental, a finales del siglo XVI. La dilatada extensión temporal de esta etapa nos obliga a subdividirla en tres subapartados: la prehistoria y antigüedad, que recoge las primeras pruebas de diversos tipos de trastornos y algunas experiencias de tratamientos; la antigüedad clásica, que nos acerca a las primeras raíces del nacimiento de la medicina; y la etapa que transcurre entre la edad media y el periodo de reforma, en la que se produce un retroceso conceptual y la consideración demonológica llega a su máxima expresión.

A continuación comentaremos los acontecimientos más característicos derivados de la primera revolución en salud mental que emergen al amparo de la corriente humanista y el renacimiento. Abarca desde finales del siglo XVI hasta mediados del XIX. Los tres epígrafes, en que subdividimos esta etapa, analizan los avances de la misma. Un primer punto se centra en las valiosas aportaciones que España ofreció al desarrollo de la ciencia del siglo de oro español. El segundo subapartado aborda los acontecimientos que representan a los siglos XVII y XVIII (que puede resumirse como una época de encierro masivo de las personas discapacitadas). Finalizamos este periodo resaltando los progresos que se producen en el siglo XIX (especialmente en cuanto a la evolución de las instituciones y centros de tratamiento y la aparición de importantes líneas de investigación).

El cuarto apartado lo dedicaremos a la segunda revolución en salud mental. Se extiende de finales del siglo XIX hasta la década de los sesenta del siglo XX, sus principales aportaciones se relacionan con la aparición de diferentes corrientes psicológicas (psicoanálisis y conductismo), haremos referencia al periodo anterior a la Primera Guerra Mundial, al dinamismo cultural y científico que se produce en España en las décadas anteriores a la Guerra Civil y a las repercusiones de la Segunda Guerra Mundial, especialmente en cuanto a la integración o segregación de las personas con discapacidad y los avances científicos que se producen en el concepto y tratamiento de las deficiencias.

En el punto siguiente expondremos los acontecimientos más relevantes de la tercera revolución en salud mental que abarca desde los años sesenta a nuestros días. Este periodo se caracteriza por un pluralismo conceptual y una interdisciplinariedad práctica que desemboca en una intervención comunitaria de la discapacidad intelectual. Dentro de este periodo dedicamos un subapartado al análisis de los avances sociales y legislativos que han modificado el concepto de atención socioeducativa.

El sexto apartado recogerá, a modo de síntesis, una serie de conclusiones sobre la historia que servirán de enlace con el siguiente capítulo, el concepto actual de la discapacidad intelectual.

1. HASTA LA PRIMERA REVOLUCIÓN EN SALUD MENTAL

En este primer apartado abordaremos el extenso lapso temporal que transcurre con anterioridad a la denominada primera revolución en salud mental, datada a finales del siglo XVI, por tanto, desde la prehistoria hasta los inicios del renacimiento.

A lo largo de la historia de la humanidad siempre han existido personas con discapacidad intelectual. Toda sociedad está constituida por miembros más capaces y por otros menos capaces, pero como dice Scheerenberger (1983) la importancia de la debilidad individual ha variado según las necesidades, las expectativas y la conciencia social. Por ello estamos de acuerdo con Page (1982, p. 86) cuando afirma:

"Desde los tiempos prehistóricos, los grandes y pequeños grupos de personas que constituyen unidades sociales se han enfrentado al problema de qué hacer con los miembros desviados cuya conducta desorganizada, relativamente incontrolada, constituye una excesiva carga, una amenaza o una fuente de aflicción intolerable para el resto".

Con el objeto de ordenar el contenido de este largo periodo, lo hemos dividido en tres subapartados: prehistoria y antigüedad, antigüedad clásica y de la edad media a la reforma. En cada uno de ellos, acometemos la concepción de la discapacidad intelectual y la dirección de los tratamientos que de ella se derivan.

El punto de unión de este amplio recorrido es, como afirma Puig de Bellacasa (1993), la prevalencia del enfoque tradicional o actitud pasiva que llega a su máxima expresión en la demonología y donde prácticas como el infanticidio y el animismo tienen perfecta cabida. No obstante, y en conflicto con esto, existen algunas manifestaciones que se pueden incluir en el enfoque naturalista o actitud activa, tal es el caso de las explicaciones y prácticas empíricas de tratamiento propuestas por Hipócrates (460 - 377 a. C.). Habrá que esperar al siglo XVI para hablar realmente de métodos naturistas que ayuden a modificar la concepción demonológica y no mágica de las deficiencias.

1.1 PREHISTORIA Y ANTIGÜEDAD

Es difícil establecer la concepción sobre la conducta anormal con anterioridad a la existencia de documentos escritos. La mayoría de los autores afirman que en los tiempos prehistóricos las explicaciones sobre la naturaleza y la vida estaban dominadas por metáforas sobrenaturales, míticas y místicas, no existiendo límites precisos entre el hombre y la totalidad de las cosas de la naturaleza, una actitud animista que ha sido estudiada en ciertas tribus de Australia, África y América por antropólogos como Benedict y Malinowski, Levi Strauss, etc.

No obstante, existen dos fuentes de documentación que corroboran la existencia de diversos tipos de enfermedades desde las épocas más remotas de la Humanidad, se trata de la paleopatología (ciencia de las enfermedades que pueden ser demostradas en restos humanos procedentes de épocas remotas) y la medicina prehistórica (ciencia que describe las consecuencias que pudieron tener las enfermedades constatadas por la investigación paleopatológica). La primera ha evidenciado que ya en la prehistoria existían patologías que hoy podríamos incluir en las siguientes categorías: anomalías congénitas, trastornos, lesiones inflamatorias, carenciales y degenerativas, etc. Por su parte, la medicina prehistórica también ha explicado la existencia de otras enfermedades como lesiones de cráneos del homo habilis, osteomielitis en un cráneo de Broken Hill, sordera en un cráneo encontrado en Atapuerca, lesiones de guerra, etc.

Pero estos hechos no tienen significado en sí mismos si no se busca una interpretación causal, es decir, un porqué capaz de explicar la existencia de dichas enfermedades. En este sentido, la invención de un mundo de espíritus proporcionó al hombre de la época prehistórica una explicación a todos los fenómenos inusuales y asombrosos, atribuyendo los hechos favorables a las acciones de los buenos espíritus y los sucesos desfavorables a la intervención de espíritus malignos. Esta creencia ha estado y está presente en prácticamente todas las culturas de la humanidad, en función de ella, los trastornos físicos y mentales encontraban explicación en la existencia de un espíritu que entra en el cuerpo y logra posesionarse de los sentidos, lenguaje y acciones del individuo (Sendrail, 1983).

Ante estas actitudes, el hombre primitivo pone en práctica cierta actividad terapéutica que Laín Entralgo (1988) califica como medicina pretécnica y que se sitúa entre dos grandes corrientes: el empirismo, uso de un remedio que ha demostrado eficacia en casos similares, y la magia, atribución a poderes extraños que sólo pueden ser aplacados mediante la formalidad de determinados rituales o de determinados hombres o lugares dotados de poderes especiales. Estas dos corrientes vienen a coincidir con lo que en otra ocasión el mismo Laín Entralgo (1961) denominaba enfermedad y pecado, los dos polos entre los que transcurre la historia de las discapacidades y de la psicopatología, la actitud activa y pasiva, respectivamente.

Así, la visión mágico-religiosa se refleja en varios procedimientos de tratamiento, que varían en función de la causa a la que era atribuida la enfermedad. En los casos de pérdida o robo del alma, era el chamán el encargado de recuperarla mediante una serie de ritos, instrumentos especiales, etc. En casos de posesión, se intentaba expulsar al intruso mediante técnicas diversas (ruidos, malos olores, golpes, etc.). Si el individuo estaba bajo los efectos de la magia negativa, se le aplicaban rituales secretos, brebajes, etc. (Ellenberger, 1976).

Igualmente el descubrimiento de cráneos perforados y parcialmente cicatrizados - algunos con más de quinientos mil años (Davinson y Neale, 1980)- ha hecho pensar en otro tipo de tratamientos más basados en la organicidad. Posiblemente, alguna de las razones de estas trepanaciones (extracción de pequeñas secciones circulares de hueso de la parte alta del cráneo) fuese la de expulsar así los demonios en las personas aquejadas con algún tipo de trastorno mental. En cualquier caso, el hallazgo de estas prácticas resulta interesante porque ponen de manifiesto la consideración de la cabeza (ya desde tiempos remotos) como lugar privilegiado en relación con las emociones, la voluntad y la conducta (Vázquez, 1991).

La idea de que los trastornos mentales eran el resultado de los malos espíritus y exigían una curación espiritual, persistió hasta bien avanzado el siglo XVII. La trepanación para tratar la epilepsia y la locura, también continuó practicándose hasta comienzos del siglo XX (Scheerenberger, 1983). Sin embargo, en las culturas grecorromanas de la

antigüedad clásica podemos encontrar algunas excepciones en la concepción y tratamiento de la discapacidad intelectual.

1.2 LA ANTIGÜEDAD CLÁSICA

Se puede calificar a esta cultura como la iniciadora de los primeros intentos de cambio de paradigma de los problemas mentales. Se pasa de una concepción demonológica a una más naturalista, somatogénica. Naturalmente, este cambio no parece que fuera brusco, pues en los primeros tiempos de la cultura helénica, en amplios sectores, seguía juzgándose la enfermedad mental, incluida la discapacidad intelectual, como un castigo de los dioses en estado de cólera y continuaban siendo los templos dedicados al dios de la curación, Asclepio (para los romanos Esculapio), los lugares que se utilizaban como casas de salud. Hoy sabemos por algunos investigadores que, aunque se suele considerar a los antiguos griegos como los primeros que incorporaron los modos de comportamiento humano, incluidos los perturbados, al campo de las ciencias de la naturaleza, la gran mayoría de ciudadanos griegos no incorporaron esas ideas, fueron más bien los escritos de unos pocos autores, los cuales apenas tuvieron influencia en la sociedad de su tiempo.

Entre los autores que se ocuparon de la medicina, cabe destacar a discípulos de Pitágoras tales como Alcmeón de Crotona (siglo VI a.C.), quien consideraba al cerebro como sede de la razón y el alma, y postulaba que la salud era la armonía entre contrarios, es decir, la interacción apropiada entre las fuerzas internas y las externas. Defendió una teoría de los espíritus animales, según la cual los sentidos se comunicaban con el cerebro a través de unos conductos (nervios). También destacó Empédocles (490-430 a. C), quien sugirió la teoría humoral sobre la base de los cuatro elementos (fuego, tierra, aire y agua), que se caracterizaba por cuatro cualidades (calor, sequedad, frío y humedad), postulando para cada elemento un humor orgánico y un lugar corporal: sangre (en el corazón), flema (en el cerebro), bilis amarilla (en el hígado) y bilis negra (en el bazo). Defendía que la enfermedad se producía por un desequilibrio entre los humores y por lo tanto, el tratamiento requerido era la administración de drogas con cualidades opuestas al humor que se suponía en desequilibrio (Coto y cols, 1995).

Sin embargo, se atribuye a Hipócrates (460-377a.C.) la creación de la medicina occidental. Este autor habla de enfermedad y no de castigo de los dioses ni de espíritus del mal. Consideró la existencia de cuatro humores y el necesario equilibrio entre ellos para el mantenimiento de la salud. Con respecto a la discapacidad intelectual, la atribuyó al estancamiento de la bilis negra, por tanto a causas y procesos naturales. En el terreno de la actividad psíquica, Hipócrates consideró al cerebro como órgano principal de la vida intelectual, de ahí que, si la conducta o el pensamiento de una persona estaban enajenados, debiera existir algún tipo de patología cerebral. Es decir, las alteraciones en el cuerpo físico, trastornan la psique o pensamiento y/o la conducta. La escuela hipocrática otorgó un papel esencial al terreno (ambiente), reconociendo que la tensión ambiental (hoy estrés) y emocional puede dañar al cuerpo y al espíritu, por lo que considera al contexto como elemento decisivo para la génesis, evolución e incluso recidiva de la enfermedad (Mesa, 1986). Este esquema explicativo es aceptado por otros pensadores griegos, de tal manera que el saber hipocrático se convierte en paradigma del conocimiento médico que perdurará durante más de veinte siglos.

El enfoque biológico y natural de la discapacidad intelectual fue transmitido por los médicos griegos a la antigua Roma. La mayor aportación del mundo romano no deriva de la medicina sino del derecho, ya que por primera vez se reconoce, en el ámbito legal, que el estado mental del acusado puede ser un atenuante de la pena, lo cual permite analizar desde otra vía el concepto que esa sociedad tiene sobre la discapacidad intelectual. En este sentido, Cicerón (106-43 a.C.) sostuvo que la crisis de la capacidad intelectual hace que las personas sean legalmente irresponsables de sus acciones, de manera que, según la ley romana, los enfermos mentales eran privados de su libertad de acción y eran sometidos al cuidado de familiares o guardianes. Sin embargo, la consideración legal nada tenía que ver con la consideración médica pues era el juez, y no el médico, el profesional que dictaminaba sobre el estado mental de los reclusos.

No obstante, en el campo médico también destacan algunas figuras tales como Sorano y especialmente Galeno. Las aportaciones del primero se focalizan en los tratamientos humanitarios hacia las personas con discapacidad intelectual y la necesidad de entrenar a las personas encargadas de su cuidado; asimismo parece que fue un pionero en considerar la importancia de los factores culturales en el tratamiento de los pacientes,

por lo que aconseja lectura, reposo y participación en representaciones teatrales. Por su parte Galeno (130-200) incorpora la teoría humoral hipocrática a la tradición médica y filosófica occidental. Realizó una importante labor de síntesis de los conocimientos médicos acumulados por sus predecesores a los que añadió sus propias observaciones. Dividió las causas de los trastornos mentales en orgánicas (lesiones craneoencefálicas, alcohol, cambios menstruales) y mentales (temores, contratiempos, desengaños amorosos) y sostuvo que la salud psíquica depende de la armonía adecuada entre las partes racionales, irracionales y sensuales del alma (Vázquez, 1991). En cuanto al tratamiento de las alteraciones mentales destaca la descripción que realiza, en alguna de sus obras, de una figura que ayuda a equilibrar mentalmente al paciente utilizando básicamente la terapia verbal.

Como conclusión valorativa sobre la antigüedad clásica podríamos decir que las personas con discapacidad intelectual recibieron un variadísimo trato y que, en contraste, coexistieron unas prácticas cargadas de brutalidad (infanticidio, esclavitud, malos tratos) con otros de carácter más natural, los cuales abrieron paso a nuevas y desconocidas posibilidades. Estas actitudes (como veremos) se van a ver fuertemente influenciadas por el cristianismo primitivo.

1.3 DE LA EDAD MEDIA A LA REFORMA

El Medievo cubre un periodo de aproximadamente 1000 años, desde la conquista de Roma por las tribus germánicas en el año 476 hasta el Renacimiento en el siglo XVI. Cabe definir esta época como un momento histórico caracterizado por la desaparición de la consciencia individual, por un modo de atribución externalista, y por estar la vida tan empapada de religión y de superstición que se borra la distinción entre lo sagrado y lo profano (Mesa, 1986). Ante este orden de cosas, en la Europa occidental cristiana, la iglesia se convirtió en la institución social y legal más importante de la Edad Media. La Iglesia de los primeros tiempos exigía una fe que no daba cabida al racionalismo, de manera que el único objetivo de la vida humana era la preparación para la otra vida. Como consecuencia de ello, el estudio de la medicina quedó relegado al campo de las enfermedades físicas, no teniendo cabida en él las enfermedades que no estaban directamente relacionadas con algún órgano. El monje reemplaza al médico, la

demonología y la posesión diabólica se establecen fuertemente en el campo de la deficiencia y trastornos mentales.

En este contexto, el deficiente mental es nuevamente considerado como un poseso, siendo los sacerdotes, una vez más, los encargados de aplicar el tratamiento adecuado, de ordinario el exorcismo. Según Coleman (1972) la teología medieval reconocía dos tipos de posesión diabólica: la involuntaria, entendida como castigo de Dios a una vida pecaminosa, y la voluntaria, regida por un pacto deliberado con el demonio. En ambos casos la concepción pasiva de la enfermedad mental prevalece sobre cualquier intento de explicación racional.

A medida que se arraiga esta concepción demonológica, se producen importantes cambios en el trato hacia los enfermos mentales. Parece que en los dos primeros siglos de este periodo (siglos V y VI), muchos de los enfermos mentales buscaban refugio en conventos y monasterios, donde eran tratados con mayor delicadeza y respeto por los clérigos y sacerdotes. Sin embargo, a partir del siglo VII, la noción de posesión demoníaca se volvió a afianzar provocando un endurecimiento de las prácticas curativas, considerando el castigo como el mejor medio para ahuyentar al diablo.

Algunos atisbos de cambio de actitud comienzan a verse entre los siglos VIII y XII y así, tenemos referencias sobre el inicio de la dactilología en la obra de Beda el Venerable (673-735) titulada "*De loquela per gestum digitorum*". Igualmente tenemos el testimonio de la cultura árabe llegado a través del filósofo persa Avicena (980-1037) - príncipe de la medicina- quien en su obra "*Libro de la Curación*", expone cómo las lesiones cerebrales pueden afectar al habla y propone la realización de ejercicios físicos en el tratamiento específico del lenguaje (Gutiérrez Zuloaga, 1997).

Este progreso se ve culminado a principios del siglo XIII, con la obra de los grandes pensadores escolásticos como Alberto el Grande (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274), quienes defienden la tesis grecolatina en la explicación de la enfermedad mental. Su postura se explicaba desde la consideración de que el alma, dado su origen cuasi divino no podía estar enferma, por lo que la locura era una enfermedad básicamente somática, y en consecuencia atribuida al uso deficiente de la razón.

Prestaron cierta atención a síntomas de tipo cognitivo y propugnaron tratamientos relajantes.

No será realmente hasta mediados del siglo XIV cuando la brujería comience a ser perseguida por "La Santa Inquisición", persecuciones que se extenderán por toda Europa en el siglo XV. De este modo miles de personas confundidas, trastornadas o simplemente mal miradas fueron condenadas por brujería y quemadas en la hoguera (Page, 1982).

La discapacidad intelectual estaba considerada como inmutable e inamovible. Poco a poco, con el tiempo, surge el humanitarismo cristiano que comienza a provocar cambios y aporta algunas ideas innovadoras. En este periodo, y siguiendo a Scheerenberger (1983), se puede empezar a hablar de uno de los primeros intentos históricos en definir la discapacidad intelectual. Surgió de una necesidad social, era necesario proteger los derechos de propiedad de los ricos y, al considerar que los denominados como idiotas no eran capaces de manejar y administrar sus propios negocios, se promulgó en Inglaterra en 1324, la ley King's Act. A través de esta ley, las propiedades que pudieran tener estas personas pasaban a pertenecer a los reyes.

En España comienza a fraguarse el cambio. A partir de estos momentos ya podemos hablar de la primera revolución en salud mental. Surgen las primeras instituciones manicomiales. Su mérito reside en considerar a los enfermos mentales como pacientes y no como endemoniados, aparecen los sanatorios mentales, impulsados por Juan Gilaberto Jofré, quien con el apoyo del rey de Aragón fundó en 1409 el primer hospital psiquiátrico de Europa: El Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes en Valencia. Poco después, se instaura la época de creación de hospitales psiquiátricos en España, al de Valencia, le siguen el de Sevilla, Palma, Barcelona, Toledo, Valladolid, Granada, etc. Estas instituciones manicomiales al principio estaban constituidas por pequeños centros públicos que atendían a pobres y a las personas incapaces de procurarse la subsistencia por sí mismos. Su mantenimiento era sufragado por donaciones o se aprovechaban los recursos existentes. En estas instituciones se practicaban los diagnósticos, pronósticos y tratamientos.

2. LA PRIMERA REVOLUCIÓN EN SALUD MENTAL

La primera revolución en salud mental se extiende temporalmente desde finales del siglo XV hasta finales del siglo XIX y se produce al amparo de la corriente humanista emergente en el Renacimiento. Principalmente, esta época se caracteriza por el interés hacia el hombre como tal, por la individualidad, el aprendizaje y las artes seculares. En términos generales, se puede decir que aunque la religión conservó parte de su influencia, disminuye la preocupación por los asuntos espirituales en pro de los terrenales.

En lo que respecta a la deficiencia y a los trastornos mentales, esta primera revolución se traduce en cambios importantes. Las siguientes citas son un reflejo del contenido de este periodo:

“El paso de una concepción demonológica a otra de corte naturalista, de un modelo demonológico a un modelo organicista u biologicista, de la idea de pecado a la de enfermedad” (Aguado, 1995, p. 71).

“Rescató la psicopatología de la demonología y la convirtió en un fenómeno susceptible de ser analizado utilizando la lógica del pensar propia de un acercamiento naturalista en general y biologicista en particular. Acercamiento que pervive en nuestros días en las escuelas psicopatológicas de corte biologicista y psicofisiológico” (Pelechano, 1986, p. 491).

En esta época tiene lugar la transición entre la medicina clásica y la moderna, gracias a autores que se manifiestan en contra de las opiniones de la demonología y defienden un modelo diferente. Cabe mencionar figuras como Juan Gilaberto Jofré, Luis Vives, Félix Plater o Jean- Etienne-Dominique Esquirol, entre otros muchos.

Se comenzó a hacer distinciones entre las personas con discapacidad intelectual y surgieron nuevos intentos en la definición y clasificación de esta discapacidad. Se hablaba de los “idiotas” sin posibilidad de curación y de origen congénito y los “lunáticos” cuyo estado era transitorio. Para diferenciar ambas definiciones, la habilidad mental deficitaria era la que establecía tales distancias (Scheerenberger, 1983).

Uno de los autores interesados en diferenciar a las personas con discapacidad intelectual de las personas con trastornos mentales fue Paracelso (1493-1541), quien en su obra *"De las enfermedades que privan al hombre de la razón"*, rechazando la demonología, se interesó por la discapacidad intelectual distinguiéndola de los trastornos mentales y observando que el cretinismo estaba asociado a la discapacidad intelectual.

Uno de los autores que defiende vigorosamente la tesis naturalista es el médico alemán Jean Wier o Weyer (1515-1588), no en vano es considerado como el primer psiquiatra de la historia de la medicina y el padre de la psiquiatría moderna. En su obra *"De praestigiis demonium"* publicada en 1663, condena las creencias en la brujería y explica una serie de signos falsamente sobrenaturales tomando como referencia criterios clínico-médicos (Ibáñez y Belloch, 1983). Realiza descripciones clínicas detalladas de algunas alteraciones mentales y defiende un tratamiento por empatía y comprensión. Sus trabajos fueron criticados e incluso prohibidos hasta principios del siglo XX (Mora, 1982).

Pero, la aportación capital de este periodo, en cuanto a asistencia y tratamiento, se centra en el auge que empieza a tomar en toda Europa la idea de que los enfermos mentales deben ser tratados en establecimientos creados específicamente para tal fin. Se trata de pequeños centros públicos para pobres (sufragados por donaciones y recursos acumulados) o bien privados para pudientes. En este momento, la Iglesia pierde autoridad y el Estado comienza a hacerse cargo de la asistencia y tratamiento de los enfermos mentales. Como señala Aguado (1995) podemos considerar a las instituciones manicomiales como el producto más representativo de esta primera revolución en salud mental. En ellas se ponen en práctica una serie de tratamientos, que Pelechano (1986) considera rudimentos de psicoterapia y laborterapia y que tienen como finalidad la reinserción y la recuperación social. Estos tratamientos incluyen tranquilizantes, estimulantes, vendajes, dietas, baños, ejercicios y sangrías. Así como, tratamiento moral, trato benevolente y sensible, descanso, supresión de abusos físicos, ocupaciones o tareas con vistas a la reinserción, entrenamiento con libros, conversaciones, música, empleo agrícola, etc.

Aunque existen documentos que acreditan la existencia anterior de centros de custodia de pacientes mentales en distintas ciudades europeas, se ha convenido el año 1409 como fecha de comienzo de la creación de los mismos. En esa fecha, como ya hemos comentado, y bajo el influjo de la mentalidad árabe, el sacerdote Gilaberto Jofré (1350-1417) crea en Valencia la "Casa de Orates" como lugar de acogida y tratamiento para los dementes. Así comienza una larga tradición de creación de hospitales psiquiátricos en distintas capitales de España y el Nuevo Mundo.

2.1 EL IMPULSO DEL SIGLO DE ORO ESPAÑOL

Empleamos el término "Siglo de Oro" en sentido amplio, incluyendo el extenso lapso temporal en que España está a la cabeza de Europa, no sólo en literatura, sino en otros campos del saber. Por tanto, con tal expresión nos referimos a lo acontecido en los siglos XVI y XVII y también, en algunas cuestiones, a finales del XV y a comienzos del XVIII (Aguado, 1995). A diferencia de otros momentos históricos en los que España queda al margen de Europa y, como mucho, se limita a copiar lo que en otros lugares se desarrolla, en esta época se torna pionera inventando, innovando e incluso exportando ideas y proyectos de relevancia mundial.

Si quisiéramos resumir las aportaciones de nuestro país al campo de las discapacidades podríamos vertebrarlas desde tres grandes ejes: en primer lugar permite un avance de las ciencias ya que se escribe, se polemiza y se legisla en materia de pobreza (tema que afecta a pobres, pero también a discapacitados y por lo tanto a discapacitados intelectuales); en segundo lugar se produce una difusión de la creación de lugares de tratamiento hacia las personas con trastornos (instituciones manicomiales); y por último, nace la educación especial a través de la sordomudística cuando a un monje benedictino, en un rincón de nuestra provincia (Oña-Burgos), se propone enseñar a hablar a los mudos-sordos. A continuación se expone con más detalle cada uno de estos avances.

En esta línea de progreso y desarrollo, el tema de la pobreza adquiere especial relevancia; existe gran preocupación por erradicar la mendicidad, pero también interesa regularla para los que no disponen de otro medio de vida. Este es un problema que afecta a muchas personas especialmente a las discapacitadas. La originalidad de las

aportaciones españolas radica en la singularidad de sus planteamientos, y en las propuestas de soluciones que se originan. En este sentido, merece especial mención la obra de Luis Vives (1492-1540) "*Del socorro de los pobres*", publicada en 1526. Este autor, "primer humanista preocupado por los asuntos sociales" (Aguado, 1995, p. 89), plantea la pobreza en términos sociales, no místicos, y enfoca su tratamiento desde la rehabilitación y no desde la represión. En su obra se recogen planteamientos tan actuales como terapia ocupacional, rentabilidad social del inválido y trabajo protegido, así como actuaciones muy próximas a lo que hoy se entiende por integración laboral y rehabilitación profesional (Puig de Bellacasa, 1993 y Aguado, 1995). Luis Vives cuestiona el origen extranatural de los procesos psíquicos. Es uno de los máximos humanistas de su tiempo, recomendaba el ingreso de los desequilibrados en hospitales. Sensibilizado ante las miserias sociales, se preocupó por las reformas sociales y de educación. Enfocó la pobreza desde un sentido rehabilitador y no represivo. Construyó una psicología claramente asociacionista, detalló los mecanismos de la memoria y reconoció la gran influencia que el organismo, a través de la constitución y el temperamento, ejerce sobre el aprendizaje y sobre las decisiones a tomar (Carpintero, 1996, p. 432).

No podemos olvidar a Juan Huarte de San Juan (1530-1589) quien también se preocupó por los asuntos sociales y culturales de la época, fue autor del "*Examen de los Ingenios para las Ciencias*" (1575) que tuvo un éxito inmenso en Europa en los siglos siguientes. Hoy es considerado precursor de la Psicología Diferencial, de la Evaluación Psicológica (Aguado, 1995) y de la Orientación Vocacional (Carpintero, 1996).

El segundo eje de progreso se centra en la creación masiva de centros de tratamiento, "instituciones manicomiales", ya que en poco menos de cien años (de 1409 a 1489) se instauran, por toda la geografía española, siete centros especializados en el tratamiento de inocentes, orates, débiles de juicio o discreción, ignoscentes, alienados, insanos o dementes. Su creación adquiere relevancia por varias razones. En primer lugar por lo que suponen de ruptura con las concepciones imperantes (negativo-pasivas) en el contexto socio-histórico en que se producen. En segundo lugar por lo innovador y original de sus aportaciones, baste recordar que ya en el hospital de Valencia se retiran las cadenas a los enfermos (dos siglos antes de que lo hiciera Pinel en Francia), se crea

el primer departamento para niños y, según recoge el documento de fundación de esta institución, existe una coherente y consistente comprensión de la enfermedad mental con especificación de variedades e indicaciones sobre criterios de diagnóstico, falta de integración social e incapacidad de vida independiente (Carpintero y del Barrio, 1979). Y finalmente la dirección de sus tratamientos hacia la inserción laboral y social de los enfermos.

Pero las aportaciones de este siglo trascienden el campo de la salud y entran de lleno en el terreno de la educación, la sordomudística española rompe con la concepción de inmutabilidad e inmodificabilidad que hasta entonces se atribuía a las personas sordas y se erige como un hito importante, que marca un antes y un después en el desarrollo histórico de la educación especial. De tal suerte que se puede decir que con ella nacen la educación especial y la logopedia (algunos autores atribuyen el inicio de la logopedia a Pereira). Concretamente, es a mediados del siglo XVI cuando emerge la figura de Pedro Ponce de León (1520-1584), monje benedictino. Autor del método "*La Doctrina para los mudos-sordos*". Está considerado el primer educador de la historia, al que se atribuye la paternidad de enseñar a hablar a los mudos-sordos a través de técnicas de aprendizaje oral, lectura labial y pronunciación.

Aún siendo conscientes de que el método de Ponce no fue conocido y divulgado más que entre los que tuvieron contacto directo con su persona, sus repercusiones, tanto en el estudio de la discapacidad intelectual como en los métodos pedagógicos impartidos a escolares normales y retrasados, son muy importantes ya que revolucionaron el estudio de la discapacidad con los principios de modificabilidad y educabilidad de los discapacitados. Pese a la importancia de estas actuaciones su continuidad, en nuestro país, se ve truncada al no quedar escrito el método y no será hasta dos siglos después, fuera de nuestras fronteras, cuando Juan Pablo Bonet (1579-1633), retome esta antorcha y publique el método en su obra "*Reduction de las letras y el arte de enseñar a hablar a los mudos*". Lo más destacable de estas actuaciones es su enfoque activo sobre la discapacidad. Introduce una serie de progresos tanto técnicos como conceptuales que, pese a ser olvidados en aquellos momentos, dejan su germen latente y servirá para dar luz a actuaciones y medidas posteriores.

2.2 LOS SIGLOS XVII Y XVIII, EL GRAN ENCIERRO

Los siglos XVII y XVIII, que representan históricamente los periodos de la "Razón" y las "Luces", se caracterizan por la expansión de los horizontes humanos y por un mayor respeto y confianza en la fuerza de la razón humana. Constituyen un puente entre el pensamiento renacentista y el reconocimiento de la discapacidad intelectual como entidad con derecho propio. Los avances españoles presentes en el siglo de oro se muestran ahora efímeros y la búsqueda de interpretaciones sobre los trastornos mentales y las deficiencias, así como sobre los tratamientos, vuelven a entrar en conflicto y sufren, en algunos aspectos, un claro retroceso (Aguado, 1995).

Un resumen de las aportaciones de estos siglos nos lleva a enumerar, en primer lugar, importantes progresos en el campo médico; en segundo lugar, la difusión por toda Europa de las instituciones manicomiales masificadas y sus tratamientos específicos; y finalmente, los avances de la educación especial.

Si bien es cierto que en estos siglos se producen espectaculares avances en el campo de la medicina, los grandes descubrimientos anatómicos y fisiológicos del cuerpo humano no ayudaron demasiado a enfatizar el interés por el estudio de la enfermedad mental. A este respecto existen dos opiniones contrapuestas, por un lado, la consideración de que la enfermedad mental ocupa un lugar secundario en los sistemas médicos, y por otro, la consolidación de la misma como enfermedad natural (Ruiz Ogara, 1982). Efectivamente son numerosos los estudios que, desde el ámbito médico, ilustran este periodo y denotan un cambio de paradigma, Platter, Zacchia, Sydenham, Willis, Burton y Whytt, muestran claros ejemplos de la proliferación investigadora del momento.

Felix Plater (1536-1614) escribió el primer libro de texto de medicina que trataba de psiquiatría: "*Praxeos Medicae*". Esta obra fue publicada en 1602 y en ella aparece la primera clasificación psicopatológica basada en la teoría orgánico-humoral y que incluye cuatro grandes grupos. Plater se interesó por aspectos epidemiológicos de la discapacidad intelectual en Suiza, al ser el primero en señalar las causas hereditarias en la enfermedad mental y proponer un tratamiento pedagógico, por todo ello, se le considera una figura muy importante tanto en la psiquiatría como en la paidopsiquiatría.

Por su parte, Paolo Zacchia (1584-1659) defendió que solamente la figura del médico era competente para juzgar el estado mental de un paciente. Para lo cual era preciso observar la conducta, lenguaje, acciones y estado emocional de la persona. En la misma línea, Thomas Sydenham (1624-1689) inicia el moderno enfoque clínico inductivo en medicina, es decir, el empleo sistemático de la observación para dictaminar síntomas y posteriormente agrupaciones de síntomas o síndromes. Fue consciente de la importancia de los síntomas neuróticos e histéricos y describió con detalle la frecuencia con que se producían en sus pacientes (López Piñero, 1985).

Walter Harris (1647-1732) llama la atención sobre la herencia y también sobre el consumo de bebidas por los niños, pues pueden debilitar la inteligencia.

Wolfgang Hoefler (1614-1681) proporciona la primera descripción extensa del cretinismo que atribuye a la alimentación y a la educación.

De igual manera, Willis (1621-1675), famoso neuroanatomista de su tiempo, defendió el origen nervioso de algunas enfermedades y clasificó como enfermedades nerviosas a la epilepsia y otras enfermedades convulsivas. Su sistema explicativo neuropsicológico barrió las explicaciones químico-humorales tradicionales, heredadas del pensamiento hipocrático y galénico, de tal forma que, a partir de él las enfermedades se entendieron como producidas por sacudidas mecánicas procedentes de objetos externos.

Ya en 1621, Robert Burton sugirió que algunas prácticas de educación infantil causaban depresión en la vida adulta, adelantándose en dos siglos a las modernas teorías psicogénicas en psicopatología (Polaino, 1983).

En 1702, Phillippus Jacobus Duttel publica la primera monografía científica sobre déficits congénitos.

Un siglo más tarde, la mentalidad anatomopatológica da paso a planteamientos más fisiopatológicos sobre las enfermedades. Así, Robert Whytt (1714-1766), eleva el sistema nervioso a la primera posición dentro de la fisiopatología, la patología y la neurología y afirma que si la mayor parte de las enfermedades dependen del sistema

nervioso deberían ser denominadas enfermedades nerviosas. Estos planteamientos provocan, a finales del siglo XVIII, la división entre los médicos especialistas de los nervios (neurólogos) y los especialistas en trastornos del sistema nervioso (psiquiatras).

En cuanto a la evolución de las instituciones destinadas al tratamiento, podemos ver un retroceso que sólo va a ser subsanado por algunas figuras destacadas. Al ocupar la razón un lugar de privilegio, la enfermedad mental es considerada una desgracia que hay que ocultar. La glorificación de la razón y la ausencia de tolerancia para lo irracional culminan con un rechazo completo de los enfermos y discapacitados intelectuales. Esto explica la proliferación, en toda Europa, de instituciones manicomiales que, aunque cumplieran una función benéfica (salvaban muchas vidas), empleaban tratamientos crueles y podían parecer más prisiones que hospitales. No en vano, Aguado (1995) califica a esta época con el apelativo de "el gran encierro" para reseñar el internamiento masivo que se produce en los centros. En este mismo sentido, García García (1988, p. 62-63) señalan:

"Los siglos XVII y XVIII, periodo de la Razón y las Luces, son también de violencia y sombras. Se produce la indiscriminada segregación e internamiento de todos aquellos que no siguen a la Razón imperante. Quien mostraba ausencia de razón en cualquiera de sus formas, razón lógica, política, moral, pragmática, era encerrado".

Los únicos lugares donde se preservan tratamientos más humanitarios son las instituciones religiosas. En este aspecto, destaca la figura de San Vicente Paúl (1581-1660) que dedica su vida a la atención de necesitados, incluidos los discapacitados intelectuales, primero en la leprosería de París y posteriormente en el asilo de Bicêtre, donde crea una casa especial para el trato a deficientes.

Ante este panorama, a finales del siglo XVIII, los fuertes cambios políticos y económicos en Europa, hacia una mayor tendencia liberal y democrática, afectaron al trato dispensado a las personas con discapacidad intelectual. A este efecto surgen también importantes figuras como Pinel, Rush y Conolly que introducen el tratamiento moral como algo revolucionario y excepcional.

Philippe Pinel (1745-1826) es considerado como el líder de las reformas y fundador de la psiquiatría en Francia. En 1792 solicitó el permiso de la Comuna (delegación local del gobierno de la Revolución Francesa) para liberar a los dementes de las cadenas con que permanecían atados en los patios de los asilos, y lo consiguió tras vencer la renuencia de las autoridades y a costa de muchos sinsabores y críticas (Mesa, 1986). Pinel, que era entonces director del asilo de Bicêtre (París) estaba convencido de que las personas con discapacidad intelectual eran esencialmente seres humanos a quienes se les debía atender con comprensión y compasión, y tratar con dignidad. Sus contribuciones más notables se podrían resumir en las siguientes líneas:

- Introducción del concepto de asilo como lugar terapéutico más que de custodia.
- Sostuvo que las enfermedades mentales eran transitorias y que la recuperación dependía del tiempo y de las ayudas ofrecidas.
- Rechazo de las, hasta entonces, prácticas populares de sangría, excesiva administración de drogas y uso de medidas punitivas; en pro de tratamientos humanitarios y morales basados en el descanso, supresión de abusos físicos, trato amable, entrenamiento con libros, conversaciones y música, empleo agrícola, etc. Todo ello "*recurriendo a un diagnóstico positivo y técnicas psicoterapéuticas*" (Pelechano, 1986, p. 489).
- Introducción de un enfoque científico del estudio de los trastornos mentales. Propuso que debía llevarse un registro detallado de cada caso, incluyendo la historia del problema desde su comienzo, la anotación de nuevos hechos y cambios a medida que se van produciendo y un seguimiento del eventual resultado. Las numerosas historias de casos informados en su Tratado de 1801, "*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*", son consideradas como el mejor compendio de los conocimientos acumulados a finales del XVIII sobre discapacidad intelectual.
- Desarrollo de un simple sistema de clasificación consistente en cinco formas básicas de trastornos mentales: melancolía, manía sin delusiones, manía con delusiones, demencia o pérdida de facultades básicas del pensamiento e idiocia (discapacidad intelectual). Dentro de la idiocia distingue entre formas congénitas y adquiridas, así como diversos niveles.

- Reconocimiento de la importancia de los factores emocionales y psicológicos en la etiología de la mayoría de los trastornos mentales. Pensaba que los ataques de manía, por ejemplo, no eran otra cosa que emociones irascibles que se prolongaban más allá de los límites comunes.

El gesto de Pinel, rompiendo las argollas que ataban a los pacientes, no sólo constituyó el inicio de una verdadera reforma asistencial, sino que vino a representar simbólicamente la ruptura de los prejuicios teológico-morales que imperaron durante siglos. De esta manera quedará consagrado el carácter natural del comportamiento anormal y/o patológico. Está considerado defensor del trato moral y padre de la terapia vocacional por su insistencia en la instrucción laboral. Aportó nuevas ideas sobre la dirección y organización de los hospitales mentales. De la mano de Pinel, se inició en Francia un periodo "Nosográfico" que tendrá en Esquirol, Fodere, Georget, Voisin, etc. sus momentos de máximo esplendor.

Benjamin Rush (1745-1813) propuso métodos terapéuticos para los deficientes y enfermos mentales que consistían en utilizar métodos tradicionales, como las sangrías, junto a métodos más humanitarios y de tratamiento moral. Logró humanizar las instituciones de trastornados y retrasados mentales. Creó la silla tranquilizante para enfermos mentales excitados o hiperactivos, eliminando los aparatos mecánicos giratorios que se utilizaban como medida correctiva (Scheerenberger, 1983, p.140).

En la misma línea, Jhon Conolly (1784-1866) demostró que el régimen de libertad para los enfermos tenía efectos beneficiosos en su tratamiento. Se preocupó por crear lo que ahora se denominaría "comunidad terapéutica" que incluía la selección y entrenamiento de asistentes amables, responsables y conscientes. Defendió un tratamiento individualizado y reemplazó el castigo y el temor por el cuidado y la esperanza.

La última aportación de estos siglos está directamente relacionada con los avances producidos en el tratamiento de los problemas del lenguaje. La tarea comenzada por Ponce fue continuada, más fuera que dentro de nuestras fronteras, por numerosos investigadores y prácticos que consiguen difundir y perfeccionar la sordomudística por toda Europa. Este avance va apareciendo de forma progresiva, y así mientras en el siglo

XVII se habla de autores en distintos países, en el XVIII se mencionan cuatro escuelas o tendencias que agrupan a distintos estudiosos de la problemática lingüística. Por mencionar algunos ejemplos de autores pertenecientes al primer siglo, podemos hablar de Bullwer, Wallis, Hoder y Dalgarno en Inglaterra; Terzi en Italia y Bonet, Ramírez de Carrión y Castro en España.

2.3 EL SIGLO XIX, LA ERA DEL PROGRESO

El siglo XIX constituye la era del progreso, el escenario de avances, reformas y tragedias. Los progresos en medicina repercuten directamente en las discapacidades. Surge un creciente interés por el estudio de la discapacidad intelectual que se traduce en descripciones, clasificaciones, identificación de formas clínicas asociadas, etc, con una diferenciación clara entre discapacidad intelectual y enfermedad mental. Superado definitivamente el periodo precientífico, el siglo XIX conoce básicamente dos formas de aproximación científica: la concepción descriptiva y la analítica. Ambas, en realidad se entrecruzan y consideran que la base de cualquier conducta anormal es siempre, y en último término organicista. No obstante, los progresos que marcan el desarrollo de este siglo son debidos a las aportaciones parceladas de distintas disciplinas. Por un lado, en el campo de la medicina en general y de la psiquiatría en particular y por otro en el terreno de las ciencias de la educación. En los párrafos siguientes comentaremos la influencia que la conjugación de todos estos avances tuvieron en la comprensión de la discapacidad intelectual así como en el crecimiento y desarrollo de la educación especial.

Carpintero y del Barrio (1979) señalan dos líneas en la comprensión de la discapacidad intelectual: la biologicista u organicista y la social. La primera alentada por el evolucionismo acentúa la heredabilidad, por tanto la no modificabilidad de la discapacidad intelectual. La orientación de corte social, por el contrario, descubre la contribución de factores socio-ambientales y la modificabilidad de la discapacidad intelectual y pone en marcha medidas específicas de educación especial.

Desde la medicina y la psiquiatría ganan terreno las teorías organicistas que encuentran su máximo representante en la figura de Joseph Franz Gall (1758-1828) con el

desarrollo de la frenología o craneología. Gall postula que las facultades mentales son innatas y están localizadas en determinadas áreas del cerebro y que las funciones psíquicas dependen del desarrollo de las mismas. Se atrevió a señalar que las medidas del cráneo permiten deducir las características morales, intelectuales y de personalidad de un individuo (Sheerenberger, 1984).

Pero, no es hasta mediados del siglo XIX cuando se inician, en este contexto médico-psiquiátrico, los escritos en el campo de las discapacidades. En sus intentos de progresar en el avance de la descripción y clasificación de la discapacidad intelectual, no podemos olvidar a Esquirol, Seguin, Voisin, Down, Irelland, Bourneville y Duncan y Millar.

Por su parte, Jean Esquirol (1772-1840), discípulo y sucesor de Pinel, contribuyó decisivamente a la constitución de una psiquiatría más científica. Empleó estadísticas de modo sistemático para evaluar el progreso de los pacientes y ofreció definiciones de las alucinaciones, las ilusiones o las demencias. Asimismo señaló el papel de las emociones en la etiología de las enfermedades. En contraposición con Pinel, diferenció claramente la enfermedad mental (demencia) y la discapacidad intelectual (amencia) considerando que la demencia implicaba una pérdida de funcionamiento intelectual mientras en la amencia nunca había existido (Scheerenberger, 1983).

Aparecieron numerosas obras orientadas principalmente a la comprensión y clasificación de las deficiencias. Concretamente John L. Down (1826-1896) en su libro *"Mental Affections of Children and Youth"*, distinguió entre idiotas (discapacitados intelectuales) e imbéciles (enfermos mentales). Clasifica la idiocidia en tres grupos etiológicos: hereditaria (congénita); traumática (accidental) e infecciosa (del desarrollo) y considera ésta última asociada a madres perturbadas, padres ebrios en el momento de la concepción y presiones excesivas en la escuela durante la segunda dentición y la pubertad. Desarrolló un peculiar método de clasificar las idiocias congénitas a través de similitudes étnicas (etiope, malaya, negroide, mongoloide, etc.), lo que condujo a la etiqueta, tan popularizada, de "niños mongólicos" para uno de sus subgrupos (González, Calvo y Sifre, 1998). A esta época se debe también la publicación del primer tratado, en 1887, sobre discapacidad intelectual *"On Idiocy and Imbecility"* de William Wetherspon Ireland (1832-1909), se trata de una obra completa donde se recopilan aspectos como la

definición, etiología, clasificación, posibilidades de educación, adiestramiento precoz y legislación.

Auguste Felix Voisin funda una escuela privada en Issy en la que actúa como director médico higiénico y fisiológico. No podemos olvidar que con su trabajo publicado en 1843 en París: "*De l'idiotie chez les enfants*", está considerado el primer autor que llevó a cabo el registro y medición de las conductas adaptativas (Lambert; Nihira y Leland, 1993).

William Wetherspoon Ireland (1832-1999) publica "*On idiocy and imbecility*", distinguiendo entre idiocia (genéricamente aplicada a la discapacidad intelectual) y demencia (locura), asimismo, distingue entre idiocia e imbecilidad, entendiendo este último término como un grado menor. Se preocupa por la etiología, las causas perinatales de la idiocia traumática, el uso del fórceps, y considera que los efectos de la herencia y los traumatismos cerebrales pueden sumarse para provocar la discapacidad intelectual. Por último su preocupación por las causas ambientales de la idiocia de privación le hacen revisar el caso de Kaspar Hauser. Otra característica importante en este autor es su opinión sobre el diagnóstico ya que anticipa lo que años más tarde expresará Binet: la necesidad de comparar a los discapacitados con individuos no retrasados y de diferentes grupos de edad (Aguado, 1995).

Otros autores se interesaron por la clasificación, con este interés trabajaron Désiré-Magloire Bournaville y Duncan y Millar, el primero presentó una clasificación con ocho niveles de idiocia, siete de ellas debidas a malformaciones encefálicas. Su nomenclatura es ampliamente aceptada en Europa y América. Los segundos publicaron en 1866 "*A manual of classification, training and education of the feeble-minded, imbecile and idiotic*", que a diferencia de las anteriores clasificaciones, se basa en la conducta, incidiendo especialmente en la potenciación de las capacidades del discapacitado, la debida asistencia médica y la educación.

El interés sobre las clasificaciones fue en aumento y de esta manera nos encontramos a Emil Kraepelin (1855-1926) quien, recogiendo las ideas de sus coetáneos y predecesores, dejó en su libro, "*Compendio de Psiquiatría*", un revolucionario sistema

de clasificación de los trastornos mentales diferenciando entre los provenientes de condiciones externas (curables) y los causados por factores constitucionales innatos (incurables). Las aportaciones de Kraepelin escapan del extremismo organicista y médico de su época e introducen una orientación psicológica que ejercerá gran influencia en la actitud hacia el estudio de las enfermedades mentales y sistemas clasificatorios posteriores. Siguiendo la misma ideología, Eugen Bleuler (1857-1939) introdujo la importancia de los factores psicológicos tanto en el ámbito etiológico como en el terapéutico (González, Calvo y Sifre, 1998). Propuso la sustitución del término demencia precoz por el de esquizofrenia, explicando que, en el 5% de los casos, la historia de esta enfermedad podría remontarse a la infancia.

El otro grupo de avances de este siglo surge en el seno de las ciencias de la educación con la puesta en marcha de medidas prácticas específicas: la creación de numerosos centros dedicados a la educación de niños con problemas y la proliferación de investigaciones y publicaciones en este campo

Entre los prácticos de la educación cabe destacar a verdaderos especialistas como Itard y Seguin, pues como señala Mayor (1988, p. 10) *"muchos de los principios vigentes hoy en educación especial fueron propuestos y desarrollados en este periodo"*. Algunos de los principios apuntados son: instrucción individualizada, secuencia ordenada de tareas educativas, preocupación por el ambiente del niño, recompensa inmediata ante respuestas correctas, entrenamiento en destrezas funcionales, importancia del adiestramiento sensorial y de la adquisición del lenguaje, etc.

El francés Marc Gaspard Jean Itard (1774-1838) se encargó de la instrucción de Víctor (el niño salvaje de Aveyron encontrado en 1798, con 11 ó 12 años de edad, en estado semisalvaje, que no daba muestras de haber tenido ninguna instrucción ni de haber tenido tratos con seres humanos) al que llevó a su propia casa y dedicó sumo interés en su educación. Para ello aplicó las nuevas ideas educativas basadas en la repetición de la estimulación sensorial y el desarrollo del habla. Con un entrenamiento sistemático de capacitación, esta persona, diagnosticada de idiota en su época, fue capaz de aprender algunas habilidades sociales. Itard también trabajó como Director Médico del Instituto Imperial de Sordomudos de París.

Onésime Edouard Seguin (1812-1880), ocupa un lugar destacado tanto por sus aportaciones teóricas como por las terapéuticas. Con razón ha sido considerado, por algunos autores, como la autoridad más relevante en discapacidad intelectual durante la primera mitad del siglo XIX. Discípulo de Itard, abogado, educador y médico terapeuta de niños retrasados, estableció cuatro niveles de idiocia: simpleza, debilidad mental, imbecilidad e idiocia. En cuanto a la etiología consideró la existencia de factores asociados a la discapacidad intelectual: endémicos, hereditarios, parentales o accidentales.

A Seguin le interesó más la terapéutica que la patología o la etiología y alguna de las aportaciones de este autor siguen vigentes en la actualidad. Scheerenberger (1983) le considera el padre de la educación especial¹. Trabajó con un niño diagnosticado de idiocia. Después de su “adiestramiento”, pudo usar mejor sus sentidos, hablar, escribir y contar. Este éxito le dio un renombre extraordinario, por lo que enseguida comenzó a perfeccionar su método, trató a más niños con discapacidad intelectual en una clase experimental en la Salpêtrière y a su sistema se le llamó “Método Fisiológico”. Fue de los primeros en considerar que las instituciones debían estar cerca de las comunidades, y que había que procurar inculcar a las personas con discapacidad intelectual la curiosidad, el gusto por las aficiones y el deseo de relacionarse con el mundo, pues estas cosas “*son fuentes de la vida*” (Seguin, 1866, citado en Scheerenberger, 1983, p. 103). Estableció los principios de contraste, de la progresión de las dificultades y de los tres tiempos implicados en todo aprendizaje no espontáneo: asociación, reconocimiento y evocación. Tuvo que emigrar a EEUU y allí continuó su trabajo, primero como director de la Escuela de Pennsylvania y, más tarde, como consultor. Finalmente fue elegido Presidente de la Asociación de Oficiales Médicos de Instituciones Estadounidenses para Personas Idiotas y Débiles Mentales, que fue la precursora de la Asociación Americana de la Deficiencia Mental.

La creación de numerosas instituciones y asociaciones profesionales, dedicadas a la educación especial en distintos países, es otro hecho a destacar en este siglo. Hecho que ha promovido el apelativo de "periodo de las instituciones" que muchos autores otorgan

¹ Para Aguado, como ya se ha señalado, el primer educador de la historia y el creador de la Educación Especial fue Ponce de León (Aguado, 1995, p.120).

al siglo XIX. En concreto, en 1876 se crea la anteriormente citada Asociación de Oficiales Médicos de Instituciones Estadounidenses para Personas Idiotas y Débiles Mentales. En sus inicios, publicó periódicamente las actas de sus reuniones, posteriormente, en 1896 recibió el nombre de Journal of Psycho-Asthenics, y en 1940 ha pasado a ser la relevante revista American Journal on Mental Retardation. Esta Asociación, cuya importancia entonces y ahora no puede ser obviada, realizó su primera definición en 1877, considerando tres categorías: idiocia, imbecilidad y debilidad mental.

Se promueven por primera vez los estudios de estimación de prevalencia de la discapacidad intelectual, los cuales comenzaron en 1840 y se fueron repitiendo en décadas sucesivas.

Resumiendo, la primera revolución en salud mental aporta muchos y relevantes progresos y logros, pero también retrocesos. Como principales avances podemos mencionar, por un lado, el reencuentro con la tradición hipocrática (organicista) tanto en la concepción de la enfermedad y la deficiencia como en el enfoque de los tratamientos, y por otro, el interés académico y social por el estudio de las deficiencias. Respecto a los retrocesos nos encontramos especialmente con el repliegue de los tratamientos en las instituciones manicomiales, que olvidan los objetivos de reinserción y educación para servir como centros de custodia y administración. Ante esta dicotomía aparece la segunda revolución en salud mental para abrir las puertas a nuevas ciencias que colaboren en el esclarecimiento teórico de conceptos confusos y en la puesta en práctica de tratamientos más adecuados.

3 LA SEGUNDA REVOLUCIÓN EN SALUD MENTAL

La segunda revolución en salud mental se inicia a finales del siglo XIX y termina en la década de los 70 del siglo XX. La vivencia en este periodo de las dos guerras mundiales hace que pueda subdividirse en un antes y un después de la segunda contienda bélica. Respecto a los hechos científico-sociales que sirvieron de desencadenantes de esta revolución se encuentran, principalmente, el surgimiento de las ciencias sociales y el

nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica y como ciencia.

Las contribuciones emergentes en este periodo se relacionan con novedosos nacimientos científicos. En esta época vieron la luz, por un lado, nuevos paradigmas explicativos de corte psicológico entre los que destacan el psicoanálisis y el conductismo; y por otro, algunas ciencias con entidad propia como son la psicología clínica, la evaluación psicológica, la psicopatología, etc. Continuaron los avances en el ámbito del conocimiento de la discapacidad intelectual y su tratamiento; y comenzaron los estudios y la evaluación del desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño, los estudios experimentales de la conducta, etc. Todos estos aspectos hacen de ésta una etapa intensa, precisamente por la cantidad de cambios que se producen en su corto lapso temporal.

Hablar del psicoanálisis es hacer referencia expresa a su responsable y creador, esto es, a Sigmund Freud (1856-1939) y a la repercusión que la emergencia de una psiquiatría específicamente psicológica produjo, tanto sobre la conceptualización de los trastornos como sobre el tratamiento del comportamiento anormal. Si bien los planteamientos freudianos han estado rodeados de continuas controversias, tanto científicas como sociales, casi nadie duda que constituyeron un hito en la historia del pensamiento occidental (Aguado, 1995). Su legado podríamos resumirlo en: el énfasis en la causalidad psicológica de la vida mental (independiente de su sustrato fisiológico), la importancia de los constructos motivacionales como explicación de la conducta, la descripción de los estadios de desarrollo psicosexual, la ubicación de la etiología de los problemas adultos en el periodo infantil y la utilización de técnicas de tratamiento basadas en la asociación libre y la hipnosis.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la discapacidad intelectual es explicada como un fallo y /o estancamiento de la libido que queda anclada en el ello y en los procesos primarios y es incapaz de adquirir los procesos secundarios, propios del yo, aplazamiento de la satisfacción y desarrollo de un plan de acción inteligente para conseguirla.

En cualquier caso las teorías psicoanalíticas dominaron la psicología clínica y la psiquiatría (tanto infantil como adulta) hasta los años 60 y su declive, como señala Chess (1988), fue debido a:

- El aumento de la investigación empírica con muestras y poblaciones adecuadas, grupos de control y con métodos replicables, fiables y analizables estadísticamente.
- La aparición de nuevas técnicas de evaluación y observación para neonatos y niños.
- Las aportaciones de la genética para el esclarecimiento de la controversia entre ambiente y biología, considerando a ambos en una misma unidad.

Siguiendo la corriente de psicologización de los problemas del comportamiento, destacar la aparición del conductismo. Su mayor contribución para la construcción teórica de la discapacidad intelectual ha sido, la consideración de continuidad entre conducta normal y anormal y la atribución de ambas a los mismos procesos de aprendizaje (Maser y Seligman, 1983). Estos supuestos han tenido un papel importante en la identificación de elementos causales y facilitación de esquemas explicativos de las alteraciones de conducta. Además, la terapia de conducta ha contribuido a ofrecer distintas estrategias de tratamiento para facilitar los aprendizajes (Kazdin, 1978).

Por otra parte, se produce en este periodo el nacimiento de la psicología clínica como consecuencia de la evolución conjunta de la psiquiatría, la psicología académico-experimental y el estudio de las diferencias individuales. En este contexto, se le otorga el título de primer psicólogo clínico al estadounidense Lightner Witmer (1857-1956), a quien debemos tanto el apelativo de "psicología clínica", como la creación, en 1896, de la primera clínica psicológica. Es digno de mención su interés por las desviaciones intelectuales y la educación de los niños, así como su preocupación por la relación entre privación ambiental y algunos problemas de aprendizaje. En consecuencia, la psicología clínica surge como respuesta a problemas de aprendizaje infantiles y muchos niños deficientes van a recibir atención en las clínicas psicológicas.

Las referencias a los trastornos y su tratamiento, desde esta nueva ciencia, se debaten en

una orientación dual entre modelos biológicos y sociales. Los primeros buscan la explicación etiológica y la clasificación de los trastornos mientras los segundos se centran en la modificabilidad a través de tratamientos ambientales.

Otro hecho importante de este periodo fue la eclosión de la evaluación psicológica que nace para responder a dos tipos de necesidades: conocer el funcionamiento mental de los pacientes con trastornos y clasificar a los escolares sobre la base de su aprovechamiento en el sistema educativo (Aguado, 1995). La evaluación psicológica va a tener enormes repercusiones en el campo de las discapacidades especialmente en la clasificación y tratamiento. En este sentido, cabe destacar la figura de Alfred Binet (1857-1911) quien, en colaboración con Theodore Simon (1873-1962), elabora la primera escala métrica de la inteligencia "Binet-Simon", basada en el concepto de edad mental y en la comparación con individuos de distintos grupos de edad. Esta escala fue revisada en 1908 y posteriormente en 1911 y se tradujo a varios idiomas. De igual manera, William Stern (1871-1938) revoluciona el panorama diagnóstico de la discapacidad intelectual al introducir la idea de "Cociente Mental" y generalizar la evaluación de la inteligencia a todos los sujetos. El término de Cociente Mental será adaptado por Terman y colaboradores para definir lo que vinieron a denominar "Cociente Intelectual" (C.I) (Achenbach, 1982). Dada la importancia que se ha atribuido a la evaluación de la inteligencia para diagnosticar, clasificar y tratar la discapacidad intelectual a lo largo de los años, en la presente tesis se hace una especial incidencia en el capítulo 3.

Posteriormente, y en parte debido a la insatisfacción generada por las medidas estadísticas, aparecerán pruebas de corte más cualitativo como el test del dibujo de la figura humana de Goodenough en 1927, el de las manchas de tinta de Rorschach en 1921, el Bender-Gestald en 1938, todos ellos integrados en las denominadas pruebas proyectivas (Aguado, 1995).

De esta misma época es Arnold Gessell (1880-1961), quien se dedicó al estudio del desarrollo del niño. Observó que la conducta infantil es el reflejo de los estadios de desarrollo que atraviesa, considerando a éste un proceso de crecimiento embriológico (Achenbach, 1982). Al hablar de desarrollo infantil, no podemos dejar de mencionar la

valiosa aportación del psicólogo suizo Jean Piaget (1896-1980) pues a él le debemos la teoría del desarrollo cognitivo del niño. Utiliza el término "estadio" para referirse a los cambios que se producen en la conducta como efecto del desarrollo, cambios que se reflejan en las diferentes estructuras mentales y nuevas formas de pensar sobre el mundo que rodea al niño (Piaget e Inhelder, 1969). En este periodo hay que ubicar también a Lev Vygotsky (1896-1934) quien destacó como pionero de la perspectiva sociocultural centrada en las competencias cognitivas (González, Calvo y Sifre, 1998).

Gracias a la importancia de estos modelos imperantes se asientan las tres condiciones de la discapacidad intelectual: la presentación precoz, el funcionamiento intelectual disminuido por trastorno del desarrollo y la incapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad. La debilidad mental se convirtió en un término genérico y se clasificó por niveles a las personas con discapacidad intelectual (idiota, imbecil y morón). Se utilizaron términos como incapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad, deficiencias comportamentales, déficits de ejecución, detección de conductas problema, comportamientos ausentes, etc., todos estos contenidos contribuirían de forma decisiva posteriormente en el tema de definición, clasificación y de apoyos.

Así por ejemplo, en 1937, Tredgold definió el retraso mental como el de aquella persona incapaz de llevar una vida adulta independiente y realizó una clasificación con tres grupos: alteración mental, deterioro mental y desarrollo incompleto. La discapacidad intelectual correspondería a esa persona con desarrollo incompleto, ineducable, bajo CI, incapacidad para mantener una vida independiente y comportamiento general desadaptativo. Esta definición tuvo relevancia y coincidió con otras concepciones de la época en que se consideraba a la discapacidad intelectual como un desarrollo mental incompleto, que aparece en una edad temprana, cuyas causas son hereditarias o debidas a deficiencias o lesiones pre, peri o postnatales. La lesión se localiza en el cerebro fundamentalmente, y esta condición no experimenta grandes cambios con el desarrollo biológico de la persona.

En 1936, Doll midió conductas adaptativas a través de la Escala de Madurez Social de Vineland. En el Discurso Inaugural de la Reunión de la Asociación Americana de la Deficiencia Mental expone las características de la discapacidad intelectual: la

inadaptación social, como causa de una baja inteligencia y cuyo desarrollo se ha detenido. Y en 1941 y 1953, Doll ofreció una definición de discapacidad intelectual en la que aparecen varios conceptos: incompetencia social, debida a la subnormalidad, desarrollo estancado que se mantiene a lo largo de la vida del individuo, de origen constitucional y esencialmente incurable. Sus ideas sobre comportamiento adaptativo han dado lugar a numerosos estudios que continúan hoy en día.

Kanner en 1957, consideraba que el grado de debilidad mental estaba relacionado con el grado de dependencia social. La inadaptación es entendida como consecuencia de un bajo CI. Dicha concepción fue objeto de críticas pues ya se observaba que la falta de adaptación social podía variar dependiendo del ambiente, por lo que en un contexto el sujeto podría ser considerado como discapacitado y en otro ambiente social no.

El Comité para la Investigación Psicológica, de la Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales elaboró un formato de examen psicológico que incluyó medidas antropométricas de sensación, percepción, memoria, emociones, instintos, asociación de ideas, atención, juicio, razonamiento, imaginación, talentos especiales, lectura, escritura, aritmética y aptitudes mecánicas (Aguado, 1995, p, 154).

En cuanto a los programas de intervención, se creó una pauta general que dominó durante muchos años: materiales escolares, lectura, escritura, adiestramiento manual, educación física, labores domésticas, etc. En educación especial, se valora la eficacia de las clases especiales, se realizan los primeros estudios de seguimiento, se crean escuelas específicas, y se realizan cursos de formación del profesorado.

Como estamos viendo, desde la corriente social, se produjeron cambios que tendrán gran influencia en las categorizaciones posteriores: la idea de discapacidad intelectual se sustituye por la de deficiencias comportamentales, la entidad nosológica por los déficits de ejecución y el esfuerzo clasificador por el interés hacia la detección de conductas problema. En este marco, el tratamiento de los discapacitados mejora considerablemente pudiéndose destacar la figura de María Montessori (1870-1952) como divulgadora de los conocimientos de Itard y Seguin en Europa. Su actuación se centra en la educación de niños discapacitados, promoviendo la autoeducación y respetando la libertad. Funda

un hogar o casa "dei bambini" con el objetivo de ofrecer los medios necesarios al niño para atraer su interés y responsabilidad. Su sistema pedagógico tiene como base la observación del niño con el fin de detectar los momentos idóneos para estimular su atención y despertar su inteligencia (González, Calvo y Sifre, 1998).

3.2 EL DINAMISMO CULTURAL Y CIENTÍFICO DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX EN ESPAÑA

En España se producen hechos también muy significativos, alrededor de 1916, una nueva generación de científicos comienza a preocuparse por la patología mental. Sus principales representantes son: Ramón y Cajal (1852-1934), Luis Simarro (1851-1921), Achúcarro (1880-1918), Rodríguez Lafora (1886-1971), junto con otros profesionales como José Miguel Sacristán, Sanchis Banús, Santos Rubiano, Villaverde, Prados, etc. Todos ellos son receptivos a las novedades intelectuales, dándose una curiosa mezcla de enfoques somáticos y psicológicos que hicieron gala de una mentalidad abierta y heterodoxa. De esta manera introducen en España las Escuelas kraepelianas y post-kraepelianas, además de asimilar la fenomenología, el psicoanálisis y la psiquiatría constitucional. Esta mezcla de orientaciones fueron significativas y pioneras en el campo de la salud mental en España.

Santiago Ramón y Cajal consiguió grandes avances en el estudio del sistema nervioso y en la histopatología. Hay que tener en cuenta que la neurohistología y la psiquiatría fueron disciplinas íntimamente ligadas en la formación y en la práctica profesional de numerosos especialistas españoles (Álvarez y Huertas, 1986).

Luis Simarro Lacabra obtuvo en 1902 la cátedra de psicología experimental de la Universidad de Madrid, la primera en España (Pelechano, 1988). Le interesó la neurohistología y la psicología experimental conforme al modelo alemán. A partir de él la influencia alemana es importante y se comienza a conseguir que la ciencia en España vaya al mismo paso que en el resto de Europa. Diseñó un test de inteligencia empleado luego por alguno de sus discípulos (Carpintero, 1996, p. 437).

Durante los siguientes años se producen una serie de acontecimientos que van a marcar la práctica y desarrollo profesional.

En 1914, se creó el Patronato Nacional de Subnormales. En 1916 se fundó el Laboratorio de Fisiología Cerebral. Se creó también, el Instituto Médico Pedagógico y el Sanatorio Neuropático dedicados al trabajo con subnormales y desde donde se inició la psicología española, usándose en un primer momento el método psicoanalítico. En 1927 se fundó la Liga Española de Higiene Mental cuyo objeto era estudiar y proponer medidas de profilaxis de la locura y una mejora en la asistencia y en la intervención social. Se escribieron numerosos libros relacionados con la discapacidad intelectual entre ellos cabe destacar "*Los niños mentalmente anormales*" de Lafora, en el que manifestó sus ideas y ofreció alternativas pedagógicas y fórmulas de incorporación social (Carpintero, 1996). En 1935, en el Congreso de la recientemente creada (1924) Asociación Española de Neuropsiquiatría se pidió la reforma de los manicómos.

En esos momentos, existían dos focos decisivos que hicieron avanzar los conocimientos psicológicos en España: Mira, en Barcelona, y Germáin, en Madrid, que contribuyeron al desarrollo e institucionalización de la Psicología en España, promoviéndola como ciencia y como profesión. Emilio Mira y López (1890-1964), consiguió introducir la Psiquiatría como materia específica en las Facultades de Medicina y la materia de Psicología en la Facultad de Pedagogía. Trabajó en numerosos temas relacionados con los trastornos de conducta, la capacidad escolar y el lenguaje. A José Germáin (1897-) debemos prácticamente todo el desarrollo de la psicología como ciencia en España, con publicaciones como "*Psicología e Higiene Mental en el Niño*" e "*Higiene Mental en la Vida Escolar*", "*Causas y tratamientos de las enfermedades mentales*" (1933), "*Dónde y cómo deben tratarse las enfermedades mentales*" (1936a), o "*Higiene mental, escuela y juventud*" (1936b), con la organización en distintos lugares de España de semanas de higiene mental, charlas para la radio, etc... Sus intereses consistían en tratar de provocar un cambio en la actitud social respecto a los trastornos mentales y fueron muy bien acogidos y tuvieron una gran repercusión. También creó la sección de Orientación y Selección Profesional, promovió los Servicios de Orientación Escolar y Profesional en España (1934), -futuro Instituto Nacional de Psicología-, comparó (junto con otros autores: Rodríguez, Mallart, Cuto,...) niveles de inteligencia con estudios realizados adaptando tests, entre ellos el Terman-Merril (1937), de inteligencia, personalidad,

atención y otras aptitudes; aplicaron el test de Ballard haciendo estudios sobre superdotados.

La Guerra Civil Española y la Dictadura Franquista truncaron muchas expectativas. España, retornó a un aislamiento político, económico y científico que condujo a abortar los impulsos de los años anteriores, permaneciendo desfasados ante los avances científicos que se producen en el exterior. Con palabras de Helio Carpintero:

“Germáin vio cómo todo ese mundo desaparecía aplastado por la Guerra Civil: suspendidas las revistas, exiliados sus amigos, y maestros (Lafora, Ortega, Marañón, Mira...), cambiando de arriba a abajo el Instituto de Psicotecnia” (Carpintero, 1987, p. 67).

En cuanto a la educación especial, las figuras con más autoridad en esta época son Francisco Pereira, como educador y Anselmo González, como evaluador. Pereira reivindicó la autonomía del educador frente a los médicos y programó las necesidades de la Educación Especial. Insiste en la necesidad de un diagnóstico rápido de la anormalidad mental y expone como conclusión:

“Para atender en España a la urgentísima necesidad señalada, es necesario preparar personal adecuado y crear escuelas especiales” (Pereira. Citado en Domènech y Corbella, 1997, p. 149).

Anselmo González se dedicó a la evaluación psicológica. Publicó entre otros, *“El diagnóstico de niños anormales”* (1915) en el que pretendió que se evaluara correctamente a los niños con discapacidad intelectual. Expuso una serie de instrumentos evaluadores y concluyó que ningún método era superior al Test de Binet. Marcó un hito en la exploración psicológica de los niños con discapacidades intelectuales (Domènech y Corbella, 1997, p.149).

Como hemos podido ver, durante el primer tercio del siglo XX, en España imperó un panorama caracterizado por inestabilidad y crisis política, rechazo a las viejas instituciones, anhelo de transformaciones sociales, etc. Adquirieron fuerza los movimientos y las organizaciones sociales y, en general, se observa un fuerte dinamismo cultural y científico, fue una época privilegiada, llena de ilusiones y

expectativas donde imperó la multiplicidad de saberes y una búsqueda de nuevas respuestas. Durante esta época, la ciencia médica en España tenía numerosas inquietudes y se intentaban explicar los hechos desde diversos aspectos, de ahí que hubiera médicos a los que les interesaba mucho la psicología, la pedagogía, la higiene mental, la psiquiatría etc. Los profesionales médicos trabajaron principalmente en temas generales de la salud mental. El interés no estaba focalizado totalmente en las personas con discapacidad intelectual, sin embargo también publicaron trabajos en este campo. Aunaron contenidos de psiquiatría, psicología, pedagogía y sociología, y cambiaron actitudes de la población.

La Guerra Civil española truncó, como hemos visto muchas expectativas e inquietudes profesionales en España y lo mismo sucedió con las aportaciones y avances a nivel universal que se vieron de alguna manera frenados por la Primera Guerra Mundial y el periodo que la separa de la segunda gran contienda bélica. Por ello Leo Kanner denomina a esta etapa intermedia con el apelativo de "La gran tregua", ya que la ideología y tipo de gestión dominantes en las dos décadas anteriores persisten, en lo fundamental, hasta la Segunda Guerra Mundial. Este momento constituye un hito en la historia de las discapacidades tanto por los progresos conseguidos como por las contradicciones y limitaciones que representa.

3.3 REPERCUSIONES DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

Los periodos bélico y postbélico, que rodean la Segunda Guerra Mundial, traen consigo cambios importantes en la concepción de la discapacidad intelectual y, por ende, en el tratamiento, variaciones que incidirán también en el campo de la psicología clínica. Podemos decir que la heterogeneidad y disparidad de las actitudes y tratamientos, especialmente en el campo de la discapacidad, pueden definir claramente esta etapa. La pertenencia a uno u otro bando impregnará la radicalidad de estas diferencias permitiendo hablar de la más grande de las contradicciones en el tratamiento dado a las personas discapacitadas. Desde el flanco alemán se practica la eutanasia, con el pretexto de conseguir la pureza de la raza, calculándose en 70.000 el número de personas con trastornos y discapacidad mental que mueren víctimas de las cámaras de gas. Por el contrario en el bando norteamericano se requiere a los discapacitados para participar en

la contienda siendo ésta una ocasión histórica en que se les asigna un papel social activo y responsable, al que acceden tras una evaluación y entrenamiento especiales. El legado de diferentes informes nos permite afirmar que en la mayoría de los casos supieron adaptarse a la situación y cumplieron su misión con eficacia. A pesar de ello, se da una tremenda contradicción cuando vuelven a ser institucionalizados al terminar la guerra. Fue la primera ocasión histórica en la que se confía en los discapacitados, se les valora, se les asignan responsabilidades, se les exige y se les remunera como a los demás. Este es un hecho a señalar, como bien explica el profesor Aguado:

“...que la integración de los deficientes en este momento histórico no depende de su capacidad sino de las oportunidades que la sociedad, en función de sus necesidades les brinda” (Aguado, 1995, p.183, 184).

Esta situación representó un claro ejemplo de cómo la integración de los discapacitados está en función de las oportunidades que la sociedad les brinda más que de su capacidad. Es decir, es el contexto social el que determina el concepto, las prácticas sociales y el tratamiento de la discapacidad. Junto a estas brutalidades y contradicciones, la Segunda Guerra Mundial acarrea otras repercusiones. A la oportunidad de integración laboral ya comentada, hay que añadir el surgimiento del movimiento rehabilitador y de la psicología de la rehabilitación que si bien nacieron ligados a las secuelas bélicas (para excombatientes y mutilados de guerra) y a tratamientos físico-somáticos, sus servicios se generalizan rápidamente a otros campos de la discapacidad incluyendo variables psicológicas y sociales (Aguado, 1995). En consecuencia, se va asentando un enfoque pluricondicionado que va a requerir una intervención multiprofesional. Se opta por una rehabilitación integral, donde el propio sujeto es el protagonista de su rehabilitación, tanto física como personal, social y profesional (Alcedo, 1999). Todos estos cambios incidirán decisivamente en el desarrollo y profesionalización de las discapacidades.

3.3 APORTACIONES EN INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTOS

Los avances mencionados, se reflejan en la concepción de la discapacidad intelectual, donde se produce un progreso en la definición y nomenclatura de la misma; en la

especificación etiológica, bioquímica, citogenética, etc. y en la identificación de formas clínicas asociadas (síndromes de Lowe, Down, Prader-Willi, etc.). En 1961 se acepta la propuesta de Heber, a través de la American Association on Mental Deficiency (AAMD), en la que la discapacidad intelectual queda definido como un funcionamiento intelectual inferior a la media que tiene su origen en el periodo de desarrollo y que va asociado a un menoscabo en la conducta adaptativa. La clasificación adquiere una estructura quintuple en función del cociente intelectual: límite (CI= 83-67), leve (CI= 66-50), moderado (CI= 49-33), grave (CI= 32-16) y profundo (CI< 16).

En este contexto, continúa la proliferación de estudios de investigación apoyados principalmente por una serie de instituciones norteamericanas: la ya mencionada AAMD, el Instituto de Investigación sobre Niños con Problemas Especiales, la Institución Peabody para Enseñanza de Profesores, la Asociación de Ciudadanos Retrasados, etc. La influencia de todas estas investigaciones se verá evidenciada en la multiplicación de publicaciones relacionadas con distintos problemas de la discapacidad intelectual. Prueba de ello es que en 1960 se realiza el Primer Congreso Multidisciplinar celebrado en Londres sobre el estudio científico de la discapacidad intelectual.

En este momento, el tratamiento protagoniza también sustanciosos progresos con el objetivo genérico de integrar a las personas con discapacidad intelectual en la sociedad. Para ello se hace necesario plantear tratamientos dirigidos a desarrollar la competencia social y la adaptación personal a través del equilibrio entre conocimientos académicos, destrezas manuales y habilidades sociales. Este cometido se lleva a cabo en aulas especiales, unas veces incluidas en centros ordinarios y otras en centros específicos (Aguado, 1995). Se trata, por tanto, de un modelo educativo "fuertemente especializado" tanto en la selección de los alumnos como en el perfil de los profesionales. La selección de alumnos se hace sobre la base de la categorización del tipo de déficit, su grado de intensidad, las características diferenciadoras y el diagnóstico (casi siempre médico o psicométrico), aspectos estos que llegan a sobrevalorarse hasta límites insospechados (Illán y Arnaiz, 1996).

Los profesionales encargados de la educación especial van a requerir también una especialización, bien en pedagogía terapéutica o en logopedia, que se realiza a través de

cursos de formación permanente¹ convocados por el propio Ministerio de Educación o por entidades privadas. Como consecuencia de todo esto, se denomina a este periodo "era de las escuelas especiales" (Castañedo, 1997, p. 18).

Todos estos cambios llegan a nuestro país y se ven reflejados en una serie de normas legales que desvelan la sensibilidad y la implicación de los gobiernos en los problemas de la niñez desfavorecida. En este sentido, hay que destacar la promulgación de la Ley de Educación Primaria, cuando se crean las escuelas especiales para niños anormales y discapacitados intelectuales que dan comienzo oficial a la educación especial y a la atención pública a los discapacitados. Posteriormente en 1953 nacerá el Patronato Nacional de Educación de la Infancia Anormal y dos años más tarde el Patronato Nacional de Educación. Así comenzaría una carrera de resoluciones legales, medidas institucionales y asociaciones que confieren a este periodo un optimismo generalizado en el campo de la atención social a las discapacidades.

En síntesis, otro momento histórico que, obviando lo negativo que toda guerra conlleva, ha supuesto una oportunidad única para integrar socialmente a las personas con discapacidad intelectual, remarcando la importancia de una preparación adecuada para el éxito de la misma (Alcedo, 1999). Si a esto añadimos el nacimiento de la psicología y los primeros pasos en la normalización de los tratamientos, no queda duda que la segunda revolución en salud mental ha abierto las puertas de entrada de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad.

4 LA TERCERA REVOLUCIÓN EN SALUD MENTAL

La "Tercera Revolución en Salud Mental" (Aguado, 1995. p. 207) comenzó a principios de los años sesenta del siglo XX. Corresponde a "*las décadas donde se sientan los cimientos de lo que habrán de deparar los años venideros*" (Scheerenberger, 1983. p. 360). En este periodo se produce un salto cuantitativo y cualitativo en la atención a las

¹ Normalmente a través de cursos convocados al efecto por el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), pues las diplomaturas de Maestro especialista en Educación especial o Audición y Lenguaje como títulos universitarios no se establecen en España hasta el año 1983 con la Ley de Reforma Universitaria (LRU) (Art. 28 de la Ley Orgánica 11/1983 de 25 de Agosto)

discapacidades, pensemos, por ejemplo, en el interés generalizado por la educación especial que surge cuando se hace expansiva la obligatoriedad de la enseñanza. De los modelos biológicos, psiquiátricos o intrapsíquicos se pasa a los socioambientales y psicosociales, se esclarecen con más nitidez los conceptos de prevención y como consecuencia la intervención comunitaria. En las ciencias de la salud, tienen mucha relevancia los modelos explicativos complejos, entre ellos los bio-psico-sociales y los ecológicos, que abrirán nuevas perspectivas en nuestro campo. Desaparecen prácticamente las instituciones psiquiátricas y surgen los centros de salud. Se critican las técnicas psicodiagnósticas cuyo único fin es diagnosticar y se imponen las que tienen relación con el tratamiento y los apoyos. Se observa en estos años un amplio pluralismo conceptual y técnico (Aguado, 1995; Pelechano, 1988), una complejidad de perspectivas y proliferación de áreas que estudian la discapacidad intelectual, que se refleja muy bien en el siguiente texto:

“La discapacidad intelectual se aborda desde la heterogeneidad de modelos y de múltiples enfoques. Tradicionalmente tratada desde la psiquiatría y la psicopatología (Ajuriaguerra, 1973; Vallejo Nájera 1976) o desde la psicología anormal (Sarason, 1972, 1977; Eysenck, 1960, 1983) sigue siendo incluida en la Psicopatología Infantil (Ollendick et al., 1983, 1986, 1989), incluida junto a los deficientes físicos (Mittler, 1970, 1981) a los sujetos excepcionales (Cruickshank, 1955, 1980; Brown y Reynolds, 1986) es objeto de las corrientes amplificadoras de la psicología de la rehabilitación (Bolton, 1976). Protagonista en gran parte de los desarrollos de la educación especial (Gisber et al., 1980, 1986); Morris et al., 1986; Mayor, 1988; Wang et al., 1989). La incluyen entre sus beneficiarios los enfoques comunitarios (Boswell et al., 1979; Helander et al., 1979). Los evolutivos la reservan lugar preferente (Van Hasselt et al., 1988) e incluso la dedican monografías actuales (Hodapp et al., 1990; Cichetti et al., 1990; Meisels et al., 1990) Finalmente es objeto de la irrupción de los enfoques bio-psico-sociales (Clarke et al., 1985) y la modificación de conducta (Matson, 1981, 1990) sin olvidar la innovación social experimental (Pelechano, 1987) ni los enfoques cognitivos (Campione, y Brown 1987; Brown y Campione, 1982, 1988)” (Aguado, 1995, p. 246).

Resumir en este apartado todas las aportaciones de estas últimas décadas no es una tarea fácil si pensamos que los apelativos que la caracterizan son pluralismo, diversidad, productividad, integración e interdisciplinariedad y todos ellos aplicados a conceptos, actitudes sociales, tratamientos y legislación. Ante tal complejidad de acontecimientos,

nuestra exposición se va a centrar en seleccionar las aportaciones más relevantes en el campo de la discapacidad intelectual y en los tratamientos.

Es este un periodo de notables avances que en definitiva acercan a las personas con discapacidad intelectual al engranaje social, modificando conceptos, clasificación, terminología, actitudes sociales y formas de tratamiento. Las modificaciones se centran en el cambio cualitativo del concepto de retraso mental atribuible en un primer momento a Grossman (1983). Este autor introduce en la definición de discapacidad intelectual que el funcionamiento intelectual sea "significativamente" inferior a la media, con lo que excluye a los casos límite o borderline de esta entidad nosológica. Sin embargo la revolución de este concepto se va a producir nueve años después cuando Luckasson y cols. introducen a través de la American Association on Mental Retardation (AAMR), antigua AAMD, un nuevo sistema de definición, clasificación y sistemas de apoyo (sobre la que nos referiremos más detenidamente en apartado sobre el concepto actual) basada en problemas en el funcionamiento de la persona. Este funcionamiento estaría en relación con las capacidades (intelectuales y 10 áreas de habilidades adaptativas) y con el entorno (casa trabajo/escuela y comunidad). De dicho funcionamiento individual derivarían los apoyos que la persona necesita. Consideran además que la discapacidad se produce antes de los 18 años. Este sistema, ampliamente difundido y valorado, se ha visto revisado y el último manual se publicó en junio de 2002, pero de ello hablaremos con profundidad en el capítulo 2, referido a la concepción actual de la discapacidad intelectual.

Con relación a los tratamientos, los cambios más importantes se producen a finales de los años setenta y comienzo de los ochenta. En este periodo, al que Castañedo (1997, p. 18) denomina "*era de la integración escolar*", se inicia la escolarización conjunta (integrada) de alumnos normales y alumnos con discapacidad que hasta ese momento habían estado más o menos separados. Poco a poco se va hablando de autodeterminación, de inclusión, y se ponen en marcha numerosos programas que facilitan el acceso a la sociedad y al mercado laboral de las personas con discapacidad intelectual: adaptaciones curriculares, programas de transición a la vida adulta y activa, programas para mejorar la calidad de vida, para las actividades de la vida diaria, para el ocio, para el empleo, etc. Al objeto de hacer una referencia a los hechos más destacados,

exponemos en el cuadro 1.1 algunos aspectos, normativas y legislaciones relevantes en el ámbito de la educación y algunos otros cuya relevancia es más social y comunitaria, para en el capítulo 5 profundizar en la atención ocupacional y laboral de las personas adultas con discapacidad.

ÚLTIMOS ACONTECIMIENTOS SOCIO-EDUCATIVOS RELEVANTES	
1970	Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos "SEREM" Ley General de Educación L.G.E. (Creación de centros específicos de educación especial (E.E) y unidades de E.E. en centros ordinarios)
1971	Declaración de los Derechos del Deficiente Mental (ONU)
1975	Instituto Nacional de Educación Especial Declaración de los Derechos de los Minusválidos (ONU)
1976	Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía
1977	Creación de la Comisión Especial del Congreso de los Diputados sobre Problemas de Subnormalidad y Minusvalidez Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad
1978	Constitución Española Informe Warnock Plan Nacional de Educación Especial Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata)
1980	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías Resolución para la Mejora de la Situación de las Mujeres Impedidas de todas las Edades Carta para los años 80 de Rehabilitación Internacional
1981	Año Internacional de los Deficientes Psíquicos, Físicos y Sensoriales. Participación e Igualdad plenas
1982	Programa de Acción Mundial de los Impedidos Ley de Integración Social de los Minusválidos. LISMI y los Reales Decretos que la desarrollan (áreas de atención y modalidades de integración escolar de las personas con discapacidad)
1983	Convenio y Recomendaciones sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Minusválidas Plan Nacional de Empleo Definición de Retraso Mental, AAMR
1985	Regulación de los Centros Ocupacionales Ordenación de la Educación Especial Plan experimental de Integración Escolar de alumnos discapacitados Ley Orgánica del derecho a la educación (L.O.D.E.)
1986	Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial
1988	Programa de Acción Comunitaria "Helios"
1990	The American with Disabilities Act (ADA) "Horizon"- Iniciativa Comunitaria de Recursos Humanos Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (L.O.G.S.E.)
1991	Real Decreto de Enseñanzas Mínimas
1992	Una Política Coherente en Materia de Personas Discapacitadas Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo del Retraso Mental, AAMR
1993	Iniciativa Tecnológica para las Personas Mayores y para las Personas con Discapacidad TIDE Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad
1994	Declaración de Salamanca Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales. Acceso y Calidad. Política Social Europea. Un paso Adelante para la Unión. Libro Blanco.
1995	Real Decreto de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales
1996	Plan de Acción para las Personas con Discapacidad Comunicación de la Comisión sobre la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Minusvalía. Una Nueva Estrategia Comunitaria

ÚLTIMOS ACONTECIMIENTOS SOCIO-EDUCATIVOS RELEVANTES	
	Orden Ministerial sobre Evaluación de Acnne en Enseñanzas de Régimen General Orden Ministerial sobre Procedimiento de Evaluación para Escolarización de Acnne
1997	Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002
1999	Orden Ministerial Programas de Formación para la Transición a la Vida Adulta
2000	Plan de Empleo 2000. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
2001	Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. OMS Plan Regional de Empleo de Castilla y León, 2001.
2002	Declaración de Madrid. Congreso Europeo de la Discapacidad Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (L.O.C.E.) Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo del Retraso Mental. AAMR
2003	Año Europeo de las Personas con Discapacidad Ley 51/2003, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad
2006	Ley Orgánica 2/2006, de Educación (L.O.E.) Ley 39/2006, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la Mejora del Crecimiento y del Empleo
2007	Orden EDU/1045/2007, de 12 de junio. Marco de Atención a la Diversidad para Castilla y León Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
2008	Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad, aprobada por acuerdo del Consejo de Ministros el 26 de septiembre de 2008

Cuadro 1.1. Acontecimientos socio-educativos relevantes en las últimas décadas.

Tras lo expuesto en este cuadro, podemos concluir que durante estos últimos años se han producido grandes y cuantiosos cambios en la atención a los discapacitados, y por ende en la discapacidad intelectual. El reconocimiento universal de los derechos de estas personas genera la obligación de la sociedad de proveerles educación adaptada, empleo, equiparación de oportunidades, oportunidades de acceso, etc. Lo relativo al ámbito de la discapacidad comienza a adquirir cada vez mayor relevancia social, sin embargo, hay que reconocer que es mucho el camino que resta por recorrer. Esperemos que en los años venideros se desarrollen los avances obtenidos y podamos posteriormente seguir hablando de avances con calidad.

5 RESUMEN

Además de la función de enlace con el capítulo siguiente, referido al concepto actual de la discapacidad intelectual, lo que hemos pretendido con este capítulo es valorar los avances, progresos y logros, sin olvidar algunos retrocesos, surgidos con relación a la conceptualización y comprensión de las personas con discapacidad intelectual, valorando y siendo conscientes de su importancia, ya que con los cambios acaecidos se han ido conformando el corpus teórico-práctico de esta disciplina.

Si bien la historia de la discapacidad intelectual comparte los avatares de la historia de la discapacidad y de la psicopatología en general, las coordenadas temporales nos ofrecen algunos eventos que le dan singularidad. Creemos interesante señalar las características que aparecen de forma constante, reiterada y persistente a lo largo de la trayectoria histórica. Como hemos visto, en todas las épocas han existido personas con discapacidad intelectual, sin embargo, el modo y forma que ha tenido la sociedad de comprender, aceptar y tratar a estas personas ha variado notablemente de unas épocas a otras. Factores de tipo social, cultural y económico han sido los principales responsables de esas diferencias. Por lo tanto y en primer lugar, cabe señalar la existencia de vacilaciones y contradicciones en que ha estado inmerso el campo de la discapacidad intelectual. En este sentido y de forma general, podemos afirmar que las concepciones y tratamientos han oscilado entre dos polos, el enfoque pasivo frente al enfoque activo. El enfoque pasivo considera los trastornos como fruto de causas ajenas al hombre y da lugar a actitudes de rechazo, compasión, segregación, marginación, etc. Las concepciones o prácticas, derivadas de él, tienen que ver con la magia, animismo, infanticidio, mutilación, maltratos, etc. En contraposición, el enfoque activo aborda la discapacidad como fruto de causas naturales y/o biológicas y/o ambientales, lo que fomenta prácticas de prevención, educabilidad, rehabilitación, integración, etc.

En segundo lugar, interesa resaltar la pluralidad y variedad de modelos que han pugnado por buscar explicaciones a la etiología y tratamiento de los distintos problemas. Estos modelos no han presentado una linealidad acumulativa, sino más bien, una superposición (Aguado, 1995). Si bien, en todos ellos, demonológico, organicista, intrapsíquico y socioambiental, ha aparecido la oscilación activo-pasivo a la hora de valorar y abordar la problemática.

El primer modelo que abordó la discapacidad, es el demonológico, presente en las primeras épocas pero que perduró con mayor o menor fuerza hasta el siglo XVI. Una expresión del mismo la encontramos en la obra de los monjes Sprenger y Kraemer, escrita en 1487, con el título *"el martillo de los brujos"* ninguna persona mentalmente diferente de la norma se salvaba de la acusación de brujería. En este texto se afirma: *"cuando un paciente no encuentra alivio en los medicamentos, antes bien, empeora con ellos, la enfermedad es producto del demonio"* (Scherenberger, 1984, p. 45).

El paso, aunque no abandono, de una concepción demonológica a otra de corte organicista se propugna en la antigua Grecia, pero su consolidación no tendrá lugar hasta finales del siglo XVI y principios del XVII. En la génesis de este nuevo modelo ocupa un papel destacado España, concretamente a través de la creación de las primeras instituciones manicomiales y de las propuestas elaboradas en torno a los temas de pobreza y de la sordomudística. Desde este modelo se opta por un tratamiento médico, un trato humanitario y la instrucción como formas de mejorar y modificar las consecuencias derivadas de los trastornos.

El tránsito del modelo organicista al modelo intrapsíquico y mentalista vino de la mano del psicoanálisis, hacia finales del siglo XIX. El modelo anterior, centrado exclusivamente en los trastornos orgánicos subyacentes, no sirvió para explicar la discapacidad intelectual por lo que se le consideró demasiado reduccionista. Con la llegada del modelo psicologicista se asume que los problemas de salud mental pueden estar originados por causas psíquicas, es decir, pueden presentar una etiología psicológica. A partir de este momento comienza la aparición de distintos modelos y técnicas psicológicas (psicoanálisis, conductismo, evaluación psicológica, etc.) para analizar, estudiar y tratar el comportamiento diferente. Se ponen en práctica tratamientos y programas dirigidos a conseguir el máximo nivel de satisfacción de las personas. Pero se cae de nuevo en un excesivo reduccionismo al no tener en cuenta los factores de tipo social y ambiental.

Surge así, a partir de los años setenta, el paradigma socio-ambiental como alternativa a las deficiencias de los modelos anteriores. Desde este nuevo enfoque se acentúan los determinantes socioambientales y psicosociales como factores interactuantes en la génesis y desarrollo de la discapacidad intelectual. La normalidad / anormalidad se entiende en términos de capacidad de adaptación al medio social. El objetivo de toda intervención se centrará básicamente en la normalización, la desinstitucionalización, la prevención y el tratamiento comunitario. Todos estos planteamientos posibilitarán avances importantes en la integración social de las personas con discapacidad.

En los años ochenta aparece el modelo bio-psico-social. Se retoma lo biológico y se habla de categorías bio-psico-sociales. Este modelo, imperante actualmente en el ámbito

de las ciencias de la salud, postula que toda conducta se encuentra multideterminada por la interacción de tres tipos de factores: biológicos, psicológicos y sociales (Moos y Schaefer, 1984). Por tanto, se admite una etiología multifactorial, un curso multideterminado y una intervención multidisciplinar. Desde esta perspectiva se concede prioridad a las tareas de promoción de la salud, a la prevención y a la creación de centros de atención y de autoayuda.

Para finalizar retomamos una cita que creemos sintetiza muy bien gran parte de lo expuesto en todo este capítulo:

"Cada sociedad tiene en cada momento histórico unas determinadas necesidades y unos valores sociales (contexto social), en función de los cuales se establece lo que es adecuado socialmente y lo que resulta inadecuado (diferencia), unos encargados (expertos) que precisan la forma de distinguir (criterios de selección) a los sujetos (diferentes), el calificativo con que se les ha de reconocer (terminología), la función que han de desempeñar en la sociedad (papel social) y el trato que se les otorga (tratamiento)" (Aguado, 1995, p. 20).

A continuación pasamos al capítulo conceptual donde analizaremos las características que presenta en la actualidad la discapacidad intelectual. Abordaremos en primer lugar los modelos psicológicos explicativos más relevantes, los sistemas de clasificación y para terminar, el concepto más actual de comprensión de las personas con discapacidad intelectual. Señalamos, a modo de adelanto, que la complejidad, amplitud, variedad y dispersión de las personas con discapacidad intelectual requiere, para su estudio, la colaboración de muchas disciplinas.

CAPÍTULO 2

CONCEPTO ACTUAL DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL



Una vez analizado el panorama histórico, en el que hemos observado las diversas concepciones habidas a lo largo de la historia de la Humanidad, las cuales han determinado el desarrollo de este campo, vamos a centrarnos en este segundo capítulo, en la conceptualización actual de la discapacidad intelectual.

Cuando hablamos de discapacidad intelectual hacemos referencia, en sentido genérico, a un tipo concreto de discapacidad definida por la presencia simultánea de déficits en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa. Según esto, las actuaciones en la discapacidad intelectual irán dirigidas a describir, explicar, evaluar, predecir y modificar, hasta donde sea posible, las capacidades intelectuales y las habilidades adaptativas de la persona con discapacidad intelectual, en orden a conseguir un mejor funcionamiento personal, interpersonal y social. Ahora bien, las personas con discapacidad intelectual, no constituyen un grupo homogéneo ni exclusivo. La variabilidad en cuanto a las capacidades y formas de funcionamiento de las personas consideradas discapacitadas es mayor a la encontrada en los sujetos sin discapacidad intelectual. Se parecen más entre sí una persona con discapacidad intelectual ligera (utilizando la clasificación de Grossman, 1983) y un sujeto sin discapacidad, que un

individuo con discapacidad intelectual ligera y uno profundo, siendo considerados, éstos dos últimos, bajo la misma categoría diagnóstica.

Comprobamos por tanto, que resulta difícil hablar en general de las personas con discapacidad intelectual como grupo, sin embargo, hemos de reconocer que éstos se diferencian de las personas consideradas normales, afirmación esta que nos permite entrar en materia.

El proceso que vamos a seguir para abordar este capítulo es el siguiente: primeramente trataremos de hacer referencia a los últimos estudios epidemiológicos que se han llevado a cabo en España.

Pasaremos en el siguiente apartado a revisar las imprecisiones terminológicas, categorías diagnósticas y calificativos de uso, que, como en su momento señalaremos, producen confusión y repercusiones negativas en la sociedad y en las propias personas con discapacidad intelectual.

Posteriormente, nos ocuparemos de los distintos y variados modelos psicológicos explicativos desde los que se enfoca el estudio de la discapacidad. Podremos comprobar la presencia de pluralidad de modelos y valorar el peso que cada uno de ellos tiene en la comprensión y complejidad explicativa de la discapacidad intelectual.

En cuarto lugar, expondremos los sistemas de clasificación que resultan más útiles y adecuados en la actualidad. Analizamos los DSM, los CIE, y nos centraremos en el último sistema de clasificación de la OMS, la Clasificación Internacional del Funcionamiento y Estados de Salud, CIF y en el Sistema de Clasificación de la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities AAIDD (Luckasson y cols., 2002), pues pensamos que ambos sistemas están bastante bien orientados hacia los objetivos que consideramos prioritarios en nuestro campo.

En el último epígrafe de este cuarto apartado y en el quinto punto de este capítulo, presentamos con amplitud la concepción actual de la discapacidad intelectual desde el punto de vista de la AAIDD (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y

Discapacidades del Desarrollo) dado que desde esta perspectiva funcional, ampliamente difundida y aceptada, creemos que se puede llegar a comprender más adecuadamente a las personas con discapacidad intelectual. Analizamos la definición del concepto de discapacidad intelectual, el modelo multidimensional implicado y los diferentes procesos de evaluación según la intencionalidad y el propósito que tengamos (diagnóstico, clasificación y descripción o establecer el perfil de apoyos de un sujeto).

Por último, abordamos el tema de los tratamientos, aunque hacemos alusión a intervenciones pedagógicas y biomédicas, nos centramos principalmente en los psicológicos y en el paradigma de apoyos propuesto por la Asociación Americana, pues consideramos que aportan los modelos más adecuados de intervención. Entre los psicológicos; la psicoterapia, los programas de mejora continua y la terapia de conducta.

Tras todos estos apartados, llevaremos a cabo un pequeño resumen que sintetiza los aspectos más relevantes y nuestra postura al respecto.

Comenzando ya con el primer apartado, exponemos a continuación las especiales dificultades a la hora de realizar análisis epidemiológicos de las personas con discapacidad intelectual y los últimos datos obtenidos a nivel nacional.

1. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Llevar a cabo estudios epidemiológicos de las personas con discapacidad intelectual no es una tarea fácil. Existen numerosos estudios que reflejan dichos datos, pero hemos de tener en cuenta que su validez y relevancia están asociadas a numerosos factores contextuales que afectan de forma importante a las estadísticas. Entre ellos podemos citar los siguientes (Hidalgo, Salvador y Rodríguez de Molina, 1995):

- Las modificaciones en cuanto a definiciones, criterios y diagnósticos que de forma continuada afectan a la comprensión de las personas con discapacidad intelectual. Los porcentajes epidemiológicos de la discapacidad intelectual están determinados

principalmente por los criterios diagnósticos y metodológicos que se utilicen, afectando directamente a los datos recogidos. En la década de 1970, cuando se utilizaba una definición unidimensional de la discapacidad intelectual (considerada como la capacidad intelectual por debajo de la media en una o más desviaciones típicas) y se asumía que la inteligencia se distribuía según la curva de Gauss, se estimó que la discapacidad intelectual tenía una prevalencia muy alta en la población general. Posteriormente, en 1973, la entonces Asociación Americana de la Deficiencia Mental, AAMD cambió el punto de corte de la capacidad intelectual y consideró, en lugar de una, dos desviaciones típicas por debajo de la media (eliminando por consiguiente la discapacidad intelectual que hasta entonces se había definido como límite), este cambio redujo de una manera drástica la prevalencia.

- La inclusión de déficits en los comportamientos adaptativos tuvo y tiene en la actualidad efectos similares.
- El diagnóstico de discapacidad intelectual es dependiente de la edad. Por definición, se diagnostica antes de los 18 años. Si un sujeto con limitaciones en su funcionamiento no ha sido diagnosticado con anterioridad a dicha edad, no debe hacerse posteriormente. Algunos especialistas piensan que son unos pocos, sólo los que manifiestan mayores limitaciones, las personas diagnosticadas en la infancia y principios de la adolescencia (Hidalgo, Salvador y Rodríguez de Molina, 1995).
- La consideración de que la discapacidad intelectual no es permanente, también afecta a las estadísticas, puesto que existen niños y adolescentes que, siendo diagnosticados en los periodos escolares como alumnos con discapacidad intelectual, dejan de serlo al llegar a adultos por conseguir adecuadas habilidades sociales, laborales y/o personales.
- A mayor presencia de alteraciones físicas y complicaciones asociadas, mayor es la mortalidad. Existen estudios que demuestran una tasa diferente de mortalidad entre los sujetos sin discapacidad y con discapacidad intelectual extensa y generalizada (García Martín, 1995).

- En cuanto a la metodología, la mayoría de las investigaciones epidemiológicas se realizan en zonas o grupos específicos (centros escolares, servicios especiales, etc.) a través de muestras recogidas de estudios directos en estas poblaciones. Esta forma metodológica es adecuada, pero puede carecer de normas generales y unánimes de evaluación, con el consiguiente riesgo que eso comporta.

Somos conscientes pues, de la dificultad de cuantificar y censar a las personas con discapacidad intelectual. Los datos epidemiológicos están determinados por factores inherentes al propio concepto y a factores relativos a la metodología para la recogida de datos. Los problemas citados en los párrafos anteriores se manifiestan en los resultados, y así se observa que diversos estudios han obtenido diferentes porcentajes. Aun siendo conscientes de la falta de acuerdo en las estimaciones cuantitativas, creemos necesario que se sigan elaborando estadísticas europeas, nacionales, autonómicas y locales, pues siempre van a resultar valiosas para planificar los servicios y los programas sociales (Verdugo, 1995c). Por ello, exponemos a continuación los resultados que disponemos, realizadas a nivel nacional (INE).

1.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

El Instituto Nacional de Estadística llevó a cabo un estudio a petición del IMSERSO. De los resultados globales estadísticos se pueden desglosar las personas que en España tienen discapacidad intelectual. Según este Instituto, este grupo supone el 16,77% de todas las discapacidades (INE, 2000).

En el conjunto de datos sobre las discapacidades intelectuales se incluyen además, los individuos con retraso madurativo y las demencias, como se observa en el cuadro 2.1. Diferenciando el grupo de personas con discapacidad intelectual de estos otros trastornos, nos encontramos con un porcentaje de afectados de 4,39 por cada mil habitantes. Para los niños menores de 6 años, las encuestas no hablan de discapacidades sino de limitaciones. En esta población los datos han encontrado discapacidad en el 2,24% de los niños y niñas.

TOTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	45,94
Personas con discapacidad intelectual	9,39
Discapacidad Madurativo	0,26
Persona con discapacidad intelectual . Profunda y Severa	1,05
Persona con discapacidad intelectual Moderada	2,01
Personas con discapacidad intelectual Leve y Límite	1,33
Demencias	0,23

Cuadro 2.1. Personas de 6 a 64 años con discapacidad intelectual según el tipo de deficiencia. Tasa por cada 1000 habitantes. Fuente: INE (2000).

Es oportuno señalar el hecho observado por el Instituto Nacional de Estadística relacionado con la etiología, ya que, de todas las deficiencias originadas por problemas en el parto, el 52,81% son discapacidades intelectuales.

En el capítulo 5 dedicado a la atención en el ámbito ocupacional y laboral de las personas con discapacidad, especialmente en la Fundación Aspanias, se recogen más datos de este estudio y se incluyen otros referidos al colectivo en aspectos como el empleo y la ocupación, también se incluyen de forma muy breve, los del último estudio (EDAD, 2009)

2. IMPRECISIÓN TERMINOLÓGICA

La amplitud de términos empleados para referirse a las personas con discapacidad intelectual es un claro ejemplo de la ambigüedad y dificultad que tiene el concepto. Sin embargo, los diferentes términos reflejan no sólo el concepto, sino también los sujetos implicados, los objetivos perseguidos, los criterios utilizados, los modelos de análisis y las estrategias de intervención (Aguado, 1995; Arias, 2001; Fierro, 1984a, 1990, 1999). Podemos recordar categorías diagnósticas que empleaban términos calificativos tales como: idiotas, imbéciles, morones, débiles mentales, oligofrénicos, subnormales, dificultades de aprendizaje permanentes, anormales, minusválidos psíquicos, incapacitados, dementes, trastornados mentales, deficientes mentales, personas con retraso mental, etc. Estas terminologías, representativas en algunos casos de antiguas concepciones sociales, médicas, psicológicas o educativas (las últimas de planteamientos más recientes), han sido ya superadas en los tiempos actuales, si bien algunos autores (Aguado, 1988; Casado, 1990; García Viso, 1994) manifiestan que siguen siendo utilizadas por algunas personas e incluso algunos profesionales, lo cual es

más lamentable si cabe, pues demuestran la ignorancia en el tema y lo que es peor, se transmiten ideas erróneas que, provenientes de un profesional cualificado, tienen repercusiones nefastas.

Las consecuencias de las imprecisiones terminológicas han sido estudiadas por Aguado y Alcedo (1999); Verdugo (1994c) y Verdugo, Jenaro y Arias (1995), observando que repercuten en la ambigüedad comunicativa entre profesionales y en las actitudes sociales ante las personas con discapacidad. La trascendencia que tienen los medios de comunicación al confundir en ocasiones los términos y no proporcionar la información adecuada, promueve y refuerza actitudes negativas basadas en concepciones erróneas y estereotipos, a la vez que favorece una variable adicional, la marginación (Alcedo, 1999). Lo anteriormente expuesto se hace aun más complejo si pensamos que, posiblemente, limita además a las propias personas con discapacidad, impidiéndolas comportamientos normalizados (Casado, 1990).

Cada ámbito profesional (educación, servicios sociales, salud) se ha centrado en diferentes ámbitos de la vida de la persona y por ello ha ido generando sus propios términos y concepciones. De esta manera, la evolución conceptual ha buscado caminos diferentes, en ocasiones contradictorios o al menos distintos. Paralelamente a que las diferentes instituciones hayan ido generando y conceptualizando la terminología, los profesionales encargados de atender a las personas con discapacidad han posibilitado, con dicha información previa, una configuración perceptiva de etiquetas denotativas.

2.1. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Ante la patente necesidad de utilizar términos precisos y niveles de análisis adecuados, es necesario proponer soluciones. Para ello, podemos seguir las expresadas por Alcedo (1999, p. 60), que como bien dice,

“no son difíciles de llevar a la práctica y contribuirían a aminorar estos efectos tan negativos”.

En primer lugar, proponemos una utilización adecuada y cuidadosa de la terminología que favorezca la precisión de conceptos y niveles de análisis elegidos y, en última

instancia, la comunicación entre profesionales. Para ello no estaría de más la lectura de manuales o libros de estilo, como el propuesto por el Consejo de Europa (1989) o por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (Casado, 1990), de cara a obtener una información detallada sobre un buen uso de los términos. En segundo lugar, proponemos la utilización de términos no peyorativos o neutros, cuando menos. De esta forma, probablemente evitaremos que los términos no acentúen las actitudes negativas que con tanta frecuencia aparecen hacia las personas con discapacidad intelectual. En los últimos años, se han producido algunos esfuerzos para extender y unificar denominaciones que se consideran más apropiadas (Dinerstein, Herr, y O'Sullivan, 1999). La terminología más aceptada, por los profesionales, familiares y principalmente los afectados, es el de personas con discapacidad intelectual. Otras opciones no tan valoradas son personas con necesidades de apoyo o personas con discapacidad mental, persona con limitaciones, alumnos con dificultades de aprendizaje, personas con diversidad funcional, etc. Ahora bien, también entendemos que dichos términos no pueden ser tenidos como imperecederos, imborrables o de unánime aceptación. Como muy acertadamente expresa García Viso (1994, p.8.),

"Será siempre la propia dinámica de la lengua, en la diversidad y riqueza de sus múltiples expresiones, la que a la postre condicione el uso de unos u otros términos".

A continuación, y una vez comentada la importancia de la terminología, vamos a proceder con el análisis de otra de las manifestaciones de la complejidad y heterogeneidad del concepto actual de la discapacidad intelectual, nos referimos a los distintos y variados modelos desde los que se enfoca nuestro tema de estudio.

3. APROXIMACIONES EXPLICATIVAS EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La investigación ha realizado esfuerzos por desarrollar modelos específicos que conceptualicen la teoría sobre la discapacidad intelectual. *"Los modelos son series integradas de descubrimientos y relaciones entre variables"* (Kazdin, 2001, p. 71) y constituyen el marco conceptual en el que el científico trabaja. Para que un modelo sea

útil debe incluir una descripción completa, eficaz y comprobable del desarrollo, mantenimiento y alteración tanto de los aspectos problemáticos como no problemáticos de la conducta humana (Alcedo, 1999). En el ámbito de la discapacidad intelectual no existe un modelo único, sino que éstos han sido y siguen siendo muy variados y heterogéneos. El concepto no tiene, por tanto, una acepción única sino significados diversos según los modelos que se manejan. Esta heterogeneidad de modelos supone la máxima expresión de la complejidad existente en nuestra disciplina.

Vamos a revisar, en primer lugar, los distintos modelos que se aplican al campo de la discapacidad intelectual y posteriormente veremos los sistemas de clasificación. Con todo ello pretendemos dibujar el panorama general de tácticas y estrategias de actuación así como los modelos de intervención que tienen más relevancia en el campo de la discapacidad.

3.1. PRINCIPALES MODELOS EXPLICATIVOS

Para la comprensión de la discapacidad intelectual existen diferentes modelos de análisis explicativos. Partimos de la base de que existe una jerarquía de organización entre las diversas disciplinas que configuran el ámbito de la discapacidad intelectual, que comienza en el nivel biológico, prosigue con el psicológico y pedagógico y culminan con el sociológico, y que cada nivel de organización está caracterizado por una complejidad peculiar y se constituye por sí mismo en el objeto propio de un ámbito de conocimiento. Esto implica que cada nivel presupone el anterior o anteriores y por consiguiente se constituye en requisito del mismo. Aunque esta condición puede ser obviada a favor del estatus propio del nivel que se considera en un momento determinado, los niveles anteriores son condición necesaria para los posteriores, pero no representan una explicación suficiente para éstos (Fortes, 1994). Basándonos en esto, distinguimos entre los modelos psicológicos y no psicológicos. Entre los no psicológicos nos encontramos con el modelo médico, pedagógico y sociológico a los que dedicaremos solamente unas breves líneas:

- El modelo médico está basado en el concepto genérico y tradicional de enfermedad y durante mucho tiempo han sido conceptualizadas como oligofrénicas. Hoy en día,

algunos profesionales del ámbito de la salud siguen utilizando esta terminología y en muchos informes realizados en la niñez de los actuales adultos con discapacidad intelectual aparece esta nomenclatura como diagnóstico. Según este modelo, el diagnóstico se centra en la presencia de un conjunto de síntomas en un grupo amplio y heterogéneo de anomalías, de diferente etiología orgánica, que tienen en común el cursar con déficits irreversibles en la actividad mental superior. Para este modelo descubrir la causa es un requisito para establecer un diagnóstico claro que permita la prevención y el establecimiento de los tratamientos correspondientes. Desde esta perspectiva se clasifica la discapacidad intelectual en función de las causas que lo origina, -en función de la etiología- en diez categorías diagnósticas: infecciosas, producidas por agentes tóxicos, por traumatismos, desórdenes metabólicos, alteraciones cromosómicas, neonatales, prenatales, de origen neurológico, otras, varias causas. Para su evaluación utiliza un método correlacional y tiene como objetivos la descripción, el diagnóstico, el pronóstico y la explicación desde el ámbito clínico (Fernández Ballesteros, 1992; Forns, 1993; Verdugo, 1994b). Por lo tanto, los tratamientos dentro de este enfoque, son generalmente de carácter médico, es decir, farmacológico, quirúrgico o rehabilitador, aunque principalmente se han apoyado en la prevención (estudios de carencia endémica de yodo, amniocentesis, análisis de toxoplasmosis, etc.), y en algunos casos (pocos), terapéutica, (así por ejemplo, se tratan precozmente algunas enfermedades congénitas del metabolismo como la fenilcetonuria, la galactosenia, el hipotiroidismo congénito, etc.).

- Más cercanos a los modelos psicológicos quedan los análisis hechos desde la pedagogía, no en vano el concepto de aprendizaje y educación es común a ambas disciplinas. Hablar de sujetos con dificultades de aprendizaje o con necesidades educativas especiales puede ser un discurso desde ambas perspectivas. La diferencia estriba, como hemos comentado, en el nivel de organización en el que se tome el proceso de aprender. Los estudios pedagógicos sobre el aprendizaje, se interesan principalmente, por las diferentes formas de adaptar un currículo y los medios de acceso al mismo, la organización, la didáctica, el tema de adaptaciones curriculares, sus grados de significatividad, la organización didáctica de programas de desarrollo individual, etc.

- El modelo sociológico de la discapacidad intelectual opera con la dicotomía subnormalidad-normalidad. Bajo este prisma de análisis, ser subnormal o deficiente constituye una definición y veredicto social. Cada sociedad dice quienes son sus deficientes, y lo dice con las mismas estructuras básicas que la constituyen: estructuras de producción, de distribución, de bienes sociales y de escolarización. El llamado subnormal es principalmente un discriminado, como expresaba Fierro, “*sólo un cambio social drástico puede permitir a estos ciudadanos ser vistos como diferentes*” (Fierro, 1984a, p.5). Afortunadamente, este modelo ha evolucionado mucho desde aquellas fechas en el que el texto fue escrito, y en la actualidad, se contemplan cambios muy positivos que aun necesitan de una mayor materialización. Reflejo de éstos, son los esfuerzos socioeducativos realizados a nivel mundial y local por cambiar esta conceptualización: El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1982), las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades (1993), La Declaración de Salamanca y el Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales (1994), el Plan Nacional de Acción para las Personas con Discapacidad, 1997-2002 (1996), el Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad de 7 de diciembre (2000), la Declaración de Madrid (2002), la Declaración de Derechos de las Personas con Discapacidad (2007). Todas estas normativas y orientaciones, de índole principalmente social y educativa, están aportando grandes mejoras en la comprensión e intervención de las personas con discapacidad en general, y por ende en las personas con discapacidad intelectual.

No se debe olvidar que a partir del siglo XX, los estudios científicos comienzan a aportar claves importantes en cuanto a las múltiples etiologías y niveles de la discapacidad intelectual y a partir de estos, determinar la evaluación y tratamientos específicos que estos sujetos requieren para paliar sus limitaciones, enfermedades o dificultades. A lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la discapacidad, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones, que en política sanitaria y social se han desarrollado en distintos países. De especial interés ha sido el condicionamiento que ha ejercido en los modos de comprender y clasificar las discapacidades y en las respuestas que las instituciones, y por lo tanto la sociedad, han dado. Estos modelos comprensivos y explicativos sobre la discapacidad intelectual, nos van a proporcionar los conocimientos, diseños de investigación, hipótesis, pruebas de

diagnóstico e intervenciones más adecuados para la comprensión y atención de la persona con discapacidad intelectual. Estos modelos van a girar entorno a tres líneas: una que engloba un punto de vista médico y psicométrico, otra que se centra en los problemas en relación con la conducta adaptativa que nos lleva a planteamientos conductistas, cognitivos y una tercera que se centra en la multidimensionalidad o carácter multifactorial como proponen los modelos integradores (ecológicos, biopsicosocial, innovación social experimental). Por ello y con el objeto de clarificar estos conceptos, nos ha parecido de gran interés revisar a continuación los elementos más significativos de los modelos esenciales. Desde la Psicología se han desarrollado distintos modelos de análisis de la discapacidad intelectual que vamos a exponer a continuación. Nos referimos al modelo psicométrico, al evolutivo, al conductual y de análisis funcional, al dinámico y al cognitivo. Finalizaremos este apartado revisando los modelos más complejos que se han desarrollado en el ámbito de la discapacidad en décadas recientes, el ecológico, el de innovación social experimental, el de vida independiente (independig live) y el bio-psico-social.

3.1.1. MODELO PSICOMÉTRICO

Históricamente es el primer modelo psicológico de análisis de la discapacidad intelectual. Desarrolla en categorías cuantitativamente descriptivas las capacidades, las aptitudes y la personalidad de los sujetos. La Psicometría se haya especialmente vinculada a la identificación y medición de la discapacidad intelectual. Podemos recordar que la evaluación psicométrica, inaugurada por Binet, nació bajo la idea de precisar la disminución o el déficit en la capacidad de aprender de ciertos individuos. La importancia de Binet no puede ser subestimada: produjo un método concreto, fiable y práctico para evaluar el funcionamiento intelectual de una persona y permitió demostrar la determinación cuantitativa de las diferencias entre las personas con discapacidad intelectual. Binet y Simon, Stanford-Binet, Wechsler, fueron algunos de sus continuadores. Sus instrumentos revisados siguen siendo, hoy en día, comúnmente utilizados. De este modelo derivan tests, escalas y otros instrumentos que permiten evaluar las diferentes dimensiones de la discapacidad intelectual. Con su aplicación se obtienen datos tales como edad mental, cociente intelectual, puntuación con o sin

significancia estadística, percentil, etc. (este tema se recoge más ampliamente en el capítulo 3 de este trabajo).

La idea central de este modelo es que las puntuaciones de las variables que definen la capacidad intelectual o la conducta adaptativa de las personas se distribuyen según la curva normal en la población general de referencia. La consideración de discapacidad intelectual o no, se fundamenta en la puntuación obtenida por el sujeto. En el momento actual, si obtiene una puntuación por debajo de dos desviaciones típicas con respecto a la media en pruebas de capacidad intelectual y de conducta adaptativa, decimos que su puntuación obtenida es significativamente inferior, por lo tanto, cumple con dos de los requisitos (los estadísticos) que caracterizan a las personas con discapacidad intelectual.

Es imposible prescindir hoy en día de este primer modelo psicológico. Los datos obtenidos a través de los instrumentos de evaluación y diagnóstico confieren cierta unidad al síntoma común, a diversas etiologías, refinan el juicio diagnóstico, sirven para un mejor entendimiento entre profesionales, etc. Aunque muchos profesionales no se sienten a gusto con este enfoque psicométrico, ha sido y sigue siendo de gran utilidad. No podemos olvidar que ha puesto la técnica al servicio del psicólogo, es la base de muchos sistemas de clasificación y de la gran mayoría de pruebas diagnósticas, es útil en investigación, es preciso y riguroso, porque se basa en una tecnología de medida, la de los test. Pese a ello, los datos numéricos por sí solos pueden resultar de escasa utilidad en el ámbito educativo formal, en la práctica educativa, en el entorno sociolaboral, en la práctica ocupacional, y en otros ámbitos y prácticas del individuo que presenta una discapacidad.

Algunas de las críticas negativas que ha recibido este modelo se refieren a los siguientes aspectos: el modelo ha sido criticado por su sesgo ideológico, favorable a aptitudes típicamente escolares y a competencias propias de las clases sociales medias o elevadas; se limita a medir, diagnosticar, describir, pero poco o nada dice sobre el posible tratamiento o intervención que pudiera contribuir a la mejora de la persona; considera el cociente intelectual como fijo o inalterable. Los partidarios de este modelo, asumen que el CI tiene una base hereditaria y por lo tanto es estable a lo largo del desarrollo porque tiene una base biológica, esta premisa implica que el comportamiento de las personas es

muy constante a lo largo de toda su vida (aunque realmente no se ha demostrado que lo es -los programas de enseñar a pensar ponen en evidencia que el CI no es tan constante como se suponía-), esta suposición trae consigo el consiguiente pesimismo práctico y mero etiquetaje de las personas; y, se reduce a lo puramente instrumental y descriptivo de una situación de hecho, por lo que necesita ser completado con otras hipótesis sobre el origen y posible intervención de la discapacidad intelectual.

Este enfoque aunque ha aportado grandes beneficios a la comprensión de la discapacidad intelectual, también ha ocasionado la etiquetación de muchos individuos, produciendo más en unos casos que en otros, grandes perjuicios. Así, el saber que una persona presenta un determinado CI determina la atención que va a recibir y las posibilidades de aprendizaje sin determinar el modo de intervenir psicológica o pedagógicamente.

3.1.2. MODELO EVOLUTIVO

Desde este modelo se defiende la conveniencia de hablar de retraso mental más que de discapacidad intelectual. Los sujetos que bajo otros puntos de vista aparecen como discapacitados o significativamente inferiores a la capacidad intelectual media, son vistos principalmente como retrasados. Se supone la existencia y regularidad de ciertos procesos evolutivos que conducen a la madurez y plenitud de la vida adulta. Así por ejemplo Piaget (1969), concibe el desarrollo mental como la organización progresiva de un mecanismo operatorio. Su discípula, Inhelder (1969) considera que el niño deficiente sigue en su desarrollo mental exactamente el mismo recorrido que el niño sin problemas: ninguno accede a la conservación del peso, sin conseguir antes la conservación de la materia; tampoco consigue la de volumen sin poseer las dos precedentes. Ahora bien, el niño con discapacidad intelectual hace estos recorridos con retrasos y fijaciones precoces y sin llegar a un equilibrio definitivo. Zazzo (1973) observa que en la discapacidad intelectual se dan problemas de desfases en el desarrollo cognitivo, físico y psicosocial, a medida que los niños crecen se van manifestando mayores diferencias y desfases. Zigler (1992) completando lo anterior, postula que los individuos con discapacidad intelectual recorren en su desarrollo las mismas etapas descritas por Piaget y lo hacen en idéntico orden, pero se diferencian de éstos en el

ritmo de su desarrollo y en el límite que alcanzan. Por lo tanto, se atribuye a estos sujetos retraso, rezagamiento y/o lentitud en tales procesos de desarrollo.

El modelo de desarrollo es sólo descriptivo, y no explica las causas del retraso, no implica una teoría precisa de la discapacidad intelectual, ni una determinada propuesta de intervención, pero nos aporta el poder fijar los objetivos educativos para cada sujeto. Si la disfunción en los procesos de maduración y/o de aprendizaje son responsables del retraso, será necesaria alguna intervención que facilite tales procesos, de ahí que este modelo utilice instrumentos de descripción y evaluación, más bien cualitativos, que trazan con rigor la secuencia de adquisiciones propias de cada momento evolutivo y en consonancia con ello, definen la progresión en cada área de desarrollo del sujeto con discapacidad. Lo que en definitiva permite la intervención, proponiendo objetivos de un nivel inmediatamente superior al adquirido por el sujeto en las áreas atrasadas.

Las críticas más relevantes que se le han hecho son las siguientes: la mera discapacidad no implica siempre retraso. Podemos observar como algunos niños se retrasan en la adquisición de algunos aprendizajes básicos y con el paso del tiempo remontan esos desfases, acoplándose a los niveles de desarrollo de su grupo concreto de edad. Los sujetos con discapacidad intelectual no adquieren la plenitud de sus capacidades mentales más tarde, la experiencia nos dice que ciertos niveles no los alcanzan nunca; su discapacidad no consiste en seguir más despacio las pautas de desarrollo, la pauta misma suele ser diferente, extraña e idiosincrática.

3.1.3. MODELO DINÁMICO

En los comienzos de la escuela psicoanalítica se consideró que el psicoanálisis era impracticable con los personas con discapacidad intelectual. Sólo a comienzos de 1960 un cierto número de especialistas, al parecer estimulados por Lacan, empezó a preocuparse por ellos. Según este modelo, la discapacidad intelectual es un fenómeno secundario respecto a estructuras y procesos más básicos en los que está implicada la personalidad entera o al menos otras instancias no tan convencionales como la inteligencia, capacidad intelectual o aptitudes. Una de las versiones más sencillas del enfoque psicodinámico es la que considera a estos sujetos como deficientes

motivacionales antes que personas con discapacidad intelectual. Su pobre rendimiento en las diversas tareas lo atribuyen, no tanto a una capacidad intelectual baja, cuanto a una pobre o inadecuada motivación.

Desde este punto de vista, la discapacidad intelectual es expresión o manifestación de un fracaso temprano radical en acceder a la simbolización y al yo. Algunos autores, como por ejemplo Lang, en 1973 (citado por Fierro, 1984a), consideran la deficiencia como un síndrome psicopatológico. Mannoni en 1964 publicó *L'enfant arrièrè et sa mere*, la obra de esta autora atrajo la atención y las críticas sobre su concepción dinámica y estructural de la discapacidad intelectual. Afirma que el CI no cuenta tanto como supone el modelo psicométrico, de hecho personas con una misma capacidad intelectual tienen diferentes éxitos escolares y sociales, tras lo cual, concluye que lo más importante es el contexto afectivo en el que surge la debilidad mental.

Esta autora pensó que es la relación con la madre la que determina la dinámica de la persona con discapacidad intelectual, son las fantasías y el deseo de la madre los que conducen al niño ineludiblemente a la discapacidad. Considera que para estudiar al niño discapacitado ha de estudiarse a la familia. Observa que, por lo general, uno de los padres (generalmente el padre) está “ausente” de la relación, lo que imposibilita la triangulación y la simbolización de la angustia de castración y, con ella, la función simbólica y el pensamiento abstracto en general. Se trataría de madres que presentan un vacío vivencial que intentan llenar con ese hijo, haciendo de él su propio síntoma.

La intervención consiste en investigar la vida familiar y estudiar el sentido que la debilidad de su hijo tiene para los padres. Esto no significa que haya que tratar a los padres. Simplemente, hay que hacerles comprender la relación de su propia historia con la génesis de las dificultades del niño, sin culpabilizarlos y revalorizarlos. La intervención con el hijo consiste en hacerle asumir su propia historia y su propio deseo, en lugar de hacer suya la problemática de su madre. Se trata de enseñar al niño a arreglárselas con los padres que tienen, sin pretender que éstos cambien.

Lang (1973) concibe la discapacidad intelectual como el resultado de una incapacidad (por diversas razones) de superar la fase depresiva descrita por M. Klein. Esa

incapacidad traería consigo un bloqueo de los procesos de simbolización y una inhibición en el campo de los conocimientos y de los procesos de aprendizaje. Desde este punto de vista, no existe distinción entre psicosis precoz y discapacidad intelectual. De este modo reformula la discapacidad como síndrome psicopatológico de expresión deficitaria, es decir, como trastorno cuya expresión fundamental consiste precisamente en el déficit (Fierro, 1984a).

Misés se preocupó, en esta misma década de 1970, de intentar agrupar las diferentes sintomatologías en diferentes categorías. Después de varios intentos de clasificación propuso la existencia de dos grandes categorías: las disarmonías evolutivas que en algún momento habían sido consideradas como pseudodeficiencias (por atribuirles una causa relacional y por lo tanto recuperable) y las deficiencias homogéneas o verdaderas deficiencias (de origen biológico, fijas, poco o nada recuperables). Con el paso del tiempo observó que toda discapacidad intelectual en un principio es disarmónica y poco a poco se van viendo afectados cada vez más procesos y actividades mentales, es decir, las dificultades se van homogeneizando, por lo tanto consideró una sola categoría, con la particularidad de que mientras ésta es disarmónica, es recuperable. Al ir haciéndose más armónica se vuelve más inmóvil, fija e irrecuperable. Huyó de las simplificaciones y reducciones y precisó que el diagnóstico debe ser el producto de un enfoque multidimensional y pluridisciplinar en el que entren en consideración factores biológicos (neurofisiológicos y bioquímicos), factores relacionales y factores capacitarios.

Otros autores psicoanalistas piensan que la discapacidad intelectual es una estrategia de defensa, a semejanza de las psicosis o neurosis pero diferente de éstas, una estrategia de protección del yo en su trato con la realidad.

Podemos concluir que desde las escuelas psicoanalíticas también se ha estudiado la discapacidad intelectual. Se han realizado intentos de comprenderla y explicarla desde una perspectiva dinámica-afectiva, que al menos en Misés se hace más comprensiva e integradora (Benedet, 1991a). Desde esta perspectiva se pierde, en cierto modo, la inmutabilidad que la concepción tradicional psicométrica tendía a atribuir a la discapacidad intelectual.

Los planteamientos psicológicos que explican la discapacidad intelectual están hoy, por lo general, bastante alejados del psicoanálisis y son numerosas las críticas expresadas, así por ejemplo: no se puede hoy en día pensar que la génesis de las dificultades de la discapacidad intelectual sea debido al vacío vivencial de los padres. Esta afirmación carece de investigaciones, se basa en estudios de caso e informa a través de estimaciones subjetivas (Aguado, 2002). Por esta y otras razones, algunos autores consideran que no es un modelo científico (Pelechano, 1991).

3.1.4. MODELO CONDUCTISTA Y FUNCIONAL

El análisis conductual surgió en el momento de auge de las teorías operantes, imponiéndose con mucha fuerza frente al modelo médico y al psicoanalítico de la discapacidad. Esta teoría supuso una revolución con respecto a posiciones anteriores, ya que se pasó de considerar que el punto de atención principal es la persona afectada, a pensar que lo prioritario y fundamental es el estudio de la conducta del discapacitado. Este modelo se basa en la objetividad y experimentación, centrándose en las relaciones causales entre los fenómenos ambientales y la conducta. Las primeras aportaciones que se hicieron desde este modelo se produjeron, como veremos, hacia 1966.

El conductismo no habla de deficiencias, ni de retraso mental, ni de discapacidad intelectual, sino de conducta retrasada, rehúsa todo tipo de etiquetas descriptivas (que juzga carentes de valor), y centra su interés en las técnicas eficaces para crear repertorios de aprendizajes más completos. La conducta retrasada, como cualquier tipo de conducta es susceptible de ser cambiada. Se espera que la modificación de la situación, de las experiencias y de los estímulos (tanto en los antecedentes como los consecuentes) contribuya a transformar la conducta misma, los hábitos aprendidos, el nivel de rendimiento y la calidad de la ejecución en distintas tareas tanto escolares como de la vida cotidiana (Fierro, 1999).

La relación estímulo-respuesta ha de ser estudiada, tratada por sí misma, con independencia de las bases orgánicas o de la historia previa de estímulos y de refuerzos del sujeto. Considera necesario llevar a cabo un análisis funcional en el que interesan las relaciones actuales de estímulo-respuesta que rigen la conducta retrasada observable.

Con su insistencia en los determinantes actuales de la conducta, en relativa independencia de los factores biológicos y de la historia pasada de aprendizaje, y con su tesis de que toda conducta puede ser modificada si acertamos en la identificación y manejo de los estímulos que la controlan, este modelo ha contribuido a crear una gran esperanza y optimismo en las posibilidades del tratamiento de las personas con discapacidad intelectual. Esta amplia confianza en el potencial de las técnicas de modificación de conducta para abordar los problemas de la discapacidad intelectual se ha visto un tanto castigada por dos hechos que restringen mucho su alcance más allá de las sesiones de intervención, como comenta Fierro (1984a): por un lado, la dificultad que tiene las personas con discapacidad intelectual de mantener fuera de las sesiones de intervención los comportamientos adquiridos dentro de ellas y por otro, en su incapacidad de dar respuesta a una de las dificultades más características de las personas con discapacidad intelectual, el transferir aprendizajes de unas áreas conductuales a otras e incluso de unos comportamientos a otros, en generalizar.

El análisis funcional de la conducta y del desarrollo retrasado así como la práctica de la modificación de conducta, se impuso en muchos sectores (Estados Unidos, y algunos profesionales en Europa). El trabajo de Bijou (1966) fue el detonante, al expresar con gran coherencia las características de un análisis conductista de la discapacidad intelectual, huyendo de las explicaciones biológicas y de la capacidad intelectual. Su enfoque de discapacidad lo justificó como consecuencia de historias inadecuadas de refuerzo y discriminación. Otros autores como Ribes, 1972; Kierman, 1973 y Barret, 1977 (citados por Fierro, 1984a) continuaron la labor comenzada por Bijou, aportando desde este modelo conductual y funcional las explicaciones conceptuales de la discapacidad intelectual.

En la actualidad, el modelo de análisis funcional tiene mucha aceptación a la hora de tratar las conductas inadecuadas que presentan las personas con discapacidad intelectual, los estudios que se realizan están aportando nuevas luces explicativas en el análisis de las conductas (Carr, 1996, 1998; Canal, 1998; Sturmey, 1999; Canal y Martín Silleros, 2002 y Luckasson y cols., 2002).

3.1.5. MODELO COGNITIVO

Este modelo se denomina específicamente como micrométrico y procesual. Lo de “micrométrico” se refiere al hecho de que los fenómenos psíquicos considerados y medidos son relativamente microscópicos, frente a la magnitud de los problemas evaluados en las pruebas clásicas de inteligencia y en las líneas de base del análisis conductual (Fierro, 1984a).

Para estudiar desde este modelo a las personas con discapacidad intelectual se ha usado principalmente la perspectiva del procesamiento de la información. La psicología cognitiva y del procesamiento de la información estudia, de forma parcelada, cómo el individuo percibe los estímulos que nos proporcionan información, cómo los codifica, los almacena, los transforma, cómo accede a ellos y los recupera, cómo los utiliza en la solución de diferentes tareas o situaciones y cómo controla a nivel global toda esta actividad mental. Es decir, lo esencial es atender a los procesos cognitivos implícitos en toda tarea de aprendizaje, a través de estos procedimientos se pueden examinar los mecanismos con los que se adquiere y elabora la información.

Para Fierro (1990), la discapacidad es conceptualizada como resultado de un conjunto analizable de disfunciones en procesos cognitivos, en diferentes momentos del procesamiento humano de la información: percepción, memoria, formación de conceptos, de reglas, etc.

Los primeros trabajos (Watson, y Lawson, 1996 y Zigler, 1967 -citados por Benedet, 1991a-), desembocaron en el estudio de los procesos psíquicos superiores que intervienen en el aprendizaje, principalmente la atención, memoria, motivación, funciones ejecutivas y autocontrol. Los posteriores estudios se han dedicado a trabajar diferentes aspectos: por un lado, qué procesos del aprendizaje son estructurales, y por lo tanto no entrenables y qué aspectos son procesos de control, y por lo tanto es posible y preciso entrenar. Por otro lado, les ha interesado conocer en qué medida los componentes estructurales son fijos o bien se desarrollan a lo largo de la vida, y por último hasta qué punto los componentes estructurales imponen limitaciones a los procesos de control.

Diferentes autores han trabajado recientemente con estos temas, por ejemplo, Brown y Campione (1992), Campione y Brown (1987), Feuerstein y cols. (1978), Fisher y Zeaman (1973); Sternberg, (1992, 1998a), etc. A estos autores les interesó e interesa saber las disfunciones en estrategias cognitivas que están ausentes o deficitarias y que se supone pueden ser susceptibles de intervención. Se han interesado principalmente por los déficits en metacognición, en los procesos ejecutivos, en los procesos de transferencia o generalización y en las limitaciones en el proceso mismo de aprender. Feuerstein (1979, 1980) que opina que la persona con discapacidad intelectual puede desarrollar sus funciones cognitivas deficientes mediante un entrenamiento centrado en el fuerte interaccionismo entre examinador-examinando y utilizar en el aprendizaje la metacognición.

El grueso de las investigaciones lo que han encontrado es, que sin perjuicio de la indudable evidencia de específicos déficits en ciertas fases operacionales y/o funciones del proceso cognitivo, las disfunciones más patentes son las que se dan en las estrategias o procedimientos generales con que estos sujetos abordan la información, la experiencia y las tareas. Los déficits más graves parecen estar relacionados con la capacidad de generalizar, transferir y aplicar estrategias ya aprendidas a situaciones y problemas distintos de aquellos en los que fueron adquiridos (Fierro, 1999) y a la metacognición, pues consideran que son los procesos superiores de la inteligencia los que no se utilizan de forma adecuada (Sternberg, 1998b).

En definitiva la perspectiva cognitiva pone el énfasis en los procesos y en la mejora que se puede lograr con el entrenamiento cognitivo. Pretende evaluar cualitativamente los déficits, para enseñar a los alumnos las conductas estratégicas necesarias para realizar distintas tareas y su transferencia a los distintos dominios de la vida. Se preocupa por el cambio cognitivo y por el procesamiento de la información que originará el resultado final.

Las críticas que se han venido haciendo a este modelo podrían sintetizarse en los siguientes aspectos: Por un lado, se considera que la discapacidad intelectual aparece ligado no tanto a déficits específicos cuanto a un déficit generalizado (en las estrategias globales del sujeto a lo largo del procesamiento completo y en la capacidad de transferir

de unos aprendizajes a otros). Otro aspecto se vincula con la distinción entre los aspectos estructurales o de capacidad y los funcionales o de programación y uso en el procesamiento cognitivo. Mientras la discapacidad intelectual sea debida a disfunciones, a una inadecuada programación cognitiva del sujeto hay esperanzas de mejora mediante el tratamiento, pero si consideramos que alguna parte de él, quizá la mayor parte, se debe a déficits estructurales y no sólo funcionales, por su naturaleza serían muy resistentes a cualquier posible modificación. En este último caso, el análisis microprocesual de la psicología cognitiva nos habría ayudado mucho a conocer el detalle de las dificultades de procesamiento en las personas con discapacidad intelectual, pero habría contribuido poco a poder superarlas.

3.1.6. MODELO ECOLÓGICO

Este es uno de los modelos recientes y complejos que tiene en la actualidad gran relevancia en el campo de la discapacidad. En muchas ocasiones, para explicar la discapacidad se parte de un modelo ecológico y funcional en el que se interrelaciona la persona con el ambiente. En los últimos años se han producido avances en la comprensión de las personas con discapacidad que se han visto reflejados en una serie de definiciones admitidas por organismos relevantes del mundo de la salud. Estos cambios han afectado de una manera decisiva especialmente en la concepción de las personas con discapacidad intelectual. En esta concepción la discapacidad intelectual es interactiva y cambiante en función de una situación concreta, es decir, depende de las limitaciones que presenta la persona y los apoyos que aporta el ambiente concreto donde se halla el individuo con esas limitaciones.

Siguiendo a Ammerman (1997), las actuales tendencias en investigación sobre discapacidad se basan en un modelo ecológico. Este modelo tiene mucho que ofrecernos a quienes trabajamos con personas con discapacidades. Es un punto de partida esencial para comprender al individuo, tanto con vistas a la intervención clínica, como al diseño de investigaciones.

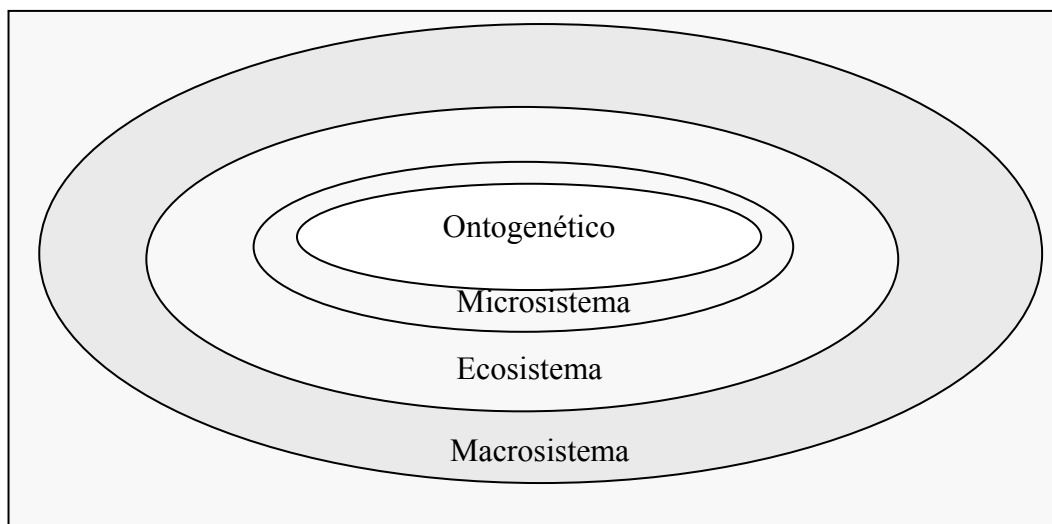


Gráfico 2.2. Modelo ecológico. Fuente Ammerman 1997, p. 8.

En su teoría incluye cuatro sistemas: proceso, contexto, tiempo y persona. En el campo de la discapacidad, los mayores avances se han realizado en las áreas de la persona y del contexto, mientras que los procesos y el tiempo han sido sistemáticamente ignorados. La persona se ve influenciada por estos cuatro sistemas. El desarrollo, que incluye las capacidades y limitaciones que la persona puede manifestar en diferentes momentos de su vida, está determinado e influenciado por fuerzas provenientes de esos niveles o sistemas sociales en los que vive. Esas fuerzas se combinan e interactúan entre ellos de modo complejo, en diferentes niveles, originando resultados únicos en todas las personas:

- El primer nivel, denominado "ontogénico" refleja las características del individuo. Estas incluyen variables como el CI, las competencias adaptativas, la apariencia física, el temperamento y la personalidad.
- La familia del individuo constituye el "microsistema". Puede mostrar diferentes características que influyen directamente en el sujeto y se ven influenciadas por factores provenientes del nivel ontogénico. Las familias pueden comunicarse adecuadamente y ofrecer sistemas de apoyo, por lo que se consideran familias funcionales, o no realizar estas actuaciones de forma adecuada, por los que se consideran disfuncionales.

- El "ecosistema" (o "mesosistema") refleja la comunidad (también se incluye la institución prestadora de servicios) donde viven la persona y su familia. También en este caso, algunas comunidades son fuente de apoyo, tanto emocional como económico, mientras que otras ofrecen poco apoyo para los niños y sus familias.
- Por último, estos sistemas están dentro del "macrosistema" (o "megasisistema") que refleja las fuerzas sociales, culturales y políticas más amplias. Se considera, por ejemplo, que el amplio estigma social de la discapacidad se perpetúa en este nivel. Por regla general, los clínicos, educadores y asesores, suelen intervenir en los niveles ontogenético o del microsistema. A veces pueden también influir en el ecosistema, aunque las fuerzas que afectan a este nivel suelen estar lejos de un control aceptable.

Este enfoque propone que no solo la persona debe ser evaluada sino los ambientes en los que interactúa así como la propia interacción. Es decir, la evaluación no solo se realiza sobre el sujeto sino también sobre los servicios y programas que recibe la persona con discapacidad intelectual. En este caso, la tarea esencial no va a ser diagnosticar y clasificar a los individuos con discapacidad intelectual y con esa información determinar los tratamientos y servicios que necesitan, sino evaluarlos multidimensionalmente según su interacción con los contextos en los que se desenvuelven y basándose en esa evaluación del individuo y del ambiente, determinar los tratamientos y servicios que precisa. Evalúan al sujeto desde la interacción con otras variables externas y tienen una finalidad integradora (Verdugo, 1994a).

La naturaleza dinámica del modelo ecológico, tiene importantes implicaciones tanto para la comprensión clínica de las personas con discapacidad como para la elaboración de diseños de investigación. Siguiendo a Ammerman (1997), el modelo transaccional, representa dos estados (Gráfico 2.3.): flexibilidad a la izquierda y riesgo a la derecha. Ambos están relacionados en última instancia con el resultado evolutivo:

- Determinados factores que influyen en el niño a lo largo del desarrollo pueden servir para incrementar la probabilidad de obtener un pobre resultado. Estos se

consideran factores "potenciales" que incrementan el riesgo: la pobreza, abuso de sustancias, maltrato infantil y entorno poco estimulante, son algunos de los factores que pueden incrementar el riesgo de un pobre desarrollo final. Ciertos factores de la discapacidad pueden también incrementar el riesgo.

- Por otro lado, algunos factores tienen una naturaleza "protectora" y sirven para promover la flexibilidad y disminuir la probabilidad de un pobre desarrollo final. El apoyo social, una educación enriquecedora y unos servicios educativos apropiados, son ejemplo de factores que ayudan a potenciar el desarrollo del niño, y que compensan la influencia de las variables negativas.

Tanto los factores potenciadores como los protectores pueden ser estables o transitorios, los factores estables son relativamente inalterables; otros, sin embargo, son transitorios e intermitentes y su influencia se incrementa y disminuye tanto en presencia como en intensidad. La naturaleza transaccional del modelo ecológico demuestra que las personas se encuentran en un estado de cambio constante, influyendo y siendo influidas

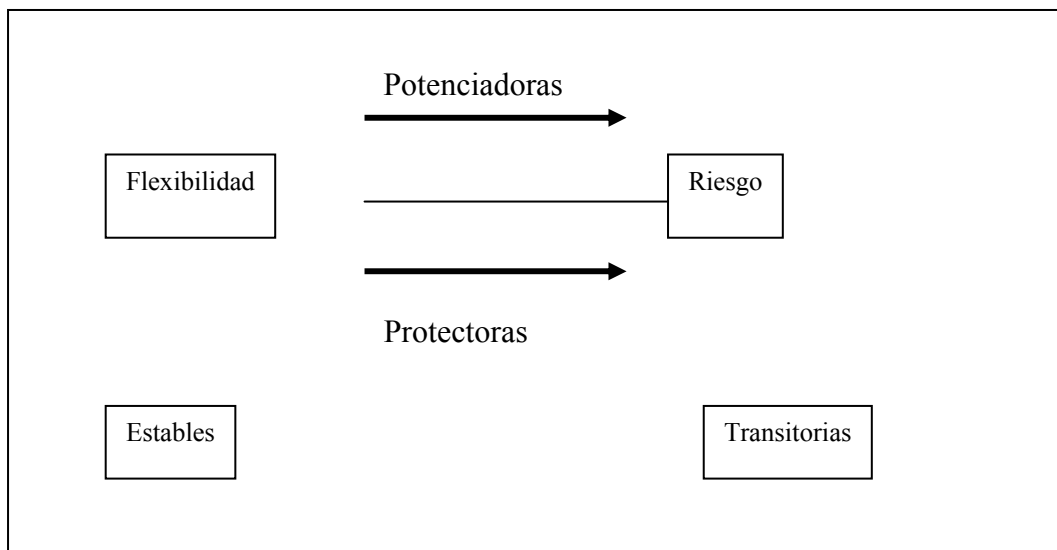


Gráfico 2.3. Dinámicas transaccionales del modelo ecológico. (Ammerman 1997, p.8).

por los diferentes contextos y sistemas en los que viven y trabajan. Por supuesto, los cambios son claramente más rápidos durante la infancia y la adolescencia.

Este modelo ecológico tiene importantes implicaciones prácticas tal y como propone Ammerman (1997). Según este autor, las dificultades de aprendizaje tienen implicaciones en el sistema ontogenético, la desadaptación familiar, en el sistema microgenético, las relaciones entre iguales en el ecosistema y las actitudes hacia la discapacidad en el macrosistema. También se puede afirmar como lo hace el autor que:

“La calidad de la investigación sobre discapacidad dependerá en gran medida del conocimiento y utilización de este modelo ecológico en los estudios científicos. Este modelo tiene importantes implicaciones prácticas” (Ammerman, 1997, p.9).

La relevancia de este modelo nos parece importante. Cabe esperar que continúen y se consoliden los estudios iniciados y en años venideros se amplíe o adhiera sus postulados a otros modelos, como ya nos consta se está empezando a hacer.

3.1.7. MODELO DE LA INNOVACIÓN SOCIAL EXPERIMENTAL

La necesidad de un replanteamiento de lo que significa ciencia y de su aplicación al mundo social y personal lleva a Pelechano (1980, 1981, 1986, 1987a), a proponer el marco conceptual de innovación social experimental, en el que se viene trabajando desde hace ya más de dos décadas.

Este modelo asume una actitud propia de la intervención comunitaria. La sensibilidad ecológica está presente al proponer una actuación en los distintos niveles de contextualización del individuo, con la consiguiente pluralidad de análisis y flexibilidad evaluadora. Implica además, un reaceramiento de disciplinas tradicionalmente alejadas, como análisis psicométrico, análisis funcional y análisis organizacional, personalidad, terapia, etc. Remite al análisis de parámetros (en el que se relacionan personalidad, motivación y rendimiento dentro de una consideración paramétrica de la estimulación) (Pelechano, 1973, 1989, 1996d) frente a la teorización de los niveles de procesamiento o variables de la persona, a la hora de explicar la varianza. Por último, reorienta la investigación y propone una mayor conexión entre los distintos ámbitos de estudio y análisis, así como la implantación social de los resultados de investigación. Los postulados básicos que definen este modelo pueden resumirse en (Pelechano, 1980, 1981, 1986, 1987b):

- 1.- La psicología es una ciencia social, actualmente en situación de crisis estructural, no coyuntural, ante el descontento con los modelos epistemológicos y metodológicos naturalistas. Como ciencia social propone la contextualización social de los procesos psicológicos y la consideración social en la determinación de variables y en la valoración de la acción.
- 2.- Se define como un modelo de intervención comportamental, es decir, la conducta sirve como criterio último de cambio a partir de indicadores directos (observación y registro) e indirectos (pruebas psicológicas convencionales). Ello implica distintos niveles de análisis de la conducta.
- 3.- El objetivo básico es la planificación del cambio humano en el plano individual e institucional. Son ámbitos prioritarios de intervención el mundo educativo, el campo de la marginación y el área de la discapacidad.
- 4.- Reorientación de la investigación, acercamiento del laboratorio al ámbito natural de los problemas humanos e implantación social de los resultados de la investigación.
- 5.- Propuesta intermedia que incorpora técnicas de análisis provenientes del mundo psicométrico clásico, análisis funcional de conducta, análisis organizacional y ecológico.
- 6.- Existencia de distintos niveles de análisis y con distintas estrategias de actuación. Se pretende superar la dicotomía, comprender los hechos y mejorar el estado de los mismos.
- 7.- Incorporación de pluralidad de teorías y modelos que poseen en común el requisito de ser científico-positivos: modificación de conducta, medicina comportamental, psicología comunitaria, psicología social, psicología preventiva, ecopsicología comportamental. Ante la carencia actual de un modelo integrado, se propone un modelo integrador de tales modos de actuación.

8.- Selección de problemas relevantes desde el punto de vista científico-teórico y, también, personal-social. El objetivo es la aportación de soluciones a los problemas sociales, pero no desde un psicologismo, sino desde la colaboración interdisciplinar. Se conceptualiza el mundo social, no como marco de "aplicación" de los conocimientos científicos, sino su lugar de extracción, elaboración y contrastación.

9.- La potenciación de la participación de paraprofesionales posibilitará la puesta en práctica y extensión de las estrategias de actuación.

Como vemos, Pelechano aboga por “...recoger aquellos elementos que, aunque dispersos, sean valiosos para generar modelos más poderosos que los actuales, diversificados y que posibiliten una integración, ni ecléctica ni meramente sumativa-agregativa de los datos y resultados que se conocen” (Pelechano, 1996a, p. 381).

Desde este modelo se viene trabajando hace tiempo y ya se cuenta con resultados positivos, concretamente en el campo de la discapacidad intelectual (Programa de Educación Especial en la Comunidad Cantabria, Pelechano, 1987b). Pero esto no es todo, como expone Alcedo (1999, p.72), también se han obtenido:

“Buenos resultados en programas para la integración de personas con deficiencia visual (Pelechano, 1990, 1993, 1996b; García, Pelechano, Hernández, García de la Banda e Ibáñez, 1996; Hernández, Pelechano, García, García de la Banda e Ibáñez, 1996), en programas de cambio de actitudes hacia la integración de personas con discapacidad (Aguado, Alcedo y Flórez, 1998), en la evaluación de discapacitados físicos motóricos (Alcedo y Aguado, 1998) y en la evaluación multidimensional de lesionados medulares (Aguado y Alcedo, 1998; Aguado, Alcedo, Rueda y González 1998), así como en otras áreas, en enfermedades crónicas (Pelechano y Hernández, 1996), en personas de tercera edad (Pelechano, 1991; Pelechano y de Miguel, 1994, 1996; de Miguel y Pelechano, 1996a, 1996b), en programas de intervención para cuidadores de enfermos de Alzheimer (Aguado, Alcedo y Suárez 1998), en el campo educativo (Pelechano y González, 1996a, b; González y Pelechano, 1996; Pelechano y Joly, 1996a, b; Trianes y Muñoz, 1996) y en entorno penitenciario (Báguena y Beleña, 1996).

Todo lo expuesto, pone en evidencia el valor de este modelo al abordar un problema, en él se integran los planteamientos de los modelos científico-positivos más tradicionales.

Pero además, presenta una ventaja adicional, al abogar por la descripción encaminada a la intervención se beneficia no tanto el mero conocimiento per se, con el colectivo de personas con discapacidad mental.

3.1.8. MODELO INDEPENDING LIVE O VIDA INDEPENDIENTE

Defiende que la concepción de la discapacidad es una “construcción social” impuesta y plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico. Este modelo define el significado y consecuencias de la misma de acuerdo con la actitudes, prácticas y estructuras institucionales más que por la deficiencias en si (Schalock, 1997) y lo que persiguen es la reducción al máximo de barreras sociales que limitan a los individuos con deficiencias (Verdugo, 1999b). Es decir, ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no exclusivamente como una característica de la persona.

Como ya se ha comentado en la discapacidad hay un substrato médico-biológico, pero lo realmente importante es el papel que en la expresión de dicho substrato juegan las características del entorno, fundamentalmente el creado por el hombre. Y es justamente en la interacción de dichos déficits con el entorno, en la que se dan las “desventajas” que el individuo con discapacidad experimenta, y que en la práctica definen su estatus de discapacitado. Este enfoque tiende a localizar las limitaciones inherentes a la discapacidad en el entorno construido y en el entorno social, que impone estereotipos y limitaciones a la participación, justificándose además que las actuaciones no se planteen a nivel individual sino en el de la propia sociedad. Por lo tanto, las causas que originan la discapacidad son en gran medida sociales. Las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia.

Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad o la libertad personal, propiciando la inclusión social, sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación,

accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida y para ello, se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades. Este modelo ha sido la consecuencia de una larga lucha, plantada por las propias personas con discapacidad que ha tenido sus frutos en diversos ámbitos.

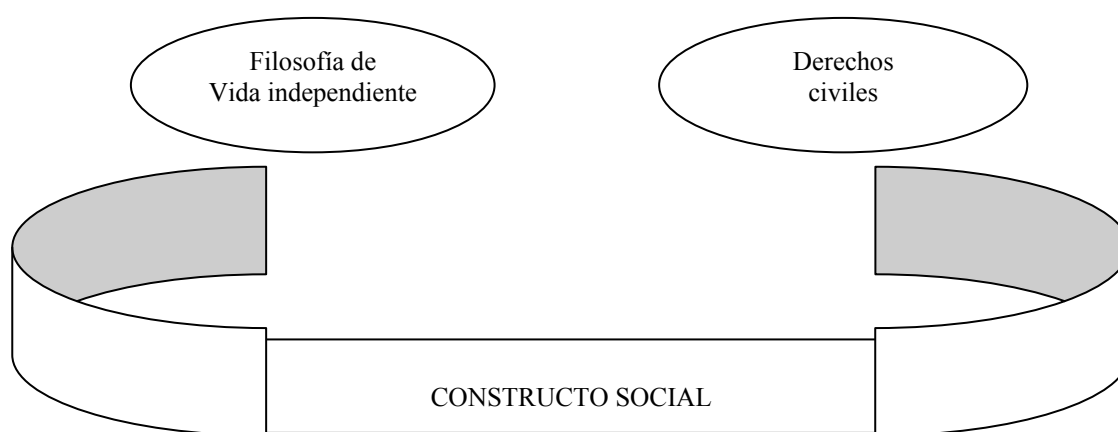


Gráfico 2.4. Modelo social de la discapacidad

Esta posición tiene más eco en otro tipo de discapacidades, léase de tipo físico o sensorial, que en la intelectual. En esta varias limitaciones y sus mayores aportaciones están en la crítica realizada a perspectivas exclusivamente biomédicas, psicopatológicas, psiquiátricas, sociológicas tradicionales y su redefinición de la discapacidad en términos de ambiente discapacitador, junto al hecho de situar de nuevo a las personas con discapacidad como ciudadanos con derechos, además de reconfigurar las responsabilidades en la creación, sostenimiento y superación de las discapacidades (Humphrey, 2000).

Recientemente son numerosos los países, instituciones internacionales, nacionales, locales, entidades públicas y privadas, etc. que han firmado su aneión a la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad potenciada por las Naciones Unidas en el que en sus 18 artículos se recogen los derechos fundamentales hacia las personas con discapacidad.

3.1.9. MODELO BIO-PSICO-SOCIAL

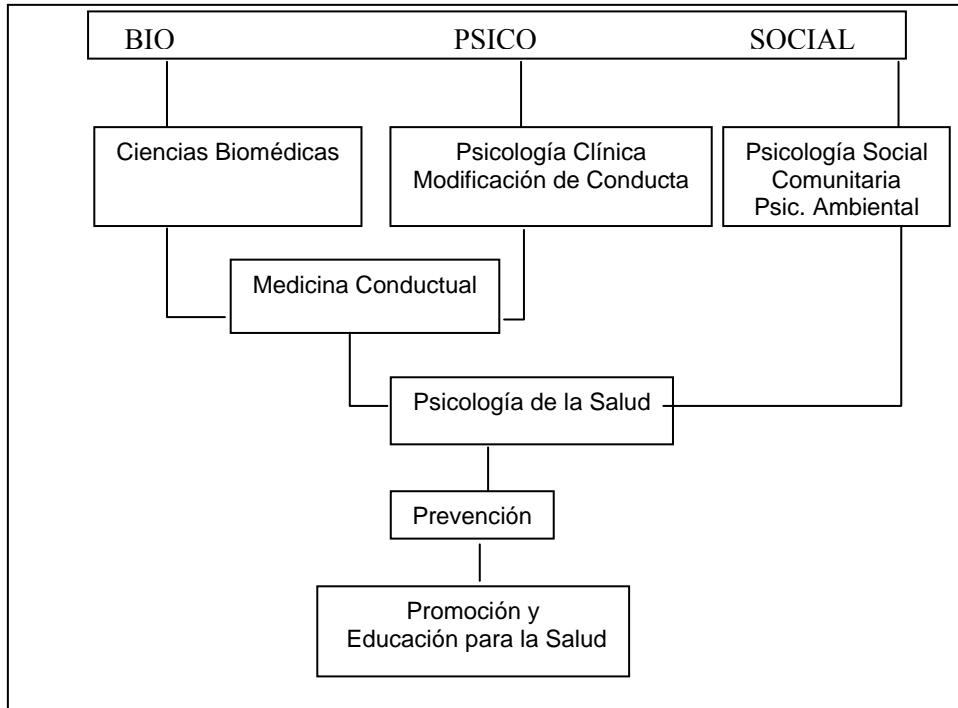


Gráfico 2.5. Relación existente entre diversas ciencias. Fuente: Buela-Casal y cols., (1996, p.9).

Este es otro de los modelos integradores y ecléctico que se nutre de variables propias de algunas ciencias: la biomedicina, la psicología clínica, conductual, social y ambiental. El gráfico 2.5, tomado de Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) expone la relación existente entre las diversas ciencias. Analiza y explica de manera amplia, entre otros campos, el de la discapacidad. Los primeros antecedentes de este modelo podemos encontrarlos en el manual de evaluación de Mittler (1970/1981). Sus trabajos en este sentido fueron continuados más tarde por Clarke y cols. (1985) y Jacobson y cols. (1996).

Uno de sus principales conceptos es la salud. En la actualidad la salud es entendida como un estado integral de bienestar que implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental. Esta concepción de salud está basada en este modelo multidimensional conocido como modelo bio-psico-social, o bio-psico-ambiental, donde las tres variables (la variable biológica, la psicológica y la del ambiente) se encuentran interrelacionadas y de su equilibrio depende la salud integral de la persona.

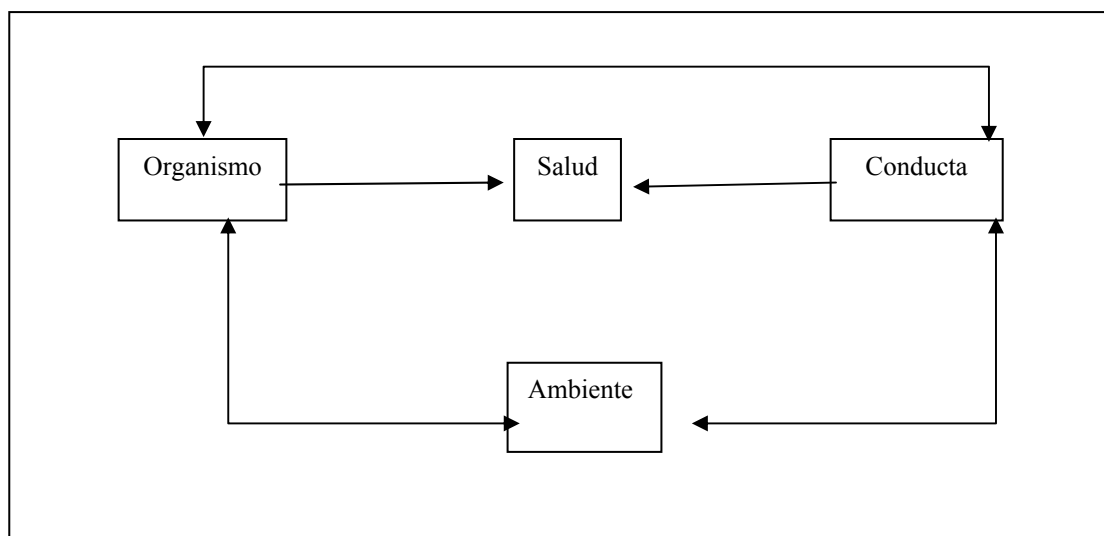


Gráfico 2.6. Modelo biopsicoambiental de la salud. (Buela-Casal y cols., 1996, p. 6).

El modelo resulta de utilidad para explicar la génesis y/o el mantenimiento de la salud, pero también de las enfermedades crónicas o funcionales. El objetivo ya no es tratar la enfermedad, sino conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores así como descubrir y contextualizar las discapacidades y el funcionamiento de las personas. Con este modelo se cumplen los objetivos que la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido como necesarios para comprender la salud (Buela Casal, Caballo y Sierra, 1996, p.7):

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y las técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.

5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan las personas al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser conscientes del estado y de las condiciones experimentadas por las personas en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas, en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes producen en los propios sujetos y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

A la vista de estas premisas, podemos decir que se trata de un modelo ambicioso que además de analizar la realidad personal a nivel constitucional y mental (biológico y psicológico), incluye al contexto como agente explicativo y de intervención en el estudio de los diferentes estados de salud psíquica y física, por lo que se le considera un modelo actual y oportuno. La Organización Mundial de la Salud, lo acepta y difunde como un modelo válido y adecuado para la explicación de las discapacidades (OMS, 2001a y OMS, 2001b). La gran complejidad que requiere su desarrollo, tanto práctico como teórico, conforma una de las principales críticas negativas ya que hace que, en ocasiones constituya más un reto y un desideratum que una realidad.

A lo anterior hay que añadir la dificultad que conlleva tener en cuenta la gran variabilidad y diferenciación humana, o lo que es lo mismo, la aceptación de modos,

estilos y formas de vida que representen modos diversos de vivir y afrontar un problema. Por todo ello estamos de acuerdo con Pelechano (1996a) cuando señala que cabe esperar relaciones distintas entre conceptos psicológicos y biológicos para distintas enfermedades, diferentes momentos del desarrollo de la enfermedad, distintos tipos de personas, distintos modos culturales de entender los signos y síntomas de una problemática y diferente nivel evolutivo de la persona que la sufre. Sin embargo,

"Esta diversificación se encuentra, hasta el momento, apuntada tan sólo en la bibliografía, pero carece de un análisis sistemático" (Pelechano, 1996a, p. 373).

Ante esta situación, compartimos con el mencionado autor, que defender un modelo bio-psico-social genérico sirve para considerar a la persona con discapacidad intelectual como una entidad completa y compleja en la que componentes constitucionales, mentales y sociales interaccionan constantemente influyendo en su desarrollo, maduración y aprendizaje. Somos conscientes de que los esfuerzos que hacen diversas instituciones y asociaciones (OMS, 2001b y AAIDD, 2002) por aplicar este modelo al ámbito de la discapacidad, y al de la discapacidad intelectual, darán sus frutos en un plazo más bien corto, lo cual nos congratula enormemente.

Un enfoque biopsicosocial de la discapacidad, tiene en cuenta la multidimensionalidad de la persona con discapacidad intelectual: analiza tanto las deficiencias, como los problemas en su funcionamiento, como las alteraciones médicas, como las actividades, comportamientos, como la habilidades del individuo en los distintos contextos donde interacciona y lleva a cabo su vida diaria. Se debe hablar de individuos con sus características personales y ambientales. Por lo tanto podemos resumir que el enfoque biopsicosocial es muy adecuado para el estudio de la discapacidad intelectual ya que favorece la integración de conocimientos e intervenciones de distintas disciplinas.

3.2. CONSIDERACIONES RESPECTO A LOS MODELOS

Pensamos que los modelos aquí presentados no son excluyentes entre sí. El psicométrico y el evolutivo por su grado de generalidad son compatibles con cualesquiera de los otros, pero incluso los que implican posturas teóricas muy dispares,

como el psicodinámico, al igual que los que quedan fuera de la psicología, como el modelo médico, el sociológico y el pedagógico pueden ser coordinados en pro de una complementariedad que ayude a la comprensión y análisis de la discapacidad. No es una compatibilidad fácil a simple vista, sin embargo, esta comprensión se facilita si pensamos desde el análisis que reconoce que el fenómeno de la discapacidad intelectual se haya multideterminado, es decir, son múltiples los factores que en ella intervienen.

En la actualidad predominan algunos enfoques en la construcción teórica de la discapacidad intelectual. Por un lado, el enfoque psicométrico ya que refina el juicio diagnóstico, es riguroso y confiere unidad de criterio, por otro lado, el modelo cognitivo, cuyo interés se centra en el análisis de los déficits en los procesos cognitivos, con el cual creemos necesario que se continúen las investigaciones, el enfoque funcional, centrado en el funcionamiento adaptativo de la persona con limitaciones en las actividades de la vida diaria, este es un modelo explicativo lleno de potencialidades y en continuo proceso de investigación, y por último, los modelos integradores que tienen en cuenta los aspectos más significativos del resto de los enfoques y disciplinas para explicar la interacción de los distintos aspectos en la concepción de la discapacidad.

Para finalizar este apartado hacer alusión a la necesidad de seguir investigando sobre la discapacidad intelectual y facilitar la integración de conocimientos de los distintos modelos y disciplinas ya que aun queda mucho camino por recorrer.

Nos parecen especialmente adecuados los tres últimos modelos que hemos presentado, son más complejos y globales, y por lo tanto, explican bien los aspectos generales de las personas con discapacidad (entre las que se encuentran las personas con discapacidad intelectual). La discapacidad intelectual, es una categoría que, como hemos dicho, aglutina a numerosas personas de muy diversa índole, de variada etiología, naturaleza y pronóstico. Entender que el funcionamiento de una determinada persona con discapacidad intelectual es el resultado de una combinación de factores exige más de una explicación y en la mayor parte de las ocasiones, a nuestro entender, hemos de echar mano a explicaciones amplias, abiertas, genéricas, como las que propone el modelo bio-psico-social, el de innovación social experimental o el ecológico.

Nos decantamos por uno de ellos en particular, consideramos que el que más puede favorecer a las personas con discapacidad intelectual es el modelo bio-psico-social, desde esta perspectiva está trabajando actualmente la Organización Mundial de la Salud, OMS y la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo, (AAIDD). Dicha Asociación ha completado la perspectiva de la OMS, la ha aplicado a la discapacidad intelectual y ha considerado la existencia de cinco variables multidimensionales: capacidades intelectuales; conducta adaptativa; participación, interacción y roles sociales; salud y contexto, a través de las cuales se pueden establecer las necesidades de apoyo que pretenden influir recíproca y positivamente en el funcionamiento de la persona. Esta visión funcional, multidimensional y proactiva de la discapacidad intelectual favorece en gran medida la evaluación, clasificación e intervención con estas personas. Llegados a este punto, una vez revisadas las aproximaciones explicativas de la discapacidad intelectual en las que ha quedado patente la diversidad de modelos, analizaremos los sistemas de clasificación en los que se pone de manifiesto de nuevo el pluralismo y la heterogeneidad. De estos sistemas hablaremos en el siguiente apartado.

4. CLASIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN

A lo largo de la historia, la clasificación de las conductas anormales o patológicas se ha planteado de dos modos diferentes, pero no por ello independientes. Según Ibáñez y Belloch:

"o bien se ha centrado en la elaboración de un sistema clasificatorio regido por unos presupuestos metodológicos comunes a todas las ciencias, o bien ha perseguido la adopción de unas normas clasificatorias subordinadas a la problemática presentada por los sujetos a clasificar, es decir, los sujetos anormales y/o enfermos" (Ibáñez y Belloch, 1983, p.119).

la tarea clasificatoria, bastante polémica y controvertida, ha generado muchos y variados sistemas de clasificación. Al hablar de sistema de clasificación queremos hacer referencia a aquel conjunto de categorías obtenidas a partir de determinados criterios, con el propósito de describir de un modo sistemático y comprensivo una determinada

parcela de la realidad (Vizcarro, 1992). No podemos entender los sistemas de clasificación como meras colecciones de términos, pues para llegar a constituir un verdadero sistema se deben cumplir una serie de requisitos mínimos, tal y como proponen Fernández y Luciano (1997): 1. Estar basado en hechos y no en conceptos, 2. Disponer de categorías o dimensiones claramente definidas, 3. Sustentarse sobre principios fijos y constantes, 4. Tener fiabilidad y validez, 5. Ser exhaustiva y 6. Ser parsimonioso.

Por su parte, González, Calvo, Benavides y Sifre (1998) plantean que un buen sistema de clasificación clínica debería tener las siguientes características: 1. Proporcionar información sobre la etiología del problema, 2. Ofrecer un lenguaje común que permita la comunicación entre profesionales, 3. Dar a los pacientes y familiares un panorama o pronóstico a corto y largo plazo, 4. Proporcionar claves para el tratamiento y 5. Sugerir formas de prevención.

De lo dicho hasta ahora, deducimos que la clasificación de los fenómenos relacionados con la discapacidad intelectual no es más que un caso particular de un proceso más amplio de categorización natural, mediante el cual organizamos el ambiente y establecemos una visión coherente del mundo, con el fin de comprender la realidad, lo cual constituye una expresión del funcionamiento cognitivo humano (Vázquez, 1985). La clasificación de las psicopatologías y de las deficiencias pretende proporcionar al científico y al clínico una serie de ventajas encaminadas a favorecer la economía cognitiva y la estructuración de los datos.

Antes de pasar a describir los sistemas de clasificación vigentes en la actualidad y su relación con la discapacidad intelectual, haremos una breve referencia a las valoraciones, tanto negativas como positivas, que distintos autores han realizado respecto a los mismos. En general, la clasificación se hizo bastante impopular entre los profesionales de la salud mental durante la primera mitad del siglo XX, época en la que comienzan a aparecer múltiples críticas hacia los sistemas de clasificación. El resumen de dichas críticas, según Blashfiels (1984), Achenbach y Edelbrock (1983), Belloch y Baños (1987), Butcher (1987), Fernández Ballesteros (1991) y Fernández y Luciano (1997), podría reflejarse en los siguientes aspectos:

- La baja fiabilidad derivada principalmente de la ausencia de acuerdo en los juicios diagnósticos establecidos independientemente por dos o más clínicos.
- La dudosa validez de los sistemas diagnósticos médicos tradicionales, basados en principios categóricos y tipológicos, sin datos objetivos que avalen la clasificación psiquiátrica ni la capacidad de predecir la efectividad del tratamiento.
- Los problemas metodológicos relativos a la necesidad de unicidad del criterio, exclusividad de categorías y exhaustividad.
- El riesgo de reedificación, parcialidad, subjetividad y simplificación.
- La capacidad de generar una estigmatización y desaprobación social de la persona. Las categorías diagnósticas funcionan como estereotipos y favorecen las actitudes negativas.
- El peligro de basar el pronóstico más en la categoría de diagnóstico que en las propias conductas observadas.
- La relatividad histórica y cultural de los síntomas patológicos que cuestiona la universalidad de cualquier sistema de clasificación.

A pesar de todas estas críticas, el interés por la clasificación continua, y además varios han sido los argumentos aducidos a favor de su necesidad y de las aportaciones de los sistemas de clasificación a la explicación y tratamiento de la discapacidad intelectual. En este sentido cabe destacar, siguiendo a Blashfiels (1984), Hersen (1988), Nelson-Gray (1991) y Rubin (1992) que la utilidad de los mismos está fuera de toda duda. Las razones, según los mencionados autores, son las siguientes:

- Proporcionan la nomenclatura y terminología necesarias para la comunicación de quienes trabajan en este ámbito. Por ello, suponen una importante vía de comunicación entre investigadores y clínicos.
- Sirven de base para la obtención de información descriptiva respecto a las entidades básicas, a la vez que posibilitan la acumulación de conocimientos clínicos en relación con cada categoría.
- Permiten hacer predicciones respecto a la evolución, resultado final y respuesta terapéutica de una determinada categoría diagnóstica.

- Son útiles de cara a la investigación epidemiológica y a la planificación de servicios asistenciales.
- Se muestran eficaces en la determinación y planificación de tratamientos específicos. Si bien la clasificación no es una condición suficiente, proporciona información útil y válida.

Desde el punto de vista práctico, parecen haber tenido mayor peso los argumentos a favor que las críticas. Estamos de acuerdo con Wicks-Nelson e Israel (1997, p. 99), cuando señalan que *“descartar por completo la categorización, incluso si esto fuera deseable, probablemente sería imposible”*. Igualmente apoyamos la idea de Belloch y Baños (1987) cuando afirman que es importante defender los sistemas de clasificación pues, siempre que tengan una organización válida, constituyen uno de los mejores métodos para organizar y comunicar información descriptiva con fines prácticos y de investigación. Ahora bien, como muy acertadamente señalan Wicks-Nelson e Israel (1997), abogar por la utilidad de la clasificación implica, a su vez, la necesidad de ser sensibles a los factores sociales inherentes al uso de categorías, a la condición social impuesta por una categoría y a la influencia de las etiquetas sobre niños, adolescentes y adultos. Tras estas consideraciones generales, pasamos a continuación a exponer los principales sistemas de clasificación de la discapacidad intelectual.

4.1. PRINCIPALES SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

En general, coexisten dos tipos de sistemas clasificatorios, los clínicos y los empíricos (Doménech y Ezpeleta, 1995).

- Los sistemas clínicos o categoriales se derivan de las observaciones de los clínicos a través del descubrimiento de las regularidades que aparecen unidas a ciertas características personales. Estas características, una vez organizadas, han servido de base para crear las categorías de diagnóstico. Son sistemas que provienen de la tradición médica y normalmente sus taxonomías se dirigen a categorizar los trastornos de los adultos, aunque incluyen algunos apartados dirigidos a las problemáticas infantiles y a los trastornos de aparición en la infancia y la adolescencia. El orden de las categorías puede dar lugar a distintas estructuras, así hablamos de estructura vertical o jerárquica

cuando las categorías se organizan en árboles diagnósticos, de estructura horizontal o multiaxial si las categorías se ordenan paralelamente y de estructura circular o circunpleja cuando el ordenamiento se hace según los rasgos de personalidad, si bien a este tipo de estructura se le considera más una herramienta académica teórica que un verdadero enfoque clínico. Los sistemas clínicos más conocidos son los Diagnostic and Statistical of Mental Disorders (DSM) y las International Classification of Diseases (ICD). En la actualidad está comenzando la utilización de otro sistema que no clasifica a las personas, sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios relacionados con el funcionamiento y la salud, nos referimos a la International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (revisión de la anterior International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), publicado con carácter experimental por la OMS, en 1980).

- Por otro lado, los sistemas empíricos, conocidos como diagnósticos estadísticos-multivariados, menos usados, se basan en el análisis estadístico (factorial y de cluster) de covariación entre signos y síntomas para la creación del esquema de clasificación. Nacen en el seno de la psicopatología como alternativa a la clasificación tradicional y se subdividen en clasificaciones categoriales, dimensionales y evolutivas. Aunque tienen las ventajas de evaluar a los niños y adolescentes en varias dimensiones (sin aplicar categorías diagnósticas) y de basarse en datos medidos (en vez de suposiciones), presentan las limitaciones de depender del tipo de muestra, de los instrumentos de evaluación utilizados y de los ítems seleccionados (Fernández y Luciano, 1997; González, Calvo, Benavides y Sifre, 1998). Ejemplos de este tipo de sistemas son el Child Behavior Checklist (CBCL), el Teacher Report Form (TRF) y el Youth Self-Report (YSR). A pesar de que los sistemas empíricos de clasificación aparecen como una alternativa metodológica y conceptual a los sistemas derivados clínicamente, comprobaremos que a nivel general ha primado la opción de la categorización y únicamente en el ámbito de la Psicopatología, los intentos de clasificaciones más dimensionales han hecho que los sistemas empíricos gocen de cierta relevancia. En cualquier caso, podemos afirmar con Achenbach (1988) que no existe una aproximación intrínsecamente más adecuada que otra para todos los casos, su adecuación variará en función del problema, del nivel de conocimiento del investigador o clínico y de las necesidades taxonómicas.

Los apartados siguientes tratan de analizar las características de los sistemas de clasificación clínicos o categoriales que mayor difusión han alcanzado y que en la actualidad son más utilizados por los profesionales de la salud mental. Comentaremos, en primer lugar los DSM, a continuación las CIE (ICD), y finalmente la CIDDM (ICIDM) y la CIF (ICF). En cada una de estas clasificaciones trataremos de reflejar su repercusión en el campo de la discapacidad intelectual.

4.2. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LOS DSM

En 1952, la American Psychiatric Association publicó su primera clasificación, el DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que en un principio constituyó una variante del CIE-6. Contenía un total de 108 categorías, los criterios eran poco claros y tuvo escasa aplicación, pero ya incluía categorías para trastornos intelectuales, con descripciones diagnósticas enfocadas al ámbito clínico y estadístico.

El DSM-II se publica en 1968, asumiendo los supuestos Kraepelianos y aglutinó 182 categorías diagnósticas que resultaron ser más una amalgama dada la diversidad de planteamientos recogidos (Achenbach, y Edelbrock, 1983) y la escasa validez de sus categorías (Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Munoz, 1972).

El DSM-III se edita en 1980, incluye 265 categorías e introduce una perspectiva sistemática de clasificación multiaxial, entre sus principales innovaciones, lo cual permite valorar un amplio rango de variables y la posibilidad de realizar diagnósticos múltiples. Los trastornos mentales se engloban en el eje I y II, en el III se incluyen los desórdenes somáticos, en el IV los estresores psicosociales y en el V el funcionamiento adaptativo. Este último manual se revisa en 1987, dando lugar al DSM-III-R, contiene ligeras modificaciones, entre ellas, aparece en el eje II, bajo el epígrafe de trastornos del desarrollo, la discapacidad intelectual. En el eje IV se hace distinción entre acontecimientos estresantes agudos y circunstancias duraderas. En el eje V se evalúa el nivel de adaptación.

La cuarta edición, el DSM-IV aparece en 1994, el abordaje de las problemáticas es mucho más completo. En el eje I se recogen los trastornos clínicos. La discapacidad

intelectual sigue reconociéndose en el eje II junto con los problemas de personalidad. El eje III está dedicado a las enfermedades médicas. El IV a las problemáticas psicosociales y ambientales y el eje V a la evaluación de la actividad global. En el año 2000 se publica la revisión de este último manual, el DSM-IV-TR, en esta última revisión se presentan pocos cambios. Se han ampliado los apéndices (de 11 en la versión anterior a 12). Los ejes siguen siendo los mismos, habiéndose mejorado las instrucciones para otorgar puntuaciones en el eje V relativo a la evaluación de la actividad global que posibilita el uso de un método en cuatro fases para evitar pasar por alto algún elemento. En cuanto a la discapacidad intelectual, sigue apareciendo en el eje II y se ha complementado la información sobre la asociación de ciertos factores etiológicos y trastornos comorbidos (por ejemplo el síndrome del cromosoma X frágil y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Admite la definición y los criterios propuestos en 1992 por la AAIDD (tal y como lo hicieron en la edición DSM-IV), y se diferencia de ésta porque en su clasificación se basa únicamente en el nivel de intensidad de la afectación intelectual medida a través del CI, asumiendo, por tanto, la clasificación propuesta por Grossman (1983). No tienen en cuenta ni la clasificación referida a la necesidad de apoyos de la AAIDD de 1992, ni otras posibilidades de clasificación que describe la AAIDD (2002). Explican sin embargo, tal actuación en el apartado “relaciones con otras clasificaciones de discapacidad intelectual”:

“El DSM-IV especifica los niveles de gravedad, mientras que el sistema de clasificación AAIDD, 1992 especifica patrones y grado de la asistencia que requieren... que no son directamente comparables con los grados de gravedad del DSM-IV” (American Psychiatric Association, 2002, p.55).

Pese a estos avances e innovaciones creemos que al igual que todas las anteriores ediciones DSM, su enfoque conceptual se centra demasiado en la etiología y en los aspectos biológicos, concediendo menor importancia a los efectos de las variables ambientales y contextuales, todo lo cual mantendrá la proliferación de críticas a este sistema de clasificación. Además, no creemos oportuno (como dicen algunos psiquiatras, Sturney, 1999 y otros) que a la discapacidad intelectual se le considere una enfermedad psiquiátrica equiparable a la depresión mayor o al déficit atencional con hiperactividad, aunque aparezca en el mismo sistema de clasificación. Consideramos desafortunado el que estén juntos en el mismo eje (II) los trastornos de personalidad y el

discapacidad intelectual; el eje III, enfermedades médicas parecen ser insuficientes y lo mismo ocurre con la actividad global del eje V, ya que el tipo de impacto de los acontecimientos puede diferir del sujeto normal (Salvador y cols., 2002).

Por otro lado, considera que los criterios diagnósticos no incluyen ningún otro criterio de exclusión (American Psychiatric Association, 2002, p. 54) por consiguiente, si se cumplen hay que prescindir de la posible presencia de otro trastorno, si esto fuera así, un trastorno de desarrollo como el autismo no podría impedir el diagnóstico de discapacidad intelectual.

Es oportuno valorar en las últimas versiones de los DSM la inclusión de los criterios de la novena versión del Sistema de la AAIDD, principalmente, por la difusión que desde este medio se ha dado en el ámbito más médico, pero, sin embargo, y pese a que el DSM-IV-TR es muy reciente, se ha quedado atrás tras la aparición de la última versión del Sistema de la AAIDD de 2002 y de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.

4.3. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DESARROLLADAS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En este apartado, vamos a hacer mención a los sistemas de clasificación que ha ido desarrollado la OMS. En primer lugar veremos los sistemas CIE, posteriormente nos centraremos un poco más en los sistemas de clasificación más cercanos a las personas con discapacidad: La CIDDM y la más reciente, la CIF. También expondremos el intento de Modificación del Sistema Internacional de Diagnóstico CIE-10 para las personas con discapacidad intelectual: Diagnostic-Criteria for Learning Disabilities, DC-LD editado en Inglaterra en el 2001.

4.3.1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LOS CIE (ICD)

La Organización Mundial de la Salud ha venido publicando, desde hace ya largo tiempo, la International Classification of Diseases (ICD), cuyos contenidos se refieren a las enfermedades, traumatismos y causas de defunción. En sus primeras versiones no incluía ninguna sección dedicada a los trastornos mentales, hubo que esperar a la revisión de 1938 para que se incluyeran, en una sección separada, cuatro subcategorías (discapacidad intelectual, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y trastornos mentales restantes). En la sexta edición de 1948, en la sección V, se presentó la primera clasificación internacional de trastornos mentales como una sección más del propio sistema de clasificación.

Debido a la importancia que fueron tomando los trastornos mentales como problema de salud pública, la octava edición ICD-8 de 1967, cuenta con un capítulo destinado a los trastornos mentales que incluye las características diferenciales de cada trastorno, su diagnóstico y tratamiento. Esta edición se puede considerar ya como un sistema consensuado.

Pero sería necesaria una nueva revisión en 1978 (ICD-9), para ver incluidos los trastornos infantiles en este sistema. Esta versión es, sobre todo, un instrumento de clasificación de enfermedades para codificar datos sobre morbilidad y mortalidad con fines estadísticos (Kramer, 1987). Sin embargo, resultó insatisfactoria, principalmente por la falta de criterios diagnósticos y de un sistema multiaxial que facilitara su uso para la determinación de trastornos. Una modificación de la ICD-9, con vistas a conseguir una mejor descripción del cuadro clínico del paciente, da lugar a la ICD-9-CM (Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, Novena Revisión). En esta versión se codifican niveles de deficiencia o subnormalidad ligera, moderada, severa y profunda. Esta clasificación considerada arcaica y estigmatizante por muchos profesionales estaba basada únicamente en criterios de CI.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la décima versión de su Clasificación Internacional de Enfermedades, conocida como ICD-10 (en castellano CIE-10). Esta última versión incorpora ya un sistema multiaxial y presenta una mayor

especificación de los conceptos que subyacen a cada trastorno, además incluye un capítulo dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento. Los trastornos psicológicos se agrupan en diez secciones. La CIE-10 es mucho más amplia que la CIE-9, tanto en categorías diagnósticas como en reorganización total. Dispone de una versión para la práctica psiquiátrica infantil y otra para la investigación, de forma que se cubren las necesidades de los distintos usuarios. La CIE-10 presenta una descripción de cada trastorno, el diagnóstico diferencial y los principales síntomas a tener en cuenta para el mismo. Por otro lado, la terminología que emplea es muy parecida a la que se utiliza en el DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR, las diferencias sustanciales se encuentran en la agrupación de los trastornos infantiles. Según esta versión, la discapacidad intelectual o discapacidad intelectual aparece en el capítulo V y se define por²:

“La presencia de un desarrollo mental incompleto, detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. La discapacidad puede ir acompañada de cualquier otro tipo de problema somático o mental” (OMS, 1992, p. 277).

Las dificultades de comunicación que pueden presentar estas personas pueden dar problemas a la hora de determinar la categoría diagnóstica a la que pertenecen, por lo que se hace necesario confiar más de lo habitual en los síntomas objetivos y estandarizados. Se atribuye al igual que en los DSM una importancia destacada a la inteligencia, ya que dependiendo de la capacidad intelectual que obtenga el sujeto se le clasifica en retrasado mental leve, moderado, grave, profundo, otro retraso mental y retraso mental sin especificar. De forma complementaria, se amplían y especifican para cada categoría diagnóstica las áreas de funcionamiento social que deben tomarse en consideración: habilidades sociales y responsabilidad, comunicación, habilidades de cuidado personal diario, independencia personal y autosuficiencia.

² (Esta definición la siguen manteniendo y así lo expresan en el "Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas" Editada en Ginebra por la OMS).

La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación global al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concreta. Se hace mención de los tests de cociente intelectual como una estimación estandarizada posible, así mismo se considera la existencia de escalas de adaptación y de madurez social aunque se hace una llamada de atención respecto a la necesidad de su adaptación cultural.

A este manual hay que reconocerle una agrupación más racional de los trastornos que trata y puede tener valor para asignar códigos que identifiquen la dimensión IV de salud, tal y como propone la AAIDD (2002, p. 103), Sin embargo consideramos que presenta problemas y limitaciones similares a los comentados en las últimas versiones del sistema DSM, aunque agravados por el hecho de que las pautas diagnósticas, las descripciones clínicas y las reglas de decisión son aún más imprecisas (Fernández y Luciano, 1997).

Ante esta situación, no parece que los sistemas de clasificación que hemos descrito hasta el momento resulten muy adecuados para clasificar la discapacidad intelectual. Las razones que avalan esta consideración son numerosas, como hemos ido viendo, entre las más decisivas está la fuerte adhesión a modelos bio-médicos de enfermedad y el no tener en cuenta los aspectos psicosociales inherentes a todo proceso de salud y enfermedad (Minaire, 1990). Son clasificaciones basadas en la topografía, no en el análisis de relaciones causales, con un carácter meramente descriptivo. Se corre el riesgo de proceder al etiquetaje dirigiéndose a la confirmación de determinados datos y a la ignorancia de otros (Cruzado, Labrador y Muñoz, 1993). Se basan como criterio delimitante y clasificatorio en el CI, postergando la conducta o las habilidades adaptativas. Por último, resultan restrictivos para nuestra disciplina puesto que se limitan a clasificar la discapacidad intelectual dentro de los trastornos mentales (la AAIDD, no acepta tal inclusión -AAIDD, 1992 y 2002-), y no abordan las implicaciones recíprocas con las actividades ni con la integración social de estas personas.

En función de lo anterior consideramos necesario, por su utilidad, exponer otros sistemas de clasificación propuestos también por la OMS, más relacionados con las personas con discapacidad. Nos estamos refiriendo, a la Clasificación Internacional de

Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad (CIDDM), este sistema ha quedado ya obsoleto al aparecer recientemente la nueva versión, sin embargo lo incluimos para detectar más fácilmente los cambios acaecidos en su revisión, la CIF, la cual analizaremos a continuación. Por último, también expondremos la modificación que se ha llevado a cabo en el Reino Unido siguiendo los consejos de la OMS (1992, p. 42) del sistema internacional de diagnóstico de tipo genérico CIE-10: el DC-LD.

4.3.2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS, CIDDM (OMS, 1980).

Frente a la concepción del Sistema de Clasificación de las Enfermedades citado anteriormente (cuyos contenidos son eminentemente médicos), las asociaciones y los profesionales comenzaron a plantearse una serie de cuestiones. Por un lado, fueron conscientes de que el modelo médico de enfermedad no llega a considerar las consecuencias que ésta puede tener, y muchas veces, son las secuelas de la enfermedad las que provocan alteraciones crónicas o irreversibles, es decir perturban la vida habitual de las personas. Por otro lado, se dieron cuenta de la confusión existente en cuanto al uso de los términos. Teniendo esto presente la Asamblea Mundial de la Salud adopta una resolución WHO 29.35, con carácter experimental, para que puedan ser valoradas y clasificadas las consecuencias duraderas de la enfermedad.

Por ello, la OMS edita en 1980 la “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease”. En España, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del INSERSO la tradujo y la publicó en 1983 y la denominó “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad CIDDM”. Este Manual ofrece una definición de enfermedad en la que incluye aspectos psicológicos y sociales.

“La enfermedad constituye una dificultad en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él. La persona enferma es incapaz de seguir desempeñando su rol social habitual y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás

(comprende graves enfermedades biológicas y también las enfermedades psíquicas)” (IMSERSO, 1997, p. 41-42).

Entre sus objetivos primordiales está el complementar la Clasificación Internacional de las Enfermedades y el de unificar criterios internacionales: Según esta clasificación, el proceso en el que se observan las dimensiones de la enfermedad queda reflejado en el gráfico 2.7.

“El manual es un instrumento taxonómico concebido con fines estadísticos y destinado a facilitar la tarea de los servicios llamados a ordenar con un criterio uniforme ciertos aspectos de la patología prevaliente en un país o región” (IMSERSO, 1997, p. 12).

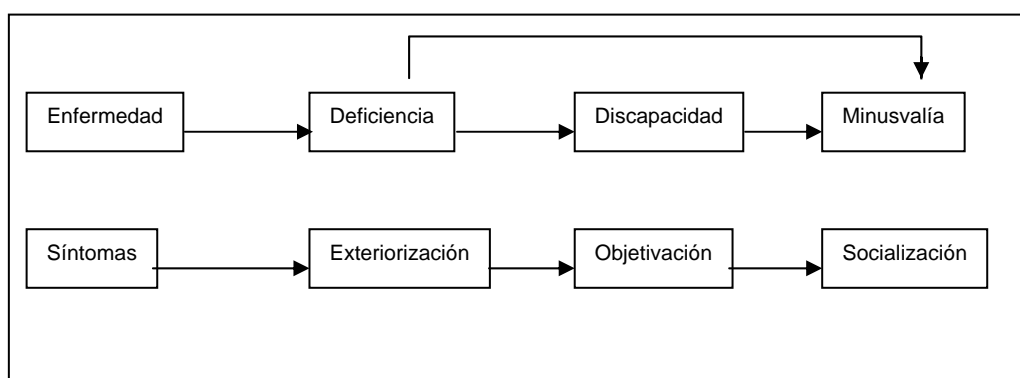


Gráfico 2.7. Dimensiones de las consecuencias de la enfermedad. (IMSERSO, 1997, p. 66).

Si lo analizamos detalladamente, se observa que: 1º. Se produce en las personas la situación intrínseca, los *síntomas*; 2º. La persona toma conciencia de las manifestaciones patológicas, *exteriorización*; 3º. Generalmente el rendimiento se ve alterado como consecuencia de la toma de conciencia del problema (discapacidades), *objetivización*; y 4º. O bien por esta toma de conciencia o bien por las alteraciones de comportamientos se puede colocar al individuo en una situación de desventaja en relación con sus iguales, esto último representa la minusvalía. En este apartado del proceso se refleja la respuesta de la sociedad: estatus, actitud, estigma, etc. La socialización es considerada como el aspecto más problemático de las consecuencias de la enfermedad.

Según lo expuesto en el gráfico anterior, el modelo presenta ciertas dificultades, pues aunque *“la representación gráfica pueda dar la impresión de que hay una progresión lineal sencilla, unidireccional, a lo largo de toda la secuencia, la situación en realidad es más compleja”* (IMSERSO, 1997, p. 66), a veces encontramos minusvalías sin discapacidad, deficiencias sin discapacidad, discapacidad sin minusvalía e incluso la secuencia invertida.

La CIDDM, como vemos, está estructurada en tres niveles: deficiencias, discapacidad y minusvalías, los cuales delimitan y matizan las consecuencias de la enfermedad o trastorno. Exponemos a continuación la definición de estos conceptos, ya que consideramos, tal y como pretendió la OMS, que su conocimiento ha facilitado un uso más adecuado de estos términos, si bien, su terminología no ha tenido en todos los países las mismas connotaciones.

- La deficiencia (Código DE) es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Es un término más genérico que el de trastorno, cubre también las pérdidas, por ejemplo, la pérdida de una pierna es una deficiencia, no un trastorno. La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio refleja perturbaciones a nivel de órgano.
- La discapacidad (Código DI) es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona. La discapacidad concierne a

aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana. Son ejemplo de ello, las alteraciones de las formas apropiadas del comportamiento personal (tales como el control de esfínteres o la habilidad para el cuidado personal y alimentarse con autonomía), la falta de habilidades básicas para realizar las actividades de la vida cotidiana o la falta de habilidades locomotrices.

- La minusvalía (Código M) es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). Está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece. La minusvalía representa la socialización, de una deficiencia o discapacidad, y, en cuanto tal, refleja las consecuencias (culturales, sociales, económicas y ambientales) que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia o discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas o normas del universo del individuo. Así pues, la minusvalía sobreviene cuando se produce un entorpecimiento en la capacidad de mantener lo que podría designarse como “roles de supervivencia”. Los roles de supervivencia se refieren a seis dimensiones clave que no agotan en modo alguno las posibilidades de desventaja, aunque sí cubren los principales problemas: minusvalía de orientación, minusvalía de independencia física, minusvalía de movilidad, minusvalía ocupacional, minusvalía de integración social, minusvalía de autosuficiencia económica y otras minusvalías o desventajas.

Desde este sistema, la discapacidad intelectual tiene unos síntomas que estarían determinados por la anormalidad de una función psicológica que representaría la exteriorización de un estado patológico. Dicha deficiencia afectaría a la capacidad de realizar actividades que se consideran “normales” para el entorno del sujeto, objetivando la discapacidad, reflejando, por lo tanto, alteraciones en las capacidades normales de la actividad rutinaria. Como consecuencia de la deficiencia y de la discapacidad, el sujeto se encontraría en una situación desventajosa a nivel social que le

impediría desempeñar normalmente el rol que tiene atribuido. Este grado de minusvalía representaría la socialización de la deficiencia y de la discapacidad.

Esta Clasificación Internacional facilitó la sistematización de los procesos de diagnóstico y de investigación, especialmente aquellos de carácter cuantitativo relacionados con situaciones estables producidas por una deficiencia (García Viso, 1994), los estudios epidemiológicos, el estudio y la planificación de los servicios (Verdugo 1995c), la intervención individualizada (tanto la evaluación como la prescripción), la función estadística y la política social (Casado, 1999).

Pero constatamos con ella que se basa en un modelo en el que el concepto clave es la enfermedad, no se dice nada de la salud. Hasta hace pocas décadas la salud se ha conceptualizado en función de la ausencia de signos que provocan el funcionamiento inadecuado del cuerpo o como ausencia de enfermedad o ausencia de invalidez. Esto generó una serie de problemas derivados de considerar los términos de salud y de enfermedad como independientes, cuando en realidad no lo son, por existir grados tanto de salud como de enfermedad (Rivas y Fernández, 1996).

En las últimas décadas del siglo XX, la OMS, adoptó la definición de salud que en 1986 aportó la Conferencia de Ottawa y la definió en el último glosario de la OMS, como un recurso para la vida diaria, no como un objetivo de la vida. Esta idea se ratifica en el último glosario de la OMS y, además recuerda los prerequisites de la salud que allí se establecían:

“De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la carta de Ottawa destaca determinados prerequisites para la salud que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerequisites pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una concepción holística de la salud que es primordial en la definición de promoción de la salud” (OMS, 1998, p. 11).

De esta manera, se define la salud de una persona como el resultado de la interacción entre la persona y las variables ambientales, que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos disponibles (Wood, 1988).

Posteriormente a la publicación de esta clasificación, los conceptos y las terminologías empleadas fueron puestos en tela de juicio en numerosos países, al detectarse una serie de limitaciones: excesiva exhaustividad para que pueda aplicarse totalmente; solapamiento entre los tres conceptos y dificultad para diferenciar si la minusvalía es debida a la deficiencia, a la discapacidad o a otras causas (González, 1989, citado por Verdugo, 1995c).

Numerosos organismos, asociaciones y profesionales comenzaron a revisar las ideas, al objeto de hacerlas más acordes con el interés y la realidad social del momento. La idea general era hacer de estos conceptos algo más operativo, más funcional, más comprensivo. La OMS, a través del grupo de evaluación, clasificación y epidemiología, llevó a cabo en los últimos años del siglo XX un proceso multifásico de revisión del sistema de clasificación CIDDM anteriormente descrito. Por ello se elaboró un borrador (Beta 2), en el que colaboraron con sus aportaciones 15 países de habla hispana a distintos niveles. El objeto fue valorar la aplicabilidad e idoneidad de la nueva propuesta de clasificación. Fruto de ello, se ha publicado en el año 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud CIF, a la que dedicaremos algo más de atención ya que la consideramos innovadora y con muchas posibilidades de aplicación.

4.3.3. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, CIF (OMS, 2001)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF, clasifica cualquier estado funcional asociado con estados de salud. Complementa al CIE-10 y tiene como objetivos (OMS, 2001b):

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y sus determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados funcionales asociados con ella, con el fin de mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

El propósito de este sistema de clasificación es ofrecer un marco de referencia conceptual que sirva como herramienta en investigación, en clínica y en política social y educativa. Cubre sólo los estados funcionales que estén relacionados con los estados de salud y sean dependientes de ésta y es válida para cualquier persona, tiene una aplicación universal. Describe situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones y es útil como marco para organizar esta información. Consta de dos partes: la primera versa sobre el funcionamiento y la discapacidad y la segunda sobre los factores contextuales, los cuales cuentan a su vez con otros dos componentes: por un lado, los componentes del funcionamiento y discapacidad ofrecen dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales y otra para las estructuras del cuerpo, ambas diseñadas para utilizarse paralelamente. Por otro lado, los componentes de factores contextuales se concretizan en otros dos componentes: uno, lista de factores ambientales que ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto más inmediato hasta el entorno más alejado y general del sujeto. e refiere a los factores personales que debido a su gran variabilidad social y cultural no están clasificados en la CIF.

	PARTE I: FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD		PARTE 2: FACTORES CONTEXTUALES	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en la estructuras corporales (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación	Barreras / obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

Cuadro 2.8. Visión de conjunto de la CIF (OMS, 2001b, p. 12).

El término funcionamiento se utiliza de forma genérica y engloba los aspectos positivos o neutrales de las dimensiones a escala corporal, individual y social. A su vez, el término discapacidad también se utiliza de manera genérica y comprende los problemas en esas tres dimensiones. A continuación exponemos las definiciones de algunos de los conceptos para una mejor comprensión de éstos:

- **Funciones corporales:** son las funciones fisiológicas o psicológicas de los sistemas corporales.
- **Estructuras corporales:** son las partes anatómicas del cuerpo, tal es el caso de los órganos, las extremidades y sus componentes.
- **Deficiencias:** son problemas en las funciones o estructuras corporales, como es el caso de una desviación significativa o una pérdida.
- **Actividad:** es la ejecución de una tarea o acción por un individuo.
- **Participación:** es la implicación de un individuo en situaciones vitales.

- Limitaciones en la actividad: son dificultades que una persona puede tener en el desempeño /realización de las actividades.
- Restricciones en la participación: son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- Factores contextuales: representan el trasfondo total, tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Por un lado tenemos los factores ambientales que contemplan dos niveles distintos, uno a nivel individual, y otro a nivel social. Por otro lado estarían los factores personales, compuestos por características del individuo, éstos no forman parte de una condición o estado de salud (sexo, edad, educación...) por lo que no se clasifican en este manual pero están incluidos para mostrar su posible contribución.

El modelo en el que está basado el funcionamiento y la discapacidad es multidimensional (Gráfico 2.7.), con él se puede representar las interacciones, aunque el impacto entre los diferentes componentes puede variar.

En este modelo radica precisamente la diferencia substancial con la CIDDM de 1980. Las interacciones entre las dimensiones del funcionamiento y la discapacidad se conceptualizan desde un enfoque bio-psico-social.

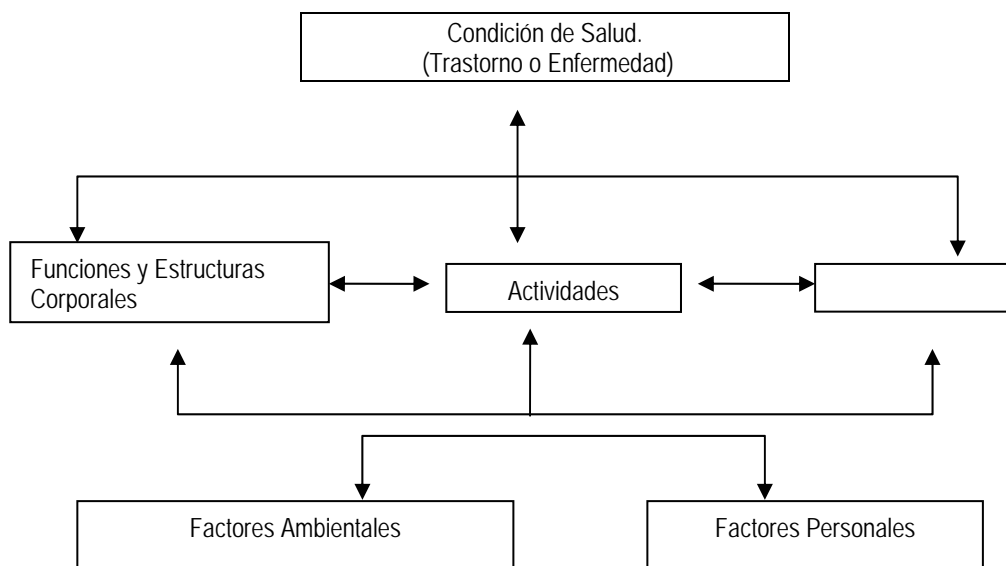


Gráfico 2.9. Interacciones entre los componentes de la CIF (OMS 2001b, p. 21).

La relación entre los diversos componentes es compleja. Tanto el funcionamiento como la discapacidad, los factores contextuales y el estado de salud tienen una interacción dinámica, con potencial suficiente como para modificar los componentes relacionados.

Se puede observar, frente al paradigma anteriormente propuesto por la OMS, que dicha interacción se mueve en dos direcciones (y no solamente en una), esto quiere decir que puede haber deficiencias sin limitaciones, y limitaciones sin deficiencias. Igualmente puede suceder que haya problemas de participación sin deficiencias o limitaciones en la actividad sin problemas en la participación, etc. De esta manera se pueden concebir las dimensiones del funcionamiento y la discapacidad como un continuo o como una co-existencia multidimensional. Este Manual de clasificación utiliza, como ya hemos comentado, un enfoque bio-psico-social para comprender las distintas dimensiones de la discapacidad y del funcionamiento. La importancia del contexto social se refleja muy bien en el siguiente texto:

“La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo de problemas requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto, el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo la discapacidad se configura como un tema de índole político” (OMS, 2001b, p. 22).

Sin embargo, observamos que matiza y concretiza bastante las variables sociales y ambientales haciendo un menor hincapié en las personales y psicológicas, a las cuales considera contribuyentes y relevantes, pero, debido a su gran variabilidad, difíciles de codificar.

A través de esta clasificación podemos codificar la información que tenemos del sujeto siguiendo el propio manual o utilizando el “navegador”, que dispone de un motor de

búsqueda y que se descarga de la página web de la CIF: <http://www.who.int/classification/icf>. La discapacidad intelectual obtiene la calificación en funciones corporales, en el capítulo 1, bajo el calificador b-117 relativo a las funciones intelectuales. Dependiendo del nivel intelectual se añadiría un 1 (b-117.1) si es ligero, un 2 (b-117.2) si es moderado, un 3 (b-117.3) si la discapacidad intelectual es grave, un 4 (b-117.4) si los problemas que presenta en esta función es completa y un 8 o un 9 si no se puede especificar la gravedad o si no es aplicable respectivamente.

Una vez determinado este aspecto, quedaría por añadir una serie de consideraciones necesarias para comprender el nivel de funcionamiento del sujeto, facilitar la comprensión de la discapacidad y la posible intervención. Así por ejemplo, si se conocen las peculiaridades de la estructura del sistema nervioso del sujeto, se podría ir completando la codificación (aspecto que en la mayoría de las personas con discapacidad intelectual es altamente difícil). Posteriormente es conveniente codificar las actividades y participación del sujeto. Este dominio incluye para su valoración aspectos de la conducta adaptativa, como son el aprendizaje básico y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales; comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y redes interpersonales, áreas principales de la vida y vida comunitaria social y cívica.

Estos últimos aspectos de conducta adaptativa tan importantes para el conocimiento, la evaluación y la intervención de las personas con discapacidad intelectual presentan una importante limitación en este sistema, al no están delimitados en el Manual por momentos evolutivos de adquisición, difícilmente podríamos valorarlos en los sujetos que están en proceso de desarrollo evolutivo, sólo podríamos codificarlos en las personas adultas en las que se espera pudieran haber adquirido todos estos dominios. Sin embargo, esta limitación no debemos considerarla como tal, puesto que la CIF no es un instrumento de evaluación (Luckasson y cols., 2002, p. 110). Para hacer una valoración del sujeto, se debieran usar instrumentos de conducta adaptativa o cuestionarios normalizados elaborados a tal fin. En España disponemos del Inventario de Conducta Adaptativa, ICAP (Bruininks y cols, 1986) y las Escalas de Conducta Adaptativa ABS-S (Lambert y cols. 1993): ABS-S:2 (para sujetos de 3-18 años) y del ABS-RC:2 (para adultos), de los que hablaremos ampliamente en este tesis, ya que la

última es el instrumento aplicado en la muestra objeto de este estudio. Sin ayuda de algún instrumento normalizado de conducta adaptativa la valoración del sujeto sería demasiado arriesgada.

La dificultad por parte de los profesionales para otorgar de manera uniforme las cuantificaciones de estos dominios señalados, se expresan en el siguiente texto que considera necesario desarrollar proyectos de investigación para una mayor funcionalidad de la clasificación:

“Los porcentajes deben ser calibrados en los distintos dominios y con referencia a las normas y percentiles de la población. Para que esta cuantificación pueda ser utilizada de manera uniforme, es necesario desarrollar procedimientos de valoración mediante el desarrollo de proyectos de investigación” (OMS, 2001b, p. 134).

Finalmente debemos codificar los factores ambientales (los apoyos y relaciones, la tecnología que utiliza en su vida diaria, las actitudes predominantes en su entorno y la situación actual en cuanto a servicios, sistemas y políticas concretas). Todos estos datos son muy relevantes y nos proporcionan información muy detallada del nivel de funcionamiento de la persona con discapacidad intelectual y con discapacidad en general y sirven para evaluar, describir, prestar servicios, intervenir, investigar, etc. Pero sucede lo mismo que con el dominio anterior de actividades y participación y de nuevo:

“...han de utilizarse normas y percentiles de la población. Para que esta cuantificación pueda ser utilizada de manera uniforme, es necesario desarrollar procedimientos de valoración mediante el desarrollo de procedimientos de valoración” (OMS, 2001b, p. 186).

La OMS ha establecido sus normas éticas para el buen uso de este manual, la más básica es, como ya comentamos con anterioridad, saber que no se clasifica a las personas sino sus niveles de funcionamiento, reconociendo que el déficit que se clasifica es el resultado tanto de una condición de salud de la persona como del contexto físico y social en el que vive. Por lo tanto, no puede ser usada para etiquetar ni para identificarlas solamente en términos de una o más categorías de discapacidad. Debe ser utilizada siempre con el total conocimiento, cooperación y consenso de las personas (en

caso de limitaciones pueden ser familiares, tutores o instituciones) cuyos niveles de funcionamiento están siendo clasificados.

Todo lo anteriormente expuesto, apoya la idea de mejora en este sistema de clasificación reciente. El abordaje de los aspectos bio-psico-sociales constituye un avance en la comprensión y clasificación del funcionamiento y discapacidad de las personas. También creemos que facilita el análisis descriptivo de un sujeto con discapacidad. Por lo tanto, si bien estamos satisfechos con este último manual de la OMS, consideramos que para el tema que nos ocupa, la discapacidad intelectual, aún tiene limitaciones. Desde nuestro punto de vista, y en primer lugar, su fundamentación principalmente biológica de las deficiencias “*las funciones mentales o psicológicas se clasifican dentro de las funciones corporales*” (OMS, 2001b, p. 13). En segundo lugar, seguimos sin observar claramente en este manual la inclusión del concepto y criterios de clasificación del discapacidad intelectual propuestos por la AAIDD en 1992 y en el 2002. Hay ciertos aspectos que quedan poco explícitos en cuanto a las personas con discapacidad intelectual. Echamos en falta, la relevancia de otras posibles dimensiones, como son, los aspectos emocionales, etiológicos, etc. Finalmente creemos que el sistema podría haber establecido alguna conexión con el tema de tratamientos o apoyos y haber ofrecido una menor sensación de provisionalidad.

4.3.4. MODIFICACIÓN DEL SISTEMA INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICO CIE-10 PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: DIAGNOSTIC-CRITERIA FOR LEARNING DISABILITIES, DC-LD (2001)

La OMS en el CIE-10 considera necesario desarrollar un sistema por separado que sea comprensivo para las personas con discapacidad intelectual (OMS 1992, p. 42). A raíz de esto, diversos autores (Einfeld, y Tonge, 1999; Royal College of Psychiatry, 2001) han propuesto una serie de modificaciones en la formulación de los ítems y criterios de clasificación de los sistemas internacionales al uso, fruto de ello, se han llevado a cabo una serie de proyectos internacionales de modificación de los sistemas CIE-10 y DSM-IV para su uso en personas con discapacidad intelectual. El más reciente, ha sido desarrollado por el Royal College of Psychiatric (2001), que ha creado una herramienta

específica para evaluación dimensional de la discapacidad intelectual. Propone un sistema de diagnóstico multiaxial complementario del CIE-10. Este sistema se basa en tres ejes y en el tercero señala cuatro niveles con una serie de códigos diagnósticos:

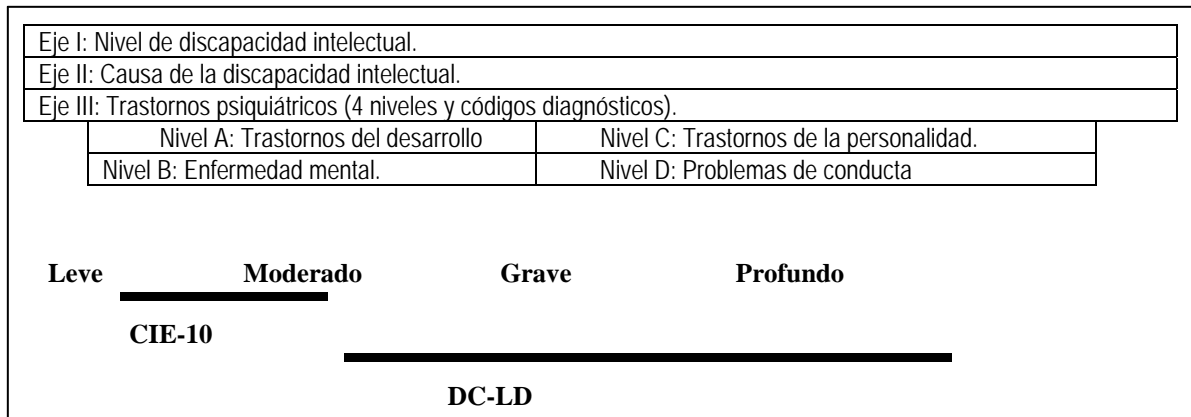


Gráfico 2.10. Ejes y utilidad de los criterios diagnósticos genéricos (CIE-10) y específicos (DC-LD) según el grado de discapacidad intelectual (Salvador y cols, 2002, p.27.).

Los diferentes matices de cada nivel se encuentran recogidos en “La guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el discapacidad intelectual” (Salvador y cols., 2002). Desde este sistema se considera que se diagnostican mejor los casos de discapacidad intelectual más graves (de hecho, esto es una de las mayores limitaciones que se encontraron en los sistemas de clasificación genéricos (Sovner y Lowry, 1990). Así pues, como este sistema de diagnóstico es complementario al CIE-10, entre ambos se podría abarcar todos los grados de gravedad de la discapacidad intelectual. Esta complementariedad se puede visualizar mejor con el siguiente gráfico:

Este sistema pretende aportar un paso adelante en el diagnóstico de estas personas y pudiera ser de mucha utilidad, principalmente de cara a la investigación. Sin embargo, nos encontramos con un problema importante, su reciente aparición hace que de momento se carezca de un adecuado número de estudios interculturales que garanticen la validez del instrumento, por otro lado, la poca divulgación del sistema en España (al no estar traducido a nuestro idioma), tiene como consecuencia, poca aplicación clínica en nuestro país. A pesar de todo ello, como decimos, el intento supone un paso adelante, que no debiéramos obviar, al considerar que las personas con discapacidad intelectual necesitan instrumentos específicos de diagnóstico y clasificación.

Todas estas consideraciones nos llevan a seguir revisando otros sistemas específicos para la persona con discapacidad intelectual. A continuación exponemos el propuesto por la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo AAIDD. En él veremos la definición, el sistema de clasificación y los sistemas de apoyo que esta Asociación establece y han quedado reflejados en el manual de la AAIDD de 1992 y en el último manual de junio de 2002, al que dedicamos especial interés. Antes de continuar, decir que optamos por ella, y que en su exposición estableceremos una relación entre los criterios del CIF y los criterios de la AAIDD.

4.3.5. EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE DISCAPACIDAD INTELECTUAL (AAIDD).

Al optar por este modelo adoptamos un conjunto de supuestos generales sobre lo que debe estudiarse, el tipo de datos que deben recogerse y cómo han de ser recogidos e interpretados. Hacemos nuestra la expresión de Luciano y Gil (1996) según la cual, el contenido de un modelo no debe entenderse sin embargo, como algo estático ni infalible sino sujeto a revisión y crítica constantes, dependiendo de la información nueva que sea obtenida en subsecuentes investigaciones.

Desde que en 1876 se fundara la actual la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo (AAIDD) se han hecho intentos por comprender mejor el campo de la discapacidad intelectual. Esta Asociación ha procurado definiciones y clasificaciones que facilitan la comprensión de esta condición, ha divulgado información y aclarado terminologías. Por ello y por la relevancia internacional que sus aportaciones tienen, exponemos a continuación una revisión de su historia.

La Primera edición con la definición se publicó en 1921 en conjunción con el Comité Americano de Higiene Mental. Una segunda edición de este manual fue publicado en 1933 y la tercera en 1941. El comité de nomenclatura de la AAIDD (entonces American Association on Mental Deficiency) publicó la cuarta edición en 1957, que incluyó principalmente un sistema etiológico de clasificación.

La quinta edición (Heber, 1959) lo constituyó un manual comprensivo sobre terminología y clasificación. Fue publicado y se reimprimió con correcciones en 1961 (sexta edición). Los cambios que se produjeron afectaban al CI, considerándose entonces una desviación típica por debajo de la media y se introdujo de manera formal el concepto de conducta adaptativa como criterio para la definición de la discapacidad intelectual.

La séptima edición en 1973 creyó necesario para el diagnóstico obtener una puntuación de dos desviaciones típicas por debajo de la media en el CI, además incluyó el término significativamente inferior a la media en cuanto al funcionamiento intelectual, mantuvo la importancia de la conducta adaptativa y amplió la edad de inicio de la deficiencia de los 16 a los 18 años. Al establecer dos desviaciones típicas, se omitió el término borderline de la clasificación de la discapacidad intelectual. A esta versión debemos los términos clasificatorios de ligera, media, severa y profunda. En 1977 se reeditó incluyendo correcciones y muy pocos cambios.

La octava edición (Grossman, 1983) consideró necesario el juicio clínico y un CI aproximado menor de 75.

EDICIÓN	9ª EDICIÓN DE LA AAIDD. (LUCKASSON Y COLS., 2002)
Definición	La discapacidad intelectual hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autocontrol, autogobierno, salud y seguridad habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El discapacidad intelectual se manifiesta antes de los 18 años
CI	Puntuación estandarizada de aproximadamente 70 o 75, basado en una evaluación que incluye la aplicación de uno o más tests de inteligencia.
Conducta adaptativa	Las habilidades adaptativas son entendidas como competencias que reflejan la habilidad para mantener o cambiar una conducta en función de la demanda o de la situación. Diez áreas de habilidades son necesarias tener en cuenta. Para considerar la existencia de limitaciones han de estar afectadas al menos dos de las áreas que figuran en la definición.
Edad inicio	Antes de los 18 años
Diagnóstico	Pruebas estandarizadas de inteligencia y de habilidades adaptativas complementadas con observaciones y juicio clínico. Uso de instrumentos válidos de medida e importancia del proceso de evaluación.
Niveles de intensidad	No se clasifica según el CI, sino según las necesidades de apoyo en las áreas de habilidades adaptativas. Los apoyos apropiados favorecerán los cambios en el tiempo. Esto no sustituye a los niveles de clasificación del CI.

Cuadro 2.11. Características más relevantes de la 9ª edición de la AAIDD.

(Adaptación de Luckasson y cols., 2002, p. 22).

En 1992 se publicó la novena edición de la AAIDD, “*Mental retardation. Diagnosis, classification and systems of support*”. Fue elaborada por el Comité de Clasificación y Terminología de la Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual, y redactada por su presidenta Ruth Luckasson junto con otros miembros de dicho Comité, Coulter, Polloway, Reiss, Schalock, Snell, Spitalnik y Stark. Recoge las aportaciones de diversos ámbitos relacionados con la discapacidad intelectual: investigadores, profesionales, asociaciones, familias e individuos. Las características más relevantes son:

- Mantiene en la definición y diagnóstico algunos aspectos de las versiones anteriores, como el CI menor a 70 o 75.
- Considera cuatro importantes aspectos: 1) expresa la importancia del funcionamiento del sujeto, 2) reformula la clasificación y la basa en la intensidad que necesita de apoyos, 3) considera un paradigma donde el sujeto con discapacidad intelectual interacciona con el medio y el ambiente que le rodea y, 4) describe la conducta adaptativa no desde su descripción global sino que la especifica, describiendo diez áreas de habilidades adaptativas concretas. Los aspectos más característicos de esta versión aparecen contemplados en el cuadro siguiente:

La última y décima edición aparecida en junio de 2002, “*Mental retardation: Definition, classification and systems of supports*” refleja y recoge las aportaciones que diferentes profesionales, personas afectadas, instituciones y asociaciones han realizado en la última década del siglo XX. A modo de esquema podemos ver reflejados sus contenidos en el cuadro 2.10.

Con respecto a la edición anterior mantiene los siguientes aspectos: el término de “retraso mental”, el énfasis en la orientación funcional y en los apoyos apropiados, los tres criterios de diagnóstico: funcionamiento intelectual, conducta adaptativa y edad de comienzo, y la clasificación según las intensidades de apoyo. Ésta deben considerarse un punto esencial en el sistema de clasificación.

Incorpora los siguientes cambios: un criterio estándar de desviación para el funcionamiento de la capacidad intelectual y de la conducta adaptativa, añade una quinta dimensión sobre participación, interacción y roles sociales, los estudios analíticos

y conceptuales de la conducta adaptativa sugieren que cierto tipo de habilidades puedan representar adecuadamente la multidimensionalidad del concepto de la conducta adaptativa y en este sentido, subdivide a la conducta adaptativa en tres tipos: conceptual, social y práctica, considera necesario evaluar los apoyos y la intensidad de éstos, reconsidera la evaluación y determina los procesos a seguir según sirva para diagnosticar, clasificar o describir y planificar un perfil de apoyos necesario, expresa las recomendaciones y juicios clínicos necesarios que se requieren para el diagnóstico y este manual hace mención también a la relación existente entre su sistema de clasificación y el DSM-IV, CIE-10 y CIF.

EDICIÓN	10ª EDICIÓN DE LA AAIDD (LUCKASSON Y COLS., 2002)
Definición	La discapacidad intelectual es ta caracterizada por significativas limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa (conceptual, social y práctica). Se origina antes de los 18 años. Se han de tener en cuenta los siguientes aspectos: 1. Las limitaciones en el funcionamiento deben ser consideradas en un contexto comunitario y e n el ambiente típico de los individuos según su edad y cultura. 2. Una evaluación válida ha de considerar la diversidad cultural y lingüística así como las diferentes formas de comunicación y las características sensoriales, motóricas y conductuales. 3. Junto a las limitaciones frecuentemente coexisten puntos fuertes. 4. El propósito principal es describir las limitaciones para desarrollar perfiles de apoyos. 5. Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de las personas con discapacidad intelectual mejorará notablemente
CI	Dos desviaciones típicas por debajo de la media. Evaluar con instrumentos apropiados y considerando el error estándar de medida propio de cada test. Usar los instrumentos valorando las limitaciones y puntos fuertes de éstos.
Conducta adaptativa	La conducta adaptativa es un conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que las personas utilizan para el desenvolvimiento ordinario de la vida cotidiana. Las limitaciones afectan tanto a la vida diaria como a los cambios que se deben hacer en función de las modificaciones y demandas del ambiente y deben ser consideradas en cuatro dimensiones. habilidades intelectuales, participación, interacción y roles sociales, salud y contexto. Las limitaciones significativas en conducta adaptativa se establecen solo utilizando medidas estandarizadas con normas y baremos de la población general. (con y sin discapacidad) y están definidas por la existencia de dos desviaciones típicas por debajo de la media en uno de los tres tipos de conducta adaptativa: conceptual, práctica o social, o puntuaciones obtenidas en conjunto sobre medidas estandarizadas en habilidades conceptuales, sociales y prácticas
Edad inicio	Antes de los 18 años
Diagnóstico	Pruebas estandarizadas de inteligencia y de habilidades adaptativas complementa-das con observaciones y juicio clínico. Uso de instrumentos válidos de medida e importancia del proceso de evaluación.
Evaluación y clasificación	Dependiendo de los propósitos (diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos). El sujeto con discapacidad intelectual puede ser clasificado de diferentes maneras: - Según la intensidad de apoyo que necesite, - Según su CI, - Según las limitaciones que obtenga en conducta adaptativa, - Según la etiología, - Según el estado de salud mental , etc.

Cuadro 2.12. Características más relevantes de la 10ª edición de la AAIDD.

(Adaptación de Luckasson y cols., 2002, p. 23)

A continuación, y de la mano del manual, vamos a recorrer con algo más de detenimiento los contenidos que se recogen.

5. DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE DISCAPACIDAD INTELECTUAL (AAIDD, 2002).

La discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, entendiendo ésta como habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002, p. 8).

Para poder aplicar la definición es esencial tener en cuenta las cinco premisas siguientes:

1. Las limitaciones en el funcionamiento han de ser consideradas en un contexto comunitario, en entornos típicos para los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación y en características sensoriales, motóricas y comportamentales.
3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con puntos fuertes.
4. Un importante propósito al describir las limitaciones es el desarrollar perfiles de apoyo necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de las personas con discapacidad intelectual mejorará notablemente.
- 6.

En esta última definición se mantiene el término de “retraso mental”, lo cual se justifica expresando que más importante que el término, es la buena definición del concepto para evitar viejos tópicos inapropiados (Luckasson y cols., 2002). En esta versión se establecen definiciones de inteligencia, conducta adaptativa, apoyos, discapacidad y contexto:

- **Inteligencia:** Es una capacidad mental general que incluye el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas, el aprendizaje rápido y el aprendizaje por la experiencia. Las limitaciones en la capacidad intelectual han de ser consideradas a la vista de las otras cuatro dimensiones: conducta adaptativa; participación, interacción y roles sociales; salud; y contexto. La medida de la inteligencia posee distinta relevancia dependiendo del propósito (diagnóstico o clasificación).

- Conducta adaptativa: Es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que las personas aprendemos en función de la vida diaria. Las limitaciones afectan tanto a la vida cotidiana como a los cambios necesarios que se han de hacer en función de las demandas o de las modificaciones ambientales. La presencia o ausencia de conducta adaptativa puede tener diferente relevancia dependiendo del propósito (diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos). Para el diagnóstico de discapacidad intelectual las limitaciones significativas en conducta adaptativa se establecen usando medidas estandarizadas, con normas y baremos concernientes a la población general (incluyendo personas con y sin discapacidad). Para hablar de limitaciones, las puntuaciones obtenidas han de estar por debajo de dos desviaciones típicas con respecto a la media. Esta puntuación ha de obtenerse: (1) en uno de los tres tipos de conducta adaptativa: conceptual, social y práctica, o bien, (2) en la puntuación de conjunto de la medida de habilidades conceptuales, sociales y prácticas.
- Apoyos: Son los recursos y estrategias que se utilizan con el objetivo de promover el desarrollo, la educación, los intereses, etc., reforzando así el funcionamiento individual. Los servicios son el tipo de apoyo que se ofrece desde los profesionales o instituciones. El funcionamiento individual es el resultado de la interacción entre los apoyos y las siguientes dimensiones: habilidades intelectuales; conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales; salud; y contexto.
- Discapacidad: Es la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual dentro del contexto social y constituye una desventaja para el individuo.
- Contexto: Describe las interrelaciones en el ambiente que las personas viven cotidianamente. Es usado para representar la perspectiva ecológica e incluye al menos tres niveles diferentes: el entorno social más cercano (el sujeto, la familia y/o tutores (microsistema), el barrio, la comunidad, las organizaciones educativas, o los servicios de apoyo (ecosistema) y los patrones culturales, la sociedad, el país, las influencias sociopolíticas (macrosistema o megasistema). El contexto ha de ser considerado teniendo en cuenta las otras cuatro dimensiones señaladas: habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacciones y roles sociales, y

salud. Puede tener diferente relevancia, dependiendo del propósito de evaluación (diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos). Puesto que no es típico ni corriente evaluar el contexto con medidas estandarizadas, es necesario aplicar el juicio clínico integral para entender el funcionamiento del individuo.

5.1. EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El modelo en el que se basa la definición de 2002, ha cambiado con respecto a la de 1992. En la versión de 1992 se propuso un modelo funcional en el que los elementos clave eran capacidades, entornos y funcionamiento, ya entonces, se otorgó un enfoque multidimensional cuando se trataba de diagnosticar, clasificar y establecer el perfil de apoyos. En la última versión las dimensiones han cobrado un mayor énfasis y proponen un nuevo modelo teórico basado también en la multidimensionalidad. Exponemos a continuación los elementos constituyentes.

5.1.1. LA MULTIDIMENSIONALIDAD DEL CONCEPTO

El marco teórico mostrado en el siguiente gráfico denota la relación entre el funcionamiento del individuo, los apoyos y las cinco dimensiones que abarcan el acercamiento multidimensional de la discapacidad intelectual. Estas cinco dimensiones son similares a las cuatro que se consideraron en la anterior edición de 1992. Se ha añadido una quinta para conseguir una mayor consistencia con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud CIF (OMS, 2001b). Para valorar mejor las diferencias, recordamos que en el sistema de 1992 se exponían estas cuatro dimensiones:

Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.

Dimensión II: Consideraciones psicológicas y emocionales.

Dimensión III: Consideraciones físicas, de salud y etiológicas.

Dimensión IV: Consideraciones ambientales.

Y en el sistema actual de 2002 se concretan las siguientes:

Dimensión I: Habilidades intelectuales.

Dimensión II: Conducta adaptativa (habilidades conceptuales sociales y prácticas).

Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales.

Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental y etiología).

Dimensión V: Contexto (ambientes, cultura).

La dimensión II de la versión de 1992 se refería a aspectos psicológicos y emocionales. Esta dimensión no aparece reflejada como tal en la última edición, sin embargo hemos constatado que los aspectos psicológicos encuentran su manifestación, al menos, en la dimensión IV, que se refiere a la salud mental y en la dimensión I y II cuyos contenidos son básicamente psicológicos.

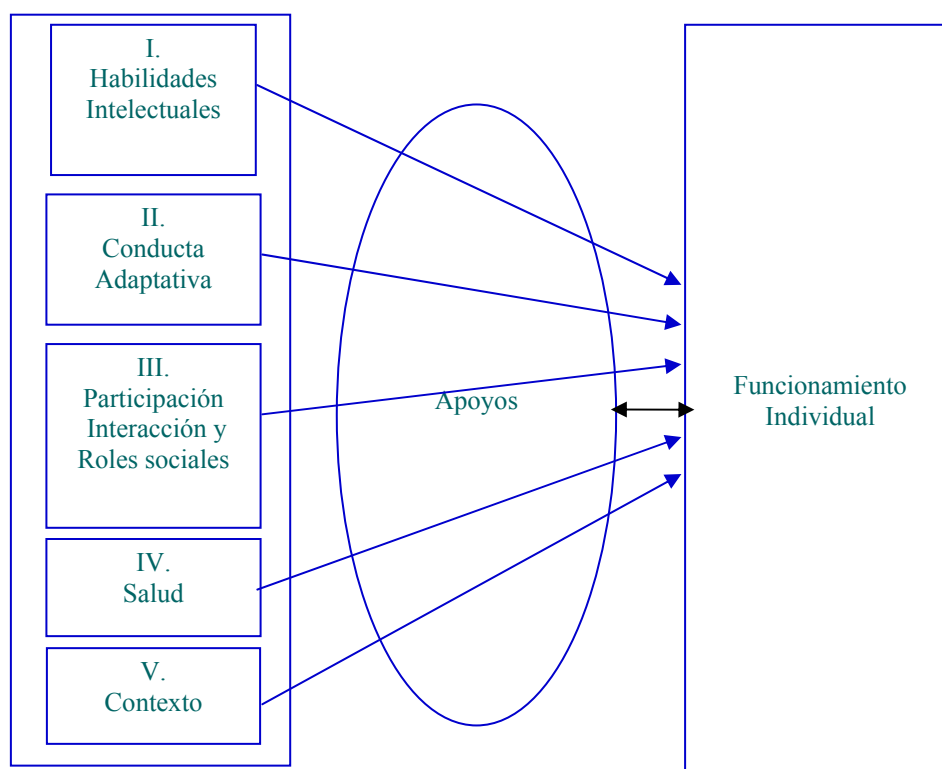


Gráfico 2.13. Modelo teórico de la discapacidad intelectual (Luckasson y cols., 2002, p. 10)

La AAIDD refuerza la posición multidimensional y ecológica, mantenida en la anterior edición. En el gráfico 2.13 exponemos el modelo teórico, en él vemos la influencia que cada una de las dimensiones propuestas tiene sobre el funcionamiento del individuo. Este funcionamiento individual está mediado por los apoyos que el sujeto recibe. También se observa que los apoyos influyen recíprocamente con dicho funcionamiento-

5.1.2 LAS CINCO DIMENSIONES

Observamos en el modelo teórico presentado, la existencia de cinco dimensiones.

- La primera dimensión es la referida a la capacidad intelectual general, que como hemos comentado, incluye razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje por la experiencia, etc. Es conveniente no olvidar que: 1º) las limitaciones en esta capacidad han de ser consideradas a la vista de las otras cuatro dimensiones que componen el modelo teórico, 2º) la evaluación de la inteligencia tiene distinta relevancia dependiendo de si lo que queremos hacer es un diagnóstico o una clasificación, 3º) el CI obtenido será más acertado si utilizamos adecuados instrumentos de evaluación y 4º) las limitaciones significativas en la inteligencia se diagnostican usando pruebas estandarizadas que contengan normas y baremos en población general.
- Uno de los desarrollos novedosos de esta última definición de discapacidad intelectual es el referido a la dimensión II, habilidades de conducta adaptativa. Éstas quedan estructuradas en tres tipos: conceptuales, sociales y prácticas, siendo conveniente que su descripción, estudio y evaluación sea lo más operativa y funcional posible. En esta dimensión no hay que olvidar que: 1º) las limitaciones en conducta adaptativa afectan a la vida diaria y a las habilidades para responder a las demandas y cambios ambientales, 2º) las limitaciones que encontremos han de ser consideradas junto con las otras cuatro dimensiones del modelo, 3º) la presencia o ausencia de habilidades adaptativas tienen diferente relevancia dependiendo de si lo que deseamos es diagnosticar, clasificar o planificar apoyos y 4º) las limitaciones adaptativas significativas han de estar basadas en pruebas estandarizadas y en normas y baremos de la población general. Bajo esta consideración, nos parece importante describir cómo la AAIDD ejemplifica los distintos tipos de habilidades, cuadro 2.14:

<p>Habilidades adaptativas conceptuales:</p> <p>Lenguaje (receptivo y expresivo) Lectura y escritura Conceptos sobre el dinero Autodirección</p> <p>Habilidades adaptativas sociales:</p> <p>Interpersonal Responsabilidad Autoestima No ceder fácil ante la manipulación No ser ingenuo Seguimiento de reglas Acatamiento de normas Evitar victimización</p>	<p>Habilidades adaptativas prácticas:</p> <p>Actividades cotidianas: Comer, Desplazarse, Aseo, Vestido</p> <p>Actividades instrumentales cotidianas: Preparación de comidas, Mantenimiento de la casa, Uso de transportes, Uso de la medicación, Uso de las monedas, Uso del teléfono</p> <p>Habilidades ocupacionales</p>
---	---

Cuadro 2.14. Habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico.
(Luckasson y cols., 2002, p. 42)

Para profundizar sobre los conceptos de inteligencia y conducta adaptativa se han elaborado los capítulos siguientes donde se recoge una revisión de las definiciones y factores que caracterizan ambos conceptos, la relación entre ambos y los instrumentos de evaluación que más se utilizan en la práctica.

- La dimensión III nos indica la relevancia que tiene la participación del sujeto, así como la interacción y los diferentes roles sociales que asume. Esta dimensión también aparece en la “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud*”, *CIF* (OMS, 2001b). La participación y las interacciones que realizan las personas con discapacidad intelectual se pueden observar y valorar usando las técnicas de la observación directa y/o recogiendo información de quien disponga de amplio conocimiento de la persona evaluada. Así pues, dichas técnicas de recogida de datos pueden ser buenos indicadores y ofrecernos importante información. El interés central radica en observar cómo el individuo interacciona con el mundo material y social. Un funcionamiento adecuado está caracterizado por la extensión de los compromisos que mantiene con su ambiente (atiende a, interacciona con, participa en). La importancia de la participación y de la interacción quedó reflejada ya hace décadas por Risley y Cataldo (1973 -citado por Luckasson, 2002, p. 44-) quien en aquellos años expresó lo siguiente: “*la dirección y la extensión del compromiso con el ambiente físico y social está considerado uno de los indicadores más universales de la calidad de las personas*”.

En cuanto a los roles sociales, los individuos realizan actividades que se consideran normales para su grupo de edad de referencia, así por ejemplo, realizar las actividades propias de la edad, asistir a un centro educativo, vivir y trabajar en la comunidad, etc, son actividades que es necesario valorar.

La participación, interacción y rol social están influidas por las oportunidades y el afrontamiento individual, es por ello decisivo tenerlas en cuenta en la multidimensionalidad del concepto de discapacidad intelectual. No debemos olvidar en esta dimensión que: 1º) la participación se refiere al desenvolvimiento y la ejecución de tareas en situaciones reales, esto denota el grado de desenvolvimiento e incluye la respuesta de la sociedad al nivel de funcionamiento del individuo, 2º) las dificultades de participación e interacción pueden ser el resultado de un problema de accesibilidad de recursos, de no acomodación y/o de falta de servicios y 3º) las dificultades en participación e interacción frecuentemente limitan el acceso a roles sociales valorados.

- La dimensión IV se refiere a la salud (física, mental y factores etiológicos). El estado de salud física y mental facilita o inhibe el nivel de funcionamiento de una persona, de ahí la importancia de esta dimensión. El ambiente en el que un individuo vive, aprende, juega, se socializa e interactúa con otros, influye en su funcionamiento y participación. Los factores ambientales pueden no saber apoyar adecuadamente a un sujeto, en este caso, los servicios de salud física y mental han de proporcionar las ayudas y los tratamientos oportunos.

La etiología es considerada como un conjunto de factores biomédicos, sociales, conductuales y educacionales que interactúan en el tiempo. Incluyen no sólo la vida de la persona con discapacidad intelectual, sino también la de los padres, desde cuando éstos eran niños. Entender la etiología como multifactorial, amplía la lista de factores causales en dos direcciones: tipos de factores y momentos de esos factores.

Los factores causales pueden afectar a las personas con discapacidad intelectual, a sus padres o a ambos. Es decir, la causa puede ser intergeneracional. Factores presentes en una generación pueden aparecer en la siguiente. Comprender las posibles causas generacionales es importante porque posibilita proporcionar una ayuda reversible y

preventiva de los efectos de una situación adversa. De nuevo, hemos de tener en cuenta para valorar los estados de salud las siguientes consideraciones: 1) las condiciones de salud física y mental pueden afectar a la evaluación de la inteligencia y de la conducta adaptativa, por ejemplo, la desatención o falta de reacción puede ser causada por deficiencias nutricionales o problemas de sueño, 2) la medicación (anticonvulsivos, psicotrópicos, etc.) puede afectar a las actividades y a la realización de los tests, 3) la medicación también puede afectar a la evaluación de la conducta adaptativa, las destrezas motoras gruesas y finas, las destrezas comunicativas, etc., 4) las condiciones de salud física y mental han de reflejarse en las necesidades de apoyo. En ocasiones para un mejor rendimiento en el funcionamiento y participación es necesario prestar atención primeramente a la salud física y mental del individuo, 5) la explicación multifactorial de la etiología ha de ser tenida muy en cuenta.

Los tipos de factores pueden ser: a) biomédicos, en los que estarían incluidos, por ejemplo, una alteración genética o un problema nutritivo, b) factores sociales, que manifiestan una determinada interacción social o familiar, desde una estimulación a una falta de responsabilidad, c) factores conductuales que incluyen, entre otros, actividades peligrosas o abusos de sustancias y, d) factores educacionales referidos a la disponibilidad o no de apoyos educativos que promueven el desarrollo y la adquisición de las habilidades adaptativas.

- La dimensión V se refiere al contexto (ambiente y cultura). El contexto, tal y como se entiende en esta 10ª versión, representa una perspectiva ecológica que, como hemos comentado, tiene tres diferentes niveles: el microsistema, el ecosistema y el macrosistema. Estos ambientes son relevantes para el sujeto con discapacidad intelectual, pues frecuentemente determinan lo que se puede hacer, cuándo y cómo se lleva a cabo. teniendo en cuenta que los distintos ambientes pueden proporcionar oportunidades y fomentar el bienestar de las personas. La evaluación del contexto es un componente del juicio clínico y esencial para comprender el funcionamiento de la persona desde tres puntos: el medio, las circunstancias, el ambiente o perspectivas en el que tiene lugar la conducta. El ambiente se ve transformado por sus miembros, quienes, a su vez, se ven transformados por el ambiente y la persona es un determinante activo

de su propio desarrollo. Para valorar un entorno como saludable, ha de presentar tres características básicas:

- Proporción de oportunidades
- Fomento del bienestar
- Promoción de la estabilidad

El contexto puede proporcionar mayores o menores oportunidades a un sujeto. Para evaluarlo hemos de tener en cuenta: 1) que el contexto en el que se desenvuelve una persona ha de ser visto en relación con las otras cuatro dimensiones que conforman el modelo teórico de discapacidad intelectual (funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, participación, interacciones y roles sociales, y salud, 2) el contexto puede tener diferente relevancia dependiendo del propósito que tengamos: diagnóstico, clasificación o planificación de ayudas y 3) la evaluación del contexto no suele realizarse con instrumentos estandarizados, por lo que es necesario utilizar un juicio integral y clínico para valorar el funcionamiento y proveer los apoyos que necesita la persona. En síntesis podemos expresar que:

“La discapacidad intelectual, no es algo que se tiene, como los ojos azules; Ni algo que se es, como ser gordo o delgado; no es un trastorno médico, ni un trastorno mental, es un particular estado de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional y es afectado positivamente por los apoyos. En el modelo de funcionamiento se incluye el contexto en el cual una persona interactúa (micro-eco y macrosistema). Es decir, un comprensivo y correcto entendimiento de la discapacidad intelectual requiere un acercamiento multidimensional y ecológico que refleje la interacción del individuo con su medio ambiente, la independencia de éste, las relaciones, contribuciones, la participación en la escuela y la comunidad (AAIDD, 2002b, p.19).

A la vista de estas cinco dimensiones, es fácil percatarse de la compatibilidad que tienen con los conceptos de la Clasificación Internacional de la Discapacidad y de la Salud propuesta por la OMS. En el cuadro 2.15 podemos comprobarlo:

AAIDD	CIF	Salud	Estructuras y Funciones Corporales	Actividades	Participación	Factores Contextuales
Dimensión I: Capacidades Intelectuales			*			
Dimensión II: Conducta Adaptativa				*		
Dimensión III: Participación. Interacción y Roles Sociales					*	
Dimensión IV: Salud		*	*			
Dimensión V: Contexto						*

Cuadro 2.15. Relación entre las dimensiones propuestas por la AAIDD y los conceptos básicos del CIF (Luckasson y cols., 2002, p. 111)

Las características de ambos sistemas son distintas, el CIF no es un sistema de evaluación, es una herramienta conceptual para crear modelos en el ámbito de la discapacidad y un instrumento de clasificación principalmente concebido para propósitos estadísticos. Sin embargo, el sistema de la AAIDD muestra todo un paradigma específico para personas con discapacidad intelectual, proporcionando los pasos oportunos para la evaluación, la clasificación y la intervención y ofreciendo instrucciones al respecto. Siguiendo esta línea de reflexión, parece muy oportuno, que la AAIDD, al definir la discapacidad intelectual como una discapacidad, haya hecho compatible su modelo teórico específico con la propuesta más amplia llevada a cabo por la OMS, que comprende todo el campo de las discapacidades. Nos parece una buena decisión, y esperamos que en breve tiempo el resto de discapacidades puedan aplicar esta propuesta a sus modelos conceptuales.

5.2. DIFERENTES PROCESOS DE EVALUACIÓN SEGÚN LOS PROPÓSITOS

Cuando evaluamos a una persona con discapacidad intelectual, lo hacemos con un propósito determinado, podemos querer realizar un diagnóstico, establecer una clasificación del sujeto o bien puede que nuestra intención sea la de establecer los

apoyos que la persona necesite. Dependiendo del motivo que tengamos para evaluar, debemos llevar a cabo distintos procesos y pasos, y utilizar diferentes instrumentos y herramientas.

5.2.1. EVALUAR PARA DIAGNOSTICAR, CLASIFICAR Y/O PLANIFICAR APOYOS

Junto con el manual, la AAIDD incluye unas hojas prototípicas de evaluación cuyo objetivo responde a cada uno de los tres propósitos (diagnóstico, clasificación y descripción, y planificación de apoyos). Dependiendo de la intención, el proceso a seguir cambia. Esto nos posibilita:

- (1) Determinar la existencia de la discapacidad intelectual, en base a los tres criterios establecidos.
- (2) Clasificar y describir al sujeto, valorando los puntos fuertes y las limitaciones en las cinco dimensiones.
- (3) Planificar los apoyos que necesita, teniendo en cuenta las nueve áreas de apoyo, sabiendo la relevancia que tienen estos apoyos en la vida de la persona.

5.2.2. PROCESO 1. DIAGNÓSTICO

De acuerdo con la definición, la existencia de discapacidad intelectual está en función de:

1. Si hay limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
2. Si hay limitaciones significativas en la conducta adaptativa.
3. Si la edad de aparición ha sido anterior a los 18.

En los protocolos propuestos por esta Asociación para realizar el diagnóstico se recoge la información pertinente al respecto, en la que figuran datos tales como: las puntuaciones obtenidas en funcionamiento intelectual (prueba usada, puntuación estandarizada, error de medida del instrumento, nombre y categoría del evaluador), las puntuaciones obtenidas en conducta adaptativa (prueba usada, puntuación estandarizada, error de medida del instrumento, nombre y categoría del evaluador), los

resultados obtenidos en evaluaciones adicionales (los datos referentes a las limitaciones en cada uno de los tipos o en la puntuación total de conducta adaptativa), y por último, la edad de aparición de esas limitaciones.

5.2.3. PROCESO 2. CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN

Si queremos clasificar y describir a un sujeto, necesitamos evaluar las cinco dimensiones propuestas en el modelo teórico (capacidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales, salud y contexto). Para ello, primeramente evaluamos los puntos fuertes y las limitaciones en la capacidad intelectual, seguidamente hacemos lo mismo con la conducta adaptativa, teniendo en cuenta los tres tipos (conceptual, social y práctica), en tercer lugar, valoramos la dimensión de participación, interacción y roles sociales (para lo cual se sigue la guía del protocolo), en cuarto lugar, valoramos el estado físico y mental del sujeto así como los factores de riesgo que contribuyeron etiológicamente a su aparición o desarrollo, posteriormente, evaluamos el contexto más cercano (persona, familia, apoyos directos, etc.), el contexto intermedio (servicios residenciales, organizaciones de apoyo, la comunidad cercana a su hogar, etc.) y por último, la sociedad en la que se encuentra inmerso (las políticas socioculturales, la cultura del país, etc.).

5.2.4. PROCESO 3. ESTABLECIMIENTO DEL PERFIL DE APOYOS

El objetivo de esta evaluación es identificar las áreas que necesitan apoyo y su intensidad. La AAIDD ha propuesto en este último sistema nueve áreas posibles de apoyo. Cada una de ellas se concreta en una serie de actividades. A continuación citamos las que se necesitan evaluar para establecer el perfil de cada sujeto:

- Actividades de desarrollo humano
- Actividades de aprendizaje y educación
- Actividades de vida en el hogar
- Actividades de vida en la comunidad
- Actividades de protección, derechos y responsabilidades
- Actividades de salud y seguridad
- Actividades conductuales
- Actividades sociales
- Actividades de empleo

Cada una de estas áreas se cumplimenta siguiendo los indicadores pertinentes que aparecen en el manual (Luckasson y cols., 2002, p. 29) teniendo en cuenta que los

perfiles que se establezcan tengan relación con la edad del sujeto para el que se proponen. Para cumplimentar este tipo de protocolo se puede contar con la información de profesionales, familiares, personas afectadas u otras que conozcan al sujeto. En el cuadro 2.16 aparecen sintetizados importantes aspectos a tener en cuenta según sea el objetivo de la evaluación:

	PROPÓSITO	MEDIDAS Y HERRAMIENTAS	CONSIDERACIONES
Diagnóstico	Establecer servicios. Beneficios. Protecciones legales.	Tests de capacidad intelectual. Escalas de conducta adaptativa. Documentos que revelen la edad de inicio.	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar la relación entre las medidas y el propósito. - Seleccionar pruebas adecuadas psicométricamente. - Usar pruebas específicas según: la edad, el grupo cultural, el lenguaje, las formas de comunicación, el género, las limitaciones sensorio-motrices. - La cualificación del evaluador - Las características del evaluador y potenciales prejuicios. - La consistencia con las prácticas profesionales estándar. - La selección de informantes. - La relevancia del contexto y del ambiente. - La participación, interacción y rol social. - Las oportunidades y experiencias. - La historia clínica y social. - Los aspectos físicos y mentales. - La evaluación de la conducta in situ. - Las metas personales. - El apoyo del equipo
Clasificar	Investigación. Servicios. Comunicación de características, etc.	Escalas de intensidad de apoyo. Rangos o niveles de CI. Categorías de educación especial. Evaluación del ambiente. Factores etiológicos o de riesgo. Niveles de conducta adaptativa. Evaluación de la salud mental. Categorías beneficiarias...	
Planificar Apoyos	Reforzar las competencias personales: *Independencia, *Relaciones interpersonales, *Contribuciones, *Participación escolar y comunitaria, etc.	Herramientas para la planificación centradas en la persona. Autoapreciación. Evaluación de las objetivas condiciones de vida. Escalas de intensidad de apoyos. Plan de elementos que requiere el individuo.	

Cuadro 2.16. Evaluación de la discapacidad intelectual (Luckasson y cols. 2002, p. 22).

Como estamos viendo, a esta primera revisión del revolucionario concepto de discapacidad intelectual de 1992 incorpora diferentes aspectos y amplía otros hasta crear un sistema multidimensional de diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos para las personas con discapacidad intelectual. Creemos que una vez más, los avances conceptuales que esta Asociación ha proporcionado, favorecerán la intervención que estas personas necesitan.

6. PANORAMA DE TRATAMIENTOS

A pesar de conocer el origen de la discapacidad intelectual de algunos sujetos, es preciso subrayar que el tratamiento no busca “la curación del sujeto”, actualmente imposible en la gran mayoría de los casos, con el conocimiento científico que poseemos, sino como bien dice Verdugo (1995a), busca el incremento de conductas adaptativas al medio social y la reducción de comportamientos que obstruyen el proceso de aprendizaje e integración social. La discapacidad intelectual afecta al funcionamiento global de la persona, lo cual exige una intervención multidisciplinar que abarque la pluralidad de estrategias de intervención que estas personas necesitan. Las áreas disciplinares que han de estar involucradas en los tratamientos son esencialmente de tipo psicológico, de tipo socio pedagógico y de tipo médico.

Los intentos de acercar a la normalidad a las personas con discapacidad se han abordado desde múltiples perspectivas. Es los siguientes epígrafes analizaremos por un lado y brevemente, la intervención que se realiza desde el ámbito de la pedagogía, más adelante, nos centraremos en dos tipos de tratamiento, el biomédico y psicológico, y por último veremos la intervención que propone la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo (AAIDD).

6.1. INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA

Los tratamientos pedagógicos comenzaron a extenderse en los albores del siglo XX, tras las aportaciones de Itard, Seguin, Montessori etc. Los trabajos realizados por estos autores proporcionaron una filosofía y unas bases educativas que influyen en la programación actual de la educación de los personas con discapacidad intelectual. La expansión de estas ideas hizo que en los países occidentales se crearan escuelas públicas especiales donde los alumnos seguían un currículo y metodología específica. Hacia los años 1960 y como consecuencia de un progreso en la elaboración de los programas individualizados, en los estudios de eficacia y en la demanda de un mayor uso de los derechos humanos, se inició el movimiento pro-normalización (Bank-Mikkelsen, 1975). Esta situación dio como resultado el proceso de integración escolar, iniciado en nuestro país a raíz del Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial del 6 de marzo de

1985 en la que se habla de normalización, sectorización e individualización. La Orden del 20 de marzo de este mismo año posibilitó la planificación y experimentación de la integración. Entre los años de 1980 y 1990 la atención educativa a los alumnos con necesidades educativas especiales ha recibido una atención prioritaria en España, potenciando los servicios y los recursos educativos que estas personas necesitan.

El tratamiento pedagógico se ha centrado en potenciar y desarrollar las competencias que posee la persona desde una actitud de aceptación, temas como la normalización, la integración, la atención a la diversidad, están hoy en día en el punto de mira de este modelo. Así, su interés por las implicaciones organizativas y didácticas siguen siendo muy relevantes, pues engloban tanto el desarrollo organizativo como el curricular y el profesional. Conceden también importancia a las necesidades educativas especiales y a las adaptaciones curriculares.

Ejemplos de este tipo de programas educativos podríamos citar, entre otros, los siguientes: Cuadernos de Trabajo de Formación Humana y Maduración Personal (FECLAPS, 1995), Programas de Formación Adaptada a Discapacitados Psíquicos FOADIS (FECLAPS/AVA, 1997), Programa Formativo de Transición a la Vida Adulta (Otero y Arroyo, 1997), Materiales Didácticos de los Programas de Garantía Social (Rico y Sáez, 1996), Formación y Orientación Laboral (FOL) -Modalidad Alumnos con Necesidades Educativas Especiales- (Castillo y Lezcano, 1999), Programa Integral de Educación para la Salud (PIEPS) dirigido a jóvenes con discapacidad intelectual (Casado y Lezcano, 2000).

Las tendencias más actuales hablan de inclusión, para referirse a una escuela que acoge a todos los alumnos (Ainscow, 1995; Wang, 1995; Arnaiz, 1997; Stainback y Stainback, 1999; Echeita, 2001). Estos conceptos no son sólo compartidos por la pedagogía, desde otros modos de actuación también se tienen en cuenta, así por ejemplo, los modelos sociales, incluida la Unesco (1994), hablan de inclusión y la relevancia es también importante. Ciertamente es que el desarrollo de conceptos tan importantes como integración educativa e inclusión para todos, necesita ser abordado en toda su problemática de forma interdisciplinar, ejemplo de ello son los factores multideterminantes para el éxito de la integración. Es necesario que los estudios continúen pues quedan por resolver,

como bien dice Verdugo (1995a), la atención a personas con discapacidad intelectual severa y profunda, la formación y especialización de los profesionales de centros específicos, los programas de trabajo en centros ocupacionales, etc.

La atención pedagógica a los alumnos con discapacidad ha recibido una atención prioritaria en las décadas de 1980 y 1990 del siglo XX, con una potenciación muy positiva de los servicios, recursos educativos y formación de los profesionales, esperemos que estos impulsos se mantengan y avancen con la misma intensidad en el siglo XXI.

6.2. TRATAMIENTOS BIOMÉDICOS

Los grandes adelantos de la ciencia médica han posibilitado grandes avances en los tratamientos biomédicos de las personas con discapacidad. Todos estos avances, especialmente los descubrimientos científicos básicos en biología celular, genética y neuroquímica, han permitido un mayor conocimiento de la etiología de la discapacidad intelectual y han repercutido en la mejora de las técnicas de prevención. Concretamente en nuestro país, los programas de prevención relacionados con la discapacidad intelectual que se han consolidado en los últimos años han sido: consejo genético, diagnóstico prenatal, diagnóstico neonatal precoz, programas de atención al embarazo, prevención de errores congénitos del metabolismo, prevención de deficiencias en el período perinatal, dietas nutritivas, orientación y planificación familiar, y prevención de tipo ambiental (Alonso Seco, 1997a, 1997b). Sería muy deseable que se tuviera en cuenta, a la hora de realizar las campañas o programas de prevención, los posibles orígenes multifactoriales e intergeneracionales de la discapacidad intelectual (Luckasson y cols., 1992) ya que los conocimientos actuales sobre los efectos subrayan su origen en influencias evitables y reversibles provocadas por diversos entornos adversos (consumo de drogas, alcohol, mala alimentación, etc.).

El tratamiento médico ha estado caracterizado por usar principalmente dos tipos de terapias: las quirúrgicas y las químicas. Las quirúrgicas, ya en desuso, han tenido poco éxito (lobotomías y otras intervenciones sobre el cerebro) y han sido motivo de rechazo social amplio. Las técnicas químicas, se están utilizando más en la actualidad, actúan

sobre el sistema nervioso y pueden modificar la conducta observable, propiciando que se utilicen con estos sujetos, en ocasiones en demasía, antiepilépticos y neurolépticos. No se conoce ningún fármaco de uso específico para personas con discapacidad intelectual y los que se utilizan, no sirven para aumentar la capacidad intelectual o el ajuste adaptativo de estos sujetos. Los medicamentos que se usan para tratar la discapacidad intelectual, si bien son necesarios para algunos sujetos, no curan, sino que se limitan a reducir los síntomas de las alteraciones conductuales, por lo que se han de sopesar los efectos secundarios y las diversas reacciones individuales. Su uso indiscriminado, principalmente para las problemáticas de conducta en las personas institucionalizadas, hace que Schaal y Hackenberg, (1994) denomine a estos fármacos “la camisa de fuerza química”.

De acuerdo con uno de los expertos españoles en farmacología para los personas con discapacidad intelectual, Flórez, esta terapéutica aplicada a la esfera cognitiva ha resultado ser un motivo permanente de frustración. Únicamente, en condiciones muy concretas en las que la patología mental es consecuencia directa de una alteración metabólica, se puede corregir con la adición o sustitución de un determinado sustrato metabólico. En el resto de los casos, tan sólo sería justificable como elemento crítico de apoyo a otros tipos de intervención. El tiempo dirá si con los avances que se realicen en este campo se consigan logros futuros, por lo que debemos permanecer reactivos y sensibles a lo que puedan aportar este tipo de tratamientos.

El campo de la farmacología no está exento de problemas y controversias acerca de los efectos colaterales de los fármacos. Estas controversias han orientado la mayoría de los estudios, hacia el conocimiento de los posibles efectos adversos o negativos del tratamiento farmacológico en sujetos con distintos tipos de discapacidad. La reducción en la responsividad a los estímulos ambientales, la aparición de movimientos motóricos involuntarios y las interferencias con los procesos de aprendizaje y rendimiento son los temas más frecuentemente abordados en las investigaciones actuales. Algunos de estos estudios podemos encontrarlos en Aman (1987), Aman y Singh (1991), Baumeister, Todd y Sevin (1993), Flórez (1997), Franco (1998), Salvador (1995) y Salvador y cols. (2002). Aman y Singh (1991) y Baumeister, Todd y Sevin (1993) manifiestan que las personas con discapacidad intelectual constituyen la población más medicada de nuestra

sociedad, habiéndose producido en décadas pasadas verdaderos abusos en su tratamiento. Franco y cols. (1997) en un estudio efectuado en la Comunidad de Castilla y León revelaron un uso habitual de sedantes, durante muchos años, sin control adecuado del tratamiento y con la aparición de múltiples efectos secundarios.

La medicación se prescribe principalmente para paliar las conductas problema o desadaptadas. Los problemas de conducta más frecuentemente tratados a través de terapia farmacológica en sujetos con discapacidad intelectual han sido la agresividad, conducta destructiva, hiperactividad y autolesión. La medicación psicotrópica es la más utilizada, aunque, según un informe de la AAMD (1989), en los últimos años parece haber un descenso en su utilización.

Los fármacos más comunes para tratar problemas comportamentales según autores expertos (Franco, 1998; Novell, y cols, 1994) en el tema son:

1. - Los inhibidores de la recaptación de la serotonina, que se utilizan principalmente para controlar la conducta impulsiva autolesiva, la heteroagresiva, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo. Ejemplos de este tipo serían los siguientes: Fluoxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Clorimipramina, Buspirona, Trazodona y el Litio.

2.- Los antagonistas de la Dopamina, utilizados principalmente como neurolépticos, antipsicóticos y para controlar la hiperactividad. Entre ellos están los fármacos tradicionales: Haloperidol y Flufenazina, cuya eficacia ha sido cuestionada en numerosas ocasiones y los más actuales, también llamados atípicos: Clozapina, Olanzapina y Risperidona ... Estos últimos han sido probados en estudios clínicos y en la práctica para la resolución de problemas persistentes de conducta en población con discapacidad intelectual.

3.- Para las alteraciones caracterizadas por la hiperactividad y la agresividad se utilizan fármacos que estimulan la deficiencia noradrenérgica. Podríamos citar los estimulantes, como el Metilfenidato, que en ocasiones produce efectos de dependencia y tolerancia y los bloqueantes, como el Propranolol, que reduce el nivel de actividad general sin

interferir en las actividades cognitivas y motivacionales pero con el inconveniente de que presenta importantes efectos secundarios (Novell y cols, 1994).

4.- Por último, para controlar el incremento del sistema dopaminérgico cerebral o de su actividad, que se traduce en conductas agresivas, los fármacos anticonvulsivos o gabaérgicos consiguen aumentar la actividad del GABA (un neurotransmisor inhibitor) e indirectamente consiguen frenar la actividad del sistema dopaminérgico. Algunos ejemplos de este tipo son: Acido Valproico, Carbamazepina o Lamotrigina que funcionan como estabilizadores del estado de ánimo. Son varias las razones que se arguyen en favor de la reducción de las medicaciones anticonvulsivas. Entre ellas, el temor a posibles efectos tóxicos a largo plazo (alteraciones en los niveles de sangre y efectos tóxicos importantes), deterioro en el comportamiento social y en la capacidad de aprendizaje (Luckasson, 1992).

Otro tipo de fármacos, tales como Dexedrine y Ritalin, suelen utilizarse para la mejora del rendimiento académico, pero los resultados logrados hasta el momento son muy confusos y es imposible llegar a conclusiones definitivas sobre su eficacia (Aman y Singh, 1991).

Aunque una mayoría de autores acepta que los sujetos responden positivamente a estos tipos de medicación son necesarios estudios mejor controlados para llegar a conclusiones más firmes sobre su eficacia (Schroeder, 1991; Flórez, 1997). En general, las críticas contra este alto grado de medicalización son muchas y variadas. Por un lado, parece que la medicación prescrita está relacionada con factores múltiples y no solamente con las características cognitivas o conductuales de los sujetos. En muchos casos, más que el tipo, frecuencia o severidad de los problemas conductuales o características de los sujetos, es la tolerancia del equipo, su nivel educativo y la percepción de las conductas problema de los sujetos los factores que determinan la utilización de la medicación (Harper y Wadsworth, 1993). Por otro, muchas prescripciones son recomendadas en función de un único síntoma. Es más, no siempre se analiza la causa real de ese síntoma ni se estudian los factores ambientales relacionados con él. Además, la decisión de la prescripción recae con frecuencia en un solo profesional y la valoración de resultados de la medicación no es contrastada dentro

de un equipo multidisciplinar (Baumeister, Todd y Sevin, 1993; Flórez, 1997 y Franco, 1998). Ante esta situación y hasta que exista una mayor evidencia al respecto, la AAIDD en 1992 propone una serie de sugerencias para el tratamiento farmacológico de personas con discapacidad intelectual. Entre otras podemos citar las siguientes:

- 1.-Deben valorarse todos los posibles tratamientos que puedan intervenir satisfactoriamente en la conducta alterada.
- 2.-Se ha de diseñar un plan específico para cada persona.
- 3.-La prescripción farmacológica, en aquellos casos en que se desconozcan los efectos derivados de su aplicación, debe realizarse una vez que previamente se hayan revisado y discutido otras intervenciones alternativas.
- 4.-La utilización de un determinado fármaco debe ser valorada dentro del plan global de tratamiento.
- 5.-Los efectos de la medicación deben ser registrados y revisados de forma periódica.
- 6.-Debe evitarse la combinación de determinadas sustancias, por ejemplo, agentes neurolépticos con ansiolíticos.
- 7.-Por su farmacocinética, los psicofármacos deben utilizarse con precaución en niños, ancianos y personas con alguna enfermedad asociada.
- 8.-Todos los miembros del equipo de tratamiento deben estar informados de la prescripción farmacológica, de sus efectos secundarios y de las principales interacciones entre sustancias.

Para algunos autores (Flórez, 1997; Franco, 1998; Nuffield, 1988; Salvador y cols., 2002; Singh, Landrum, Ellis y Donatelli, 1993), toda la problemática derivada del uso de fármacos se solventaría, en parte, con el uso combinado de intervenciones médicas, farmacológicas y psicológicas. Este tipo de intervención multidisciplinar permitiría reducir el uso de las drogas y, al mismo tiempo, posibilitaría cambios conductuales más positivos. Podemos citar lo que comentan Didden y cols (1997) y recogen Salvador Carulla y cols, autores de la Guía Práctica de la Evaluación Psiquiátrica en el Discapacidad intelectual, p. 74 (2002) sobre la eficacia del tratamiento farmacológico en estas personas

“Los psicofármacos son menos útiles en el tratamiento de los trastornos de conducta, por lo que es aconsejable iniciar el tratamiento con técnicas conductuales de manejo o control de estímulos, etc, para posteriormente, si no se alcanza la eficacia terapéutica pasar a la incorporación de fármacos”.

Podríamos concluir diciendo que los avances y progresos biomédicos han permitido y posibilitado mejoras muy positivas para las personas con discapacidad intelectual, por ejemplo los avances científicos recientes, entre ellos la asesoría genética, la amniocentesis, las vacunas y los exámenes con pantalla realizados precozmente, están ayudando a reducir la incidencia de sujetos con discapacidad intelectual (Heward, 1998b). Sin embargo, también es necesario reconocer que el progreso biomédico no ha sido un éxito categórico. Aún no se ha evaluado suficientemente la aportación de muchas de las nuevas tecnologías (Caba Martín, 1992).

De cara a los objetivos de este apartado conceptual lo más interesante es que estos avances biomédicos refuerzan las concepciones positivas de la modificabilidad de la discapacidad intelectual.

6.3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

En la actualidad, desde la psicología, existe una pluralidad de estrategias de intervención con las personas con discapacidad intelectual, derivadas de los distintos modelos explicativos, analizados en epígrafes anteriores, cada modelo ha propuesto sus intervenciones y los tratamientos a llevar a cabo. Pero no sólo este aspecto está en juego, las estrategias varían con el ámbito de prestación de servicios, el nivel de educación propuesto, la fase o el periodo donde se asienta la intervención, el objetivo prioritario que se persigue, etc. En función de todos estos aspectos, los tipos de tratamiento varían considerablemente.

Tres enfoques han sido predominantes en los últimos años: la psicoterapia, los programas de mejora cognitiva y la modificación de conducta.

6.3.1. LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia engloba una gran variedad de técnicas y métodos que se caracterizan por el interés que tienen en que la persona con discapacidad intelectual exprese sus emociones y sentimientos ante otra persona o grupo de personas. Tiene su origen en las teorías dinámicas de la personalidad, como las de Freud y Rogers. Sin embargo, estos autores rechazaban, por regla general, la psicoterapia a las personas con discapacidad intelectual por considerar que para su aplicación era necesario una inteligencia normal y unas aptitudes intelectuales adecuadas. A pesar de ello, algunos profesionales trabajaron, en este sentido, utilizando para ello terapias lúdicas, de expresión, artísticas, musicoterapias, etc. Los resultados obtenidos son difíciles de valorar, dado que se carece de investigación apropiada, los objetivos y metas propuestas revisten vaguedad, y se observa falta de uniformidad en los trabajos.

6.3.2. LOS PROGRAMAS DE MEJORA COGNITIVA

Los programas de mejora cognitiva se han diseñado para alumnos con discapacidad intelectual y problemas de rendimiento escolar. Son instrumentos que favorecen el desarrollo de los procesos y las habilidades metacognitivas. Potencian la transferencia de las mismas tanto a los ambientes educativos como a la vida diaria. De los datos procedentes de los estudios de Brown y Campione, Borkowski y Feuerstein se desprende que uno de los mayores problemas de las personas con discapacidad intelectual es su gran impulsividad e incapacidad para transferir y aplicar lo aprendido. Son los procesos cognitivos, como dice Sternberg, los que aparecen deficitarios e impiden realizar una planificación adecuada de las estrategias cuando se trata de resolver problemas. Whitman, en 1990, plantea la discapacidad intelectual como un déficit en la capacidad de autorregulación que impide comprender la importancia de las estrategias, su aplicación y transferencia a otras tareas. Estas personas dependen de otras para aprender, percibiéndose como personas dependientes. En ellas confluyen dificultades cognitivas y emocionales, por lo que es necesario utilizar estrategias de aprendizaje en distintas situaciones y contextos, de forma que entiendan que el conocimiento de ellas le puede ayudar a solucionar las tareas en distintas situaciones. La función del educador consistiría en hacer explícito lo que normalmente se aprende de

forma implícita. La enseñanza de la transferencia es un aspecto de cualquier programa que tenga como principio la mejora de las habilidades del pensamiento (Boada y Vert, 2001).

El programa de enriquecimiento instrumental (PEI) es otro programa cognitivo, diseñado por Feuerstein (1980) para paliar los desfases cognitivos, emocionales y motivacionales de los niños con déficits. Se basa en el potencial de aprendizaje y en la mejora de habilidades y estrategias de aprendizaje. Está fundamentado en la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva y en los principios de la experiencia del aprendizaje mediado (EAM). El educador experto en el PEI ha de desempeñar el papel de mediador, facilitando las interacciones sociales para lograr que las personas deficientes compartan sus conocimientos, favoreciendo la reflexión sistemática y la modificación de las estructuras cognitivas. En definitiva, y según el autor, facilita el desarrollo de los individuos con discapacidad, lo que se pretende es aprender cómo aprender.

El Brig Stara (Haywood, Brooks, y Burns, 1986) constituye un currículum cognitivo para niños de educación infantil. El desarrollo principal del programa es el desarrollo de la flexibilidad mental. Está basado en el desarrollo de la inteligencia de Haywood, en el concepto de Vigotsky sobre el contexto social de la adquisición dentro de la zona de desarrollo próximo, en las ideas de Piaget sobre el desarrollo cognitivo de los niños, y en la teoría de Feuerstein sobre la modificabilidad estructural cognitiva y el programa de enriquecimiento instrumental (PEI). La obra está organizada pensando en un año completo e incluso un segundo año para niños/personas con discapacidad intelectual con un nivel de desarrollo de 3 a 8 años. De entre sus objetivos generales están el mejorar el desarrollo de los procesos formales del pensamiento y establecer la base cognitiva para el aprendizaje del contenido que tendrá lugar en los siguientes años escolares. El programa se complementa con un manual para los padres con actividades específicas para casa.

El Proyecto INMER, “Sistema inmersivo como mecanismo rehabilitador de la capacidad cognitiva”, es otro ejemplo que pretende trabajar con las distintas capacidades cognitivas del usuario. Esta herramienta basada en técnicas de realidad

virtual, está pensada para ser utilizada con sujetos con discapacidad intelectual y con sujetos con autismo. Sus diseñadores, El grupo ARTEC -Instituto de Robótica de la Universidad de Valencia- y El Centro de Diagnóstico e Intervención de Valladolid, lo presentaron al IV Congreso Nacional de Informática de la Salud en marzo de 2001. Se utiliza un casco de visión estereoscópica y un guante sensorizado que sumerge al usuario en un mundo virtual de sensaciones visuales y auditivas, en el que el sujeto puede actuar para modificarlo a voluntad, poniendo a prueba su comprensión de la situación y su habilidad psicomotriz. El sistema está controlado por un psicólogo, y las personas que lo usan se trasladan virtualmente a sitios simulados, como por ejemplo un supermercado a hacer la compra, con ello aprenden comportamientos, utilizan habilidades, hacen lectura de otras mentes, les sirve de ayuda para tomar decisiones, se manifiestan oralmente, etc. Sus autores pretenden con ello favorecer la combinación de procesos cognitivos y la generalización, aspectos ambos muy afectados en las personas con discapacidad intelectual.

6.3.3. LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Otro procedimiento de intervención psicológica que ha obtenido resultados positivos es la modificación de conducta. La aplicación de las técnicas conductuales se ha llevado a cabo en prácticamente todas las áreas conductuales con resultados muy positivos, lo cual refuerza, de nuevo, las concepciones positivas de la modificabilidad. Esto constituye una importante aportación a nuestro campo, ya que destierra las tesis de incurabilidad e ineducabilidad de las personas con mayor grado de discapacidad intelectual que habían sido mantenidas por la medicina y la psicología tradicional. Cuenta con un amplio cuerpo de investigación que demuestra su eficacia. Sus objetivos básicos se centran en el desarrollo e incremento de conductas apropiadas y adecuadas y en la supresión o disminución de las desadaptadas en todos los aspectos de la vida. Se asume, por tanto, que se pueden desarrollar programas educativos que beneficien a cualquier persona con discapacidad intelectual, independientemente de la gravedad de su deficiencia. Se basa en las teorías y principios del aprendizaje, especialmente en el aprendizaje clásico de Pavlov, el condicionamiento operante y el aprendizaje social de Bandura. Propone diseñar las condiciones ambientales (antecedentes y consecuentes del comportamiento) para modificar la conducta del individuo.

A mediados de los años 1960 se publican los primeros manuales sobre las terapias cognitivo-conductuales. En el momento actual contamos con un gran número de técnicas de este tipo, básicamente terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas. Algunas de estas técnicas han sido aplicadas con gran eficacia en este campo. Así, el entrenamiento en habilidades sociales ha demostrado su efectividad (Botella, 1986; Botella y Martínez, 1987; Gumpel, 1998; Misra, 1992; Ojeda, Pérez, Jarana y León, 1989; Verdugo, 1989b)

A partir de 1980, el enfoque de los programas de tratamiento basados en el análisis conductual ha variado sustancialmente en todas las áreas de la psicología y de la discapacidad (Labrador, 1990), incluido el campo de la discapacidad intelectual (Rueda y Goñi, 1991). Estos programas presentan las siguientes características:

- La intervención no se realiza únicamente en el sujeto con discapacidad intelectual, sino que también incide en el ambiente físico y social en el que la conducta a modificar se presenta.
- El objetivo del programa se centra en que la persona adquiera conductas más adaptadas, disminuyendo así indirectamente los problemas de conducta.
- Se desarrollan programas de intervención terapéutica individualizados, diseñados para cada sujeto en función de sus características específicas, puestas de relieve mediante un adecuado análisis funcional.
- Se utilizan mayoritariamente procedimientos basados en el refuerzo positivo.
- Se implica a personas del medio habitual del sujeto como agentes modificadores, es decir, como coterapeutas.
- El éxito del programa se basa en factores como integración en ambientes comunitarios, acceso a programas educativos, vocacionales, etc.

La popularidad de las terapias de orientación conductual se ha incrementado enormemente en los últimos años, especialmente en los profesionales que trabajan con personas con discapacidad intelectual. Como ya hemos señalado, la modificación de conducta ha aportado una tecnología muy poderosa y eficaz para el tratamiento de estas personas. Los procedimientos conductuales son eficaces, y así lo manifiestan numerosos

autores: (Bihm, Sigelman y Westbrook, 1997; Cervantes y Vázquez, 1990; Luciano y Gil, 1996; Madle y Neisworth, 1990; Martín y Pear, 1992; Matson y Coe, 1991; Matson y Mulick, 1991; Verdugo 1989a, 1996). Las conductas tratadas más frecuentemente, a través de las estrategias derivadas del análisis conductual, han sido muy variadas: conductas autolesivas, agresivas, disruptivas/destructivas, conducta social inadecuada, estereotipias, habilidades de autoayuda, habilidades académicas, habilidades pre y vocacionales, etc. En general, los datos recogidos en la bibliografía ponen de manifiesto la utilización de procedimientos muy diversos en la reducción o eliminación de los problemas conductuales presentes en las personas con discapacidad intelectual (Guillén, 1995; Lennox, Miltenberger, Spengler y Erfanian, 1988; Matson y Mulick, 1991; Morris y McReynolds, 1989; Wang, Reynolds y Walberg, 1988, 1989):

- Procedimientos operantes: incluyen tanto procedimientos de castigo (saciación, desaprobación social, hipercorrección, coste de respuesta, restricción física, tiempo fuera, cachetes contingentes, sabores desagradables), como estrategias de refuerzo positivo (moldeamiento, ayudas verbales, ayudas físicas, economía de fichas, reforzamiento diferencial de otras conductas, reforzamiento diferencial de conductas alternativas) y biofeedback.
- Procedimientos de condicionamiento clásico: desensibilización sistemática, inundación e implosión y terapia aversiva.
- Procedimientos derivados de la teoría del aprendizaje social: modelado, entrenamiento asertivo, técnicas de autocontrol y entrenamiento en habilidades sociales.
- Procedimientos cognitivo-conductuales: entrenamiento autoinstruccional y entrenamiento en resolución de problemas.

De todos estos procedimientos, los más usados suelen ser el refuerzo diferencial y la hipercorrección (Lennox y cols., 1988; Matson y Taras, 1989), siendo el primero de ellos, (según la revisión realizada por Vollmer e Iwata, 1992), uno de los más efectivos en el tratamiento de un gran número de problemas conductuales en sujetos con discapacidad intelectual. También se utilizan otras técnicas, como la exposición a los reforzadores y el muestreo de los reforzadores, facilitando el aumento de frecuencias de diversas conductas, según indican algunos estudios (Ayllon y Azrin, 1973); la economía

de fichas (Cottraux, 1960); las técnicas de modelado, moldeamiento, desvanecimiento, instigación (Azrin y Foxx, 1973) se muestran útiles para en el entrenamiento de los sujetos en repertorios básicos, es decir habilidades básicas imprescindibles para lograr una respuesta positiva y ejecutar conductas más complejas (memoria, atención, imitación, seguimiento de instrucciones, desinhibición motora...); la extinción y el reforzamiento diferencial (Rubio, 1987); el tiempo fuera y el costo de respuesta (Fierro, 1986); el entrenamiento en autoinstrucciones y expresiones verbales (Meichenbaum y Gilmore, 1984) con la que se pueden producir adquisiciones en las técnicas de pensamientos verbalizados, discriminar fallos en el procesamiento de la información y también modificar la atención a la tarea, produciendo, por tanto, resultados positivos; Así mismo, Arnkoff y Glass (1982) llevaron a cabo entrenamientos en procesos cognitivos, con resultados positivos, a través de entrenamiento a la atención y percepción a estímulos externos, desarrollando actividades de memoria a corto plazo y de aprendizaje de ciertas habilidades cognitivas, introduciendo estrategias de distracción auditiva y visual.

Junto a estos procedimientos, la tecnología conductual no deja de aportar nuevos modelos al campo de la discapacidad intelectual. Así, el modelo tridimensional (Cervantes y Vázquez, 1990) de perspectiva interconductual, se basa en el desarrollo de tres dimensiones: el sujeto, la interacción y el medio que se constituyen según áreas conductuales generales, cada área está compuesta por módulos de trabajo referidas a unidades de análisis en función de lo que Kantor (1978) define como funciones de estímulo y funciones de respuesta, y sería como una instantánea de un evento conductual que desplaza el centro de análisis de la conducta del sujeto hacia las interacciones existentes en momentos específicos. Otro modelo actual relevante es el apoyo conductual positivo (ACP) se presenta como un enfoque eficaz para hacer frente a problemas de conducta variados (autolesiones, agresión, problemas de disciplina, etc.), cuya aplicación puede ser llevada a ámbitos tan diversos como el hogar, colegio, trabajo, comunidad, etc., (Car, 1998 y Canal, 2002). Esta estrategia aparece como alternativa al uso de técnicas aversivas y no funcionales en la reducción y control del comportamiento disruptivo. Enfatiza el cambio de estilo de vida de la persona y el respeto a su dignidad y propone las siguientes pautas de intervención: empleo de la evaluación funcional, entrenamiento en conductas adaptativas y estables para el logro de

objetivos, manipulación de los factores contextuales antecedentes y consecuentes reforzadores de la conducta problemática y manejo de técnicas de intervención en crisis (Canal, 1998).

Estamos ante unos tipos de intervención multicomponente que exigen la manipulación simultánea de variables contextuales y variables del sujeto. Lo que se persigue es conseguir que la persona con discapacidad se integre en entornos no restrictivos, que tenga oportunidades para elegir actividades y contextos y que reduzca sus conductas desadaptadas. Todo esto no sería posible sin una adecuada formación de los profesionales que trabajan con estas personas. Por tanto, la puesta en marcha de estos procedimientos, requiere un proceso amplio de formación de los profesionales que asegure un cambio estable en sus prácticas y que promueva la aplicación de este enfoque en una gran variedad de situaciones (Horner, Dunlap, Koegel y cols., 1990).

Como ejemplos de materiales para el tratamiento podemos citar los programas conductuales alternativos (Verdugo, 1989a, 1989b, 1996, 1997b y 2000a), que constituyen el material formativo más amplio, completo y de mayor divulgación que podemos encontrar en nuestro país. Dirigidos a niños, jóvenes y adultos con discapacidad intelectual, comprenden tres programas: el primero, referido a las Habilidades Sociales (PHS), el segundo, el Programa de Orientación al Trabajo (POT) y el tercero el Programa de Habilidades de la Vida Diaria (PVD). Pretenden ser una alternativa curricular al entrenamiento y educación de las personas con discapacidad intelectual. Los resultados, tras su aplicación experimental, han sido positivos. En palabras del autor:

“Se obtuvieron diferencias significativas frente a los programas tradicionales en Educación Especial en 15 de las 18 variables dependientes medidas: a) habilidades sociales relevantes para la vida adulta del deficiente (sociales, profesionales y de autoayuda); b) habilidades de tipo práctico y mecánico, que facilitan la preparación profesional para desempeñar un trabajo; c) habilidades adaptativas de autonomía personal y competencia social, no incluidas en el programa; y d) habilidades intelectuales generales” (Verdugo, 1997, p. 15).

Los componentes de la instrucción y las técnicas de entrenamiento de estos programas derivan de los procedimientos, principios y leyes del modelo conductual. La base de la mayor parte de los principios de entrenamiento de habilidades de los programas son las leyes de condicionamiento, discriminación y generalización, y como procedimientos de instrucción derivados emplea la programación, el análisis de tareas, el reforzamiento, etc. Los objetivos y tareas fueron diseñadas siguiendo un orden creciente de complejidad y dificultad, consiguiéndose con la aplicación de los programas un feedback que reorientó finalmente la ordenación perseguida.

La secuencia del entrenamiento en el aula o en la comunidad es por regla general la siguiente: modelado - instrucción - feed-back - generalización. El PHS y el PAV implican a los padres en el proceso de entrenamiento, con el fin de generalizar los aprendizajes y el mantenimiento funcional de las conductas adquiridas. Cada quince días se entrega a la familia un informe escrito de los objetivos trabajados, indicándoles las conductas a entrenar en casa. Los programas están diseñados para trabajarse en casa de forma real o simulada (PVD), en aulas especiales de usos múltiples (PHS) o en talleres (POT) de forma individualizada. Los dos primeros (PHS y POT) se recomienda no se utilicen antes de que los sujetos tengan 12 o 13 años y parte del PVD es conveniente que se inicie a partir de los 6 o 7 años.

Como vemos, los avances en el tratamiento psicológico son importantes, las herramientas que proporcionan estos programas son muy valiosas. Ahora bien, hemos de tener en cuenta que algunas de las intervenciones conductuales, llevadas a cabo en áreas tan diversas como la del trabajo, adaptación social y personal, independencia personal, rendimiento académico, etc., no están exentas de limitaciones, principalmente por problemas metodológicos y escasez de estudios de valoración de resultados (Ammerman, 1997; Morris y McReynolds, 1989).

Asimismo, recordemos que el mayor problema que afecta a la tecnología conductual en el campo de la discapacidad es el de la generalización y mantenimiento de sus efectos. La discapacidad intelectual es algo que afecta a personas produciendo distintos grados de discapacidad y está relacionada con conductas y situaciones muy variadas. El desarrollo de estrategias que den respuesta a toda esta problemática constituye un reto

importante. Así, por ejemplo, el incremento del entrenamiento original a través de la presentación de estímulos múltiples o condiciones de respuesta múltiples y las estrategias que involucran a los padres como coterapeutas, han demostrado ser estrategias eficaces, en personas con discapacidad intelectual, para incrementar la generalización y el mantenimiento de una gran variedad de conductas (Huguenin, Weindenman y Mulick, 1991; Matson y Fee, 1991). Es necesario que todos los programas de tratamiento que se realicen introduzcan procedimientos para promover la generalización a otros contextos de las habilidades adquiridas. De hecho, estamos de acuerdo con Simón (1989) cuando afirma que no debería hablarse de éxito terapéutico hasta no haber logrado la generalización y mantenimiento de los efectos del tratamiento.

En general, se admite que el entrenamiento en el ambiente natural en el que aparece la conducta que queremos implantar, reforzar o eliminar constituye un requisito básico para potenciar el desarrollo de los efectos de generalización y mantenimiento (Serrano, 1995). También consideramos que un programa de intervención, no es en absoluto, en cuanto a su organización metodológica, un programa concluido y definitivo, muy al contrario, es simplemente una propuesta conceptual que debe ser experimentada y comprobada cuantas más veces mejor (Guillén, 1995).

En todo caso, y limitaciones aparte, los procedimientos conductuales han sido exitosamente aplicados en un amplio número de personas con discapacidad intelectual y ante gran variedad de problemas. Su aplicación ha posibilitado una mejora en la comprensión de las distintas discapacidades y ha generado actitudes más positivas de cara a la integración social de estas personas.

6.4. INTERVENCIÓN PROPUESTA POR LA AAIDD. EL PARADIGMA DE APOYOS

Nos parecen relevantes las implicaciones que el sistema de apoyos establecido por la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo (AAIDD), tiene sobre los tratamientos, porque de nuevo, refuerza la concepción positiva considerando la modificabilidad de las personas con discapacidad intelectual. Entienden el tratamiento desde el punto de vista interdisciplinario donde numerosos

profesionales y no profesionales pueden intervenir proporcionando al sujeto los apoyos que éste necesita. Desde esta perspectiva, los apoyos se definen como:

“Estrategias que tienen como objetivo promover el desarrollo, la educación, los intereses, el bienestar personal y por tanto el reforzamiento del funcionamiento individual” (Luckasson, 2002, p. 145).

El funcionamiento individual, como sabemos, es el resultado de la interacción entre los apoyos que se lleven a cabo y las cinco dimensiones que intervienen en el sistema comprensivo del concepto de discapacidad intelectual: capacidad intelectual, conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales y contexto. Este paradigma de apoyos, tiene como objetivos el conseguir un mayor crecimiento y desarrollo personal y un mejor desenvolvimiento en la comunidad, lo que redundaría en una mayor inclusión social.

Como podemos ver en el gráfico 2.17 existen múltiples personas, instituciones o servicios que pueden proporcionar ayudas. Las fuentes son muy variadas, aunque consideran prioritarias y más recomendables aquellas que son más naturales (las que se realizan en los entornos más próximos, están relacionadas con su grupo de edad, y son más normalizadas), también pueden necesitarse profesionales y servicios especiales, programas y equipos específicos, ayudas técnicas más individualizadas, etc. Su intensidad y duración varían en función de las personas, situaciones y momentos vitales. Deben abarcar todas las dimensiones propuestas y los resultados que se esperan obtener de su utilización son, además de los ya expuestos, contribuir al desarrollo personal social y emocional, fortalecer la autoestima y sentido de valía del individuo y ofrecer oportunidades para contribuir en la sociedad.

Es difícil hoy en día valorar este tipo de intervención, ya que la experiencia en la utilización de estos apoyos es muy reciente y su aplicación es menos amplia de lo deseable en nuestro país (aunque sabemos que en numerosas instituciones se está llevando a la práctica - Boada y Vert, 2001; Icaria, 1999) y carecemos de datos evaluativos generales al respecto, aunque consideramos que es cuestión de tiempo.

La AAIDD propone una serie de directrices para asegurar su eficacia. Estas son, entre otras:

- 1°. Han de preferirse los apoyos naturales, ordinarios e integrados.
- 2°. Han de llevarse a cabo, fundamentalmente por individuos que trabajan, viven o juegan habitualmente en su entorno.
- 3°. Han de ser individualizados.
- 4°. Deben coordinarse a través de un responsable y, por último.
- 5°. Los resultados obtenidos han de ser sometidos a una evaluación.

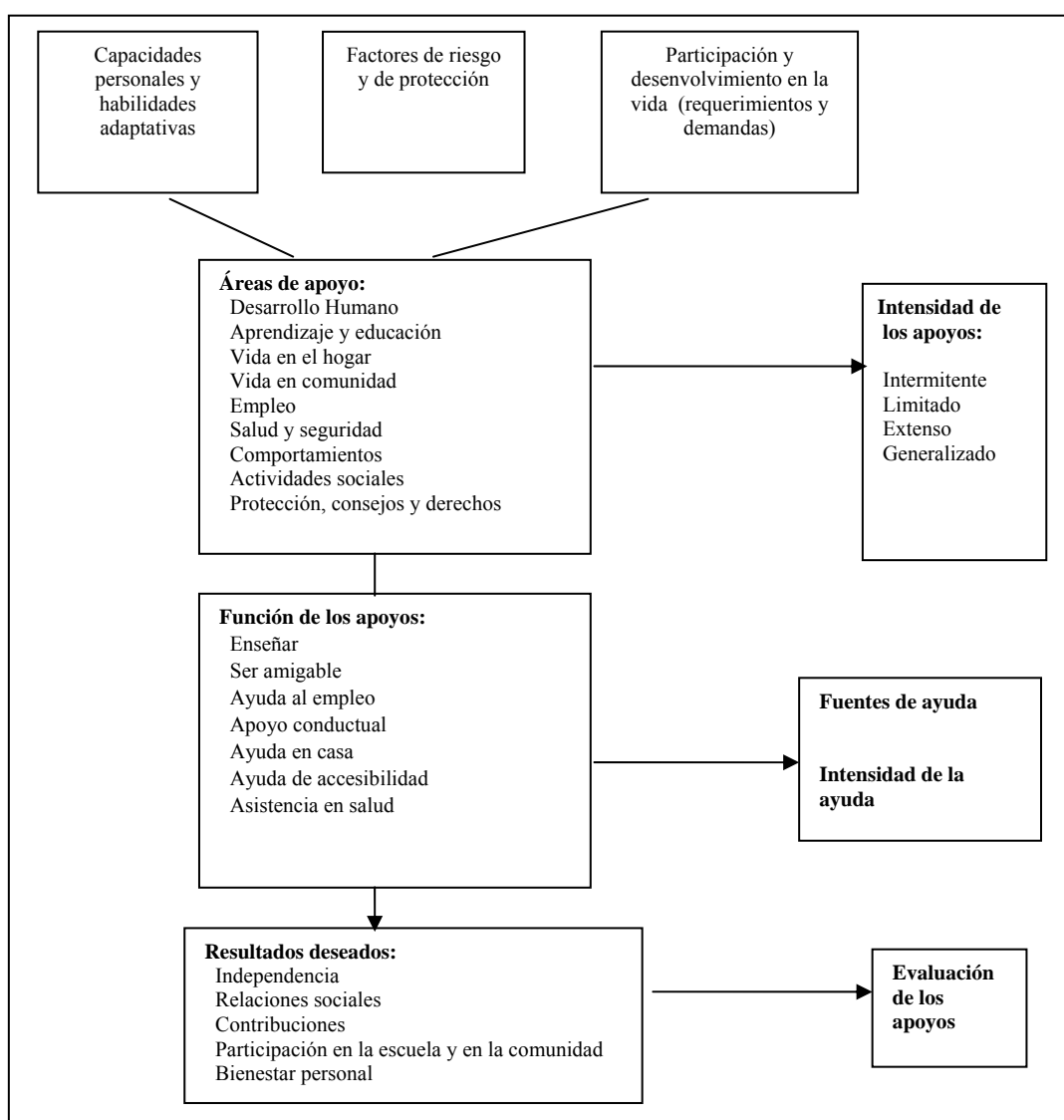


Gráfico 2.17. Modelo de ayudas para las personas con discapacidad. (Luckasson y cols., 2002, p. 148).

6.5. AYUDAS TÉCNICAS

El desarrollo tecnológico está abriendo grandes posibilidades para la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Las nuevas tecnologías aplicadas al campo de la discapacidad tratan de facilitar la educación y comunicación, eliminar las barreras arquitectónicas y urbanísticas, incrementar la oferta laboral y procurar cuidados de salud. Se trata pues de potenciar el rendimiento y la autonomía de estas personas a través de la corrección o aminoración de sus limitaciones. Suponen por tanto un enfoque o actitud activa. Actualmente los campos de aplicación de estas nuevas tecnologías son muy variados (Boura, 1993; Penso, 1990; Imbernón, 1991; INSERSO, 1995; IMSERSO, 1997):

- 1.-En el plano laboral, adaptación de puestos de trabajo a las distintas discapacidades, así como programas y dispositivos para el aprendizaje de tareas.
- 2.-En el plano doméstico, receptores de alerta, alarmas, controladores de medio ambiente y equipos facilitadores de la comunicación con el exterior.
- 3.-En comunicaciones, la comunicación asistida por ordenador, el correo electrónico y la integración textual en información multimedia.
- 4.-En rehabilitación, medios técnicos que facilitan la movilidad, la presentación visual de aspectos fonológicos del habla y la codificación vibrotáctil.
- 5.-En salud e higiene, señales biomédicas para pasar de estímulos eléctricos a impulsos nerviosos.

Con estas ayudas técnicas se han visto beneficiados todos los campos de la discapacidad, aunque las personas con discapacidad intelectual lo han sido en menor medida. Entre todas las ayudas tecnológicas el ordenador, por su potencia para procesar datos y su facilidad para multiplicar efectos, se está situando como primer recurso de la persona con discapacidad. Permite el acceso a la escritura, la comunicación y el control de entorno (Jolleff, 1992; Sánchez Hipola y López Anadón, 1993; Sánchez Montoya, 1997).

El tema de la eliminación de barreras arquitectónicas ha propiciado avances sustanciales en la accesibilidad del entorno físico para las personas con discapacidad. Aunque

todavía son muchas las cuestiones pendientes, lo cierto es que son importantes los progresos y avances en este terreno, tanto en lo relativo a legislación como en trabajos realizados. A modo de ejemplo, baste destacar la extensión sistemática de los programas de accesibilidad integral aplicados hasta el momento en determinados municipios, programas que incluyen no sólo la eliminación de barreras arquitectónicas y urbanísticas sino también la eliminación de barreras de la comunicación para favorecer específicamente a las personas con discapacidades.

Todas estas nuevas tecnologías representan un cambio cualitativo para las personas con discapacidad, que se refleja tanto en el ámbito individual como social. La necesidad de dotar a estas personas de los medios técnicos necesarios para lograr su integración ha movilizado e involucrado a una serie de disciplinas, psicología, medicina, arquitectura, terapia ocupacional, etc., con el objetivo de diseñar productos que equiparen las oportunidades de las personas con discapacidad. Ahora bien, pese a estos adelantos aún es mucho el camino que queda por recorrer. Como ejemplo, algunos estudios acerca de las necesidades de ayudas tecnológicas de niños con discapacidades variadas han puesto de manifiesto ciertas limitaciones: ausencia de evaluaciones previas a la implantación de ayudas técnicas, falta de información a los padres acerca de este tipo de ayudas, personal técnico no adecuadamente entrenado y ausencia de estudios de valoración sobre la eficacia de la mayoría de las técnicas (Parette y VanBiervliet, 1991). La tecnología moderna tendrá que ir superando las limitaciones anteriormente citadas. En todo caso, lo que aquí interesa destacar es que todas estas ayudas técnicas suponen una concepción activa de la discapacidad y fomentan unas prácticas sociales mucho más positivas.

7. RESUMEN

En la primera parte de este capítulo hemos expuesto los principales modelos que explican la discapacidad intelectual, reflexionando tanto sobre los modelos clásicos como los más recientes y complejos. Queremos dejar patente nuestra postura con respecto a ellos: no todos tienen el mismo peso y valor hoy en día, los más complejos, citados en los últimos epígrafes (ecológico, vida independiente, bio-psico-social y

multidimensional de la AAIDD), creemos que son los que mejor analizan y explican el funcionamiento de las personas con discapacidad intelectual.

Posteriormente hemos reflejado el estado actual del concepto siguiendo los principales sistemas de clasificación. Así, hemos analizado los DSM, los CIE y con algo más de detalle la CIF (Clasificación Internacional de la Discapacidad y de la Salud) cuyas dimensiones tienen gran similitud con las propuestas por la AAIDD, valorando a ambas positivamente.

Nos decantamos especialmente por el modelo funcional-multidimensional de la AAIDD cuya última edición apareció en junio de 2002. De sus contenidos hemos hecho una amplia exposición. En el capítulo 4 se recoge, a nuestro juicio, los posibles planteamientos y directrices en la comprensión en un futuro de la discapacidad intelectual.

En síntesis, podemos decir que el concepto de discapacidad intelectual, propuesto por la AAIDD supone no limitar los criterios referenciales de los modelos más clásicos de entendimiento, sino que otorga una visión más global y compleja de las problemáticas y de las intervenciones que necesitan las personas con discapacidad intelectual.

Valoramos también muy positivamente la definición contextual y funcional de la discapacidad intelectual iniciada en 1992, ya que supuso un cambio significativo en la concepción de la persona con discapacidad intelectual, cambio mantenido y mejorado por la última revisión del sistema del 2002, en el que el funcionamiento individual de las personas con discapacidad intelectual se contempla como una expresión de la interacción entre las cinco dimensiones propuestas: habilidades intelectuales; conducta adaptativa; participación interacción y roles sociales; salud y contexto.

Otro aspecto importante, a tener en cuenta, se refiere a la actitud que ha demostrado la AAIDD en las dos últimas definiciones: no ha intentado cambiar quién es y quién no es considerado persona con discapacidad intelectual (como critican algunos profesionales, entre otros, McMillan, Gresham y Siperstein, 1993), los esfuerzos han ido dirigidos en gran medida a cambiar lo que la gente piensa de estas personas. *“El modelo viejo de*

deficiencia ha sido reemplazado por el nuevo modelo de apoyo” (Reiss, 1994, p. 1). Esta consideración es por sí sola digna de valoración positiva.

Consideramos, también, muy oportuno la inclusión de las dimensiones propuestas. El constructo de discapacidad intelectual, está inmerso en una perspectiva histórico-contextual. Esto implica que las personas interaccionamos en un determinado contexto social. La conducta humana es efectiva con relación a unas metas, valores y recursos operativos de ese contexto. El nivel de desarrollo actual de cada uno puede entenderse sólo mirando directamente al proceso de aprendizaje y cambio, y a la capacidad para beneficiarse de las interacciones que median, no sólo mirando los productos del aprendizaje. Los déficits contextuales dan cuenta de muchos problemas que las personas con discapacidad intelectual experimentan en el trabajo, en la comunidad, en la escuela, y están en el corazón de la taxonomía de la discapacidad intelectual (Schalock y cols., 1991). Es necesario, por tanto, continuar insistiendo en estos estudios, operativizando y funcionalizando con mayor claridad estas variables.

El esquema organizativo centrado en la multidimensionalidad, basado en el enfoque ecológico y contextual, minimiza el enfoque de rasgos en la conceptualización y medida de la discapacidad intelectual y se centra en el contexto de la conducta, la interacción entre las personas y sus entornos, la medida de las habilidades funcionales relacionadas con resultados sociales importantes, y la provisión y valoración de servicios basada, sobre todo, en las necesidades de apoyo de la persona.

En los últimos epígrafes hemos revisado el tema de los tratamientos. En suma, tanto los tratamientos psicológicos, especialmente los cognitivos y conductuales, como los avances biomédicos, las intervenciones educativas y el paradigma basado en los apoyos suponen de forma global el concepto de modificabilidad de la discapacidad intelectual, aunque con distintos grados y matizaciones. Sus objetivos, tendentes en general a lograr el máximo desarrollo posible de las capacidades de la persona con discapacidad, son manifestaciones de lo que venimos denominando enfoque o actitud activa. Añadir, por último, que el abordaje de este campo no se agota con las intervenciones que hemos descrito. Quedan pendientes nuevos desarrollos en lo relativo a constatación de resultados, seguimiento de los efectos del tratamiento, alcance real de los mismos y

actuaciones específicas orientadas hacia la difusión, mediante cauces institucionales y profesionales de los tratamientos, cuya eficacia ha quedado probada. Estos planteamientos, que como señala Pelechano (1996a) constituyen en psicología una tarea que exige enormes y renovadores esfuerzos, suponen, si cabe, exigencias especialmente notables en el ámbito de la discapacidad intelectual.

CAPÍTULO 3

EL CONSTRUCTO DE INTELIGENCIA Y SU EVALUACIÓN



En este capítulo y el siguiente nos vamos a centrar en los conceptos de inteligencia y de conducta adaptativa haciendo especial hincapié en las definiciones, clasificaciones e instrumentos de evaluación más significativos, dada la importancia que ambos constructos tienen en la concepción de la discapacidad intelectual de la AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) como se ha expuesto anteriormente y que se recoge en el recuadro siguiente:

La discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, entendiendo ésta como habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002, p. 8).

Cuadro 3.1 Definición de discapacidad intelectual según la AAIDD, 2002.

Cuando hablamos de discapacidad intelectual hacemos referencia, en sentido genérico, a un tipo concreto de discapacidad, definida por la presencia simultánea de déficits en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa. Según esto, las actuaciones irán dirigidas a describir, explicar, evaluar, predecir y modificar, hasta donde sea posible, las

capacidades intelectuales y las habilidades adaptativas de la persona con discapacidad intelectual en orden a conseguir un mejor funcionamiento con los apoyos necesarios que facilite el ambiente. Esta concepción –como ya se ha comentado ampliamente en el capítulo anterior- es aceptada por los principales sistemas de clasificación (las DSM, los CIE y la CIF) cuyas dimensiones tienen gran similitud con las propuestas por la AAIDD, aunque el DSM-IV-TR, admite la definición y los criterios propuestos en 1992 por esta asociación, en su clasificación se basa únicamente en el nivel de intensidad de la afectación intelectual medida a través del CI, asumiendo, por tanto, la clasificación propuesta por Grossman (1983). A su vez la CIE-10, atribuye una importancia destacada a la inteligencia, ya que dependiendo de la capacidad intelectual que obtenga el sujeto se le clasifica como retrasado mental leve, moderado, grave, profundo, otro y sin especificar. También hace mención a los tests que evalúan el cociente intelectual como una estimación estandarizada posible, así mismo, se considera la existencia de escalas de adaptación y de madurez social aunque se hace una llamada de atención respecto a la necesidad de su adaptación cultural.

Para profundizar en el concepto de inteligencia, a lo largo de este capítulo se van a ir conociendo los distintos enfoques que sobre ella se han ido elaborando a lo largo de la historia, profundizando principalmente en las contribuciones que relevantes autores han realizado sobre la evolución y evaluación de la inteligencia y que han afectado a millones de personas. Destacamos y reconocemos los trabajos de Binet, Cattell, Carroll, Eysenck, Fierro, Feurstein, Galton, Gardner, Goleman, Granfiel, Greenspan, Guilford, Mayer, Piaget, Salovey, Spearman, Sternberg, Terman, Thorndicke, Thurstone, Vernon, Weschsler y otros que desde distintas disciplinas principalmente de la psicología han contribuido a la comprensión, medición y conocimiento de la inteligencia.

En primer lugar, se recoge la evolución del concepto, las aportaciones de los expertos pioneros sobre el cociente intelectual, la edad mental, los tests psicométricos y algunas de las definiciones que sobre la inteligencia se propusieron en dos convecciones que se organizaron a lo largo del siglo XX (la primera en 1921, por la revista *Journal of Educational Psychology* y la segunda por Spearman y Detterman en 1986) con el objeto de llegar a un consenso sobre su naturaleza y definición. No se llegó a ningún acuerdo para aceptar una única definición, pero se elaboró una declaración de 25 puntos básicos

sobre el estudio científico de la inteligencia, suscrita por 52 científicos de distintos países y un informe detallado acerca del estado actual de la psicología de la inteligencia.

Pasaremos, en el siguiente apartado, a repasar las aportaciones que desde la psicología diferencial se han realizado sobre la inteligencia y las contraposiciones entre los distintos autores sobre la existencia de uno o más factores y la multiplicidad de tipos de inteligencia, que dieron lugar al gran desarrollo de instrumentos para su medición y a criterios para mejorar la práctica psicológica en el ámbito escolar, clínico o de la selección de personal, desde tres modelos: el jerárquico, el multifactorial y por último, de la inteligencia múltiple.

A partir de los años 1970, las teorías factorialistas sobre la inteligencia comienzan a cuestionarse y surgen otras aportaciones desde la psicología cognitiva que van centrando el estudio de la inteligencia más en los procesos mentales implicados en la adquisición, procesamiento y manipulación de la información que en el carácter factorial del constructo. Desde el modelo cognitivo se establecen cuatro tipos de teorías: teorías de los correlatos cognitivos, teorías de los componentes cognitivos, teorías del entrenamiento cognitivo y teorías de los contenidos cognitivos.

Tras la exposición de las aportaciones para el conocimiento de la inteligencia desde el modelo cognitivo, en el siguiente apartado se recoge como Sternberg (1990) trata de integrar en su teoría triárquica de la inteligencia las contribuciones que se han realizado desde los distintos enfoques y disciplinas del conocimiento, este autor, manifiesta su pretensión de englobar y resumir muchas pequeñas aportaciones que se han realizado hasta el momento sobre la inteligencia, entiendo que esta, se concreta en función de tres subteorías interconectadas; componencial o inteligencia académica, experiencial o inteligencia creativa y contextual.

Mientras que el enfoque diferencial y las teorías psicométricas sobre la inteligencia obtuvieron una gran acogida en los países anglosajones (EEUU y Gran Bretaña principalmente), en Europa adquirieron mayor relevancia las aportaciones de Piaget, dentro de la psicología evolutiva y la perspectiva sociológica de la Escuela Soviética, con Vigotsky. El primero se centró especialmente en las etapas del desarrollo cognitivo

en los niños y en la zona del desarrollo próximo el segundo. A partir de la aplicación de la teoría de Vigostky se desarrollan unas perspectivas más dinámicas de la inteligencia que apuestan por el enriquecimiento de la inteligencia, entrenando al sujeto con programas adecuados para ello, como el propuesto por Feuerstein.

Una vez realizado un breve repaso por las teorías que han definido el concepto de inteligencia pasamos a comentar brevemente el término inteligencia emocional por la repercusión que está teniendo desde finales del pasado siglo. En los últimos años, han sido muchos los autores que han escrito y hablado sobre la inteligencia emocional dando lugar a dos corrientes principales para su comprensión; una vinculada a la inteligencia (tema que nos ocupa) y otra asociada al ámbito de la personalidad.

Ningún capítulo sobre la inteligencia estaría completo y menos aún cuando el objeto de hablar del este constructo es debido a su implicación en la evaluación de la discapacidad intelectual, si no se expusieran aquellos instrumentos de medida de la inteligencia que más se han utilizado en su medición y que hoy en día se siguen empleando, especialmente para evaluar el funcionamiento intelectual. Por ello, en el último apartado se enumeran los tests más empleados en la actualidad en el campo de la discapacidad intelectual.

1. LOS ANTECEDENTES

Para poder hablar de dónde están los orígenes del estudio del término inteligencia vamos a subdividir este apartado en dos para facilitar su exposición- Por un lado, nos ocupamos de aquellos autores que comenzaron el peregrinaje por el camino de la comprensión y conocimiento de la inteligencia, para concretar en el segundo punto de este apartado, las definiciones que propusieron algunos de los eruditos en el tema en reuniones científicas que se celebraron para reflexionar sobre el concepto de inteligencia.

1.1 LOS PRECURSORES DEL CONCEPTO DE INTELIGENCIA

En 1983, Eysenck expresó la siguiente afirmación: “*se ha dicho con razón que la psicología tiene un pasado largo pero una historia corta*”. Lo mismo podemos decir de la inteligencia, Platón y Aristóteles ya estudiaron el concepto de “inteligencia” pero los esfuerzos para medir esta variable sólo consiguieron buenos frutos muchos siglos después. Es a partir del siglo XX, cuando se concretan los más importantes avances tanto en la teoría como en la medición de las capacidades mentales. Los primeros intentos por abordar la inteligencia se basan en identificar comportamientos considerados inteligentes y los factores subyacentes (habilidad verbal, numérica, razonamiento, rapidez y precisión perceptual, memoria, etc.) y en establecer las diferencias individuales en dichos comportamientos, atribuyendo estas diferencias individuales a las diferencias en los factores subyacentes.

En 1869, Francis Galton, muy influido por Darwin, publica “Hereditary Genios”, obra en la que se considera la inteligencia como algo similar al resto de las capacidades físicas, y su distribución estadística se ajusta a la curva normal de la campana de Gauss, debido, según él, a la implicación de los factores hereditarios. Las pruebas ideadas por Galton para medir la inteligencia eran medidas fisiológicas de rapidez y precisión frente a los estímulos. Este autor estableció también las bases para el análisis cuantitativo, correlacional y estadístico de la inteligencia.

Binet (1857-1911) ha sido considerado el creador de los primeros estudios sistemáticos sobre la inteligencia. Propuso un método de ejecución en el cual la inteligencia se calculaba sobre la base de tareas que exigían comprensión, capacidad aritmética, dominio del vocabulario, etc. A lo largo de su vida desarrolló una teoría de este constructo, en la que sugirió que el pensamiento inteligente tiene tres elementos distintos a los que llamó: dirección, adaptación y crítica. *Dirección*, implica saber qué hay que hacer y cómo hacerlo; *adaptación*, se refiere a la creación de estrategias para realizar una tarea, conservar la huella de la estrategia y adaptarla al mismo tiempo que se aplica y *crítica*, es la habilidad para reflexionar sobre los pensamientos y acciones propias. También se conoce como el autor que introdujo el concepto de *edad mental*, que se complementó posteriormente con el de cociente de inteligencia. Con el paso de

los años, se puede afirmar que uno de los grandes méritos de la obra de Binet ha sido el ser capaz de producir un método fiable y práctico para evaluar la inteligencia y determinar cuantitativamente las diferencias en el funcionamiento intelectual.

Stern, poco después de la muerte de Binet, dió a conocer su fórmula sobre el cociente intelectual o CI, usado más adelante por Terman y otros investigadores en el desarrollo de las primeras pruebas para evaluar la inteligencia, basadas en los trabajos de Binet. Llama CI al cociente entre la edad mental y la edad cronológica multiplicado por 100. En 1941, Stern define la inteligencia como *“la capacidad general de un individuo de ajustar conscientemente su pensamiento a exigencias nuevas; es la capacidad general de adaptación a las tareas y condiciones nuevas de la vida”*. Si comparamos esta definición con la propuesta por Weschler en 1944 *“La capacidad compleja o global de obrar intencionalmente, pensar racionalmente y establecer relaciones eficaces con el medio”* y conocemos la que Stoddard George, Comisionado de Educación del estado de Nueva York, en su obra *“El significado de la inteligencia”* (1942), señala como, la capacidad para emprender eficazmente actividades que se caracterizan por dificultad, complejidad, abstracción, economía, adaptabilidad a una meta, valor social y aparición de elementos originales, así como para mantener estas actividades en condiciones de concentración de energía y de resistencia a fuerzas emocionales. Llama la atención el hecho de que en dichas definiciones se busca la solución correcta ante los problemas existentes aunque no hablan de la capacitación para descubrir problemas.

Pero como reconoce Anastasi (1992), el concepto de inteligencia ha evolucionado con el paso del tiempo, adquiriendo nuevos significados, nuevas implicaciones y diferentes matices. A nivel popular, el concepto se ha utilizado ampliamente y han sido muchas las disciplinas, además de la psicológica, las que han usado el término. Hoy en día, hay pocos acuerdos sobre qué es la inteligencia, de hecho, cada experto teórico la define de forma diferente, tampoco existe consenso en el número, tipo y factores que existen y la determinan. En palabras de Matarazzo (1972, p.45):

“No existe ni en la ciencia ni en la profesión una definición de inteligencia generalmente aceptada”

1.2 LAS CONVECCIONES PARA LA UNIFICACION DEL CONCEPTO DE INTELIGENCIA

La tarea de conseguir esa unificación no se ha conseguido ni siquiera en las convecciones que a lo largo del siglo XX se convocaron para obtener una consensuada visión. Algunas de las definiciones sobre el concepto de inteligencia que se llevaron al simposium organizado por The Journal of Educational Psychology en 1921 aparecen expresadas en el cuadro 3.1., junto con las que se recogen en el manual de Sternberg y Detterman (Ed.) *What is intelligence?* (1986, traducido al castellano en 1992), fruto de las aportaciones más representativas en la materia que se expusieron en la 2ª convención de 1986, con la finalidad de definir de forma conjunta el constructo de inteligencia.

- Se define como la capacidad de aprender (Colvin, 1921).
- Es la aptitud para adaptarse adecuadamente a situaciones relativamente nuevas y la facilidad de formar nuevos hábitos (Pintmer, 1921).
- El hombre inteligente es aquel que es capaz de adquirir fácilmente información o conocimiento. Es la capacidad de pensar en abstracto (Terman, 1921).
- Es la capacidad de adquirir capacidad (Woodrow, 1921).
- Incluye los efectos de la experiencia tanto como las características biológicas, constitucionales y genéticas del individuo (Zigler, 1992).
- Es la aptitud o destreza para solucionar problemas o diseñar productos que son valorados dentro de una o más culturas (Gardner, 1992).
- Es el producto final del desarrollo individual en el campo cognitivo-psicológico, condicionado por la cultura, etnocéntrico y excesivamente limitado, incluye el funcionamiento sensorial y perceptivo pero no el motor, ni el motivacional, ni el emocional. Evoluciona para permitir al grupo actuar eficazmente en sus contextos culturales y ecológicos (Berry, 1992).
- Para ser un hombre inteligente se requiere una forma más amplia de adaptación personal y de estrategia vital, que ha sido descrita en niños y adultos invulnerables, que son dueños, motores y formadores de sus propios ambientes. La comprensión de la inteligencia nos exige tener en cuenta la historia evolutiva y la variabilidad de las adaptaciones humanas (Scarr, 1992).
- Implica la combinación de destrezas cognitivas y de conocimientos necesarios, fomentados y recompensados por la cultura concreta en la que el individuo se va socializando (Anastasi, 1992).

Cuadro 3.2. Definiciones y visiones de la inteligencia (Convención sobre la inteligencia de 1921-1986).

En el simposium de 1921, la preocupación más significativa fue la medición de la inteligencia a través de tests estandarizados que pudiesen predecir tanto las diferencias individuales como el éxito-fracaso escolar. En cambio, los intereses de la segunda reunión se centraron en el esfuerzo teórico por definir el "funcionamiento cognoscitivo inteligente" y cómo este tipo de funcionamiento se concreta en distintas tareas, se desarrolla con la edad, se puede modificar mediante entrenamiento, o permite al ser

inteligente interactuar adecuadamente en función de su entorno socio-cultural. Una de las conclusiones a la que llegaron los expertos reunidos en 1986 (Sternberg y Detterman, 1986) fue que a pesar de una cierta convergencia sobre algunos de los componentes de la inteligencia (incluso entre los trabajos de 1921 y 1986) y del avance en la conceptualización del constructo (en esa época ya que existían definiciones más elaboradas, más detalles sobre lo qué es y lo qué no es la inteligencia) hay todavía un desacuerdo en aceptar una única definición sobre inteligencia, quizás porqué tal como afirma Detterman (1988, p. 196):

"Un concepto tan complejo como el de inteligencia no puede ser agotado en una única definición sin caer en una simplificación excesiva".

El 13 de diciembre de 1994 se publicó en la revista *Wall Street Journal* una declaración de 25 puntos básicos sobre el estudio científico de la inteligencia, suscrita por 52 científicos de distintos países. Además de esta declaración, la *American Psychological Association (APA)* consideró la oportunidad de realizar un informe más detallado acerca del estado actual de la psicología de la inteligencia y creó, para ello, un comité de expertos para que realizara el informe que se publicó en 1996 y ampliará (de forma más extensa y justificada) los puntos ya enumerados anteriormente. Así mismo, describe los datos revelados por la investigación científica realizada hasta el momento y plantea las preguntas que aun hoy en día, siguen sin respuesta.

2. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA INTELIGENCIA

2.1 TEORÍAS DIFERENCIALES SOBRE LA INTELIGENCIA

El estudio de la inteligencia ha sido probablemente uno de los campos más fructíferos de la psicología, tanto por el enorme corpus teórico a que ha dado lugar, fuera incluso del ámbito de la inteligencia propiamente, como por las controversias que ha suscitado.

Por un lado, el estudio de la inteligencia ha permitido que la psicología teórica se desarrolle, colaborando en los avances de la psicología diferencial, la psicometría, la psicología escolar y evolutiva, el estudio de las dificultades de aprendizaje y la discapacidad intelectual, y por otro, ha contribuido a la psicología aplicada, facilitando la búsqueda de instrumentos de evaluación, el desarrollo de tests, la crítica de los mismos, y los criterios para la mejora de programas de intervención educativa, selección de personal, etc. (Doménech, 1995 y Mora, 1991).

Para realizar una breve revisión de las aportaciones de distintos autores al concepto de inteligencia dentro del enfoque diferencial se intentará seguir en la medida de lo posible un orden cronológico, comparando en la medida de lo posible, las teorías de unos y otros. Para ello nos vamos a basar en la clasificación que Doménech (1995) sugiere al plantear tres enfoques en cuanto al concepto de funcionamiento intelectual:

- **Modelo Jerárquico:** Los enfoques jerárquicos tienden a combinar la naturaleza unitaria de la inteligencia propuesta por Spearman (1923) con explicaciones factorialistas al considerarla como un constructo superordenado y tiende a considerar los factores como entidades subordinadas a la estructura general. Sus más caracterizados representantes son Vernon (1972) y Carroll (1993).
- **Modelo Multifactorial:** En este enfoque, unos autores resaltan el valor cuantitativo de los factores, es decir, los resultados obtenidos en sus mediciones: es el caso de Thurstone (1938), quien define la inteligencia como un conjunto de factores primarios independientes y otros, como Guilford (1982) que propone múltiples factores, pero prioriza el proceso más que el producto.
- **Modelo de la Inteligencia Múltiple:** De este enfoque destacan las aportaciones de Eysenck, Gardner y Sternberg.

2.2 MODELO JERÁRQUICO

Las mayores contribuciones de Spearman a lo largo de su vida (1863-1945) al campo de la psicología de la inteligencia provienen tanto del campo metodológico; con el análisis

factorial, como del teórico; con su teoría bifactorial de la inteligencia y las subteorías explicativas de la cognición. En 1923, Spearman observó que si aplicamos tests mentales a una muestra de sujetos, el coeficiente de correlación obtenido era casi siempre positivo; entonces cabe suponer que estos tests no miden atributos totalmente independientes del funcionamiento mental. Este hecho apuntaba hacia la existencia de una estructura subyacente más sencilla: por un lado, el *Factor General* (g), que sería hereditario, se mantiene estable a través del tiempo y varía de un individuo a otro y por otro, un *Factor/es Específico/s* (S) que representa la habilidad específica de un sujeto frente a determinada tarea y sobre el que la educación puede tener una importante incidencia. Spearman (1927) habló del factor general de inteligencia o factor “g”, como el único que constituye la inteligencia y el que presumiblemente se mide en las pruebas que pretenden evaluar este constructo. Este planteamiento dominó en las primeras teorías sobre la inteligencia y posteriormente se incorporaron las influencias relativas de factores ambientales, culturales y genéticos, en particular las circunstancias que incluyen una amplia divergencia socioeconómica. En la actualidad hay un consenso muy extendido de que “g” refleja un elemento genético importante y predice circunstancias de la vida real diferentes al desempeño en las pruebas que, por consenso común, requieren de la inteligencia (Neisser y cols, 1996).

2.3 MODELO MULTIFACTORIAL

En contraposición está la teoría que avala Thurstone (1938), que supuso uno de los grandes avances en la definición del constructo y que originó el surgimiento de la idea de siete factores distintos integrados en el concepto de inteligencia o el *cariz múltiple de la inteligencia*. Para él no existe el factor “g” sino que sólo existen los factores “s”, según su teoría lo innato no existe, todo lo que medimos son los factores “s” o aprendizajes de cada individuo. Los llamados tests de factor “g” estudian una inteligencia individual, analizando los siguientes elementos: El factor V es “Comprensión verbal” que se refiere a la capacidad para un buen uso del lenguaje y de razonamientos verbales. El factor W es “Fluidez verbal”, referido a la capacidad para producir palabras con rapidez siguiendo una norma. El factor “Numérico” es N y significa la capacidad para resolver tareas de cálculo con rapidez y precisión. El factor S es la “Aptitud espacial”, se refiere a la comprensión de figuras en el espacio, de sus

movimientos y transformaciones. El factor M se refiere a la “Memoria” que se considera como la capacidad de recuerdo de contenidos verbal y visual. I o R se refieren a “Razonamiento” como capacidad para extraer reglas, tanto inductiva como deductivamente. La “Rapidez Perceptiva”, es P que significa la capacidad para percibir con rapidez y discriminar (Portillo, 2004). Empleó una nueva técnica para la medición conocido como análisis factorial múltiple, que puede manejar varios factores de capacidad simultáneamente. Con posterioridad, la teoría de Thurstone fue ampliada por algunos autores, destacar a Vernon y en el caso de Guilford fue cuestionada.

Philip E. Vernon (1950, 1971, 1972) unifica esta propuesta de Thurstone con la de Spearman, al considerar que existía un componente común “g” a todas las aptitudes mentales primarias descritas por Thurstone. A partir de ello, describe una jerarquía en donde “g” ocupa el punto más alto y a continuación se encontrarían dos aptitudes básicas: verbal-educativa y espacial-mecánica, las cuales a su vez se dividen en aptitudes más específicas (Rodríguez González, 1987).

Raymond B. Cattell que trabajó primero en Londres a las órdenes de Spearman y luego en Nueva York con Thurstone, trata de superar las diferencias inglesas y norteamericanas acerca del factor “g”, así como la polémica existente entre inteligencia adquirida y heredada. Su teoría (1940, 1963, 1971) distingue entre dos grandes tipos de inteligencia: una inteligencia fluida y una inteligencia cristalizada; la primera será una capacidad innata, biológica, heredada y presente en cualquier comportamiento y la inteligencia cristalizada surge de la aplicación de la fluida en el ámbito cotidiano:

- Inteligencia fluida: es la habilidad que se requiere para percibir o inferir similitudes, diferencias y relaciones entre estímulos. Este tipo de inteligencia se requiere para una gran variedad de tareas en la vida cotidiana, entre otras, habilidades de inducción, razonamiento, procesos integrativos, memorización, planeación y juicio, elaboración de nuevos conceptos, establecimiento de relaciones, procesamiento, creación y solución de problemas. Se consolida hasta los 18 años y disminuye en la tercera edad.
- Inteligencia cristalizada: es la habilidad que se utiliza cuando una tarea demanda el uso de apoyos especiales que se han aprendido por medio de la educación o la

experiencia. Dicho de otro modo, es la capacidad para aplicar el conocimiento y habilidades adquiridas a lo largo de la experiencia vital a través de la educación y cultura.

Aunque Guilford (1967) elevó a 120 el número de factores propuesto por Thurstone (posteriormente a 150). Dichos factores están definidos por unos principios generales de funcionamiento intelectual y cognitivo. Niega en redondo la existencia de una inteligencia general, incluso como factor de orden superior, e insiste más bien en la existencia de un gran número de dimensiones cuyas combinaciones determinan diferentes tipos de aptitudes intelectuales. La primera de estas dimensiones se refiere a la clase de *operación mental* implicada en la aptitud, la segunda dimensión de la clasificación se refiere al *contenido* o área de información donde se llevan a cabo las operaciones, y su tercera dimensión se refiere al *producto* resultante de una clase particular de operación mental aplicada a un tipo particular de contenido. Todas las combinaciones posibles de operaciones, contenidos y productos, da como resultado 120 aptitudes diferentes que pueden definirse mediante su modelo de estructura (cuadro 3.3).

OPERACIONES MENTALES: Proceso intelectual que el organismo realiza con la información que recibe para resolver los problemas	
Cognición	Descubrir, conocer o comprender ítems de información.
Memoria	Almacenamiento de la información en la memoria.
Producción divergente	Creación de alternativas nuevas y lógicas.
Producción convergente	Creación de información a partir de información dada.
Evaluación	Operación por la cual decidimos "sí" o "no".
CONTENIDOS: Hace referencia al tipo de información.	
Figurativo	Información que se percibe directamente del exterior.
Simbólico	Información que es tratada en forma de signos indicativos que no tienen significado por sí mismos.
Semántica	Significa relaciones con símbolos principalmente contenidos en el lenguaje verbal
Conductual	Información implicada en las interacciones entre individuos, en los gestos o expresiones, intenciones, etc.
PRODUCTOS: Todas las formas en que se puede expresar el individuo a partir de las informaciones procesadas por distintas operaciones.	
Unidades	Un objeto, una palabra, una idea, etc
Clases	Un conjunto de unidades.
Relaciones	Conexión observada entre elementos.
Sistema	Conjunto de tres o más elementos de información organizados de forma interactiva
Trasformaciones	Cualquier cambio en un elemento de información ya dado.
Implicaciones	Elementos de información sugeridos por otros elementos de información dados.

Cuadro 3.3 Modelo Multifactorial de la inteligencia de Guilford (1967)

Como podemos observar, el modelo de Guilford no se ajusta la estructura conceptual jerárquica que se ha formulado hasta ahora, está más relacionado con la psicología cognitiva que con el enfoque jerárquico, ya que pretende describir y clasificar las aptitudes humanas y explicar los procesos intelectuales. Pelechano (1995) afirma que a pesar de los esfuerzos de Guilford por construir un modelo de estructura del intelecto, que pone de manifiesto su alejamiento de la tradición representada por Spearman-Thurstone, su teoría tridimensional no tuvo éxito, ni pudo ser demostrada en su totalidad a nivel experimental y tampoco consiguió desbancar el paradigma de Spearman - Thurstone. A pesar de todo es probablemente una de las propuestas más interesantes y compatible con muchas de las ideas actuales sobre el funcionamiento cognoscitivo aportadas por la psicología cognitiva del procesamiento de la información.

2.4 MODELO DE LA INTELIGENCIA MULTIPLE

Ya Eysenck, en 1953, presentó un modelo del intelecto definido por distintas modalidades como son los *procesos mentales* (razonamiento, memoria, percepción, etc), *el material de test* (verbal, numérico, espacial, etc.) y *la calidad* (rapidez mental, comprobación de errores y persistencia). Es obvio que el concepto de procesos mentales de Eysenck se parece a las operaciones de Guilford, los materiales de tests corresponde a los contenidos, pero los productos están reemplazados por el concepto de calidad y, como ya hemos comentado, hay pocas pruebas favorables a la teoría de Guilford, pero muchas que abonan la de Eysenck, que pasamos a comentar brevemente.

La teoría de las *tres inteligencias* de Eysenck (1983) o la inteligencia tipo A, B y C (inteligencia biológica, psicológica y social) fue propuesta como una posición de integración teórica entre la denominada *inteligencia biológica*: entendida básicamente como la “inteligencia real” en estado más “puro”, fruto básicamente de la interacción entre la genética, la bioquímica y la fisiología del sistema nervioso. Utiliza cinco tipos de marcadores: registros electroencefalográficos; potenciales evocados; tiempos de reacción; velocidad de conducción nerviosa y respuesta psicogalvánica. Estos indicadores serían los más “puros” de la inteligencia, también los más simples y, en la medida en que representan indicadores fisiológicos, no estarían “contaminados” por las experiencias de aprendizaje: a partir de aquí, cuanto mayor cercanía a este tipo de

medidas, mayor pureza en la medida de la inteligencia. Una idea de Pelechano (1997, p. 97) viene a resumir el concepto:

“La inteligencia es un concepto básico y sustantivamente biológico, de forma que los otros indicadores, por su impureza, indican -otras cosas- que no son inteligencia”.

Este planteamiento ha dado lugar a diversas investigaciones, como las que tratan de vincular estructuras y funciones del cerebro con procesos cognitivos básicos, los que relacionan la actividad eléctrica del cerebro con el CI, etc. Según Jensen (1993), los individuos con inteligencia alta tienen un sistema nervioso que funciona con rapidez, con buena capacidad de memoria a corto plazo y que, por lo tanto, el componente esencial del procesamiento de la información puede ser discernible teniendo en cuenta la actividad cerebral.

El segundo tipo de inteligencia, construida sobre la anterior, es la *psicométrica* que dispone de distintos tipos de marcadores que, a medida que se van alejando de aquellos tipos de medidas “primordiales” se impurifican, de ahí que puedan aparecer diferentes coeficientes de correlación entre los denominados “tests de inteligencia” que indican, tan sólo, que poseen distinto grado de “pureza” respecto a la “inteligencia biológica”. Algunos de los indicadores más claramente empleados son el test de Raven de matrices progresivas y los tests de cociente intelectual (entre ellos, las escalas de Wechsler). Este tipo de inteligencia se encuentra influida por factores de crianza familiar, educación, nivel socioeconómico y factores culturales tales como accesibilidad a centros escolares y creencias acerca del valor de la educación formal (Pelechano, 1997).

El tercer tipo de inteligencia es denominado *inteligencia social* que, para Eysenck (1983), es la misma inteligencia que la biológica, en interacción con un gran número de tipos de variables, tales como: personalidad, salud, grado de experiencia consciente, hábitos alimentarios, hábitos de ingestión de bebida, motivación, base familiar y trastornos mentales. Dicho de otro modo, relaciona el concepto biológico y psicométrico con la problemática de la vida. Según Cantor y Kihlstrom (1987) representa los esfuerzos del individuo por resolver los problemas de cada día y por

lograr las metas deseadas, sugeridas, en parte, por el entorno cultural y las situaciones sociales.

Para Pelechano (1997), la idea que defienden los autores, que como Eysenck conceptualizan de este modo la inteligencia, es que se trata de una situación tan compleja que es imposible estudiarla científicamente. Dada la multiplicidad de variables que inciden en estas situaciones resulta muy difícil que los resultados sean coincidentes y, por ello, no pasa de ser un nombre que a base de tener muchos contenidos, no tiene ninguno claro.

La teoría de las inteligencias múltiples fue desarrollada por Howard Gardner (1983), que elaboró sus planteamientos basándose en una visión de la inteligencia sustentada en dos componentes: individual y social. Expone la existencia de ocho tipos de inteligencia o habilidades cognoscitivas (musical, cinésico-corporal, lógico-matemática, lingüística, viso-espacial, interpersonal, intrapersonal y naturalista) que trabajan juntas, aunque como entidades semi-autónomas. Como consecuencia, afirma que debido a que la inteligencia no es unitaria, una sola calificación que la exprese no puede ser útil, por lo que él desecha la importancia teórica de un factor de inteligencia general, y llega a la conclusión de que el CI, tal como se mide hasta ese momento, tiene una utilidad muy limitada. Las habilidades humanas abarcan un espectro mucho más amplio, y por consiguiente están mejor definidas teóricamente en términos de varias inteligencias independientes. En 1986, este autor define la inteligencia como “*el conjunto de habilidades para resolver problemas o para diseñar productos que se valoran en uno o más escenarios culturales*” y las premisas que sustentan esta teoría son las siguientes:

-cada inteligencia se basa en operaciones cognitivas específicas y se expresa mediante un sistema simbólico particular; -son manejables y todos los seres humanos las poseen, aunque varíen en su perfil cognitivo y por último, -una persona puede ser perspicaz en un dominio y retardada en otro; es decir, los logros en un área no son indicativos del alcance en otras, una inteligencia no predice otra. Recientemente Gardner (2003) añade a estas inteligencias originales, la posible existencia de “*nuevas*” inteligencias: una inteligencia naturalista, una inteligencia espiritual y una inteligencia existencial.

Según Portillo (2004) para Gardner todas tienen la misma importancia, siendo susceptibles de subdivisión o de reajuste. Subraya además, la necesidad de hacer un esfuerzo para comprender mejor los contenidos de cada tipo de inteligencia, ayudando a cada sujeto en la identificación y desarrollo de la inteligencia o combinación de ellas en las que posea mayores recursos naturales o grado de competencia. Todas interactúan, funcionan juntas, aunque sean distintas y relativamente independientes; como diría Fodor (1983), *“cada inteligencia es un módulo mental, o emana de una porción distinta del cerebro”*.

Esta teoría, introdujo dos tipos de inteligencias muy relacionadas con la competencia social, y hasta cierto punto emocional, la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal. Gardner (1983,1993) definió ambas: *“la inteligencia interpersonal que se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado...”* (Gardner, 1993, p. 40). Y a la inteligencia intrapersonal como *“el conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerlas un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta...”* (Gardner 1993, p. 42). Posteriormente Gardner (2003, p.53) se reafirma, manifestando que la interpersonal indica la capacidad para entender las intenciones, emociones y deseos de los otros y disponer por tanto de recursos para las relaciones sociales. La intrapersonal supone de forma paralela a la anterior, la capacidad para comprenderse uno mismo y de emplear esta información con eficacia en la regulación de la propia vida. La inteligencia intrapersonal esta muy asociada a lo que en los últimos años se ha dado en llamar, la inteligencia emocional.

2.5 CRITICAS AL “FACTORIALISMO”

Podemos concluir después de este breve repaso por distintas concepciones acerca de la inteligencia, que las aproximaciones teóricas y clínicas al estudio de la misma, desde los años 1920 a 1970, han sido factorialistas. Tras esta época se empezó a cuestionar este

enfoque alegando que esta metodología servía para medir, para construir test, pero no para saber qué era la inteligencia y cuál su naturaleza. La Psicología factorialista ha ido cayendo en desuso por sus propias limitaciones, por las contradicciones internas que comportaban sus presupuestos y por la llegada de un nuevo paradigma psicológico. Los denominados procesos mentales superiores, la solución de problemas, la síntesis creativa, la toma de decisiones, son más fáciles de explicar en términos de "procesos", que incluyen muchas o todas las operaciones y productos de información que en términos de factores (Mora 1991). Aparecen así, tal y como recoge Martínez Arias (1991), numerosas críticas a la aproximación factorialista.

- Falta de acuerdo sobre la naturaleza de los factores y consideración de estos como instrumentos de clasificación de la conducta inteligente o como variables independientes que influyen sobre otros aspectos de la conducta.
- Proliferación de teorías en cuanto al número, composiciones y estructuras de los factores, que como señala Sternberg (1990) llegan a provocar una incapacidad para consensuar a una definición común de inteligencia, si es una o plural, su representación más adecuada y cómo medirla.
- No existe una teoría de la inteligencia separada de los tests, y éstos pueden considerarse más como predictores útiles para la selección y orientación, que como mediciones de la inteligencia.
- Las teorías de la inteligencia se basan en procedimientos arbitrarios y o permiten explicar las correlaciones encontradas con otras conductas. Se denomina inteligencia a cosas que no están exentas de otros factores extraños no controlados.
- No explican los mecanismos subyacentes ni las causas de las diferencias individuales obtenidas en un test. Se concreta una puntuación global indicativa de su capacidad, pero no nos dice nada acerca de las formas de operar del sujeto, su estructura lógica, su forma de razonar, de recibir y codificar la información, etc., por lo que no ayuda a los educadores y terapeutas ni permite elaborar un programa de intervención educativa (Benedet, 1991a).
- La inteligencia no existe en sí, sino como un prototipo que utilizamos para evaluar el grado de semejanza existente entre una persona real y otra ideal, supuestamente considerada como la más brillante e inteligente posible, Por lo tanto lo

que definimos como inteligencia es algo variable, sujeto a diversos momentos históricos, diferentes ámbitos y necesidades culturales y geográficas (Neisser, 1979).

- El concepto excluye los elementos sociales, las expectativas de la familia, la clase social, la región geográfica en la que se habita, el tipo de escuela a la que acude, el tipo de estímulos que ha recibido, los factores económicos, sociales y culturales.
- Surgen críticas de orden social, derivadas de las consecuencias y de la reacción que el uso del término CI provoca como indicador de la inteligencia. Críticas provenientes de los teóricos contextualistas y de los teóricos del etiquetaje, que llevaron incluso a que en algunos estados de los EEUU se prohibiera su uso y aplicación, dado los efectos que se derivan de su utilización.
- Se pone todo el énfasis en medir y presentar en forma de una cifra, pero no en explicar los múltiples y diversos procesos implicados que pueden dar lugar a una misma cifra indicativa de la capacidad intelectual.
- Y por último, excluye los factores afectivos y de personalidad implicados en la inteligencia y su medición; como la motivación, la ansiedad, la impulsividad, la dependencia emocional, la autoestima, el grado de seguridad en si misma, etc.

Todas estas críticas llevaron en la década de los años 1970 a la búsqueda de nuevos paradigmas para el estudio de la inteligencia que superaran las deficiencias de la metodología factorial, dando lugar al desarrollo progresivo de las teorías cognitivas sobre la inteligencia.

3 TEORÍAS COGNITIVAS SOBRE LA INTELIGENCIA

La década de los años 1980 se ha caracterizado por intentar fundar teóricamente la inteligencia desde el marco de la psicología cognitiva y del procesamiento de la información, pero también insistiendo en los aspectos de adaptación e interacción con el ambiente y con la capacidad para abordar y tratar situaciones reales, es decir, la llamada inteligencia práctica e inteligencia social (Pelechano, 1984; Sternberg, 1990; Mugny y Doise, 1983).

La psicología cognitiva ha proporcionado un marco teórico fértil para el desarrollo de modelos sobre la inteligencia humana tal como expone Castelló (1994): las influencias desde el campo del procesamiento de la información y desde la inteligencia artificial, más concretamente la analogía entre el funcionamiento del ordenador y la mente humana, permite modelizar ésta última al considerar tanto las “capacidades” de la mente como las operaciones y el proceso para explicar el comportamiento del sistema. Este modelo tienen una gran valor desde le punto de vista conceptual ya que permite definir la inteligencia como la capacidad de procesar y manipular información. Consecuentemente, la investigación tanto experimental como aplicada en los siguientes campos: manipulación interna de la información, razonamiento y solución de problemas, memoria, procesos de atención y percepción; y gestión y control del pensamiento y la conducta, puede proporcionarnos elementos de valoración de las capacidades superiores como fundamentos teóricos mucho más explicativos de la inteligencia humana (Doménech, 1995). Por el momento, la investigación de la psicología cognitiva ya se ha concretado en modelos mentales o modelos teóricos generales explicativos del funcionamiento cognitivo. Como ha señalado de Vega (1984, p.23).

"Nunca se había dispuesto de tal cantidad de datos relevantes sobre los procesos mentales ni se había progresado tanto en la comprensión teórica, como en los últimos 30 años de desarrollo de la psicología cognitiva".

Este planteamiento inicial podría llevarnos muy lejos, si intentásemos explicar detalladamente los avances en el descubrimiento de como el ser humano "procesa información", pero nos detendremos en algunos conceptos básicos que marcan, desde nuestro punto de vista, un cambio cualitativo respecto de la conceptualización de ¿qué es la inteligencia?: capacidades, estrategias, habilidades y procesos versus productos. *Las capacidades* -innatas- explicarían las diferencias individuales que podemos constatar entre individuos. De todos modos, estas capacidades requieren tiempo (desarrollo) para actualizarse y el medio puede jugar un papel importante en el modo en como pueden desarrollarse estas capacidades cognoscitivas. *Las estrategias*, aunque no hay un acuerdo en los términos usados, son de algún modo la actualización de las capacidades. Por ejemplo, la capacidad para hacer deducciones se actualiza en una

estrategia: el proceso de deducción que a su vez puede reunir varias *habilidades* (comparación, selección de información, inferencia lógica, recuperación de análogos,...). Las estrategias además, pueden tener un componente de control o metacognitivo. Cuando el *proceso* de deducción se aplica a una tarea concreta puede valorarse su ejecución (el producto de la deducción) o bien la conducta manifiesta. Esta diferenciación tiene graves consecuencias en el campo aplicado, especialmente en el ámbito del entrenamiento de las capacidades cognitivas. No podemos entrenar capacidades sino estrategias y habilidades, es decir, enseñamos a gestionar mejor nuestro aparato cognitivo. Lo dotamos de un sistema de control que permite hacer conscientes muchas operaciones que en realidad se hacen de forma automática y no consciente, enseñamos a manejar mejor los sistemas de símbolos, con los cuales codificamos la información, pero no podemos ir más allá de las capacidades del sujeto (Kornhaber, Krechevsky y Gardner, 1990).

Desde el enfoque cognitivo se abordan diferentes líneas de investigación (Martínez Arias, 1982; Sánchez Cánovas, 1986; Doménech, 1995), los enfoques cognitivos para comprender las diferencias de habilidades mentales podemos clasificarlos en cuatro categorías que no pretenden ser excluyentes ni exhaustivas:

- Teorías de los correlatos cognitivos.
- Teorías de los componentes cognitivos.
- Teorías del entrenamiento cognitivo.
- Teorías de los contenidos cognitivos.

3.1 TEORÍAS DE LOS CORRELATOS COGNITIVOS

La lógica de los estudios que se encuadran dentro de los correlatos cognitivos responde al intento de relacionar la ejecución en los tests con las tareas que se consideran ahondan en las habilidades básicas de procesamiento de la información (percepción y memoria). Son evaluados, por lo general, en función del tiempo de respuesta. Así se estudia *la inteligencia y el tiempo de reacción, inteligencia y tiempo de inspección, y la inteligencia y los potenciales evocados* (Doménech, 1995, p. 153).

- Los estudios sobre la relación entre *inteligencia y tiempo de reacción* se han realizado desde diversos paradigmas (Muñiz, 1991), pero aun no se dispone de resultados concluyentes para la explicación de las diferencias de inteligencia: el paradigma de Hick, en el que se mide el tiempo de reacción desde que aparece el estímulo hasta que el sujeto lo capta, y el tiempo de movimiento, desde que el sujeto lo capta hasta que el sujeto acciona la respuesta; el paradigma de Sternberg que relaciona la memoria a corto plazo y la inteligencia; el paradigma de Posner que relaciona la memoria a largo plazo y la inteligencia y el paradigma de Clark y Chase que investiga las relaciones entre la inteligencia general y procesos más generales, como las estrategias de actuación.
- Con respecto a los estudios de *inteligencia y tiempo de inspección*, Lubin y Muñiz (1987) concluyen con la existencia de una gran variabilidad de correlaciones, observándose una más clara diferencia entre el tiempo de inspección e inteligencia en personas con discapacidad intelectual que en el resto de sujetos, y no tanta diferencia entre los tiempos de inspección y los diversos tipos de inteligencia (manipulativa, espacial, numérica,...).
- Finalmente los estudios sobre *inteligencia y potenciales evocados*, recogidos por Paz y Muñiz (1987) y Eysenck y Barret (1985), tratan de relacionar la inteligencia con índices fisiológicos. Así, tratan de correlacionar los cambios en los potenciales evocados (actividad cerebral que sigue a un cambio estimular visual, auditivo o somatosensorial) en función de las tareas de procesamiento especificadas que se realicen. Normalmente, se han estudiado la latencia y la amplitud de la curva de los potenciales evocados. Doménech (1995, p. 154) concluye que la validez de los potenciales evocados para predecir la inteligencia general no esta demostrada.

En líneas generales podemos resumir que los estudios encuadrados como correlatos cognitivos no han obtenidos resultados concluyentes, probablemente debido a la simplicidad de las tareas analizadas, a la variedad entre las pruebas empleadas, a la complejidad de algunos instrumentos de medición y la disparidad de muestras, pruebas y metodología empleada por los diferentes autores.

3.2 TEORÍAS DE LOS COMPONENTES COGNITIVOS.

Estas teorías tratan de analizar todas las operaciones complejas que requieren procesos más sencillos, para buscar la naturaleza básica de las destrezas de procesamiento de la información. Es decir, desde que se recibe un estímulo hasta que se emite la respuesta tienen lugar todo un proceso de tratamiento de la información en el que se manifiestan diferencias individuales. En cada fase de este proceso se maneja la información, según sea ésta, mediante diversas operaciones y en un tiempo determinado. Y, aunque los diversos autores y modelos difieren en el número de procesos intervinientes desde que se percibe el estímulo y se codifica hasta que se ejecuta la respuesta, todos coinciden en distinguir aspectos procesuales, conocimientos de base y aspectos estructurales. Fierro (1987) establece las siguientes operaciones:

- Percepción y codificación de la información: a través de la cual la información entra en el sistema, es decir, se convierte el estímulo en información adecuada al sistema.
- Construcción o síntesis: mediante la cual la nueva información se organiza y estructura a partir de la que ya existe en el sistema.
- Transformación: operaciones necesarias para que una estructura de información dada se convierta en otra necesaria para ejecutar la tarea.
- Almacenamiento: por la que la nueva información se reincorpora a la ya existente.
- Recuperación: mediante la cual la información almacenada se haya disponible.
- Búsqueda: por la que se examina la estructura de información para ver si posee ciertas propiedades.
- Comparación: se hacen juicios sobre la igualdad o desigualdad de dos estructuras de información.
- Respuesta: por la que se selecciona y ejecuta la acción motriz adecuada.

En estas teorías se evalúa a los sujetos en su habilidad para desarrollar tareas de los tests psicométricos estándares y la variable dependiente es el tiempo de respuesta, también se evalúan las tasas de error y las pautas de elección de respuesta. El interés para Doménech (1995, p. 155) no es ver si hay correlación entre la tarea cognitiva y las

puntuaciones de los tests, sino aislar los lugares de la correlación, es decir qué componentes del procesamiento de la información son críticos desde el punto de vista de la teoría de la inteligencia.

3.3 TEORÍA DEL ENTRENAMIENTO COGNITIVO

Desde esta categoría, y como explica Sternberg (1981) y Cochinero (1989), se trata de entrenar a los sujetos en una habilidad particular y examinar su ejecución posterior.

3.4 TEORÍA DE LOS CONTENIDOS COGNITIVOS

Desde esta teoría se examina las diferencias de estructuras de conocimiento entre los expertos y los principiantes en la solución de tareas complejas (Sternberg, 1981).

Esta visión cognitiva de la inteligencia aunque ha tenido un gran peso en el desarrollo y conocimiento del constructo de inteligencia, no está exenta de críticas. Para Salmerón (2002) el modelo cognitivo, que aún prevalece, constituye una visión reduccionista del funcionamiento mental, que no acaba por explicar la función de los sentimientos en la vida intelectual, ignorando muchas de las facetas humanas que no dependen de la lógica de la razón intelectual, sino de los sentimientos que acompañan a la vida y que determinan más exactamente la cualidad de la información que recibimos. Sin embargo, algo está cambiando en la psicología actual, al considerar aspectos emocionales en la concepción de la inteligencia como se verá en apartados posteriores.

4 TEORÍA TRIÁRQUICA DE LA INTELIGENCIA

Sternberg (1990b) trata al proponer su teoría triárquica de la inteligencia de integrar los diversos enfoques existentes en el conocimiento de la inteligencia, así como las diversas fases por las que ha pasado su estudio. Sternberg y Prieto (1991) engloban tres subteorías:

1. Subteoría Componencial (o inteligencia académica): especifica los procesos y componentes que subyacen en el procesamiento de la información, que explica la conducta inteligente. Es decir, engloba los diferentes tipos de procesos que utilizan los individuos para resolver un problema, tomar decisiones, superar obstáculos y adquirir conocimiento. De forma muy concreta, podemos decir que relaciona la inteligencia y el medio interno del sujeto. Su unidad de análisis es el componente, que Sternberg (1989) define “*como el proceso elemental de información que opera sobre la representación interna de objetos o símbolos*” y que se dividen en:

- *Metacomponentes*: son procesos ejecutivos de orden superior que se usan para planificar una actividad, controlar y evaluar el resultado: Desempeñan el papel de reconocer y definir un problema, seleccionar los componentes de orden inferior para resolverlo y la estrategia más apropiada y eficaz para combinar dichos componentes, la representación mental de la información, la localización de las fuentes y controlar el proceso de resolución de problemas. Los metacomponentes ayudan a entender las diferencias entre sujetos normales y con discapacidad intelectual. Los diferentes tipos de componentes están interrelacionados, los metacomponentes activan los otros componentes (rendimiento y adquisición) y reciben retroalimentación de éstos.
- *Componentes de ejecución o componentes de rendimiento*: llevan a cabo las operaciones específicas planeadas por los metacomponentes. Dicho de otro modo, son procesos de orden inferior que ejecutan lo que mandan los metacomponentes. Sternberg (1990a) distingue los siguientes: *codificar* (identificar los atributos de un estímulo, usando la información almacenada), *inferir* (establecer relaciones entre los estímulos), *happing* (descubrir relaciones entre relaciones), *aplicar* inferencias a situaciones nuevas (extrapolar una regla a nuevas situaciones), *comparar* cual de entre posibles alternativas es mejor para solucionar el problema y *justificar* (decidir si la solución es buena para resolver el problema).
- *Componentes de adquisición, retención de conocimiento y transfer*: relacionadas con la captación de la nueva información, recordar la existente y transferir lo

aprendido a otro contexto. Sternberg (1990a) considera tres componentes esenciales: *la codificación selectiva, la combinación selectiva y la comparación selectiva*, que consisten en localizar y usar los datos relevantes y desechar los irrelevantes, integrar toda la información en una estructura integrada y relacionar la información nueva con la previamente adquirida para dar significado a la nueva.

2. Subteoría Experiencial (inteligencia creativa): pone de manifiesto que las habilidades implicadas en la conducta inteligente son tanto la *habilidad para enfrentarse a situaciones novedosas* como *la capacidad de automatización* en la elaboración de la información. Intenta entender la inteligencia en términos de relación entre el individuo y su experiencia. Se puede representar en un continuo, desde una situación totalmente nueva para el sujeto a otra completamente automatizada, de ahí que, dos son sus capacidades fundamentales:

- *Hacer frente a la novedad*, el individuo ha de enfrentarse a tareas y problemas no familiares y resolverlos de forma eficaz y rápida.
- *Autonomizar* los procesos básicos, que no se dan bajo el control consciente.

3. Subteoría Contextual: hace referencia al contexto sociocultural en el que la conducta inteligente tienen lugar y esta relacionada con la adaptación al medio. Por lo tanto, la inteligencia en función de las relaciones del individuo con su mundo externo. Sternberg (1990a) pretende llenar una omisión que las teorías de la inteligencia venían cometiendo: el análisis de las variables situacionales. Las situaciones reales comportan una diversidad de variables situacionales: internas (estados emocionales y motivacionales) o externas (ruidos, interrupciones); familiares o extrañas y favorables o desfavorables. Según Portillo (2004) hace referencia a la forma en que la inteligencia opera en situaciones reales y es aplicada a la experiencia con la finalidad de conseguir la adaptación al ambiente, la selección de ambientes alternativos así como la modificación del ambiente actual e introducir en el mismo las mejoras para hacerlo compatible con las necesidades y deseos. Lo constituyen tres capacidades fundamentales:

- *Adaptación:* implica modificar las propias funciones cognitivas, afectivas y conductuales para lograr un ambiente adecuado.
- *Selección:* se lleva a cabo rechazando las condiciones adversas y eligiendo otros ambientes, en donde las condiciones están más en consonancia con los valores, necesidades y capacidades del individuo.
- *Modelado:* se da cuando uno fracasa en sus intentos de adaptarse al medio y tras fracasar en sus intentos de seleccionar otro alternativo, aparece el intento de configurar su medio, el sujeto opta por cambiar algo del ambiente para adaptarse lo mejor posible a sus intereses, aptitudes, etc.

El énfasis que pone este autor en la interrelación de sus componentes, experiencia y contexto pone de relieve la complejidad de la conducta intelectual. Para Doménech, (1995) es una teoría que abre nuevos y amplios horizontes, no sólo explicando el déficit desde teorías del déficit cognitivo, o estableciendo diferencias entre normales y discapacitados, o por simples retrasos madurativos, sino que es capaz de explicar las interacciones entre la herencia, los mecanismos intelectuales, contextuales y ambientales. En palabras del propio Sternberg (1982, p.160).

“Este modelo nos parece como mucho más lúcido y completo a la hora de abordar el estudio de un concepto tan complejo como el de "inteligencia" y de alguna manera, desde una perspectiva histórica, puede ser visto como un resumen de muchas pequeñas aportaciones previas”

5 ESTADIOS DEL DESARROLLO INTELECTUAL Y EL MODELO SOCIOLOGICO

Para completar este cuarto apartado se ha optado por dividirlo en tres subapartados que están íntimamente relacionados y que tuvieron un gran desarrollo en los países europeos a principios del siglo XX, ambos subapartados recogen tres grandes enfoques avalados por grandes autores dentro de la psicología que produjeron avances muy importantes en el conocimiento de la inteligencia así como el desarrollo de herramientas futuras para

modificar los procesos cognitivos. En el primero se recogen las aportaciones de Piaget sobre el desarrollo cognitivo de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, en el segundo subapartado se comentan muy brevemente los conocimientos desde la perspectiva neuropsicológica y por último se exponen instrumentos que permiten el enriquecimiento de la inteligencia a partir de programas educativos diseñados con este fin.

5.1 TEORÍA EPISTEMIOLÓGICA GENÉTICA DE PIAGET

Sabemos que las teorías psicométricas y factoriales tuvieron un gran desarrollo en los países de habla inglesa, Gran Bretaña y EEUU principalmente. En Europa, se desarrolló otra línea de análisis de la inteligencia dentro de la psicología evolutiva; la aproximación piagetiana, centrada fundamentalmente en la génesis de la inteligencia. Desde esta perspectiva se estudian los estadios del desarrollo intelectual y se analizan los procesos subyacentes al pensamiento formal. Cada estadio se caracteriza por estructuras mentales diferentes, cualitativa y cuantitativamente. Por otra parte, la escuela soviética, en la década de los años 20, va a seguir una perspectiva neuropsicológica, dando un gran énfasis al lenguaje y al cerebro, constituyendo fieles representantes de esta corriente Vigotsky, Luria y Yodovich, que ejercerán una gran influencia en la psicología-experimental y en Occidente (Naglieri, 1989 y Das, 1990).

Mientras Jean Piaget estudiaba en el laboratorio de Binet en Paris, la evaluación de la inteligencia mediante los tests, se fascinó por las respuestas incorrectas que daban los niños, y así, descubrió que los errores cometidos también estaban relacionadas con la edad (Moreno y Gómez, 2005). La pretensión de "*la epistemología genética*" no es construir una teoría de la inteligencia, pero en ella está presente cómo se desarrolla la inteligencia, en cuanto sistema, tanto filogenética como ontogenéticamente. Como ya es bien conocido, la observación clínica del niño, dentro del marco de equilibrio de los esquemas, va a constituir la metodología típica de este modo de interpretar la inteligencia (Mora, 1991). De ahí que Piaget (1936) se interesará no tanto por los procesos cuantitativos sino cualitativos de la inteligencia, se ocupa fundamentalmente de las etapas que atraviesa el desarrollo de la inteligencia, y no se ocupa para nada de las diferencias individuales ni de la inteligencia tal y como se mide con los tests. Según

este autor, la “estructura” y “organización” de la inteligencia cambia cualitativamente en diversas etapas del desarrollo desde el nacimiento a la adolescencia. A medida que cada una de estas estructuras sucede a la anterior, se desarrolla a partir de ella y se incorpora a la estructura precedente, dando origen a una especie de desarrollo jerárquico. En cada etapa se adquieren nuevos tipos de conceptos, lo que posibilita la aparición de muchas capacidades nuevas para la resolución de problemas. Cree que dichas etapas se producirán siempre en el mismo orden, aunque admite que hay una cierta cantidad de variación en la edad cronológica real. El sistema de Piaget distingue cuatro etapas; el periodo de las operaciones sensoriomotoras, el de las representaciones preoperativas, el de las operaciones concretas y por último, el de las operaciones formales.

Según Mora (1991), las principales fortalezas del modelo piagetiano han sido el reconocimiento de la importancia del desarrollo y la amplitud de la teoría para incorporar en su seno al pensamiento científico y la génesis del realismo en la infancia. Los comentarios negativos hacen referencia a la sobreestimación de las edades mínimas para conseguir las competencias cognitivas, la no referencia a formas de pensamiento ajenas a las no científicas o no-lógicas, la propia cuestionabilidad del concepto de fase de desarrollo y cuál debe ser la tabla de fases a la que adherirnos.

5.2 TEORÍA DE LA ZONA DE DESARROLLO PRÓXIMO DE VIGOTSKY

Un quinto modelo explicativo de la conducta inteligente podría ser denominado el *Modelo Sociológico*, en cuanto que plantea de fondo el tema de la inteligencia como algo relativo a la experiencia en el marco social del individuo. Las teorías típicas de este modelo puede ser la teoría de la *zona de desarrollo próximo* -zona de desarrollo distal de Vigotsky (Escuela neuropsicológica Soviética) o las *experiencias por aprendizaje mediado*, como fueron explicitadas por Feuerstein (1980). En ambas teorías se va a intentar reconocer lo que denominamos inteligencia a través del aprendizaje mediatizado por la experiencia, fundamentalmente en niños. El principal logro del modelo sociológico viene representado por el reconocimiento de la internalización de las experiencias iniciales y el papel mediador de los padres o el contexto social,

facilitando la génesis y desarrollo de todo lo que denominamos "destrezas cognitivas". Sin embargo, la debilidad de este modelo vendría representada por la dificultad de especificar el cómo y el cuándo del proceso de internalización y la añadida de construir instrumentos (Mora, 1991).

Para Vigotsky (1978) la inteligencia es un producto social que se basa en dos procesos, por un lado la maduración y por otro el aprendizaje, este último es de carácter social y permite a los niños acceder a la vida intelectual de aquellos que le rodean. Para Vigotsky, la zona de desarrollo próximo será el conjunto de actividades que el niño es capaz de realizar con la ayuda y colaboración de las personas que le rodean. Posteriormente, Labarrate (1996, p. 34) define la zona de desarrollo próximo como "*la distancia conocida entre lo que el sujeto puede hacer solo y lo que puede lograr mediante la guía, o la cooperación del otro, en la solución de cierto problema, o ejecución de una tarea*". En otras palabras, este concepto expresa la dificultad relativa que una tarea o problema plantea al sujeto cuando se debe realizar con o sin la cooperación de otros, el concepto de zona de desarrollo próximo apunta hacia el carácter social, interactivo y eminentemente cultural de los procesos de apropiación humana. El concepto nos dice que los demás no sólo son importantes para nuestro desarrollo sino imprescindible. No es que con los compañeros se aprenda es que sin ellos no se puede aprender. El papel del otro en el aprendizaje y el desarrollo se redefine con la introducción de este modelo (Zaldivar y Rodríguez, 2007).

Los conceptos más representativos del nivel de desarrollo próximo son para Martín y Boex (1997):

- a) La relación entre aprendizaje y desarrollo. El aprendizaje crea la zona de desarrollo distal y, como tal, el proceso de desarrollo es una consecuencia de aquél.
- b) El desarrollo de las funciones humanas superiores e intelectuales es necesariamente artificial. Es un artificio y un producto de la cultura y de las relaciones con los demás. La zona de desarrollo próximo se debe a la influencia activa del mediador y al aprendizaje activo del sujeto.

c) Los tests de inteligencia tradicionales nos indican la zona de desarrollo real, pero no sus potenciales.

Muñoz (1996) indica que a partir de la aplicación de las teorías de Vigotsky sobre la zona de desarrollo próximo, se desarrolla una perspectiva dinámica de evaluación de la inteligencia que, en coherencia con estas teorías, pretende tener en cuenta los factores sociales y contextuales que rodean el aprendizaje individual y las interacciones implicadas en la instrucción, así como, la forma en que éstas afectan el aprendizaje individual. Los procedimientos de evaluación dinámica ofrecen un método creativo de explorar procesos individuales actuales y potenciales de aprendizaje y desarrollo, que pueden facilitar una información útil y constructiva para los educadores. La evaluación estática y la evaluación dinámica se diferencian sustancialmente en la naturaleza y propósito del proceso, pues mientras las técnicas estáticas intentan determinar niveles de competencia (lo que el niño ya sabe y lo que puede hacer por sí mismo), las dinámicas se centran en los procedimientos de los procesos de aprendizaje y pensamiento del niño, pretendiendo investigar sus estrategias de aprendizaje y los modos de poder aumentarlas. La primera se centra en el producto y enfatiza los resultados y la segunda lo hace en el proceso de aprendizaje, las estrategias cognitivas y metacognitivas, así como el tipo de ayuda necesaria para que el sujeto llegue a la respuesta correcta.

5.3 PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO INSTRUMENTAL DE FEUERSTEIN

Feuerstein (1980) parte de un concepto de inteligencia dinámica, considerando que la inteligencia puede ser incrementada cuando se somete al individuo a los adecuados Programas de Enriquecimiento Instrumental (P.E.I.). De este modo, se hace especial hincapié en el concepto de modificabilidad cognitiva estructural en la que la inteligencia se contempla como algo que consta de un determinado número de funciones cognitivas básicas. Tales funciones son compuestos formados a partir de habilidades innatas, historial del aprendizaje, actitudes hacia el aprendizaje, motivos y estrategias. Estas funciones cognitivas básicas se identificaron, principalmente, a través del trabajo clínico con niños que habían tenido problemas sociales o de aprendizaje. Dado que las funciones cognitivas básicas son necesarias para el aprendizaje de los contenidos

académicos y sociales, las deficiencias en el desarrollo de tales funciones producen un aprendizaje inadecuado o un tipo de aprendizaje que está por debajo de lo esperado para las expectativas de madurez mental de esas personas. Los niños adquieren las funciones cognitivas merced al aprendizaje, tanto a través de la exposición directa a los sucesos ambientales – incluyendo aquí la “retroalimentación” de su propia conducta- como a través del proceso docente denominado “experiencia de aprendizaje mediado”, que está orientado por la familia y por los profesores. Feuerstein considera este proceso esencial para el adecuado desarrollo cognitivo de los niños. La condición asociada al inadecuado desarrollo cognitivo, y por lo tanto al aprendizaje y a la resolución de problemas ineficientes, es la falta de la suficiente experiencia de aprendizaje mediado, más que una deficiencia propia del niño. Hemos de proporcionar una mayor experiencia de aprendizaje mediado a los niños que por una u otra razón estén predispuestos al riesgo de su carencia. La mayoría de las interacciones entre niños y adultos son potencialmente experiencias de aprendizaje mediadas. Los profesores “mediacionales” son sistemáticos, directivos, centrados en objetivos cognitivos y optimistas en lo que se refiere a las expectativas de avance de los niños. Los problemas de aprendizaje son contemplados como productos de procesos inadecuados que son remediabiles, más que como productos de la incapacidad de los niños. El estilo de docencia “mediacional” es la esencia del método utilizado en un aula cognitiva, cualquiera que sea el contenido que se imparta (Gutiérrez, 2003). Feuerstein y Jensen, (1980, p. 9) la define como:

“La transformación en la estructura de la inteligencia del individuo, el cual reflejará un cambio en el esperado curso de su desarrollo”.

6 LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LAS ÚLTIMAS APORTACIONES DE LA AAIDD

La importancia que tiene el constructo de inteligencia emocional es la relación que tiene con la inteligencia social que proponen algunos autores (Gardner, Thorndike, etc). Desde esta visión, los aspectos sociales son esenciales en el desarrollo de la inteligencia y, por ende, en la concepción de la discapacidad intelectual, a través del término competencia social, propuesto por la AAIDD.

6.1 INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Los autores que proponen la importancia de la inteligencia emocional reafirman la idea de que el concepto de inteligencia no se agota con el CI, ni en las habilidades académicas, otras, como las habilidades sociales, prácticas, etc. -probablemente poco relacionadas con la inteligencia académica-, constituyen claves explicativas de por qué no siempre el éxito en la vida se corresponde con un CI elevado (Portillo, 2004). Se ha señalado que la inteligencia emocional nos remite al concepto de Thorndike (1920) de inteligencia social. La inteligencia social ha sido definida como la habilidad de entender y relacionarse con las personas. Gardner (1983) diferenciará las inteligencias intra e interpersonal en su teoría de las inteligencias múltiples, ambas conformarían la inteligencia social.

A principios de 1990, Salovey y Mayer fueron los primeros en definir el término de inteligencia emocional, apoyándose en los conceptos de inteligencia intrapersonal e interpersonal que propuso Gardner (1983) a la que definieron como «*la capacidad para supervisarlos sentimientos y las emociones de uno mismo y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios*» (Salovey y Mayer, 1990, p. 189). Los mismos autores reformularon posteriormente esta definición, ya que reconocieron que resultaba insuficiente en algunas situaciones, porque incidía solamente en la regulación de las emociones, omitiendo la relación entre los sentimientos y el pensamiento. Para subsanar las carencias encontradas, propusieron la siguiente definición:

“La inteligencia emocional relaciona la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emociones, relaciona también la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento, también la habilidad para entender emoción y conocimiento emocional y la habilidad para regular emociones que promuevan el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997, p. 10).

Se considera que fue Daniel Goleman (1995, p. 68) quién primero divulgó, fuera del ámbito científico de la psicología, el concepto de inteligencia emocional, y la definió como “*una habilidad que determina el grado de destreza que podemos conseguir en el*

dominio de nuestras otras facultades», considerándola como el factor más importante de los que intervienen en el ajuste personal, en el éxito en las relaciones personales y en el rendimiento en el trabajo. Este autor, junto con sus predecesores, cuestiona el valor de la inteligencia racional o CI como predictor de éxito en las tareas concretas de la vida, en los diversos ámbitos de la familia, los negocios, la toma de decisiones, el desempeño profesional, etc., la inteligencia pura no garantiza un buen éxito en la vida y la inteligencia académica tiene poco que ver con la vida emocional y su importancia. Goleman destaca cinco elementos determinantes del desarrollo de la inteligencia emocional: la conciencia emocional, el autocontrol, la motivación, la empatía y la habilidad social. Las tres primeras dimensiones dependen fuertemente de la propia persona, correspondiéndose con el propio yo: ser consciente de uno mismo, saber controlar, en cierto modo, los propios estados de ánimo y motivarse a sí mismo. En contraposición, las otras dos dimensiones, empatía y habilidad social, hacen referencia a la relación con las otras personas, configurando ambas la competencia social, como destacan Martin y Boeck (2000), el mérito de estos autores (Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey, 1993, 1995, y Goleman 1996, 1998) está en haber identificado cinco capacidades parciales diferentes como elementos integrantes de la competencia emocional:

- **El conocimiento de las propias emociones.** Es decir, el conocimiento de uno mismo, la capacidad de reconocer un mismo sentimiento en el mismo momento en que aparece, constituyendo la piedra angular de la inteligencia emocional.
- **La capacidad para controlar las emociones.** La conciencia de uno mismo es una habilidad básica que nos permite controlar nuestros sentimientos y adecuarlos al momento, sin verse arrastrados por ellos.
- **La capacidad de motivarse a sí mismo.** Con esto Salovey y Mayer (1990) y más tarde, Goleman (1996, 1998), quieren hacernos entender que el control de la vida emocional y su subordinación a una meta puede resultar esencial para "espolpear" y mantener la atención, la motivación y la creatividad. Es decir, esta habilidad ayuda a aumentar la competencia no sólo social sino también la sensación de eficacia en las empresas que se acometen. Este aspecto se relaciona también con el concepto de inteligencia exitosa propuesto actualmente por Sternberg, en 1998.

- **El reconocimiento de las emociones ajenas.** La empatía, es decir, la capacidad para poder sintonizar con las señales sociales sutiles, indica qué necesitan o qué quieren los demás. Es decir, la predisposición de admitir las emociones de los demás, a escuchar y comprender desde la perspectiva del otro, así como a identificar y comprender sentimientos ajenos, aunque no se hayan expresado verbalmente.
- **El control de las relaciones.** Es una habilidad que presupone relacionarnos adecuadamente con las emociones ajenas.

En resumen, una persona emocionalmente desarrollada es aquella que gobierna adecuadamente sus sentimientos, al mismo tiempo que sabe interpretar y relacionarse eficaz y eficientemente con los sentimientos de los demás, buscando éxito y productividad, y sintiendo satisfacción con todo ello. Estas cualidades emocionales, pueden aprenderse y desarrollarse mediante el esfuerzo por captar de manera consciente las propias emociones y las de los demás (Mayer y Salovey, 1997).

6.2 ELEMENTOS Y HABILIDADES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

En una aproximación analítica al concepto que nos ocupa, tratando de abordar la identificación de los principales elementos que configuran la inteligencia emocional, además de las ya mencionadas aportaciones de Goleman, Mayer y Salovey, Dueñas (2002) menciona la clasificación que propone Cooper y Sawaf; y Gallego y cols. Para Cooper y Sawaf (1997), la inteligencia emocional está integrada por cuatro elementos básicos:

- *La alfabetización emocional.* Consiste en ser consciente de nuestras emociones, canalizar y transferir la energía emocional con un empuje que nos aporte lo que podría denominarse «pasión» creadora y solucionadora. En este aspecto, una de las ideas clave es la del «feed-back» emocional, que se podría expresar como la forma de gestionar nuestras emociones.

- La *agilidad emocional*. Se manifiesta en una doble vertiente:
 - a) ofrecer a los demás un grado de confianza que facilite las relaciones con los otros y la comunicación empática al tener conciencia de los sentimientos y emociones; y,
 - b) obtener una capacidad de flexibilidad y renovación para solucionar problemas y hacer frente, de manera adecuada, a las necesidades.

- La *profundidad emocional*. Este elemento está relacionado con la ética y la moral personal. Todos tenemos motivaciones y reflexionamos sobre nuestras aspiraciones, es nuestro potencial e intención individual. Para alcanzarlo es necesario poner esfuerzo, responsabilidad y conciencia. Aquí es donde interviene la moral y la ética personal en las formas que tenemos habitualmente de actuar: debemos hacer lo adecuado y lo correcto. Esto nos aportará una «integridad aplicada» a nuestras interrelaciones con nuestro entorno y con los demás. Debemos ser capaces de discernir lo correcto de lo incorrecto por nosotros mismos al actuar («ascendiente sin autoridad»).

- La *alquimia emocional*. Se manifiesta en una gran variedad de situaciones (ser capaces de aceptar el reto, trabajar con lucidez y atención, aplicar nuestra intuición a la creatividad y a lo imaginativo). Es lo que se conoce como «flujo intuitivo», que hace que, a veces, seamos capaces de experimentar con más plenitud un punto determinado del tiempo y conectar con nuestros sentimientos de forma más eficaz, agudizando nuestra intuición, nuestros instintos; nuestro empeño se pone al servicio de la innovación y nuestras emociones y pensamientos no quedan atrapados en el tiempo, sino que tienen una proyección («corrimiento reflexivo del tiempo»).

Gallego y cols. (1999, p. 28-29) destacan una amplia serie de habilidades que se encuentran en la teoría de la inteligencia emocional y las presentan agrupadas en tres ámbitos:

- *Habilidades emocionales*: Reconocer los propios sentimientos: identificarlos, etiquetarlos y expresarlos, controlar los sentimientos y evaluar su intensidad, ser consciente de si una decisión está determinada por los pensamientos o por los

sentimientos, controlar las emociones, comprendiendo lo subyacente a un sentimiento y aprender formas de controlar los sentimientos.

- *Habilidades cognitivas:* comprender los sentimientos de los demás, respetar las diferencias individuales, saber leer e interpretar los indicadores sociales, asumir toda la responsabilidad de las propias decisiones y acciones, considerar las consecuencias de las distintas alternativas posibles, dividir en fases el proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas, reconocer las propias debilidades y fortalezas y mantener una actitud positiva ante la vida con un fuerte componente afectivo, desarrollar esperanzas realistas de uno mismo, adiestrarse en la cooperación, la resolución de conflictos y la negociación de compromisos. Saber distinguir entre las situaciones en que alguien es realmente hostil y aquéllas en las que la hostilidad proviene de uno mismo, ante una situación de conflicto, pararse a describir la situación y cómo se hace sentir, determinar las opciones de que se dispone para resolver el problema y cuáles serían sus posibles consecuencias, tomar una decisión y llevarla a cabo.

- *Habilidades conductuales:* resistir las influencias negativas, escuchar a los demás, participar en grupos positivos de compañeros, responder eficazmente a la crítica y comunicarse con los demás a través de otros canales no verbales, gestos, tono de voz, expresión facial, etc. (Dueñas, 2002).

A su vez, la inteligencia emocional parece tener una base biológica considerable tal y como muestran los estudios de LeDoux (1999). El papel de la amígdala es como un nexo de unión entre el cerebro emocional y el racional. Este autor también se interesó por el papel que juega la amígdala durante la infancia, llegando a la conclusión de la importancia que tiene la interacción entre el niño y sus cuidadores (padres y educadores) durante los primeros años de vida, constituyendo un verdadero aprendizaje emocional, tal y como observó Leuner (1966).

Para Shapiro (1997), el término inteligencia emocional se identifica con las cualidades emocionales necesarias para el logro del éxito, entre las cuales se pueden incluir: la empatía; la expresión y la comprensión de los sentimientos; el control del genio; la independencia; la capacidad de adaptación; la simpatía; la capacidad de resolver los

problemas en forma interpersonal; la persistencia; la cordialidad; la amabilidad y el respeto. Por su lado, Cooper y Sawaf (1997) definen la inteligencia emocional como la aptitud para captar, entender y aplicar eficazmente la fuerza y la perspicacia de las emociones como fuente de energía humana, información de relaciones e influencias.

Para Simmons y Simmons (1997), la inteligencia emocional es el conjunto de necesidades emocionales, de impulsos y de valores verdaderos de una persona y dirige toda su conducta visible. A través de todas estas definiciones, se observan dos enfoques o modalidades de entender la inteligencia emocional: la que se refiere a una capacidad cognitiva vinculada al ámbito de la inteligencia y la que se refiere al ámbito de la personalidad como conjunto integrado de disposiciones o tendencias de comportamiento, tales como asertividad, optimismo, baja impulsividad, sociabilidad...

Tras la publicación de Daniel Goleman (1995), se están sucediendo publicaciones en las que se percibe la intención, no muy acertada, de divulgar procedimientos de medición de la inteligencia emocional, utilizando el cuestionario como instrumento (Martineaud, y Engelhart, 1997; Martin y Boeck, 1997; Torrabadella, 1997). El objeto de todos estos procedimientos es facilitar al lector una forma de autoanálisis de las capacidades que hemos descrito en párrafos anteriores, aunque sin aportar justificación ni características técnicas o estandarización de los cuestionarios que presentan. El mismo Goleman, en su exhaustiva revisión sobre la inteligencia emocional, no sólo no aporta instrumentación para medirla, sino que advierte, y muy acertadamente, la gran dificultad de medir la variabilidad interpersonal de la inteligencia emocional. Por tanto, habrá que vigilar y ser cauteloso a la hora de identificar y apreciar aspectos de inteligencia emocional si no es con instrumentación que haya sido construida y validada científicamente para ese efecto (Salmerón, 2002).

6.3 LA AAIDD FRENTE AL CONSTRUCTO DE INTELIGENCIA

Según Portillo (2004) las habilidades asociadas a lo que se conoce como inteligencia emocional estarían dentro de lo que se identifica de forma clásica como conducta adaptativa del sujeto. La inteligencia emocional estaría incluida y necesariamente

asociada a cada una de las 10 áreas que describimos en la valoración de la conducta adaptativa: Habilidades de Comunicación, Habilidades Sociales, Cuidado Personal, Habilidades de Autodirección, Salud y Seguridad, Utilización de la Comunidad, Habilidades Académicas y Funcionales, Habilidades de Ocio, Habilidades para la Vida en el Hogar y Habilidades en el Trabajo.

Otras aportaciones en esta línea son el trabajo de Greenspan y Granfiel (1992a) que propuso un modelo de inteligencia múltiple al que llaman **competencia socio-personal**, que comprende:

- **Inteligencia conceptual**, académica o analítica: capacidad de resolver problemas “intelectuales” abstractos y utilizar procesos simbólicos, incluyendo el lenguaje y competencias escolares (Greenspan y Granfield, 1992b). Corresponde a la noción tradicional de cociente intelectual.
- **Inteligencia práctica**: incluye la conducta que se manifiesta en el trabajo y en la vida cotidiana (Sternberg, 1992). Se define como la capacidad de afrontar los asuntos cotidianos, ganarse la vida, planificar el curso de nuestras acciones, es decir, planificar la propia vida (Carroll, 1992). Dicho de otro modo, la capacidad de mantenerse por uno mismo, como persona independiente, en la realización de actividades habituales de la vida diaria (Luckasson y cols, 1992) o como propone Sternberg y cols. (1995), la capacidad para manejar aspectos físicos y mecánicos de la vida, incluyendo automantenimiento, competencias de la vida diaria y actividades vocacionales. Este tipo de inteligencia es esencial para habilidades adaptativas como las sensoriomotoras, las de cuidado personal, las de seguridad, las académicas funcionales, trabajo, ocio, autodirección y uso de la comunidad.
- **Inteligencia social o emocional**: es la capacidad para entender las expectativas sociales y la conducta de los otros, así como para juzgar adecuadamente cómo comportarse en situaciones sociales. Este tipo de inteligencia es clave en la conducta adaptativa como las habilidades sociales, de comunicación, trabajo, tiempo libre, vida en el hogar y uso de la comunidad (Luckasson y cols, 1992) o según Bennett (1993), la capacidad para entender y tratar de forma efectiva con situaciones y eventos sociales, incluyendo la capacidad para actuar de forma sabia en las relaciones humanas, mostrar

habilidades sociales apropiadas, ser empático y autorreflexivo y obtener resultados interpersonales deseados.

Este enfoque sobre la inteligencia se recoge en la definición que la AAIDD ha planteado en sus últimas versiones (1992, 2002). En la última se considera que la inteligencia es

“Una capacidad mental general que incluye el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas, el aprendizaje rápido y el aprendizaje por la experiencia” (Gottfredson, 1997^a y Luckasson 2002, p.40).

Este planteamiento tiene relación con el estado actual de la investigación, que nos dice que la mejor manera de explicar el funcionamiento intelectual es por un factor general de la inteligencia. Y ese factor va más allá del rendimiento académico o la respuesta a los tests para referirse a una “amplia y profunda capacidad para comprender nuestro entorno” (Verdugo y Gutiérrez, 2009). Además, el concepto de inteligencia representa un intento de clarificar, organizar y explicar el hecho de que los individuos difieren en cuanto a su habilidad para comprender ideas complejas, adaptarse de forma eficaz al entorno, aprender de la experiencia, utilizar distintas formas de razonamiento y superar los obstáculos a través de la reflexión mediante la comunicación (Neisser y cols., 1994). Esta concepción de la inteligencia fue adoptada primero por Grossman en 1983 en los manuales de terminología y clasificación de la AAMR/AAIDD. Y es también consistente con la definición de la CIF de las funciones intelectuales (Sección b117) como funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Hay que tener en cuenta que la medición de la inteligencia tiene diferente relevancia según se haga con una finalidad diagnóstica o clasificatoria. La evaluación del funcionamiento intelectual es un aspecto crucial para diagnosticar discapacidad intelectual, y debe ser hecha por psicólogos cualificados y especializados en personas con discapacidad intelectual. Las limitaciones en la capacidad intelectual han de ser consideradas a la vista de las otras cuatro dimensiones: conducta adaptativa;

participación, interacción y roles sociales; salud; y contexto (Verdugo y Gutiérrez, 2009).

7 MEDIDA DE LA INTELIGENCIA

7.1 LOS INSTRUMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA INTELIGENCIA

Las mediciones generales de la inteligencia pueden ser útiles como una base para el diagnóstico y la predicción, pero son menos prácticas para el estudio del desarrollo en los distintos aspectos de la persona. Por ello, vamos a centrarnos en aquellos instrumentos de evaluación de la inteligencia que nos permitan conceptualizarla lo más posible. Entre los precursores de la comprensión y medición de la inteligencia, podemos citar a Esquirol (1838) sus descripciones de las características verbales en varios niveles de idiotez, pueden considerarse como el primer instrumento de diagnóstico. Broca (1861) que utilizó mediciones de la circunferencia del cráneo, el volumen del cerebro, o ambas. Galtón (1822-1911) propuso dos conceptos estadísticos, la correlación y la regresión a la media que permitieron el estudio de la inteligencia a través del tiempo, incluyó mediciones antropomórficas y psicofísicas de la discriminación sensorial y del desempeño motor fino entre sus criterios para evaluar la inteligencia, sugirió que en una diversidad de campos, las personas intelectualmente capaces se caracterizan por notables niveles de energía y tenían además las mejores capacidades sensoriales.

Otros autores como Pearson, 1857-1936; Cattell, 1860-1944; Kraepelin, 1855-1926; Sternberg, 1863-1916; Wernicke 1848-1905; Ziehen, 1862-1950; realizaron estudios que influyeron en la posterior medida y definición de inteligencia y contribuyeron al avance de diferentes disciplinas científicas que permitieron ir avanzando en el estudio y conocimiento del ser humano, incluyendo a aquellas personas con algún tipo de discapacidad o rasgo fuera de la norma.

Pero fue Binet quién primero desarrolló una prueba de inteligencia con la finalidad de descubrir desde los primeros años a aquellos sujetos demasiado limitados. Binet y

Simon en 1905 reciben el encargo del Ministerio de Instrucción Pública Francés de elaborar unas pruebas que sirvieran para discriminar aquellos niños capaces de seguir una escolaridad normal en la escuela pública de los no capaces. Binet elabora así la primera escala, la EMI, determinando una serie de tareas que son capaces de resolver los niños a una edad determinada, considerando la edad como el factor crítico. Se consideraría el rendimiento como atrasado o adelantado en función de las desviaciones significativas entre la edad de un niño y el rendimiento medio esperado para su edad. En 1908 y 1911 estos mismos autores revisaron la prueba e introdujeron conceptos como: edad mental (rendimiento concreto en una prueba), cociente intelectual o CI, propuesto por Stern (1912), medida sobre lo que está haciendo un individuo en una prueba de inteligencia en relación con otros de la misma edad. La primera adaptación de la escala la hizo Goddard, siendo la de Terman (1916), la más utilizada y difundida, y en la que se emplea por primera vez el término CI. La adaptación española de esta escala fue realizada por José Gérmain (Pelechano, 1988).

Muy pronto se prepararon tests colectivos de inteligencia para todas las edades y personas. Esto hizo que disminuyeran la capacitación de los evaluadores y que se popularizara enormemente el término CI. A pesar de ello, la aplicación de los tests excedió a su desarrollo técnico, llegando a ser usados indiscriminadamente, lo cual no hizo más que dificultar un progreso adecuado (Anastasi y Urbina, 1998).

Junto con Terman, hemos de citar a Wechsler, cuya obra ha sido enormemente influyente hasta nuestros días (Tyler, 1976). David Wechsler publica en 1939 la *Escala de Inteligencia Wechsler-Bellevue (WAIS)*, un conjunto estandarizado de pruebas individuales, creada especialmente para adultos. Años más tarde, en 1949, publica la *Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC)*. Como medida de la inteligencia, sus escalas han recibido numerosas revisiones a lo largo del tiempo (ver tabla 3.4), han sido muy empleadas e incluso en la actualidad se siguen utilizando, aunque han recibido frecuentes críticas según Macmann y Barnett (1994), por carecer de una base teórica suficientemente consistente.

Nancy Bayley, autora de *Las escalas de Bayley de desarrollo infantil, BSID* que aparecieron originalmente en 1933 y poco después la escala motriz (1936) pretendía

reconocer aquellas conductas específicas de la infancia que podían predecir la competencia posterior, así como comprender en qué medida el desarrollo permanecía estable durante los primeros meses de vida (Gómez de Terreros, 2005). Se apartó de sus predecesores con su escrupulosa preocupación por las propiedades psicométricas, destacar su rigor y amplitud de tratamiento estadístico de los resultados, así como la especial atención en la selección y ordenación de los elementos según el grado de dificultad. Este instrumento es válido y útil para la evaluación del desarrollo hasta los dos años y medio, y en la versión actual hasta más edad (Moreno y Gómez de Terreros, 2005). Actualmente en nuestro país contamos con la adaptación de 1977 de la escala de 1969 (Bayley, 1977).

Cattell en 1950 y 1963 elaboró sus escalas para evaluar la capacidad mental general o factor “g”, libre de influencias culturales y pertenece al tipo de pruebas “no verbales”, debido a que para su realización se requiere solamente que el sujeto perciba la posibilidad de relación entre formas y figuras. Según Moreno y Orjales (2005), dentro del encuadre que propone Cattell de tendencias no culturales, dado que los sujetos obtienen puntuaciones libres de la influencia del nivel educativo y la experiencia y pretenden aislar la varianza debida a factores genéticos y ambientales, está el test de *Matrices Progresivas de Raven* (Raven, 1956 y Raven, Court y Raven, 1996) ha sido uno de los tests más utilizados.

La mayor contribución de Binet, Terman, Wechsler y Bayley ha sido la creación de instrumentos de poderosa acción social y la de Spearman, Thorndike, Thurstone y Cattell fue la investigación y la publicación de documentos sobre la naturaleza de lo medido.

Los teóricos del factor “g”, como Jensen y Eysenck, miden la inteligencia de forma similar a Galton, mediante la rapidez de reacción a estímulos muy similares o a través de las ondas del cerebro, medido como potenciales eléctricos provocados por simples estímulos auditivos o visuales. Así, evaluarían la inteligencia biológica. Hebb (1949) distingue inteligencia A, no medible y la inteligencia B, o inteligencia psicométrica, aquella que se puede medir, la conducta real de la persona: el resultado de la interdependencia ente factores hereditarios y ambientales. Vernon en 1972 agregaría la

inteligencia C, que es lo que miden los tests. Así, a través de C, (media por el CI), podemos inferir B, y éstas guardan estrecha relación con la inteligencia A (Carlson, 1989).

Newborg, Stock y Wnek editan en 1996, el *Inventario de Desarrollo BATTELLE*, aunque la edición original es de 1984 y la revisión tipificada de 1987. Nace de la necesidad de tener un instrumento que evalúe la eficacia de un programa de intervención temprana. Se diseñó para evaluar las habilidades fundamentales en las distintas áreas del desarrollo del niño, en edades comprendidas entre el nacimiento y los ocho años, y para el diagnóstico de las posibles deficiencias o retrasos (Gómez de Terrero, 2005).

A lo largo del siglo XX se produjeron grandes avances, comenzaron a aparecer variados y diversos tests y estudios que valoraban capacidades, desarrollos y formas de personalidad desde distintos modelos. En el primer tercio del siglo XX se habían desarrollado múltiples tests de inteligencia, individuales y colectivos, que se utilizaban para clasificar y seleccionar individuos en el campo de la educación, el acceso a un trabajo, al ejército, etc. Actualmente, el rendimiento en los tests de inteligencia es crítico aunque nos pese para diagnosticar discapacidad intelectual, por lo que es esencial conocerlos y entenderlos. Una breve referencia a los más utilizados, aparecen en la tabla siguiente:

Escalas de Binet, 1905, 1908 Stanford-Binet, 1960, 1990.	Evalúa cuatro áreas cognitivas: razonamiento verbal, razonamiento cuantitativo, razonamiento abstracto/ visual, razonamiento cuantitativo y memoria a corto plazo. Edades entre 3 y 20 años. Se obtienen puntuaciones estándar de edad (CI=100, Sx=15.).
Escala de inteligencia infantil de Cattell, 1947. Test de factor "g" Escalas I, II, III, Cattell y Cattell, 1950	Ampliación para niños más pequeños que la Stanford-Binet. Adaptación española TEA, 1983, 1995, 2001
Tests de Wechsler, 1955, 1967, 1974, 1981, 1991, 1997, 2003 WAIS-III-WISC-IV y WPPSI ³	Se administra individualmente de los 6 y 94 años. Para diagnosticar discapacidad intelectual, deficiencias neuropsicológicas y superdotación. Se compara el rendimiento con la norma del grupo de edad similar (CI=100; Sx=15). Se obtiene tres CI (verbal, manipulativo y total). La última versión del WISC aporta 5 puntuaciones principales que son: Cociente Intelectual Total (CIT) y 4 índices: Comprensión Verbal (CV), Razonamiento Perceptivo (RP), Memoria de Trabajo (MT) y Velocidad de Procesamiento (VP) Adaptación española TEA ediciones (1999, 2005)

³ Se han desarrollado escalas abreviadas derivadas del WAIS que permite la evaluación de personas con niveles graves de retraso mental y que presentan dificultades verbales o de comprensión por lo que no es posible administrar la prueba completa (Salvador y Rodríguez-Blázquez, 2001; Rodríguez y de Pablo-Blanco, 2004, TEA, 2005, 2006)

Escalas Bayley de Desarrollo Infantil, BSIDI-II Bayley, 1933, 1969, 1993.	Desde el nacimiento hasta los 30 meses. Tres pruebas diferentes: 1ª desarrollo de capacidades sensoriales, perceptivas, discriminaciones, desarrollo del lenguaje, capacidades para la solución de problemas y aptitudes de aprendizaje; 2ª desarrollo motor general y 3ª desarrollo emocional. Adaptación española TEA, 1977, 1995
Test de Matrices Progresivas de Raven. Raven, 1988	No hay contenido específico de una cultura determinada. Las instrucciones verbales son las mínimas y la experiencia tiene poca importancia. Es un buen instrumento para la estimación rápida del nivel de funcionamiento intelectual o en los casos en los que no es posible la administración de otras pruebas. Adaptación española TEA, 1995
Prueba Denver. Frankenburg y Dodds, 1967	Muy utilizada para diagnosticar discapacidad intelectual en edad preescolar. Evalúa cuatro áreas: motriz gruesa, lenguaje, adaptación motriz fina y personal-social.
Inventario de Desarrollo de Battelle BDI. Newborg y cols, 1984, 1987	Evalúa el nivel de desarrollo del niño incluso con minusvalía. Adaptación española Fundación Catalana para Síndrome de Down, 1996
Test Comprensivo de Inteligencia. No verbal. Hamill y cols, 1997	De 6 a 90 años. Se administra individualmente en personas para las cuales los otros tests son inapropiados o sesgados. Puntuaciones de referencia: CI=100, Sx=15.
Escala de Ejecución Internacional Leiter-Revisada Leiter y cols, 1997.	Mide la inteligencia no influida por la educación, ambiente social o experiencia familiar. Para diagnosticar discapacidad intelectual y sobredotación. Entre los 2 y 21 años.
Batería de evaluación de Kaufman. K-ABC. Kaufman y Kaufman, 1983	Se estructura en 16 subtest integrados en tres escalas: escala de procesamiento simultáneo, secuencial y de conocimientos. Cuenta con una escala de procesamiento mental que equivale a una puntuación de CI. Adaptación española TEA, 1997
Sistema de evaluación cognitivo, CAS, Naglieri y Das, 1997	Se basa en la inteligencia como constructo multidimensional. Consta de cuatro escalas que aportan un CI más un total: planificación, atención, procesamiento simultáneo y procesamiento sucesivo. Adaptación española, Deaño y cols, 2002
Instrumento para la evaluación del potencial de aprendizaje. Feuerstein, Rand y Hoffman, 1979	Evalúa el grado en que el paciente se beneficia del aprendizaje a través de un esquema de test-entrenamiento-retest. No se conoce adaptación española
Escala de Brazelton para la evaluación del comportamiento neonatal Brazelton y Nugent, 1995	Evalúa el comportamiento neonatal. Adaptación española, Paidós, 1997
Sternberg Triarchic Abilities test. STAT. Sternberg, 1999	Evalúa habilidades analíticas, creativas y de ensayo en los dominios verbales, numéricos y figurativos.
Cognitive Abilities Survey, CAS Sternberg, 1999	Aplicable en adultos para medir habilidades cognitivas en 9 subtests

Tabla 3.4. Los tests más utilizados en la medición de la inteligencia.

Puntualmente, se publican nuevos instrumentos de evaluación o como hemos visto se revisan los ya existentes, algunos de ellos están especializados en determinadas facetas, los que aparecen en la tabla anterior, son los que más se utilizan en población con discapacidad intelectual. El estudio de la evaluación de la inteligencia está en constante desarrollo, por ello a lo largo de la historia se han sucedido diversos modelos

explicativos, como hemos visto en este capítulo, y todas con el intento de conseguir evaluar el complejo constructo de la inteligencia (Morales y Orjales, 2005).

Forns y Amador (1995) señalan que la evaluación de la inteligencia se ha dirigido hacia el estudio de los procesos cognitivos, prestando más atención a los aspectos de diagnóstico que de predicción, con el fin de poder elaborar programas de intervención basados en el entrenamiento de estrategias de procesamiento de la información. Para Forns y Amador (2005), uno de los modelos que más influencia ha tenido en el campo de la evaluación de los procesos cognitivos es el modelo PASS (Planificación, Atención, Procesamiento Simultáneo y Procesamiento Sucesivo) (Das, Kirby y Jarman, 1979). Estos procesos están interrelacionados y operan sobre la base de conocimiento de la persona. Así, cuando un niño empieza a leer, utiliza la planificación para decidir qué palabra quiere leer, la atención para centrarse en esa palabra e ignorar otras que pueden distraerle, el procesamiento secuencial si descompone la palabra en letras o sonidos o el simultáneo, si ve la palabra como un conjunto de letras o como un todo (Naglieri, 1999). Dos pruebas que permiten evaluar la inteligencia considera como un conjunto de procesos cognitivos son: la batería de evaluación de Kaufman (Kaufman y Kaufman, 1983) y el sistema de evaluación cognitiva de Naglieri y Das, (1997). La batería de Kaufman proporciona una buena estimación global de la capacidad de procesamiento mental o inteligencia, ya que como opinan (Kaufman y Kaufman, 1983, p. 31):

“La inteligencia es compleja y, probablemente, las conductas más inteligentes resultan de una integración de los procesos secuenciales y simultáneos”.

El procesamiento secuencial requiere habilidades analíticas, sucesivas o seriales, el simultáneo requiere habilidades holísticas o gestálticas (Forns y Amador, 2005).

El sistema de evaluación cognitiva CAS (Naglieri y Das, 1997) es una batería que evalúa cuatro procesos cognitivos comentados anteriormente (planificación, atención, procesamiento simultáneo y sucesivo) en niños y adolescente de los 5 a los 11 años.

7.2 INSTRUMENTOS QUE EVALÚAN EL POTENCIAL DE APRENDIZAJE

La evaluación de la inteligencia en función del “potencial de aprendizaje” o “evaluación dinámica”, ha cobrado especial interés entre los modelos de evaluación a partir de las aportaciones de Feuerstein y cols. (1979), para ello se realizan pruebas como LPAD (Learning Assessment Device). Consiste en evaluar el grado en el que el sujeto se beneficia del aprendizaje a través de tres fases, que tratan de diferenciar lo que un sujeto puede hacer de forma autónoma, lo que puede hacer durante el aprendizaje mediado y lo que podrá hacer después de un periodo de entrenamiento. A partir de esta primera batería de evaluación del potencial de aprendizaje se han desarrollado otros instrumentos, entre los cuales destacar la selección de Forns y Amador (2005):

PRUEBAS DE EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE APRENDIZAJE
• ACFS. Application of Cognitive Functions Scale (Lidz y Jepsem, 1999).
• ACIL. Adaptive Computer assisted Intelligence Learning test Battery (Guthke, Beckman. Stein, Vahle y Rittner, 1995).
• CATM. Children’s Analigical Thiking Modifiability Test (Tzuriel y Klein, 1985, 1987).
• CITM. Children’s Inferential Thinking Test (Tzuriel, 1989).
• CMB. The Cognitive Modificability Battery (Tzuriel, 1995a).
• CSTM. Children’s Seriation Thinking Modifiability Test (Tzuriel, 1995b).
• EPA y EPA-2. Evaluación del Potencial de Aprendizaje (Fernández-Ballesteros, Calero, Campillonch y Balchi, 1990, 2000).
• LEM. Learning Potencial Test for Ethnic Minorities (Hamers, Hessels y Penning, 1996).
• MLERS. The Mediated Learning Experience Rating Scale (Lidz, 1991).
• PLAD. Preeschool Learning Assessment Device (Lidz y Thomas, 1987).
• PWG. The Picture Word game (Corman y Budoff, 1974).
• S-CPT. Swanson Cognitive Processing Test (Swanson, 1996).

Cuadro 3.5. Pruebas de evaluación del potencial de aprendizaje

(Adaptado de Forns y Amador, 2005, p. 685).

Sternberg considera necesario construir nuevas pruebas de análisis de la capacidad cognitiva que tengan la misma validez que los tests clásicos y que sean aplicables a grupos de sujetos de distintas procedencias socioculturales. Su objetivo es lograr tests de inteligencia que complementen los tests tradicionales. Hasta el momento ha elaborado dos pruebas el *Sternberg triarchic Habilitéis test*, *STAT* (Sternberg, 1999) y el *Cognitive Habilitéis Survey*, *CAS* (Sternberg, 1999). El primero es un instrumento multidimensional diseñado para analizar habilidades analíticas, prácticas, creativas y de ensayo en los dominios verbales, numéricos y figurativos. La segunda prueba pretende

lograr una mejor medida de las habilidades cognitivas que la ofrecida por los enfoques clásicos. Ambos no han podido aun remplazar, a los tests clásicos pero sí constituirse en una importante ayuda para perfilar las habilidades de adaptación a la vida cotidiana (Forns y Amador, 2005).

En España la creación o existencia de instrumentos para evaluar la inteligencia es muy escasa, el retraso en adaptar los instrumentos de otros países es grande y apenas existen investigaciones que fundamenten el uso de los tests más aplicados. Es preocupante también, la falta de estudios que informen sobre la utilidad, problemas, ventajas y desventajas de los tests o pruebas de inteligencia en las personas con discapacidad (Pelechano, 1988; Verdugo, 1995).

8 RESUMEN

Es a partir del siglo XX, cuando se consigue un mayor conocimiento del constructo inteligencia, dando como fruto el desarrollo de instrumentos de medición. Binet fue el creador de los primeros estudios sobre la inteligencia, así como el que introdujo el concepto de edad mental. Pero su máxima contribución fue la creación de pruebas fiables y válidas para evaluar la inteligencia, dichas pruebas han tenido una gran repercusión posterior.

El concepto de inteligencia ha evolucionado y ha adquirido distintos significados a lo largo de los años, nuevas implicaciones y matices, pero aun en la actualidad, no existe un consenso a la hora de definir, clasificar y medirla. En el presente capítulo se ha realizado un breve repaso por los distintos modelos que se han ocupado de constructo de inteligencia, primero desde el enfoque de la psicología diferencial, después desde el modelo cognitivo, pasando por la teoría triárquica de Sternberg, para centrarnos a continuación en la teoría sobre el desarrollo cognitivo de Piaget, las aportaciones de Vigotsky y Feurstein y seguidamente con el concepto más reciente de inteligencia emocional, confluyendo todos estos conocimientos en la concepción actual sobre la discapacidad intelectual que propone en el año 2002 la AAIDD.

La primera teoría sobre el factor cognitivo general fue fundamentada por Spearman (1927). Su teoría bifactorial de la inteligencia supone que toda actividad cognitiva es función de dos factores, un general “g”, que interviene en todas las operaciones mentales frente a tareas no automatizadas y otro específico “s”. Esta estructura jerárquica, en cuya cúspide se sitúa un factor relevante, se identifica por una alta correlación entre diferentes tests mentales o tareas. A partir de este modelo jerárquico de la inteligencia, Cattell (1971) diferenció dos factores, elaborando de esta forma la teoría de la inteligencia fluida y cristalizada. La inteligencia fluida engloba tareas que precisan la percepción de relaciones complejas, en las que hay un escaso peso de la experiencia. Las operaciones mentales que se ponen en marcha son la inducción, deducción, establecimiento de relaciones y clasificaciones figurativas. La inteligencia cristalizada, agrupa destrezas en las que son relevantes el conocimiento o el aprendizaje cultural, comprensión verbal, conocimiento mecánico, facilidad numérica, evaluación relativa a la experiencia y juicio. El planteamiento jerárquico de la inteligencia propuesto por Spearman, fue apoyado también por otros autores como Vernon y Carroll, pero otros estudiosos de la inteligencia cuestionaron su teoría, entre ellos destacar a Thurstone y Guilford.

Thurstone (1938) propuso una teoría multifactorial de la inteligencia, identificando siete factores “s” que no son innatos sino aprendidos: comprensión verbal, numérica, rapidez perceptiva, memoria rutinaria o asociativa, razonamiento inductivo, deductivo, fluidez verbal, espacial o visualización, motricidad.

Con Guilford (1967), los factores eran en principio 120 y luego 150 y tampoco se organizaban jerárquicamente, estableciendo tres grandes categorías de habilidades. La primera, las operaciones cognitivas (cognición, memoria, producción divergente, producción convergente y evaluación), la segunda, las áreas de información dentro de las cuales se realizan las operaciones (figurativo, simbólico, semántico y comportamental) y la tercera categoría, los productos sobre los que actúa (unidades de información, clases de unidades, relaciones entre unidades, sistemas de información, transformaciones e implicaciones).

Podemos definir el concepto de inteligencia como una capacidad unitaria para razonar lógicamente ha sido superado por los enfoques de inteligencias múltiples, ya anunciados por Eysenck, Gardner y Sternberg, cuyas teorías constituyen los prototipos de la multidimensionalidad, estos autores destacan la importancia de relacionar la naturaleza de la inteligencia, susceptible al cambio, con la autorregulación del pensamiento y la conducta, la resolución de problemas de manera creativa, la adaptación al entorno y la necesidad de evaluarla de manera más real, con pruebas cercanas a lo que el sujeto hace en la vida real. Eysenck habla de tres tipos de inteligencias: la biológica (interacción entre la genética, la bioquímica y la fisiología), considerada estado “puro”, la inteligencia psicométrica, construida sobre la anterior y con influencias culturales, familiares y educacionales, y por último, la inteligencia social, es la misma que la biología pero en interacción con gran número de variables como son la personalidad, salud, grado de experiencia, consciente, hábitos alimenticios, de ingestión de bebida, motivación, base familiar y trastornos mentales. A su vez, Gardner habla de ocho tipos de inteligencia (musical, cinética-corporal, lógico-matemática, lingüística, viso-espacial, interpersonal, intrapersonal y naturista) que trabajan juntas, aunque son entidades independientes. Para estos autores, por tanto, una única calificación (CI) no es útil para la expresión del funcionamiento cognitivo, sino que cada tipo de inteligencia se basa en operaciones cognitivas específicas que domina cada individuo en mayor o menor medida. Entre los ocho tipos de inteligencia, que propone Gardner destacar la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal ya que están íntimamente relacionadas con la competencia social, y la segunda esta muy asociada con el concepto de inteligencia emocional. Sternberg propuso su teoría triárquica de la inteligencia con el objetivo de integrar los diversos enfoques existentes en el conocimiento de la inteligencia, englobando tres subteorías: subteoría componencial, que especifica los procesos y componentes que subyacen en el procesamiento de la información y explica la conducta inteligente; subteoría experiencial, que pone de manifiesta la habilidades para enfrentarse a situaciones nuevas; y subteoría contextual, que hace referencia al contexto sociocultural en el que la conducta inteligente tiene lugar en función del medio.

En cuanto a la inteligencia múltiple, lo importante es su relación con la variedad de papeles que desempeña el individuo en una determinada cultura y el reconocimiento de, que como indica Boyle (1990), los rasgos emocionales y motivacionales interactúan con las variables cognitivas, que entender y analizar las emociones supone una riqueza

vivencial extraordinaria y que regulan la vida afectiva, para promover el equilibrio de la personalidad y el crecimiento intelectual tan esencial para el ser humano. Todo lo cual, es indispensable para desarrollar su competencia personal.

Concluida la década de los años 1970, culmina la etapa factorialista en cuanto a la concepción de la inteligencia, dando paso a partir de los años 1980 a enfoques cognitivos que se centran más en los procesos mentales superiores, en la solución de problemas, en la toma de decisiones y en cómo se procesa y manipula la información. Desde el enfoque cognitivo se abordan diferentes líneas de investigación: teorías de los correlatos cognitivos, intentan relacionar la ejecución en los tests con las tareas relacionadas con el procesamiento de la información; teorías de los componentes cognitivos, analizan todas las operaciones complejas para buscar las destrezas implicadas en el procesamiento de la información; teorías del entrenamiento cognitivo, consiste en preparar a un sujeto en una habilidad y evaluar su ejecución posteriormente; y las teorías de los contenidos cognitivos, se examinan las diferencias ejecutivas entre principiante y expertos en una tarea. El énfasis que pone este autor en la interrelación de sus componentes, experiencia y contexto pone de relieve la complejidad de la conducta intelectual.

Mientras las teorías psicométricas y factorialistas tenían una gran influencia en EEUU y Gran Bretaña, en Europa se estudiaban los estadios del desarrollo intelectual y se analizaban los procesos subyacentes al pensamiento formal de la mano de Piaget. Este autor se interesó por los procesos cualitativos de la inteligencia y no tanto de los cuantitativos. Según él, la “estructura” y “organización” de la inteligencia cambia cualitativamente en diversas etapas del desarrollo desde el nacimiento a la adolescencia: desde el periodo sensoriomotor a la etapa de las operaciones formales, pasando por el estadio de las representaciones preoperacionales y la etapa de las operaciones concretas.

El concepto de potencial de aprendizaje o evaluación dinámica han cobrado especial interés a partir de las aportaciones de Vigotsky y Feuerstein. El primero con su concepto de zona de desarrollo próximo, que hace referencia a la diferencia en el nivel de desarrollo de las funciones cognitivas de un sujeto en un momento dado, junto con las habilidades que posee y que utiliza asiduamente de forma autónoma con el nivel de

desarrollo que puede alcanzar este sujeto cuando recibe la ayuda de un mediador. Feuerstein por su lado, considera que la inteligencia puede ser incrementada cuando se somete al individuo a Programas de Enriquecimiento Instrumental (P.E.I.). Este autor cree que los problemas de aprendizaje se deben más a procesos inadecuados o insuficientes de experiencias que a la incapacidad del propio sujeto. Por lo tanto, estos problemas se pueden remediar si se proporcionan experiencias de aprendizaje mediado por un profesional preparado.

Como ya se ha comentado anteriormente, Gardner comienza ya a hablar de la inteligencia intrapersonal como asociada al concepto de inteligencia emocional, también nos remite al concepto de inteligencia social de Thorndike. La inteligencia emocional es propuesta como una inteligencia distinta de otras, que puede tener entidad real, y que se refleja, especialmente, en un grupo de capacidades relacionadas con el modo que tienen las personas de razonar sobre sus emociones. A partir de este momento, se empieza a incorporar los sentimientos en la estructura cognitiva. En realidad, nos estamos refiriendo a las interconexiones entre lo cognitivo y lo afectivo/motivacional. Se considera que fue Goleman (1995) el primero en divulgar el término que lo define como una habilidad para determinar el grado de destreza que podemos conseguir en el dominio de nuestras otras facultades. Junto con otros autores -Salovey y Mayer- cuestiona el valor del CI como predictor de éxito en la vida. Influenciados por estos autores, Cooper y Sawaf proponen cuatro elementos básicos en la inteligencia emocional: alfabetización emocional, agilidad emocional, la profundidad emocional y alquimia emocional. Por su lado, Gallego y sus colaboradores agrupan las habilidades emocionales en tres categorías: emocionales, cognitivas y conductuales. Según Portillo (2004) lo que se conoce como inteligencia emocional es lo que se identifica dentro del campo de la discapacidad como habilidad adaptativa. La AAIDD reconoce 10 áreas de habilidades de conducta adaptativa al definir, diagnosticar y clasificar discapacidad intelectual (AAIDD, 1992).

El concepto de inteligencia más aceptado, que engloba los distintos enfoques expuestos hasta el momento y que ha influido en la AAIDD es el propuesto por Greenspan y Granfield (1992b) que propone la existencia de tres tipos de inteligencia: inteligencia conceptual que corresponde al CI -se mide a través de los tests de inteligencia

tradicionales- y que se vincula con la dimensión I (diagnóstico de la discapacidad intelectual propuesta por la AAIDD, 1992 - 2002); la inteligencia práctica que se refiere a la conducta que el sujeto manifiesta en la vida cotidiana; y la inteligencia emocional que permite entender las expectativas sociales, la conducta de los otros y saber como comportarse en distintas situaciones, estos dos últimos tipos de inteligencia se reflejan en la dimensión II de AAIDD (1992-2002).

La inteligencia humana es uno de los ámbitos de la psicología que más investigaciones ha suscitado a lo largo del siglo XX, sin embargo, a pesar de la gran cantidad de conocimientos acumulados a lo largo de todo un siglo, la mayoría de los instrumentos contruidos para evaluar la aptitudes cognitivas humanas siguen la senda inicialmente marcado por Binet y Simon (EMI), y Weschsler (WAIS-WISC). Entre ellos destacar, matrices progresivas de Raven, los instrumentos desarrollados por Cattell. Paralelamente, surgieron escalas del desarrollo infantil como las de Bayley que pretenden reconocer aquellas conductas específicas que pueden predecir la competencia futura del evaluado, el inventario del desarrollo de Battelle e instrumentos para evaluar el potencial de aprendizaje de Feuerstein y cols., etc.

Las aportaciones de la psicología cognitiva, a partir de la década de 1970, abrieron el camino para que los psicólogos que trabajan en el campo de la inteligencia humana se centraran en la evaluación de los procesos que subyacen a las actuaciones humanas consideradas inteligentes. Se trata de identificar como se alcanzan, elaboran, organizan, encadenan y aplican las aptitudes y habilidades. En estos modelos la persona es un ser activo, con capacidad de acción y de reacción, que procesa la información y toma decisiones. Bajo ese enfoque se han desarrollado varias líneas de trabajo para la evaluación de la conducta inteligente, entre ellos, destacar la batería de evaluación de Kaufman y el sistema de evaluación cognitivo de Naglieri y Das (Forns y Amador, 2005). En España la existencia de instrumentos de evaluación adaptados de la inteligencia son más bien escasos.

Como conclusión a este capítulo, me gustaría terminar con un comentario de Ingalls (1978, p. 57), que compartimos:

“La opinión que cada uno de nosotros tenga sobre la cuestión general de la unidad de la inteligencia, tiene ciertas consecuencias muy importantes sobre el concepto que uno se forme de la discapacidad intelectual. Si concebimos la inteligencia como una capacidad esencialmente única, entonces nuestro concepto de discapacidad intelectual se reduce simplemente a una deficiencia de esta única capacidad. Por el contrario, si concebimos la inteligencia como un conjunto de muchas capacidades independientes, entonces nuestro concepto de discapacidad intelectual resulta bastante difícil de definir. La mayoría de la gente prefiere hablar de capacidades mentales en lugar de una única capacidad mental general”.

CAPÍTULO 4

EL CONSTRUCTO DE CONDUCTA

ADAPTATIVA Y SU EVALUACIÓN

LAS ESCALAS DE LA AAIDD



En el presente capítulo se ofrece una visión global del concepto y la aplicación del constructo de conducta adaptativa tal y como se entiende en el campo de la discapacidad intelectual. Para ello, nos hemos basado principalmente en las aportaciones que desde la AAIDD se han realizado a lo largo del tiempo y que se ven reflejadas en sus publicaciones y en las de algunos autores del ámbito español, como son Pelechano, Verdugo, Montero y García Alonso, que están divulgando y trabajando el término desde nuestro entorno universitario.

Dada la importancia del constructo de conducta adaptativa, se dedica un capítulo entero de esta tesis a su estudio y conocimiento. Este cuarto capítulo se divide en tres grandes epígrafes: el primero dedicado exclusivamente al concepto, definición y evaluación de la conducta adaptativa, un segundo centrado en exponer los aspectos más significativas de las escalas de conducta adaptativa ABS, que se utilizan para la evaluación del constructo, y por último, se recoge la interrelación existente entre los constructos de

inteligencia y conducta adaptativa, ya que ambas dimensiones son tenidas en cuenta para la definición y el diagnóstico de la discapacidad intelectual.

Como el término conducta adaptativa sigue siendo un concepto poco conocido, mal comprendido tanto por los profesionales de la educación, de los servicios sociales y de la clínica. Empezaremos realizando un breve recorrido por las definiciones que determinados autores de los últimos cincuenta años han sugerido para explicar y concretar el comportamiento adaptativo, así como, la importancia que ha tenido a lo largo de la historia y la que tiene en la actualidad para el diagnóstico de la discapacidad intelectual. Los objetivos son conocer cuál es su definición más aceptada, los factores que la concretan según autores, y exponer el marco teórico y conceptual en que se encuadra. Una vez comentados los aspectos más sustanciales del constructo de conducta adaptativa es básico conocer, cómo se puede evaluar, por qué es importante su evaluación, el uso de instrumentos de medida adecuados, cuáles son sus utilidades, qué herramientas emplear, qué criterios deben cumplir estos instrumentos de medida, cuáles son las escalas más conocidas y utilizadas, qué parámetros las definen, sin ocultar las críticas y limitaciones que presentan. Finalmente se recogen las dificultades expresas que se dan en nuestro país a la hora de valorar la conducta adaptativa con los instrumentos existentes en España.

Posteriormente reflejaremos la interrelación evidente entre los dos constructos que definen la discapacidad intelectual y veremos cómo las tendencias actuales pretenden unificar ambos en un solo concepto, el de competencia general o competencia personal.

Por último, en este capítulo, nos centraremos en conocer en profundidad las escalas ABS, por tres razones fundamentales, la primera por la gran utilidad que ha demostrado en la evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. En siguiente lugar, es uno de los instrumentos propuestos por la AAIDD para la evaluación de la conducta adaptativa. Y finalmente, por el papel que esta herramienta juega en la segunda parte de este trabajo, ya que es el instrumento que se emplea para la evaluación de la conducta adaptativa de la muestra de participantes seleccionada para realizar la investigación. De ahí, la importancia por conocer sus características generales, el uso,

los contenidos, las aplicaciones de las mismas, así como la fiabilidad y validez tanto de la ABS-S:2 como de la ABS-RC:2.

1. LA CONDUCTA ADAPTATIVA

Como afirma Montero (2005), la conducta adaptativa sigue siendo un concepto relativamente poco conocido en España entre los profesionales de la educación, de los servicios sociales y de la psicología clínica. Esto es así, a pesar del interés, que históricamente han manifestado sobre todo los profesionales del movimiento asociativo de familiares de personas con discapacidad por usarla como herramientas de trabajo y de la labor incesante en este ámbito desde distintas universidades españolas con autores como Pelechano (1987b), Rubio (1995), Verdugo (1998), Montero (1999a) o García Alonso (2001) entre otros.

Aunque pueda parecer que hablar de conducta adaptativa o habilidades de adaptación es algo novedoso (por el desconocimiento existente), no es así. Se trata de un concepto que hunde sus raíces en el de adaptación, término muy asociado en origen a la biología, más concretamente a la teoría de Darwin, que puso en primer plano la capacidad del organismo para ajustarse a su entorno como mecanismo clave del proceso evolutivo (Montero, 1999a).

La adaptación es un elemento central de varias disciplinas entre ellas la antropología y la sociología, pues consideran que es el modo por el que los individuos consiguen superar con éxito las exigencias de su medio, a través de los conocimientos que adquieren de los valores de su cultura por medio de los agentes de socialización, como son la familia o el grupo de iguales. La adaptación ha llegado a ser un concepto básico dentro de la psicología y a él está asociado el de conducta adaptativa, teniendo una larga trayectoria. Ha sido empleada, sobre todo, por los que han estudiado conexiones entre los fenómenos psicológicos y biológicos, tal y como hicieron autores de la teoría del aprendizaje, de la reflexología rusa o Hull. El término de conducta adaptativa continua siendo muy empleado en la psicología y en disciplinas afines, por ejemplo psicología animal, psicología del aprendizaje, psicobiología, psicología clínica, consejo

psicológico, psicología industrial, tratamiento de drogodependencias, investigación sobre personas con altas capacidades intelectual o terapia ocupacional (Montero, 2005).

Es conveniente señalar, siguiendo a Montero (2005), que a pesar de que el comportamiento adaptativo está estrechamente vinculado a la discapacidad intelectual, a lo largo de las últimas décadas su empleo no ha hecho más que extenderse a otras discapacidades. Esto ha sido y es así en el caso de las personas con autismo (Kraijer, 2000), deficiencias motoras y/o sensoriales (Pollingue, 1987), personas con trastornos del aprendizaje (Weller y Strawser, 1987), ancianos, etc. En la actualidad, su uso no sólo se limita a la evaluación o diagnóstico de las personas sino que, entre otras aplicaciones, se utiliza en el diseño de planes de intervención individualizados (Cone, 1987; Morreau, Bruininks y Montero, 2002); en el análisis de las variables implicadas con el éxito de programas de integración (Eyman, Demaine y Lei, 1979), en la descripción de grupos clínicamente definidos (Brun y Gasca, 2003, Berg y cols., 2004), en la evaluación de programas y en la gestión de recursos (Lewis y Bruininks, 1983), etc.

La visión que vamos a manejar en este trabajo, la queremos vincular al campo de la discapacidad intelectual y como tal, a las propuestas que la AAIDD ha realizado sobre el concepto a lo largo de su existencia, pero principalmente en las últimas décadas.

1.1 DEFINICIÓN Y FACTORES DE CONDUCTA ADAPTATIVA

Históricamente, el constructo de conducta adaptativa no ha estado incluido con tanta seguridad como el de la inteligencia en las definiciones de discapacidad intelectual, ni se ha tenido tan en cuenta en la práctica diagnóstica. Sí que han existido algunas definiciones que indicaban que la inteligencia y la conducta adaptativa debían tener igual peso, aunque a la hora de la práctica real, el CI dominaba las decisiones profesionales sobre el diagnóstico o no de la discapacidad intelectual y orientaba en la clasificación de la misma. Sin embargo, con los avances recientes en el desarrollo y estandarización de las escalas de conducta adaptativa y la comprensión del constructo, tanto la inteligencia como la conducta adaptativa se han de evaluar, deben ser

considerados en el proceso diagnóstico y forman parte de concepto definitorio de esta discapacidad.

Durante las últimas décadas, la definición de discapacidad intelectual de la AAIDD se ha caracterizado por la consideración de tres criterios (Heber, 1961; Grossman 1973; 1977, 1983; Luckasson y cols., 1992; Luckasson y cols, 2002): en primer lugar, debe existir un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, medible a través de escalas de inteligencia. En segundo lugar, deben existir limitaciones también significativas en las habilidades adaptativas (Luckasson y cols, 1992) o en la conducta adaptativa (Luckasson y cols, 2002) o dicho de otro modo, en las áreas que permiten al sujeto ser autónomo y poder desenvolverse a nivel social, personal e interpersonal. Y la tercera condición consiste en que las limitaciones tanto en el funcionamiento cognitivo como en conducta adaptativa deben aparecer antes de los 18 años. En la práctica real se evalúa el funcionamiento de la inteligencia con tests de inteligencia (ver capítulo 3), la conducta adaptativa con escalas específicas, como veremos en apartados siguientes, y las limitaciones de ambos constructos deben constatarse que se producen antes de los 18 años.

La inclusión del concepto de conducta adaptativa en la definición de la discapacidad sucedió a mediados del siglo pasado (Heber, 1961). Este hecho supuso una revolución, ya que a partir de ese momento, se dejó de considerar que la discapacidad intelectual dependía exclusivamente de lo que median en ese momento los tests de inteligencia o lo que se proponía desde el modelo médico. A partir de ese momento, se empieza a considerar que el desempeño de los individuos en las tareas cotidianas juega un papel esencial en el día a día. Desde entonces, la dimensión de conducta adaptativa ha ido cobrando progresiva relevancia en las dos últimas ediciones de la AAIDD (1992, 2002), convirtiéndose en la segunda dimensión que, junto a otras, van a determinar el nivel, necesidades y tipos de apoyo que precisan las personas afectadas. Nos encontramos, por tanto, ante un enfoque de la discapacidad intelectual desde una perspectiva multidimensional, dejando atrás sistemas de clasificación que contemplaban únicamente como criterio la etiología de la discapacidad o las medidas de inteligencia o la conducta adaptativa exclusivamente, para centrarse en las cinco dimensiones propuestas por la AAIDD en 2002 (funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, salud, contexto e

interacciones, participación y roles sociales), sin olvidar la necesidad de tener en cuenta el perfil de los apoyos necesarios (Luckasson y cols., 1992/2002; Navas, Verdugo y Gómez, 2008).

La AAIDD, en su edición más reciente (2002), define la conducta adaptativa como:

“El conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en sus vidas diarias” (p. 59).

El concepto de conducta adaptativa (expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas), ha encontrado en esta versión una continuidad de la atención histórica dada a la conducta adaptativa en el diagnóstico de la discapacidad intelectual (McGrew, Bruininks y Jonson, 1996a; Thompson y cols, 1999; Widaman y McGrew, 1996). El concepto implica un conjunto de competencias en los ambientes comunitarios y culturales típicos para sus iguales en edad y se deben asociar a necesidades de apoyo individualizados (Luckasson y cols, 2002).

Por lo tanto, la conducta adaptativa se ha convertido en un concepto central para la evaluación de las personas con discapacidad intelectual. A pesar de ello, debemos admitir que en el momento actual no se dispone de una definición admitida unánimemente, ni un acuerdo sobre la terminología, de manera que cada autor o enfoque enfatiza diferentes aspectos de este término, hablando de destrezas, competencias, conductas, habilidades, etc., (Bruininks y McGrew, 1993; Montero, 1993; Dolado y cols, 1998; Schalock, 1999b). El impulso dado por la AAIDD al concepto de conducta adaptativa ha tenido su eco en el trabajo de distintos autores que han intentado definir y comprender sus componentes. En muchas ocasiones este hecho se ha visto mediatizado por la prueba o instrumento de evaluación utilizado. Es decir, por cada instrumento de evaluación se ha desarrollado una particular concepción de la conducta adaptativa, el concepto de habilidad adaptativa recoge y extiende el énfasis dado a lo largo de la historia a la competencia social en el diagnóstico de la discapacidad intelectual (Scheerenberger, 1983). La competencia social fue un concepto precursor del término conducta adaptativa y el concepto de habilidad adaptativa deriva ahora del de conducta adaptativa (Verdugo y Bermejo, 1998). Para hacernos una idea de

la variedad de concepciones, en la siguiente tabla, se exponen algunas de las definiciones de conducta adaptativa más divulgadas propuestas por distintos autores.

AUTORES/AÑO	DEFINICIONES
Leland y cols., 1967 Leland, 1991	La capacidad de adaptación al entorno. La capacidad de ajuste del individuo a su entorno.
Nihira, 1969	La eficacia del individuo para adaptarse a las demandas naturales y sociales de su entorno.
Mercer, 1973, 1978	La interacción entre el individuo, desempeñando roles sociales y las expectativas de su contexto. La capacidad de asunción y puesta en juego de los roles sociales acordes con la edad y sexo de la persona, de manera que logre satisfacer las expectativas de los diversos sistemas sociales en los que participa.
Grossman, 1983	Las limitaciones significativas de un individuo para alcanzar las cotas medias de maduración, aprendizaje, independencia personal y/o responsabilidad social esperadas para su nivel de edad y grupo cultural.
Bruiniks y McGrew, 1993	La amplitud con la que un individuo cuida de sus necesidades personales, demuestra capacidad para desenvolverse socialmente y se controla para no tener problemas de conducta.
Luckasson y cols., 1992	El conjunto de competencias necesarias para el desenvolvimiento personal y social de la persona, que se van adquiriendo a través del proceso de desarrollo del niño y del adolescente, por lo que se debe prestar atención al nivel evolutivo del niño, y valorarlas sólo cuando sean relevantes para su edad. La calidad de las ejecuciones diarias en respuesta a las demandas ambientales
Luckasson y cols., 2002	El conjunto de habilidades cognitivas, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria.

Cuadro 4.1. Definiciones de conducta adaptativa por diferentes autores.

Como podemos observar, cada autor enfatiza distintos aspectos: para algunos, es la interacción entre individuos desempeñando roles sociales y teniendo en cuenta las expectativas del contexto donde se ocasionan (Mercer, 1973, 1978), otros autores (Leland, 1967/1991) la definen como la adaptación de la persona a su entorno, mientras que Balthazar (1973) la restringe a los aspectos más operativos de habilidades de autonomía personal y varios expertos en esta temática (McGrew, Bruininks y Johnson, 1996a; Thompson, McGrew y Bruininks, 1999; Schalock, 1998/1999a), la vinculan a aspectos contextuales y cognitivos más amplios como son la inteligencia conceptual y social. Aunque las diferencias, como hemos visto, existen, tras la revisión de éstas y otras definiciones propuestas por diferentes autores, se sugieren varios elementos comunes en el constructo de conducta adaptativa:

- Las habilidades adaptativas propuestas implican un conjunto de competencias que parecen ser las responsables de lo que, por regla general, se entiende como conducta

adaptativa, esto permite la realización de evaluaciones más precisas. La mayoría de las definiciones reconocen varias áreas de funcionamiento; cuidado de las propias necesidades físicas, tratar con otras personas, aceptar y ser responsable, y ser capaz de aplicar las capacidades cognitivas a la vida cotidiana (DeStefano y Thompson, 1990).

- El comportamiento adaptativo se concibe de forma evolutiva, es decir, difiere entre los diferentes grupos de edad y se espera que vaya aumentando y mejorando con el tiempo (DeStefano y Thompson, 1990).
- El concepto de conducta adaptativa es muy amplio y difícil de evaluar. Ningún instrumento puede medir, de momento, todos los dominios relevantes del comportamiento, por ello, existen escalas de conducta adaptativa que tan sólo miden ciertas áreas o dominios de habilidades (Sattler, 1988; Bruininks y cols., 1993b; Luckasson y cols., 1992).
- Los juicios sobre el comportamiento adaptativo deben tener en cuenta la cultura (DeStefano y Thompson, 1990).
- Hay que entender que, junto a limitaciones significativas en determinadas áreas existen destrezas en otras áreas. Se debe conocer hasta qué punto las limitaciones de conducta adaptativa entorpecen las habilidades de una persona para hacer frente a demandas de la sociedad (Lambert y cols., 1993).
- Se debe diferenciar lo que son conductas desadaptativas de lo que son aspectos psicopatológicos o trastornos emocionales en el individuo. Las problemáticas conductuales desadaptadas podrían pasar a considerarse respuestas a las condiciones ambientales y a entenderse como limitaciones en habilidades de comunicación. (Carr, 1996/1998; Verdugo y Bermejo, 1998; Canal y Martín, 2002).
- Se da la misma importancia a las habilidades adaptativas que a la medición de la inteligencia para establecer el diagnóstico. Sin embargo, las conductas adaptativas se consideran más relevantes a la hora de facilitar el establecimiento de los apoyos y programas más acordes con la persona.

Gran parte de las propuestas definicionales llevan implícita una visión situacional más que de rasgo (Reschly, 1992). Sin embargo, y paradójicamente muy a menudo se evalúa el comportamiento adaptativo como si de un rasgo individual se tratase. También existe consenso en señalar que la conducta adaptativa es definida por la ejecución habitual (hace) y no por la capacidad (puede hacer) (Meyers, Nihira y Zetlin, 1979). Así mismo suelen destacar la modificabilidad de la conducta adaptativa en comparación con las otras dimensiones que propone la AAIDD en su definición, que son menos moldeables a partir de la intervención (Langone y Burton, 1987).

Para seguir profundizando en la comprensión y conocimiento del término, en la tabla siguiente se expone un resumen de las aportaciones que algunos autores han hecho en la concepción de la conducta adaptativa, proponiendo en este caso, diferentes factores para su estructura, conocimiento, clasificación, evaluación, etc.

AUTOR	FACTORES
Lambert y Nicoll, 1976	(i) Autonomía funcional y responsabilidad social
Sparrow y Cicchetti, 1984	Psicomotor, cognitivo y social
Widaman y cols. 1987b	Competencia motórica o desarrollo físico; habilidades de la vida independiente; competencia cognitiva y de comunicación académica; y competencia social.
Bruininks y McGrew, 1993	Independencia personal; responsabilidad; cognitivo y de conocimiento académico, profesional o social; y físico o evolutivo
Lambert y cols., 1993b	Autosuficiencia personal, autosuficiencia comunitaria y responsabilidad personal y social.
Bruininks y McCrew, 1993b	Desarrollo físico, desarrollo del lenguaje, competencia académica y funcionamiento independiente
Sattler, 1996	Maduración, ejecución académica y edad adulta temprana.

Tabla 4.2. Factores de conducta adaptativa.

Coulter y Morrow (1978), Montero (1993, 2005) y Dolado y cols. (1998) llevaron a cabo un análisis del contenido de las diferentes definiciones y de los factores propuestos. En sus estudios observaron que casi todas ellas coincidían en señalar tres factores componenciales en la conducta adaptativa:

- Funcionamiento independiente o autosuficiencia: se refiere a la satisfacción de las propias necesidades.

“Casi todas la definiciones coinciden en señalar como un factor esencial de su contenido, el adecuado desarrollo de las habilidades de autonomía personal necesarias para satisfacer las necesidades más básicas (comida, higiene personal, vestido)” (Montero, 2005, p. 281).

- Relaciones interpersonales: consiste en ser miembro activo de la sociedad.

“Destacar las destrezas necesarias para ser un miembro activo de la sociedad (capacidad para viajar independientemente, manejar dinero, expresarse mediante un lenguaje, aprender destrezas precisas par desempeñar un trabajo, etc.)” (Montero, 2005, p. 281).

- Responsabilidad social: hace alusión al mantenimiento de relaciones sociales responsables.

Una cuarta área ha sido objeto de controversia y corresponde a las habilidades académicas funcionales. Hay autores que están a favor de su inclusión como factor Reschly (1990), y otros en contra, como Mercer (1973) que considera que hay que agrupar dentro del concepto de conducta adaptativa todo aquello que se aprende y ejecuta fuera de la escuela, ya que si no estaríamos dando de nuevo excesivo protagonismo al CI. Si nos basamos en los extensos trabajos de Thompson y cols. (1999), Greenspan y Grandfield (1992b), Kamphaus (1987), Widaman y McGrew (1996), y Widaman, Stacy y Borthwich-Duffy (1993), llegamos al consenso emergente de que la estructura de la conducta adaptativa consiste en los siguientes tres agrupamientos de factores: por un lado, lo cognitivo, la comunicación y las habilidades académicas (habilidades conceptuales), por otro, las habilidades de competencia social (habilidades sociales) y finalmente, las habilidades de vida independiente (habilidades prácticas). Un cuarto factor de agrupamiento, competencia física o motora, se encuentra en muchos estudios de análisis factorial de la conducta adaptativa (Thompson y cols, 1999). Este cuarto factor se recoge como uno de los dominios de conducta adaptativa en las escalas ABS.

Estos últimos agrupamientos son coincidentes con las tres áreas de conducta adaptativa de la definición de la AAIDD (2002) y aunque son menos diferenciadas que las 10 áreas de habilidades propuestas en la definición de 1992, son más congruentes con los modelos conceptuales de la literatura científica que describen los dominios de

competencias personal como veremos en apartados posteriores (Greenspan, 1999a, Greenspan y Driscoll, 1997; Gresham y Elliott, 1987; Thompson y cols., 1999).

Las dificultades para lograr un encuadre teórico preciso sobre la conducta adaptativa ha llevado a definir y aceptar por un amplio número de autores una de las características más estables del constructo: su complejidad.

1.2 LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA

La evaluación de la conducta adaptativa puede ser útil para diagnosticar, clasificar y planificar los apoyos, en personas con discapacidad intelectual. Es esencial reconocer que diferentes métodos y medidas para evaluar la conducta adaptativa tendrán diferentes ventajas y limitaciones, dependiendo de los propósitos específicos. La evaluación para el diagnóstico requiere el uso de instrumentos que sean psicométricamente válidos; se centren en las tres áreas de conducta adaptativa de la definición, y estén estandarizados sobre grupos de personas con y sin discapacidad intelectual. Para la clasificación o planificación de apoyos son importantes las pequeñas separaciones por niveles de habilidad o el centrarse en áreas específicas de habilidades (Verdugo y Jenaro, 2004). Por lo tanto, debe entenderse que las características de una buena evaluación para una función (por ejemplo, diagnóstica) no son las mismas necesariamente que las de una buena evaluación para otra (por ejemplo, identificar necesidades de apoyo). Pocos instrumentos tienen la amplitud, profundidad, y propiedades psicométricas para ser utilizados óptimamente para todos los propósitos. Las medidas que proporcionan suficientes detalles para ayudar con la programación pueden ser demasiado largas para ser útiles en el diagnóstico, pueden carecer de datos estandarizados, o pueden describir conductas que frecuentemente no diferencian a las personas con y sin discapacidad intelectual (Nihira, 1999).

Son varios los instrumentos de evaluación psicológica que han ido adaptándose y evolucionando para su utilización actual, todos tienen puntos positivos y aspectos que hay que seguir perfilando. Pero estos instrumentos no son únicamente recursos para la evaluación, también se utilizan de cara al establecimiento de programas de intervención específicos y concretos para cada persona y además nos permite con su aplicación, la

realización de un seguimiento eficaz de los progresos de esas personas en áreas concretas, su ubicación en centros y servicios más adecuados a sus características y la organización de estos recursos en función de los niveles de conducta adaptativa de los atendidos. De entre todos los recursos que se emplean para su cumplimentación, el más utiliza consiste en que un experto recoja la información que facilita un familiar o un profesional que conoce bien al sujeto a evaluar.

1.2.1 ASPECTOS GENERALES EN LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA.

Durante años, la evaluación de la conducta adaptativa ha sido reconocida como un aspecto a considerar en la valoración psicológica del individuo. Así por ejemplo, Binet y Simon (1905) incluyen varios ítems de adaptación en su escala clásica y otros tests de habilidad mental, han seguido su ejemplo desde entonces (Hammill, 1992; Kaufman y Kaufman, 1983; Thorndike, Hagen y Sattler, 1986 y Wechsler, 1991).

Nos podemos remontar al siglo XIX, ya que fue Voisin (1843) quien desarrolló el primer registro de medida de la conducta adaptativa, estableciendo un precedente histórico al considerar la conducta adaptativa como parte de la valoración, identificación y clasificación de las personas con discapacidad intelectual, discapacidades del desarrollo y trastornos asociados. Este autor tuvo en cuenta algo muy importante y que ha sido retomado en tiempos actuales, trató de identificar lo bien que las personas con discapacidad intelectual se enfrentan con las demandas naturales y sociales de su entorno, es decir, no sólo se preocupó por evaluar las limitaciones sino también sus capacidades.

Años después, en 1953, Doll destacó la relación entre discapacidad intelectual y competencia social, afirmando que la conducta adaptativa del sujeto debía ser evaluada a partir de la ejecución real de las personas más que partir de la habilidad que se pueda inferir.

Desde entonces, los instrumentos de evaluación de la conducta adaptativa, o de las habilidades de adaptación del individuo, han ido ampliándose y evolucionando a la vez

que lo hacía la investigación relacionada con el concepto de discapacidad intelectual. Las áreas tradicionalmente incluidas en la conducta adaptativa han tendido a incluir dominios relacionados con lo social e interpersonal, la comunicación, los aspectos ocupacionales y las habilidades de autoayuda. Y así, se ha ido configurando los instrumentos de evaluación y también los programas de intervención dirigidos a mejorar las competencias en las dimensiones de adaptación del individuo (Gilman y cols, 2002).

Los diferentes instrumentos, por lo tanto, representan un intento de operacionalizar tanto las diferentes concepciones teóricas de lo que es el comportamiento adaptativo como los procedimientos para su medida. La mayoría de ellos, sobre todo de aquellos que incorporan normas, han partido de las definiciones de la AAIDD (Montero, 2005).

La psicología cuenta con cuatro caminos o recursos para obtener la información necesaria para evaluar la conducta adaptativa de las personas con discapacidad intelectual, por un lado la entrevista, por otro, los informes, la observación directa y finalmente los tests. Lo ideal es según Montero, (2005) realizar observaciones continuadas en los distintos entornos en los que se desenvuelve el individuo. Pero siendo pragmáticos, habrá de reconocer que esto resulta a menudo inviable, por muy distintos motivos, entre ellos, el del derecho a la intimidad de la persona evaluada y el tiempo disponible. Por lo que, el procedimiento más habitual suele ser la entrevista realizada por un profesional familiarizado con la prueba a una persona que tenga un buen conocimiento de la persona evaluada y una relación cotidiana con ella, ya que este procedimiento permite acceder a gran cantidad de información en poco tiempo. Otro recurso es la autoadministración independiente de un instrumento con el que un profesional de atención directa está mínimamente familiarizado y supervisado por un técnico. Por último, las escalas de conducta adaptativa en situación de tests en el sentido más habitual del término.

La utilización de las escalas y pruebas estandarizadas que ampliamente se utilizan para la evaluación de la conducta adaptativa en las personas con discapacidad intelectual no debe excluir el resto de instrumentos de valoración que existen en el campo de la evaluación psicológica, para poder llegar a un buen conocimiento del examinado y así aplicar las intervenciones, programas, etc. más eficaces y adecuados para la persona. La

evaluación completa por parte del profesional debería incluir la administración de la prueba por parte de distintos profesionales que sean psicométricamente válidos, se centren en las áreas de conducta adaptativa y estén estandarizados sobre grupos de personas con y sin discapacidad intelectual, la revisión del historial del individuo, la entrevista y los cuestionarios a personas relevantes en la vida del sujeto, la entrevista a la propia persona con discapacidad y la observación del individuo en su entorno natural (Luckasson y cols., 1992).

Una vez conocida la importancia de la evaluación de la conducta y la práctica profesional en el campo de la discapacidad, se exponen las características y finalidades que deben tener los instrumentos estandarizados que se utilizan para ello.

1.2.2 LAS ESCALAS DE CONDUCTA ADAPTATIVA

Durante casi 50 años, las dos piedras angulares para diagnosticar la discapacidad intelectual han sido los tests de inteligencia y las escalas de conducta adaptativa (Luckasson y cols, 2002). Mientras los tests de inteligencia se centran principalmente en el “máximo” rendimiento en tareas relacionadas con la inteligencia conceptual, las escalas de conducta adaptativa se centran en el nivel de habilidad que una persona manifiesta cuando realiza tareas en su entorno. Las escalas de conducta adaptativa miden aspectos de inteligencia conceptual, práctica y social, aunque la ejecución en tareas que requieren inteligencia social está a menudo infrarrepresentada en este tipo de escalas (Thompson y cols, 1999; Widaman y McGrew, 1996).

Además de ayudar al diagnóstico, las escalas de conducta adaptativa son útiles para identificar objetivos educativos o relativos a la intervención (Nihira, 1999), y según Nelson e Israel (2000) para seleccionar sujetos para la investigación o como indica Verdugo (2003a), para determinar los apoyos individuales de la persona. La evaluación del comportamiento adaptativo permite comprender mejor los factores que podrían influir y predecir la capacidad de tener éxito en la vida.

Actualmente existen algunos instrumentos para medir el comportamiento adaptativo, Patton y cols. (1990), DeStefano y Thompson (1990) y Nelson e Israel (2000), exponen en sus trabajos, algunas características que presentan la mayoría de estas pruebas:

- Todos estos tests se centran en el ámbito de la vida cotidiana.
- Para que sean útiles deben reflejar con precisión el funcionamiento presente del sujeto.
- Es más probable que las valoraciones realizadas sobre cuestiones específicas sean más precisas que las realizadas sobre cuestiones generales y vagas.
- Varían en gran medida en cuanto a su calidad y el objetivo de su uso.
- Algunos tests están diseñados para evaluar poblaciones amplias, otros se limitan exclusivamente a evaluar solamente a niños pequeños o comportamientos gravemente retrasados o el funcionamiento en un área específica.
- La mayoría se basa en datos obtenidos a través de entrevistas a padres o profesionales que interactúan y conocen a la persona evaluada.

Un instrumento de medida de la conducta adaptativa debe sistematizar el proceso de recogida de información y dar instrucciones para interpretar los incidentes y problemas que puedan sobrevenir. Se aconseja que sean profesionales debidamente cualificados los encargados de interpretar los resultados y decidir en consecuencia, sobre todo en aquellas decisiones que pueden afectar a la personas el resto de su vida (Montero, 2005).

Por su lado, Sattler (1996) revisó gran cantidad de pruebas de evaluación normalizadas de conducta adaptativa e identificó las aplicaciones más adecuadas de estos instrumentos:

- Descubren los aspectos fuertes y las deficiencias conductuales y en ocasiones las problemáticas afectivas de la persona evaluada.
- Permiten la comparación de la conducta en diferentes ambientes.
- Facilitan la comparación de los datos proporcionados por distintos informantes.
- Proporcionan una manera estandarizada de presentar datos.
- Proporcionan una base objetiva para evaluar el progreso de la persona o los resultados de un programa de intervención.

- Estimulan nuevos programas de intervención e investigación.
- Algunas proporcionan programas de desarrollo.

Montero (2005) además de reconocer la utilidad en la evaluación de las destrezas necesarias para una vida independiente también refiere los siguientes usos de los instrumentos de conducta adaptativa:

- Pueden ser de ayuda para la evaluación y planificación de servicios y programas para las personas con discapacidad.
- Con personas levemente discapacitadas se tienden a utilizar con propósitos diagnósticos, mientras que cuando la persona tiene severas discapacidades suelen emplearse como apoyo a lo largo del proceso de intervención, para señalar prioridades del mismo, para llevar a cabo seguimientos, etc.
- Para clasificar adecuadamente a grupos de personas, reflejando diferencias entre grupos según variadas características clínicas y edades.
- Con el objeto de diferenciar a las personas según su pertenencia a determinados programas, tipos de centros o servicios, etc.
- A la hora de realizar la orientación y ubicación profesional, identificar destrezas relevantes para el ajuste laboral, en el seguimiento del ajuste social, el empleo del tiempo libre, autoconcepto, cuidado de si mismo y responsabilidad en adultos con discapacidad intelectual.
- Un aspecto destacable es su potencial para mejorar la coordinación y comunicación entre profesionales.
- Un uso creativo y compartido de un buen instrumento puede generar, en el personal de un servicio dado, hábitos de observación sistemática a través de una herramienta común, posibilitando la eficacia en el tiempo de determinadas intervenciones, con el consiguiente beneficio para los usuarios del mismo.
- Otra posible utilidad sería la evaluación de servicios, centros o agencias.

Poco a poco, estos instrumentos han ido adquiriendo importancia, su necesidad es frecuentemente demandada por los profesionales que trabajan con personas con discapacidad intelectual, por su importancia para la evaluación de las capacidades y limitaciones de estos sujetos y para poder establecer los programas de desarrollo

individual adaptados a cada caso concreto. Ha habido varios intentos por buscar herramientas útiles a este fin, cada profesional, centro, institución ha buscado estrategias para su consecución. En la actualidad, se persigue la objetividad, consenso y rigurosidad para llevar a cabo esta tarea.

Cada vez se está prestando más atención a la fiabilidad y validez de las pruebas de evaluación de la conducta adaptativa. Una forma de estudiar la validez de las escalas de comportamiento adaptativo consiste según Nelson e Israel (2000) en determinar su relación con puntuaciones de CI, estos autores no encontraron relaciones significativas entre el comportamiento en la vida diaria y el rendimiento escolar. En cambio, DeStefano y Thompson, (1990) creen que diversos estudios muestran una correlación moderadamente fuerte (de 0,40 a 0,60) entre CI y comportamiento adaptativo. Podemos decir, que en general, el comportamiento adaptativo se correlaciona con la inteligencia, pero toca factores diferentes, de cuya evaluación se ocupan los tests que miden el CI.

Podemos afirmar que en la actualidad se elaboran y aplican instrumentos de medida con el rigor técnico y científico suficiente para evaluar a las personas con discapacidad y que son de gran utilidad para los fines para los que están construidos como se desprende de las aportaciones de Patton (1990), DeStefano y Thompson (1990), Sattler (1996), Nelson e Israel (2000) y Montero (2005).

1.2.3 ALGUNAS HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

Las escalas que miden la conducta adaptativa como el resto de escalas e instrumentos de evaluación, no están exentas de las mismas críticas que se le han hecho a los tests de inteligencia (ver capítulo 3). Efectivamente los datos que se obtienen de estos instrumentos de evaluación constituyen solamente una parte de todo el proceso de evaluación (Verdugo, 1995d). Los profesionales no deben seleccionar únicamente instrumentos técnicamente adecuados, sino que también deben ser prudentes en seleccionar aquellos que están diseñados para el individuo concreto o grupo a que pertenece (Reschly, 1990). El evaluador debe emplear instrumentos que estén normalizados en los ámbitos comunitarios con personas del mismo grupo de edad del

individuo que está siendo evaluado. Una revisión de los instrumentos más usados se proporciona a continuación:

1. Escala de Conducta Adaptativa Vineland (VSMS) (Vineland Adaptive Behavior Scales; Doll, 1935, 1964, 1985). Traducida, pero no adaptada, al castellano por Aguilar Fernández (1989). Se aplica a sujetos con y sin discapacidad intelectual entre los 0 y los 35 años. La competencia social puede cuantificarse sumando el rendimiento en distintas áreas de comportamiento (autoayuda, autodirección, ocupación, comunicación, locomoción, socialización). La escala produce una edad social (ES), que indica la edad con la que está funcionando el sujeto y un cociente social (CS) (similar a edad mental y cociente intelectual), a fin de reflejar la posición del sujeto en relación a individuos no discapacitados. Si esta edad está muy por debajo de la cronológica, esto suele indicar retraso. Los aspectos negativos son la falta de una adecuada estandarización y las limitaciones psicométricas que presenta (Sattler, 1982).

Sparrow, Balla y Cicchetti (1984) revisaron y ampliaron la escala (Escala Vineland de conducta adaptativa, VABS) para la evaluación de la capacidad para ejecutar las actividades cotidianas que se requieren para la suficiencia personal y social y para la evaluación de la competencia social de los niños discapacitados y no discapacitados. Existen tres versiones diferentes (traducidas pero no adaptadas a población española): cuestionario breve de reconocimiento, forma extensa y edición escolar. Las dos primeras consisten en entrevistas semiestructuradas para padres y otras personas que interactúan con él evaluado, las cuales se pueden utilizar desde el nacimiento hasta los 18 años de edad y con adultos con un bajo nivel de funcionamiento y la tercera versión son ítems dirigidos a los profesores de niños de 3 a 12 años. Todas ellas contienen cuatro dominios: comunicación, habilidades cotidianas, socialización y habilidades motoras. Dificultades en cuanto a los perjuicios y errores de percepción de los informantes.

2. Escalas de Aptitud Escolar para Deficientes Mentales Entrenables (Levine y cols, 1976). Evalúa las habilidades sociales y personales de los niños con discapacidad intelectual dentro del entorno escolar de 5 años en adelante. Dispone de dos formas

distintas en función de la edad. Contiene cinco escalas: perceptiva-motora, iniciativa-responsabilidad, cognición, personal-social y lenguaje.

3. Escalas de Conducta Adaptativa Bathazar (Balthazar, 1973, 1976). Evalúan personas con discapacidad intelectual grave y profunda institucionalizadas, niños pequeños con retraso más leve y niños con problemas emocionales. Evalúan las capacidades funcionales y la afectividad de los programas de entrenamiento y el tratamiento. Se compone de dos partes: Escala de independencia funcional y Escala de adaptación social.
4. Escala de Calificación Conductual Winconsin (WBRS) (Song y cols, 1984). Evalúa la conducta adaptativa en individuos con discapacidad intelectual profunda con un funcionamiento de desarrollo por debajo de los 3 años. Esta formada por 11 subescalas.
5. Escala de Conducta Independiente (SIB) (Scale of Independent Behavior; Bruininks y cols, 1986, revisión, 1991). Traducción al castellano de Moreno-Centeno de 1993. Evalúa las habilidades necesarias para manejarse independientemente en diferentes ambientes: hogar, social y comunitario. Se utiliza para personas entre 0 y 40 años de edad. Presenta tres formas: la escala completa, la reducida y la de desarrollo temprano, en cada una de ellas se incluye una escala de conducta problema. Son útiles tanto para el diagnóstico como para la planificación de apoyos, en las áreas de interacción social, habilidades de comunicación y habilidades motoras. Dió lugar al ICAP, del que hablaremos a continuación.
6. ICAP (Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual) (Inventory for Client and Agency Planning; Bruininks y cols, 1986). Traducido y validado al castellano por Montero, (1993). Es un instrumento estructurado, que sirve para valorar distintas áreas del funcionamiento adaptativo y las necesidades de servicio de una persona. Registra información descriptiva, diagnóstico actual, limitaciones funcionales, destrezas de conducta desadaptativa, problemas de conducta, estatus residencial, servicios de rehabilitación y de apoyo, actividades sociales y de tiempo libre. Su propósito principal es contribuir a una evaluación

inicial, orientación, seguimiento, planificación y evaluación de servicios para personas adultas o ancianas con discapacidad. Es muy recomendable para llevar a cabo seguimiento de los cambios de conducta o aprendizajes logrados por las personas atendidas en un determinado servicio o para comprobar si los apoyos que están recibiendo son los adecuados. Es muy útil en servicios con un gran número de sujetos, de diferentes edades y/o capacidad funcional (Verdugo, 1995c).

Representa uno de los instrumentos de referencia en las evaluaciones de las habilidades de adaptación por su contenido y rigor, siendo uno de los más utilizados en centros asistenciales para la evaluación clínica y psicosocial de personas con discapacidad intelectual (Rodríguez y de Pablo-Blanco, 2004; Rodríguez Sacristán y Buceta, 1998; Salvador y Rodríguez-Blázquez, 2001; Verdugo y Bermejo, 2003).

Así mismo, se ha validado y adaptado a población española por Delfín Montero, el Currículum de Destrezas Adaptativas (CALS) (Morreau y cols., 2002). Es un sistema de evaluación criterial de destrezas adaptativas que sirven para la planificación de programas individuales.

Como complemento al CALS, el Inventario de Destrezas Adaptativas (ALSC) (Gilman y cols, 2002). Es un curriculum de enseñanza de habilidades de adaptación que abarca destrezas laborales, de la vida diaria, de la vida en el hogar, de la vida en la comunidad.

7. Instrumento de Diagnóstico y Evaluación de las Capacidades Adaptativas IDECA del Instituto Foral de Bizkaia. Tiene como objetivo el diagnóstico y evaluación de la capacidad adaptativa. Abarca las 10 áreas de habilidades adaptativas marcadas por la AAIDD. Tiene un carácter experimental, al no contar con estudios que demuestren su fiabilidad y validez.
8. Tests Comprensivo de Conducta Adaptativa (CTAB) (Comprehensive Test of Adaptive Behavior; Adams, 1984, revisado en 1999). No nos consta ninguna adaptación española. Este Test evalúa la habilidad de funcionar independientemente de niños, adolescentes y adultos en diferentes ambientes y áreas.

9. Perfil de Actividades de la Vida Cotidiana (LSP) (Life Skills Profile; Rosen y cols, 1989). Adaptación española de Fernández de Larrinoa y cols, 1992. Evalúa las áreas de autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación y contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma (Salvador y Rodríguez-Blázquez, 2001).
10. Sistema de Evaluación para Personas Plurideficientes (SEPP) (Zaldivar, Rubio y Márquez, 1995). Evalúa básicamente a través de un sistema jerárquico y criterial el comportamiento adaptativo de personas plurideficientes, para ello, establece siete grandes áreas: sensorial, motora, imagen corporal, autoayuda, socialización, cognitiva y lenguaje.
11. Escala de Conductas Desadaptativas de Reiss (Reiss Screen for Maladaptive Behavior: Reiss, 1988). Traducida y validada en población española por Rodríguez-Sacristán y Buceta (1995). Es una escala de 38 ítems para evaluar síntomas psiquiátricos o categorías comportamentales de adolescentes o adultos con discapacidad intelectual. Según Rodríguez-Sacristán y Buceta (1998) y Rodríguez y de Pablo (2004), identifica las conductas desadaptadas que interfieren en las relaciones interpersonales.
12. Social Behaviour Schedule (SBS) (Wykes y Sturt, 1986). Adaptada al castellano por Salvador y cols (1998). Es un inventario con 21 ítems que cubre una serie de problemas que interfieren en el funcionamiento diario y en la vida socio-familiar.
13. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS) (Adaptive Behavior Assessment System; Harrison y Oakland, 2000). Se basa en las 10 áreas de habilidades adaptativas de la AAIDD, 1992, no se corresponde tan claramente con las 3 áreas definidas en el sistema 2002, pero el uso de una puntuación total resulta apropiado para el diagnóstico de discapacidad intelectual (según la última definición). Se puede usar desde los 5 años hasta la edad adulta y contiene un autoinforme y una entrevista para el informante.

14. Otros instrumentos de evaluación son: el Inventario de Conducta Adaptativa para Niños (ABIC) (Mercer y Lewis, 1978), el Sistema de Evaluación y Registro de Comportamiento Adaptativo WEST VIRGINIA (Cone, 1981; Martín González, 1989), los Programas Conductuales Alternativos. PCA (Verdugo, 1989/1997, 1996, 2000), incluye: Programa de Habilidades Sociales (PHS), Programa de Habilidades de Orientación al Trabajo (POT) y Programa de Habilidades de la Vida Diaria (HVD), el Psychiatric Assesment Schedule for Adults with Developmental disability PAS-ADD (Moss, 1991), la Assessment and Information Rating Profile (AIRP) (Bouras, 1993), el Disabilty Assessment Schedule (DAS) (Holmes, Shah y Wing, 1982) -en proceso de adaptación española por Vazquez Baquero y cols, (2000)-, el Test Aberrant Behavior Checklist. (ABC-ECA) (Aman y cols, 1985), la aplicación para la gestión AGES y aplicación Informática para la Discapacidad AID, el Supports Intensity Scale SIS (Thompson y cols, 2004) -adaptada por Verdugo y cols, (2007) diseñado para identificar y medir las necesidades de apoyo-.

Una característica de la mayoría de las pruebas es que se estructuran en áreas de conducta o, lo que es lo mismo, en grupos de actividades relacionadas con los respectivos ítems, ordenados según secuencias evolutiva o dificultad (Montero, 2005). El número exacto de áreas es arbitrario, su definición y estructuración difieren sustancialmente de unos instrumentos a otros (Meyers, Nihira y Zetlin, 1979). Conviene señalar que numerosas escalas incluyen un tipo de contenido, al cual no hemos hecho referencia hasta el momento: los problemas de conducta o conductas desafiantes. Estos contenidos se suelen incluir por dos razones fundamentales, en palabra de Montero (2005, p. 285):

“Son muy a menudo los problemas de conducta lo que dificultan el aprendizaje de nuevas habilidades adaptativas y también ocurre que las carencias de estas destrezas provocan o contribuyen a la aparición de esos problemas. Por otro lado, la evaluación combinada de destrezas adaptativas y de problemas de conducta es un excelente predictor del éxito de programa de integración”.

Otros instrumentos que se emplean para medir conducta adaptativa son las listas de verificación conductual que mide principalmente conductas desadaptadas o problemas de conducta. García Alonso (2001), las clasifica en dos grandes grupos: de gran

cobertura y de cobertura estrecha. Entre los primeros agrupa en una etiqueta factorial, diferentes y variados problemas de conducta, como por ejemplo, la hiperactividad, la agresión, las conductas sexuales inapropiadas, etc. y son más fiables y valiosos para los análisis grupales que los que se incluyen en la categoría de cobertura estrecha en los que bajo el mismo epígrafe se valoran factores como retraimiento, autolesiones, conductas inapropiadas con los iguales, etc. Estos últimos dan información concreta acerca de los problemas específicos por lo que tienen más valor clínico y terapéutico que los de gran cobertura. Esta autora realiza una recopilación de las listas de verificación más significativas y que aparecen reflejadas en el cuadro siguiente:

Escala de Calificación de la Conducta Infantil Devereux (Spivack y Spotts, 1966).
 Escala de Calificación de la Conducta Adolescente Devereux (Spivack y cols., 1967).
 Escala de Calificación de la Conducta de la Escuela Primaria Devereux (Spivack y Swift, 1967).
 Cuestionario de Conducta Preescolar (Behar y Stringfield, 1974).
 Escala de Calificación Conductual AML (Cowen y cols., 1975).
 Escala de Calificaciones de la Adaptación al Salón de Clase CARS (Lorion y cols., 1975).
 Inventario de Recursos de Salud (Gesten, 1976).
 Escala de Conducta Infantil (Lahey y cols., 1978).
 Formulario de Descripción Conductual para el Maestro (Seidman y cols., 1979).
 Lista de Verificación de Problemas de Conducta (Quay y Peterson, 1983).
 Escala de Calificación para padres CONNERS (Conners, 1985).
 Escala de Calificación para el Maestro CONNERS (Conners, 1985).
 Lista de Verificación de Conducta Infantil (Achenbach y Edelbrock, 1986).
 Lista de Verificación de Problemas de Kohn (Kohn, 1986).
 Escala de Competencia Social de Kohn (Kohn, 1986).
 Formulario de Informe del Maestro (Achenbach y Edelbrock, 1986).
 Autoinforme Juvenil (Achenbach y Edelbrock, 1986).
 Escala de Calificación Maestro-Niño T-CRS (Hightower y cols., 1986).

Cuadro 4.3. Listas de verificación. Fuente: García Alonso, 2001.

Evidentemente, la conducta adaptativa se considera conceptualmente diferente de la conducta problema o inadaptada, a pesar de que muchas escalas de conducta adaptativa incluyen evaluaciones de la conducta problema, conducta inadaptada o competencia emocional (Jacobson y Mulick, 1996; Thompson y cols., 1999). Hay un acuerdo general sobre la presencia de niveles clínicamente significativos de conducta problema encontrados en escalas de conducta adaptativa que no cumplen el criterio de limitaciones significativas en funcionamiento adaptativo (Greespan, 1999a; Jacobson y Mulick, 1996). Por lo tanto, las conductas que interfieren con las actividades de la vida diaria de una persona, o con las actividades de aquellos que están en torno a ella, deben

considerarse conductas problema más que ausencia de conducta adaptativa (Verdugo y Jenaro, 2004).

1.3 DIFICULTADES EN LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN ESPAÑA

Hemos visto cómo ante la necesidad de evaluar el constructo de conducta adaptativa se crean o revisan instrumentos que intentan medir, en unos casos con más éxito y acierto que otros, distintos elementos del constructo. La práctica profesional en distintos países ha dispuesto un uso diferenciado de la evaluación de la conducta adaptativa según grados de discapacidad. Con personas levemente discapacitadas, se tiende a utilizarla con propósitos diagnósticos, mientras que cuando la persona tiene severas discapacidades suele emplearse como apoyo a lo largo del proceso de intervención, para señalar prioridades de la misma, para llevar a cabo seguimientos, etc. En España seguimos teniendo verdaderos problemas para poder evaluar a las personas, se ha aceptado la definición, la forma de diagnosticar y clasificar la discapacidad pero aun no disponemos de instrumentos suficientemente validados para aplicarlos en nuestro entorno a las personas menores de 18 años. En las personas con problemas más leves, la evaluación de la conducta adaptativa se suele llevar a cabo mediante el juicio clínico casi exclusivamente, en parte debido a la carencia de instrumentos y a la ausencia de una legislación que obligase a su utilización. Ya en la década de 1990 se planteaba, la dificultad existente en nuestro país de establecer evaluaciones, clasificaciones y diagnósticos de las personas con discapacidad intelectual al no existir instrumentos adaptados y validados para la población española que permitieran establecer las capacidades y limitaciones en habilidades adaptativas. En el nuevo siglo, la dificultad se mantiene y no se han concretado soluciones para paliar esta situación, la dificultad en la evaluación de habilidades adaptativas continúa. En estos momentos, nos encontramos con un problema importante: la imposibilidad de realizar un diagnóstico certero, de manera completa y adecuada, según la AAIDD, de las personas con discapacidad intelectual. A diferencia del planteamiento clínico poco definido que se hacía en la propuesta de 1992 para desarrollar la evaluación de la conducta adaptativa, en la versión del 2002, se especifica con claridad que para diagnosticar limitaciones significativas en la conducta adaptativa se debe hacer *“por medio del uso de medidas estandarizadas,*

con baremos de la población general, incluyendo personas con y sin discapacidad” (Luckasson y col, 2002, p 76).

Por lo tanto, con la última definición de la AAIDD (Luckasson y cols, 2002) ha tomado aún más importancia el desarrollo de pruebas y sistemas de evaluación de la conducta adaptativa para diagnosticar la discapacidad intelectual. Sin embargo, volvemos a insistir, en lengua castellana no tenemos tests, pruebas ni instrumentos que cumplan los criterios psicométricos que garanticen una conclusiones suficientemente fiables y válidas para el diagnóstico, por lo que es necesario desarrollar investigaciones específicas en estos años (Verdugo, 2003a), aunque cada vez son más las publicaciones que apuntan en esta dirección (Gilman y cols, 2002; Morreau, Bruininks y Montero, 2002; Verdugo, 1989, 1997, 1996, 2000). Sí existen algunas pruebas que permiten diagnosticar algunas conductas adaptativas, pero ninguna que nos ofrezca puntuaciones para el conjunto de habilidades necesarias para la evaluación. Para solventar este problema se puede optar por dos vías: elaborar nuevos instrumentos que permitan diagnosticar, de forma válida las conductas adaptativas de las personas, o hacer uso de los ya existentes que han mostrado eficacia, en otros países mediante su validación y adaptación a la población española.

Teniendo presente la situación, consideramos que la segunda alternativa propuesta, es la más factible, ya que la primera conllevaría un trabajo más arduo y costoso de tiempo, mientras que con la segunda, se facilitaría el entendimiento entre los profesionales nacionales y extranjeros al poder usar pruebas ampliamente difundidas. A pesar de la larga existencia de numerosas herramientas, en su mayor parte americanas (reflejadas en párrafos anteriores), que evalúan la conducta adaptativa, consideramos necesario seguir haciendo más estudios de adaptación e investigación sobre ellas. Como resultado de estos trabajos, en los últimos años se han llevado a cabo algunas revisiones, lo que garantiza la adecuación al momento actual de dichas pruebas. Entre ellas la más utilizada el ICAP (Inventario para la planificación de servicios y la programación individual 1993, 1996, 1999) y la más recientemente adaptada y validada en nuestro país el CALS (Inventario de destrezas adaptativas, Morreau, Bruininks y Montero, 2002) y del ALSC (Currículo de destrezas adaptativas, Gilman y cols, 2002) de gran interés y ayuda para evaluar conducta adaptativa con vistas a la planificación de los apoyos.

En el 2007 se ha publicado en nuestro país la adaptación de la Escala de Intensidad de Apoyos, SIS, (Verdugo y cols., 2007), si bien esta Escala no evalúa conducta adaptativa, la incluimos pues está diseñada para evaluar la intensidad apoyos que las personas con discapacidad del desarrollo (discapacidad intelectual o cognitiva, autismo, parálisis cerebral) necesitan para participar plenamente en la vida de la comunidad, no es una escala para medir competencia personal. El propósito de este instrumento es ayudar a los profesionales a desarrollar planes de apoyo individualizados que sean sensibles a las necesidades y preferencias de las personas con discapacidad. Se ha pensado para ser utilizada dentro del paradigma de planificación centrada en la persona, con el fin de ayudar a los equipos a desarrollar planes de apoyo individualizados que respondan a las necesidades y deseos de la persona con discapacidad intelectual.

Pese a la existencia de estos instrumentos de gran utilidad que en la actualidad se dirigen a la evaluación de la conducta adaptativa, ninguno de ellos se centra exclusivamente en su diagnóstico. Esto requiere su diseño para menores de 18 años y un trabajo de análisis factorial extenso que confirme las habilidades propuestas en su definición por la AAIDD (2002/2004), además de los estudios esenciales de fiabilidad y validez que demuestren que tales instrumentos cumplen con las características psicométricas adecuadas, así como su estandarización sobre grupos de personas con y sin discapacidad intelectual (Navas, Verdugo y Gómez, 2008). Por tales motivos la AAIDD y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad centran actualmente sus esfuerzos en la construcción de una escala DABS (Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa, Verdugo, Arias y Navas, 2008), para facilitar el diagnóstico de conducta adaptativa de manera que sea consistente con la actual definición.

Para poder determinar el nivel de conducta adaptativa que presentan las personas con discapacidad intelectual. García Alonso presentó, en el 2001, su estudio y continúa trabajando con la versión escolar de las escalas ABS en su adaptación a la población española, confirmado en sus diversos trabajos su valía para la evaluación y diagnóstico de la conducta adaptativa en esta población. La ABS-S:2 se utiliza para el diagnóstico, tratando de identificar alumnos que están significativamente por debajo de sus iguales de edad en funcionamiento adaptativo y también, para proponer y evaluar programas de intervención. La originaria versión de la ABS-RC:2 se desarrolló para utilizarse con

personas adultas que viven en instituciones o en entornos comunitarios hasta los 69 años, tiene una larga historia de proporcionar información para la planificación de apoyos y la evaluación del cambio en el funcionamiento individual a lo largo del tiempo (Verdugo y Jenaro, 2004).

2. FUSIÓN DE LOS CONCEPTOS DE INTELIGENCIA Y CONDUCTA ADAPTATIVA BAJO EL CONSTRUCTO DE COMPETENCIA PERSONAL

Discernir las relaciones entre comportamiento adaptativo e inteligencia ha sido siempre una preocupación de los investigadores de la conducta adaptativa debido fundamentalmente a dos razones fundamentales (Montero, 1993), a la conexión que se establece en la definición de discapacidad intelectual entre funcionamiento intelectual y destrezas adaptativas y al posible solapamiento conceptual que se produce entre ambos conceptos. El diagnóstico de discapacidad intelectual debe incluir una combinación equilibrada de evaluación de CI y conducta adaptativa. Las relaciones entre inteligencia, conducta adaptativa y discapacidad intelectual se estudiaron ya en 1850, cuando Seguin, distinguió entre “sensibilidad, inteligencia y voluntad”, creyendo que las tres eran necesarias.

“por una observación casual puede surgir la pregunta sobre si existe algún defecto en alguna de ellas en particular” (citado por Wilbur, 1877, p. 31)

Ya desde 1959, la definición de la AAMD sobre la discapacidad intelectual ha incluido la consideración de la conducta adaptativa unida a la medida de la inteligencia. La conducta adaptativa hace referencia a la calidad de las ejecuciones diarias en respuesta a las demandas ambientales. La calidad de la adaptación general está mediatizada por el nivel de inteligencia. Esto nos lleva a pensar que el significado de los dos conceptos podría solaparse. Se debe tener en cuenta que el comportamiento adaptativo hace referencia más a lo que las personas hacen para cuidar de ellas mismas y para relacionarse con otros en la vida diaria, pone el énfasis en el afrontamiento diario, y que, que el concepto de inteligencia hace mas referencia a un potencial abstracto implícito.

Para Espinosa y cols. (1986), la diferenciación entre inteligencia y comportamiento adaptativo sería una distinción arbitraria, si no rotundamente criticable, que realiza la AAIDD en su definición. Si a la inteligencia se le da un carácter de funcionalidad, ésta no puede ser entendida más que como incluida y quizás, hasta sinónima, del comportamiento adaptativo. Algunos autores tienden a fusionar, de acuerdo con la definición propuesta, el constructo de inteligencia y el de conducta adaptativa de forma multidimensional y jerárquica (Carroll, 1993; Neisser y cols., 1996). Esta visión se refleja en las tres concepciones sobre inteligencia, frecuentemente representadas (conceptual, práctica y social) y en un creciente consenso sobre un modelo tripartito de la conducta adaptativa, cuyos principales factores incluyen la independencia personal, lo cognitivo o académico y responsabilidad social. Por lo tanto, necesitaremos hacer un mejor trabajo integrando los constructos de inteligencia y conducta adaptativa ya que existe un paralelismo entre las dimensiones de ambos y se estudian conjuntamente al hablar de discapacidad intelectual. Se puede observar, por tanto, que existe una estrecha relación entre los modelos “tripartitos” de la inteligencia y de conducta adaptativa, especialmente por:

- La semejanza conceptual entre factor de inteligencia práctica y el factor de conducta adaptativa referida a habilidades de vida independiente.
- La inteligencia conceptual y cognitiva y habilidades de comunicación y académicas.
- La inteligencia social y la competencia social.

Esto ha contribuido a que numerosos autores, entre ellos, Greenspan y Grandfield (1992a/1992b), Widaman, Stacy y Borthwick-Duffy (1993), McGrew, Bruininks y Jhonson (1996a/1996b) y Schalock (1999b/2001) propongan la integración de las capacidades intelectuales y las conductas adaptativas en el modelo de “competencia general” o “competencia personal”. El trabajo de Greenspan y Grandfield (1992b), fue el detonante de estos estudios, bajo el concepto de competencia general, propuesto por estos autores, encontramos dos grandes subdivisiones: la competencia social y la competencia instrumental. Ambas subdivisiones contienen componentes intelectuales y no intelectuales, como se recoge en el cuadro siguiente:

	COMPETENCIA GENERAL	
	Competencia instrumental	COMPETENCIA SOCIAL
Componentes intelectuales	Inteligencia conceptual Inteligencia social	Inteligencia práctica Inteligencia social
Componentes no intelectuales	Aspectos motores Aspectos sensoriales Aspectos físicos	Temperamento Carácter

Cuadro 4.4. Modelo de competencia general

Los componentes intelectuales de la competencia instrumental se refieren a aquellos aspectos que se obtienen analizando lo que llamamos inteligencia conceptual, medida a través de las escalas de inteligencia existentes. Los componentes de la competencia social se subdividen en dos constructos: la inteligencia práctica, -“*medida a través de la primera parte de las escalas ABS, escala de Vineland u otro instrumento de conducta adaptativa*” (Greenspan y Grandfield, 1992b, p. 447)- y la inteligencia social.

Los componentes no intelectuales de la competencia instrumental, contienen aspectos motóricos, sensoriales, y de funcionamiento físico. En algunas personas, pero no en todas, se observan limitaciones en estos aspectos.

Los componentes no intelectuales de la competencia social contienen también otras dimensiones de la personalidad (temperamento y carácter), en las cuales se observan problemáticas sólo cuando las personas tienen trastornos psicopatológicos (altos niveles de conductas desadaptadas). Muchos individuos no tienen alteraciones en estos aspectos de la competencia social. Pero aun así, obtendrán déficits en la inteligencia social y en la inteligencia práctica. La inclusión del temperamento y carácter tiene su importancia para realizar entrenamientos, propuestas de habilidades o identificación de las limitaciones, pero según Greenspan y Grandfield (1992b), no deben estar incluidas como aspectos relevantes en el diagnóstico de la discapacidad intelectual.

"Sólo los aspectos intelectuales de la competencia social (inteligencia práctica e inteligencia social) y la competencia instrumental deberán ser incluidos en el diagnóstico del discapacidad intelectual". (Greenspan y Grandfield, 1992b, p. 447)

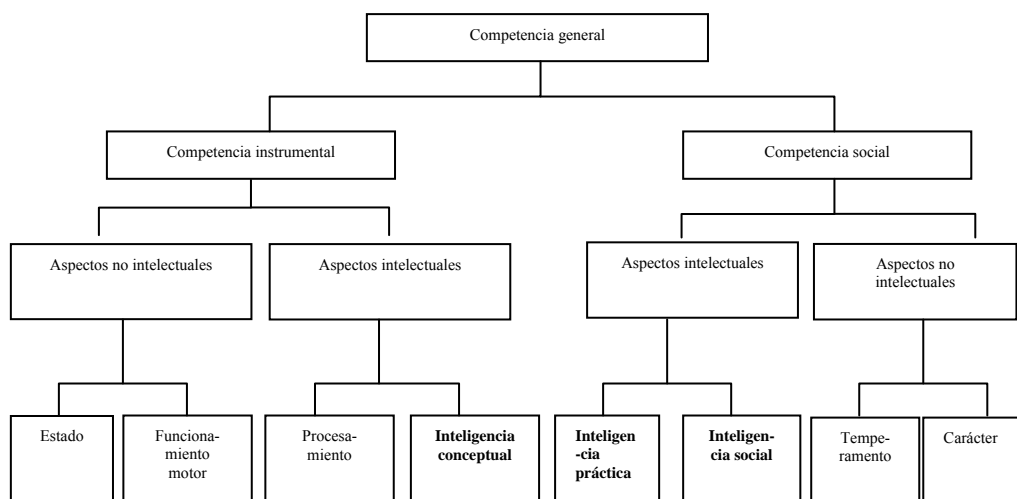


Gráfico 4.5. Modelo Comprensivo de Inteligencia General (Greenspan y Grandfield, 1992b, p. 447)

Schallock (1998/1999c) siguiendo este modelo realiza un análisis interrelacionando la multidimensionalidad de la inteligencia con la multidimensionalidad de la conducta adaptativa, presentando una explicación (gráfico 4.6) basada principalmente en la estructura también multifactorial del concepto de competencia general:

“La competencia o desarrollo motor o físico implica habilidades motoras finas y gruesas, deambulación y habilidades básicas de alimentación y aseo. Las habilidades de vida independiente que implican tareas del hogar, vestido, baño, cocina y limpieza de vajilla. Las habilidades cognitivas y de comunicación/académicas que implican lenguaje receptivo y expresivo, habilidades de lectura y escritura y manejo de dinero. La competencia social que implica amistad, interacción con otras personas, participación social, razonamiento social, comprensión y razonamiento” (Schallock, 1998, p. 8-9).

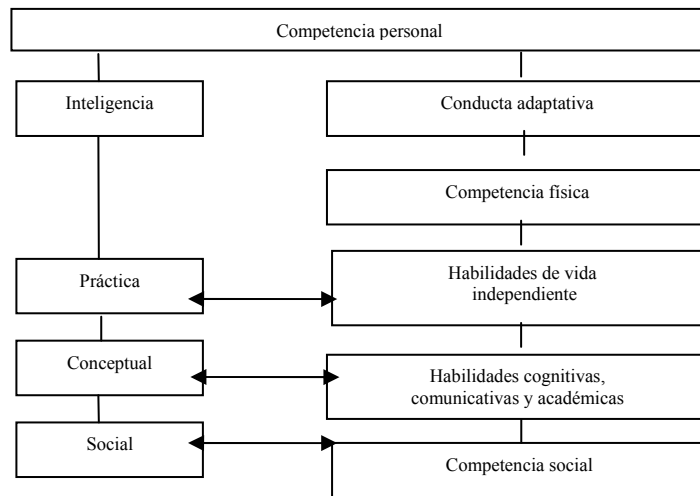


Gráfico 4.6 Integración de la multidimensionalidad de los constructos de inteligencia y conducta adaptativa (Schalock, 1999a, p. 118).

Hay un acuerdo cada vez mayor acerca de que la discapacidad intelectual se conceptualiza mejor como limitaciones funcionales en el constructo multidimensional de competencia personal. Además de la competencia física (que no está asociada con las conceptualizaciones de discapacidad intelectual), se concibe que la competencia personal incluye los dominios de inteligencia conceptual, práctica y social (Greenspan 1999b; Schalock 2002; Thompson y cols, 2002).

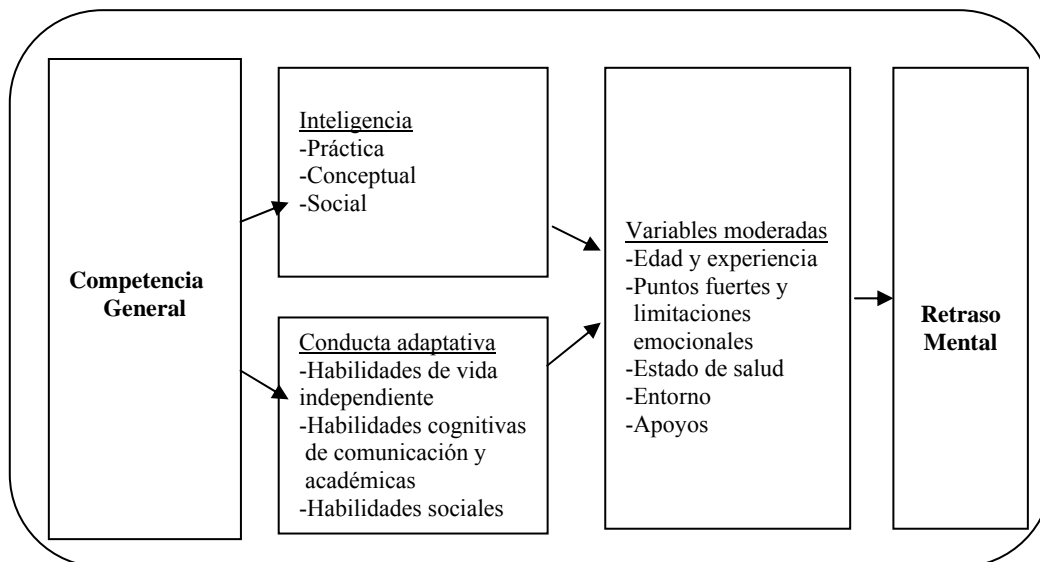
Para Luckasson y cols. (1992) y Verdugo y Bermejo (1998), las dificultades adaptativas en las personas con discapacidad intelectual provienen de limitaciones en su inteligencia social y forman parte de la misma definición de discapacidad intelectual o lo que es lo mismo, las habilidades de adaptación reflejan una inteligencia práctica o social o una mezcla de ambas. En palabras de los primeros

“La inteligencia práctica y social actúan acordes para sustentar el desarrollo de las habilidades adaptativas. Sin embargo los componentes de la inteligencia práctica y social no son isomórficos ni sinónimos de las habilidades adaptativas (Luckasson, 1992, p.32).

“La discapacidad intelectual está presente cuando las limitaciones intelectuales y adaptativas específicas afectan la capacidad de las personas para afrontar los retos ordinarios de la vida cotidiana. Esta

afirmación sugiere el rol crítico que las variables ecológicas y contextuales juegan en la discapacidad intelectual, y presentan un cuarto reto para el campo, determinar como una serie de factores contextuales determinan la discapacidad intelectual” (Luckasson, 1992, p.29).

Por lo tanto, bajo este esquema cabe incluir también, los factores contextuales que actúan como variables mediadoras en la discapacidad intelectual. Schalock (1998), considera al menos cinco que pueden ser ampliados o reformulados para adaptarse mejor a los conocimientos actuales: la edad y la experiencia, los puntos fuertes y las limitaciones emocionales, el estado de salud, el entorno y los apoyos. En el gráfico siguiente expone el modelo heurístico de la discapacidad intelectual propuesto por este autor.



Gráfico

4.7. Modelo heurístico de la discapacidad intelectual. Fuente: Schalock, 1998. p.18.

Puede ser que con este nuevo modelo que se propone, el campo de la discapacidad intelectual abra nuevas líneas de estudio e investigación, que si dan buenos frutos, podrían transformar los criterios conceptuales y de diagnóstico actuales sino también en la construcción de nuevas formas de evaluar, nuevas formas de intervenir, de proporcionar apoyos y servicios. Los conceptos de inteligencia y conducta adaptativa se podrían estudiar en conjunción, teniendo en cuenta para ambos la competencia social, la competencia conceptual y la competencia práctica. Somos conscientes de la existencia de investigaciones en esta línea, y creemos que pueden generar grandes y

nuevas aportaciones e implicaciones. En definitiva, si bien somos conscientes de las dificultades que pueden surgir al respecto, se espera que las investigaciones prosperen, se favorezca una mejor comprensión del concepto y de todos los aspectos implicados en la discapacidad intelectual. Tales cambios pueden dar lugar a definir la discapacidad intelectual como aquella discapacidad en la que se manifiestan limitaciones significativas en la competencia personal.

Consideramos junto a Schalock (1999a) que la comprensión de las personas con discapacidad intelectual está pasando por momentos de transición. Autores reconocidos a nivel mundial, entre ellos Greenspan, McGrew, Schalock, etc. abogan por mantener las investigaciones sobre los siguientes aspectos:

- La inclusión en la definición de los diferentes tipos de inteligencia, relevantes para las personas con discapacidad intelectual, ya que éstas han demostrado déficits importantes en inteligencia cotidiana (Greenspan y Granfield, 1992a). Una de las claves para crear una definición adecuada de la discapacidad intelectual es basarse en un modelo más amplio de inteligencia, que se centre fuertemente en la inteligencia cotidiana (social y práctica) y no exclusivamente en medidas de inteligencia académica (Greenspan y Granfield, 1992b).
- La definición de discapacidad intelectual, se debería incorporar todo lo que se sabe sobre la conducta y el desarrollo de las personas con discapacidad intelectual.
- Englobar el concepto de inteligencia y el de conducta adaptativa bajo enfoques más amplios, pudiera ser bajo el modelo jerárquico multidimensional de competencia personal, identificaría las capacidades y conductas necesarias para adaptarse con éxito a cualquier contexto del entorno.

En resumen, estas teorías y cambios pueden llevar a la comprensión y evaluación de las personas con discapacidad como (García Alonso, 2001):

- Limitaciones personales de competencia personal.
- Limitaciones en las habilidades de actuación práctica, conceptual y social.

- Combinar instrumentos de evaluación estandarizados con evaluaciones funcionales para medir los indicadores de habilidades prácticas, conceptuales y sociales.
- Importancia de los factores ecológicos implicados en las actividades de evaluación e intervención.

Todos estos planteamientos se recogen en la última definición que la AAIDD (2002) ha publicado y partir de estas premisas se abren distintas líneas de investigación, reflexión y debate. Como dice Schalock (2001)

“Si queremos mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, es necesario que comprendamos dos cosas: 1) los predictores significativos de la calidad de vida incluidos factores personales, variables del entorno, características del proveedor y autodeterminación, y 2) el importante papel que la conducta adaptativa y la competencia personal desempeñan en la propia vida. Cuanto mejor comprendamos la conducta adaptativa y la competencia personal, estaremos mejor capacitados para reunir nuestros mejores esfuerzos en formación, apoyos, ayudas técnicas y en proporcionar oportunidades y la posibilidad de elegir a aquellos cuyas experiencias vitales han sido más limitadas que las vuestras y las mías” (p. 26).

3. ESCALAS DE CONDUCTA ADAPTATIVA DE LA AAMD

Las escalas ABS surgen cuando se acepta que la conducta adaptativa es uno de los criterios esenciales para el diagnóstico de la discapacidad intelectual. Se han utilizado ampliamente para describir las conductas cotidianas y las conductas sociales e interpersonales de los sujetos que presentan discapacidad intelectual, problemas emocionales y retraso en el desarrollo. El resultado final del instrumento es un perfil de la conducta de adaptación del individuo en 10 dominios de conducta funcional y en 14 de conductas inadaptadas que permiten, entre otros objetivos, conocer el nivel en conducta adaptativa, clasificarla y programar o seguir el progreso del individuo en este tipo de conductas.

3.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ESCALAS

Desde el momento en que la AAIDD comenzó a considerar el constructo de conducta adaptativa como criterio esencial para la evaluación y diagnóstico de la discapacidad intelectual, inició el proceso de elaboración y edición de instrumentos que permitieran la realización eficaz de estas tareas. Para ello, surgieron las escalas ABS que tras algunas revisiones han dado lugar a las actuales en sus dos modalidades: ABS-S:2 y ABS-RC:2 (Adaptative Scales-School y Adaptative Behavior Scales-Residential and Community; Lambert, Nihira y Leland, 1993). La primera versión de la escala se elaboró en 1969, posteriormente en 1975, Lambert, Windmiller, Cole y Figueroa realizaron una revisión. Las escalas ABS son la actualización llevada a cabo en 1993 de las escalas de la AAMD de 1975, relativas a personas con discapacidad intelectual en los Estados Unidos y otros países de su ámbito.

AÑO	AUTORES	ESCALAS
1975	Lambert, Windmiller, Cole y Figueroa	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de conducta adaptativa AAMD- Edición Escolar ABS-S • Escala de conducta adaptativa AAMD ABS-Versión personas institucionalizadas.
1993	Lambert, Nihira y Leland	<ul style="list-style-type: none"> • ABS-S:2. Escala de conducta adaptativa. Centros educativos • ABS-RC:2. Escala de conducta adaptativa. Comunidad y residencias.

Tabla 4.8. Escalas ABS: fechas y autores.

Las escalas ABS han sido los instrumentos de medición de la conducta adaptativa más ampliamente usados para evaluar la conducta adaptativa y para identificar áreas de funcionamiento que se requerían en los programas especiales (Allen-Meares y Lane, 1983; Cantrell, 1982; Coulter y Morrow, 1978). Estas escalas se utilizan para describir las conductas de la vida diaria y lo adecuado de la conducta social interpersonal de los sujetos que presentan discapacidad intelectual, problemas emocionales y retraso en el desarrollo, en edades comprendidas entre los 3 a los 69 años. Fueron desarrolladas para evaluar la independencia comunitaria y personal de los sujetos con discapacidad intelectual en la edad escolar y en la edad adulta, también evalúa el ajuste personal y social, factores que están asociados con el constructo de conducta adaptativa. La versión ABS-S:2 mide áreas de comportamiento y obtiene información de niños entre 3 y 16

años con niveles leves o moderados (DeStefano y Thompson, 1990). El ABS-RC:2 se basa en el rendimiento de personas adultas con discapacidad evolutiva que viven en la comunidad o en instituciones residenciales, tiene la misma organización y los mismos dominios y factores que la ABS-S:2, aunque hay que añadir la subprueba de actividad doméstica para la primera parte y el automaltrato y conducta sexual aberrante en la segunda parte.

Dichas escalas están diseñadas específicamente para valorar y describir la conducta de adaptación de los sujetos con discapacidad intelectual, y en lugar de recoger normas en base a una población normal como lo hacen la mayoría de los instrumentos de evaluación, las normas se sacan en base a sujetos con esa discapacidad, y en lugar de producir una única puntuación, el resultado final es un perfil de la conducta de adaptación del individuo en 10 escalas de conducta funcional y en 14 escalas de conducta antisocial. Sin embargo, su valor principal está en ser una lista de identificación de conductas que se puede aprovechar después como guía para programar, y como un recurso para medir el progreso que se logra con el tiempo (Ingalls, 1978).

En 1993, Lambert, Nihira y Leland concluyen la segunda revisión a la escala, en la que realizaron numerosas modificaciones como resultado de los análisis intensivos de los ítems y de los diferentes grupos que varían con respecto a los niveles de conducta adaptativa. En la actualidad es un instrumento que puede ayudar a los profesionales de la educación, de los servicios sociales y del ámbito clínico en la determinación del nivel de conducta adaptativa, en el conocimiento de las áreas de funcionamiento dentro de las que se puede aplicar las estrategias terapéuticas, en el diagnóstico diferencial de los grados de discapacidad intelectual y contribuir a la determinación de la elección de los planes educativos individuales para niños y adultos con discapacidad intelectual. Para algunos autores, la última revisión es sin duda una significativa mejora del instrumento (Stinnett y cols. 1999). Sin embargo, es necesario seguir trabajando con ellas, de esta forma los avances y mejoras se podrán seguir produciendo y repercutirán para bien en las propias personas con discapacidad intelectual. La versión ABS-RC:2, es la que se va a emplear en el presente estudio, se aplica en sujetos mayores de 19 años que conviven en comunidad o en centros específicos.

3.2 USOS, CONTENIDOS Y APLICACIÓN DE LAS ESCALAS

Las escalas ABS no se recomiendan para clasificar a los sujetos, sin embargo proporcionan información acerca de los aspectos fuertes y débiles de la conducta adaptativa, así como de los recursos y las necesidades especiales de los mismos; identifican a los individuos que están significativamente por debajo de sus iguales en conducta adaptativa; reflejan por escrito los progresos en los programas de intervención y esto permite en algunos casos el reajuste de los mismos y la constatación de las mejoras en la intervención; y sirven para la medición en estudios de investigación que quieran determinar las relaciones entre ciertas capacidades y habilidades o determinar la eficacia de intervenciones específicas o comparar datos en distintas muestras de sujetos, o etc.

Las escalas ABS se dividen en dos partes: en la primera parte, miden las habilidades básicas de supervivencia y las habilidades de afrontamiento consideradas importantes para ofrecer una medida de independencia personal y responsabilidad en la vida diaria. Comprende diez dominios conductuales (nueve en el ABS-S:2) y veintiún subdominios:

	DOMINIOS	SUBDOMINIOS	
I	Funcionamiento independiente	Comida Uso del servicio Limpieza Apariencia	Cuidado de la ropa Vestirse y desvestirse Viajar Otras actividades de independencia
II	Desarrollo físico:	Sensorial	Motor
III	Actividad económica	Uso del dinero y presupuesto Habilidad para ir de compras	
IV	Desarrollo del lenguaje	Expresión Comprensión verbal	Desarrollo del lenguaje social
V	Números y tiempo		
VI	Actividad doméstica	Limpieza Otras actividades domésticas cotidianas	Cocina
VII	Actividad prevocacional o vocacional		
VIII	Autodirección	Iniciativa Perseverancia	Tiempo libre
IX	Responsabilidad		
X	Socialización		

Tabla 4.9. Dominios y subdominios del ABS:2, 1ª parte

En la versión revisada ABS-RC:2, la segunda parte reduce el número de dominios a ocho, (en la versión anterior eran catorce) referidos a la existencia de trastornos de conducta y de personalidad y aparecen en el cuadro siguiente:

DOMINIOS
Conducta social. Conformidad. Confianza. Comportamiento estereotipado e hiperactivo. Conducta sexual. Comportamiento autoabusivo. Comportamiento de aislamiento social. Comportamiento interpersonal molesto o perturbador.

Cuadro 4.10. Dominios del ABS-RC:2, 2ª parte.

Para obtener la información del instrumento se utiliza una de las tres vías posibles para conseguirla. En algunos casos para su correcta aplicación deberemos adaptarlo a las características del sujeto:

- Complementando la escala alguna persona que conozca bien al individuo y esté suficientemente entrenada.
- Un profesional entrevista a los padres, familiares o una tercera persona.
- Recogiendo la información de más de un informante, pudiendo incluir a educadores, padres, maestros, enfermeros, etc.

Tras la aplicación de estas escalas se obtienen rangos percentiles para los dominios de las escalas ABS-S:2 y ABS-RC:2 y puntuaciones referidas a los cinco factores: autosuficiencia personal, autosuficiencia comunitaria, responsabilidad personal, responsabilidad social, adaptación o ajuste personal y adaptación o ajuste social, que se obtienen combinando varios dominios e ítems. Por lo tanto, la administración de estas escalas nos permite obtener datos que pueden ser interpretados como puntuación de los dominios y como puntuación de los factores. Las puntuaciones de los dominios, que valoran una conducta adaptativa particular, se consiguen sumando los puntos obtenidos en todos los ítems que componen los dominios de la primera y segunda parte y se convierten en la puntuaciones estándares correspondientes según las tablas normativas que aparecen en el manual del instrumento. Las puntuaciones de factor se obtienen sumando las puntuaciones brutas de los ítems de algunos de los dominios de las dos partes: tres en la primera y dos en la segunda, como aparece en la tabla siguiente y que se comparan con las tablas normativas de la prueba.

	FACTORES	DOMINIOS
Primera parte	Autosuficiencia personal	Desarrollo físico Funcionamiento independientes
	Autosuficiencia comunitaria	Funcionamiento independiente Actividad económica Desarrollo del lenguaje Actividad prevocacional/vocacional Números y tiempo
	Responsabilidad Personal-Social	Actividad prevocacional/vocacional Autodirección Responsabilidad Socialización
Segunda parte	Ajuste Social	Conducta Social Conformidad Confianza
	Ajuste Personal	Conducta Hiperactiva y estereotipada Conducta abusiva

Tabla 4.11. Factores e ítems de los dominios correspondientes

3.3 ESTANDARIZACION: FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS PRUEBAS

La prueba ha sido objeto de algunos estudios (principalmente en Estados Unidos) que han valorado sus características de fiabilidad y validez tanto en la versión escolar como en la de adultos. En España la investigación de García Alonso (2001) han contribuido a dar soporte a la validez, fiabilidad y usos del ABS-S:2.

3.3.1 ABS-S:2

La escala americana originaria ABS-S:2 fue normalizada con 3000 personas (2000 con discapacidad intelectual y 1000 sin discapacidad). En cuanto a su fiabilidad: Givens y Ward, en 1982, estudiaron la fiabilidad test-retest encontrando puntuaciones adecuadas entre .80 y .90. En 1983, Salagaras y Nettlebeck llevaron a cabo estudios para comprobar su consistencia interna (coeficiente alfa), para las cinco puntuaciones factoriales, dependiendo de la edad y de las tres diferentes muestras de sujetos posibles: educables, regulares y entrenables. Un año más tarde, en 1984, Mayfield y cols. revisaron la fiabilidad interevaluadores, obteniendo coeficientes favorables entre .96 y .99. Así mismo, Mastenbrook (1977), Sattler (1996) y otros autores consideran que los coeficientes de fiabilidad son menores a los deseados (menos de .90) para realizar de forma individual decisiones diagnósticas críticas. Por lo tanto, la primera parte de la escala puede ser inapropiada para niños con incapacidades físicas (sordera, ceguera o

dificultades ortopédicas) y para aquellos que no tienen oportunidad de aprender las conductas adaptativas que se evalúan.

García Alonso (2001) considera que la versión adaptada de la ABS-S:2 a población española, ofrece unos índices de consistencia interna adecuados. En cuanto a la fiabilidad test-retest, Roszkowaki y Bean (1980), comprobaron que los resultados obtenidos en ambas aplicaciones correlacionan significativamente al nivel 0.01 en ocho de los nueve dominios de la primera parte, y en la segunda parte comprueban que correlacionan significativamente cuatro de los siete dominios.

Los estudios de validez se basan principalmente en la versión primera de 1975, Lambert y cols, (1979) realizando estudios utilizando alumnos de Texas y encontraron que los resultados (validez de contenido) no se veían afectados por las diferentes culturas. En la década de los ochenta surgieron instrumentos cada vez más apropiados para la medición de la conducta adaptativa y se pudo contrastar la validez de criterio del ABS-S:2 con otros instrumentos, entre otros, con el Inventario de Conducta Adaptativa para Niños, ABIC (Mercer y Lewis, 1978), con el Vineland Adaptive Behavior Scale, VABS (Sparrow y cols., 1984) y con el Inventario de Conducta Adaptativa ABI (Brown y Leigh, 1986). Se encontraron correlaciones en la mayoría de los dominios pertenecientes a la primera parte que oscilaban entre 31 y 71, pero no así con la segunda parte, cuyos coeficientes no fueron significativos. La validez de constructo se estudió valorando la diferenciación por edades, la interrelación entre las puntuaciones de la escala, la relación con los tests de inteligencia, el análisis de los factores, la validez ecológica y la validez de los ítems. Estos estudios y los que se realizaron en países como Australia y la India comprobaron *"la sensibilidad de este instrumento para diferenciar entre los diferentes niveles de discapacidad intelectual, la edad y en otros factores personales"* y contribuyen a apoyar la validez de la escala ABS-S:2 (Lambert, Nihira y Leland, 1993).

Lamber junto con Nihira y cols. (1993) hallaron correlaciones entre las distintas puntuaciones factoriales y el CI, en una muestra de 3737 niños. Este hecho se traduce en que el CI correlaciona en gran medida con la autosuficiencia comunitaria (actividad económica, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, y parte de funcionamiento

independiente), también se obtiene que existe poca relación entre el CI y la adaptación social y personal. Para continuar demostrando la validez se amplió el estudio a niños de diferentes condados de EEUU y de otros países como Israel. Los resultados comprobaron la multidimensionalidad de la conducta adaptativa y encontraron la utilidad del ABS-S:2 para la evaluación en otros tipos de discapacidad, por ejemplo, para las personas con autismo, considerándola una herramienta importante a nivel clínico

García Alonso (2001) en su estudio de validación del ABS-S:2 comprobó que:

- Todos los valores obtenidos en los nueve dominios de la primera parte, correlacionan unos con otros y los siete de la segunda también (aunque menos significativamente), lo que indica que todos los ítems miden aquello que deben medir.
- La primera parte correlaciona negativamente con la segunda, lo cual indica que ambas partes valoran diferentes conductas y que las conductas desfavorecedoras influyen en las puntuaciones de la primera parte.
- Se ha obtenido índices altos de correlación con el Inventario de Conducta Adaptativa y Planificación de Servicios (ICAP), lo que implica -como ya se comprobó en otros estudios- una adecuada validez de criterio.

Todas estas investigaciones han contribuido a dar soporte a la validez, fiabilidad y usos del ABS-S demostrando su importancia al recoger y reflejar la situación de un sujeto en su vida diaria.

3.3.2 ABS-RC:2

Esta escala se ha estandarizado con 4000 personas que pertenecen a 68 instituciones para personas con discapacidad intelectual en Estados Unidos. No se tuvo en cuenta el nivel de inteligencia ni el grado de discapacidad intelectual. Los baremos están expresados en percentiles para once grupos de edad. La fiabilidad entre calificadores es para la primera parte .86 y para la segunda parte .57. El manual del ABS-RC:2 presenta

unos datos de fiabilidad adecuados, por ejemplo, la consistencia interna para ambas partes varía de .81 a .99. y los coeficientes de correlación test-retest de .85 a .99.

En los estudios de validez realizados, se observó que la escala ABS-RC:2 presenta varias utilidades: para la discriminación correctamente entre individuos que se clasifican en diferentes niveles de conducta adaptativa mediante juicios clínicos (Nihira y cols, 1974), que diferencia en cuanto al tipo de asignación de clientes dentro de una institución (Nihira y cols, 1974), es sensible a los cambios producidos por la aplicación de programas de reeducación o tratamiento (Salagaras y Nettelback, 1983), distingue entre conducta adaptativa y desadaptada en subgrupos de sujetos con discapacidad intelectual (Salagaras y Nettelback, 1983), la primera parte se relaciona con la inteligencia, -Roszkowaki y Bean (1980), llevaron a cabo un estudio con 244 individuos con discapacidad intelectual institucionalizados, observaron una correlación con el CIU de $r = .77$, pero no encontró relación de éste con la parte segunda ($r = .22$)- y se ha constatado que las dos puntuaciones generales que se obtienen tras la suma de las puntuaciones para cada una de las partes tienen más fiabilidad y son más validas que cualquiera de las subpuntuaciones individuales. En cuanto a la validez de criterio, la escala se correlacionó con el Vineland Adaptive Behavior Scale y con el Adaptive Behavior Inventory obteniéndose correlaciones significativas en prácticamente todos los dominios de la primera parte, no encontrándose correlación con los dominios de la segunda parte.

En el capítulo siete realizaremos un análisis exhaustivo de la fiabilidad, validez y los factores de la escala ABS-RC en una muestra de personas con discapacidad intelectual de la Fundación Aspanias en Burgos, para comprobar si cumple los criterios para poder ser aplicada en este colectivo.

4. RESUMEN

En determinados momentos históricos y en la mayoría de las concepciones sobre la discapacidad intelectual, la medida de la inteligencia ha sido ampliamente reconocida y utilizada como único criterio para el diagnóstico y clasificación de esta discapacidad.

Aunque ya se recogía en las definiciones previas, no es hasta la aparición de la definición de la AAIDD de 1992, cuando el constructo conducta adaptativa comienza a tener realmente relevancia en la definición, diagnóstico y clasificación de la discapacidad intelectual. En la actualidad se ha convertido en uno de los aspectos centrales para la evaluación de las personas con discapacidad, ya no se cuestiona su validez, tanto el constructo inteligencia como el de conducta adaptativa son imprescindibles. Peor todavía no existe consenso en numerosos aspectos como son la definición de ambos constructos, los factores que los componen, los distintos tipos en que se pueden clasificar, la relación existente entre ambos, en unos casos se cree que se solapan, en otros, que se complementan, y otros autores entienden que ambos forman parte de un componente más amplio, que no dudan en llamar competencia personal o competencia general.

Cada vez más, se asume que hay un paralelismo entre las dimensiones o factores componenciales de la conducta adaptativa y las sugeridas para la inteligencia (conceptual, práctico y social). Por lo que recientemente se apuesta por una conexión de ambos constructos englobándolos en uno más amplio, el de competencia personal o general. Este marco podría ser una realidad en un futuro, pero mientras tanto, se han de seguir utilizando instrumentos estandarizados para evaluar tanto la inteligencia como la conducta adaptativa.

Esta falta de consenso, fruto de la complejidad, hace patente la necesidad de seguir reflexionando e investigando sobre el tema y conlleva una serie de dificultades prácticas a la hora de evaluar, tanto aspectos relacionados con la inteligencia, como con la conducta adaptativa, como con la discapacidad.

Cada autor enfatiza diferentes aspectos a la hora de trabajar la conducta adaptativa, pero parece existir acuerdo en aceptar que es un concepto muy amplio y difícil de evaluar, se concibe de forma evolutiva, esta influenciado por la cultura, puede presentar limitaciones significativas en alguna áreas y en otras no, y es determinante a la hora de establecer los apoyos que necesita la persona. Casi todas las aportaciones coinciden en señalar tres componentes; el funcionamiento independiente, las relaciones interpersonales y la responsabilidad social. No hay acuerdo al considerar un cuarto

factor, hay autores que consideran que las habilidades académicas funcionales no están incluidas en el CI y por lo tanto hay que tenerlas en cuenta. En muchos estudios de conducta adaptativa añaden la competencia física o motora.

No existen suficientes instrumentos totalmente eficaces y eficientes para su utilización en el amplio colectivo de personas con discapacidad intelectual. Esto influye en el diagnóstico, la clasificación, el establecimiento de los recursos, programas y servicios más idóneos para cada individuo.

La aparición de planteamientos alternativos al tradicional uso de las puntuaciones de CI, para la evaluación de la discapacidad, pone de manifiesto que éstas nunca pueden ser consideradas más que un resultado estimado, que se aproxima al funcionamiento típico del individuo en un test de inteligencia particular, en cuya interpretación se torna fundamental el juicio clínico y la medición de la conducta adaptativa (Baroff, 2006). Por lo tanto, a la importancia y el peso de las puntuaciones del CI, a la hora de realizar el diagnóstico de discapacidad intelectual, hay que añadir las puntuaciones en otra serie de dimensiones como es la conducta adaptativa, actualmente definida como *el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que ha sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria* (Luckasson y cols, 2002, p. 97).

Es numerosa la literatura que ha resaltado la eficacia de las escalas de conducta adaptativa para clasificar adecuadamente el grueso de personas, reflejando diferencias entre grupos según variadas características clínicas y edades. Por ejemplo está bien establecida la eficacia de estos instrumentos para diferenciar a las personas con discapacidad intelectual y sin ella, o para distinguir distintos niveles competenciales, o para identificar patrones diferenciales de conducta adaptativa en sujetos con discapacidad intelectual con diversos síndromes (Halton y col, 2003), etc.

En España, las adaptaciones de los elaborados en otros entornos es lenta y escasa, y el trabajo para realizar nuevos instrumentos prácticamente inexistente. Actualmente, en nuestro país, los instrumentos más empleados son las escalas de Wechsler para la evaluación de la inteligencia y el inventario ICAP para valorar la conducta adaptativa de personas adultas.

La AAIDD diseñó en 1969 (revisó en 1975 y volvió a editar en 1993), las escalas ABS que han sido las más empleadas para valorar la conducta adaptativa, en población con discapacidad intelectual, empleándose además, para programar estrategias de intervención y medir el progreso de niños y adultos afectados por esta discapacidad. Existen dos versiones, una para aplicar en edad escolar (ABS-S:2) y otra para sujetos adultos que viven en comunidad o en entornos residenciales (ABS-RC:2). Cada una de ellas consta de dos partes: en la primera se evalúa la conducta adaptativa en 9 ó 10 dominios respectivamente (funcionamiento independiente, desarrollo físico, actividad económica, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, *actividad doméstica*, actividad prevocacional o vocacional, autodirección, responsabilidad y socialización) y en la segunda, la conducta desadaptativa en 7 u 8 dominios (conducta social, conformidad, confianza, comportamiento estereotipado e hiperactivo, *conducta sexual*, comportamiento autoabusivo, comportamiento de aislamiento social, comportamiento interpersonal molesto o perturbador). Estos instrumentos deben ser completado por alguna persona que conozca bien al individuo que este suficientemente entrenada o recogiendo la información de padres, familiares, terceras personas o de más de un informante.

Numerosas investigaciones (Nihira y cols, 1974; Mastenbrook, 1977; Mercer y Lewis, 1978; Lambert y cols, 1979; Roszkowaki y Bean, 1980; Givens y Ward, 1982; Salagaras y Nettlebeck, 1983; Sparrow y cols., 1984; Brown y Leigh, 1986; Lambert y cols., 1993; Sattler, 1996; y García Alonso, 2001) han concluido que esta escalas tienen la suficiente fiabilidad y validez para reflejar la situación de los sujetos con discapacidad intelectual.

La carencia de adaptaciones de estos instrumentos u otros en nuestro país para poder ser administrados a personas con diferentes tipos de discapacidad, es una de las principales demandas existentes, de lo que se desprende la urgencia de ponerse a la tarea.

CAPÍTULO 5

LA ATENCIÓN EN EL ÁMBITO OCUPACIONAL/LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL



En el primer apartado de este capítulo exponemos el itinerario que se ha seguido en la atención ocupacional y laboral de las personas con discapacidad intelectual. Veremos, que en un principio, la principal finalidad atencional fue la mera asistencia, tras exponer épocas intermedias, llegaremos al momento actual. Es preciso reconocer que las asociaciones de padres de hijos/as con discapacidad han sido las grandes impulsoras del trabajo remunerado de las personas con discapacidad, bien en el empleo protegido, bien en el ordinario, aunque la realidad es que un alto porcentaje de personas afectadas sólo pueden acceder a los centros ocupacionales o a los centros de día. Fue en los años 1960 cuando grupos de familiares decidieron crear servicios para formar y atender a sus hijos/as con discapacidad, a medida que estos iban creciendo y demandando otro tipo de intervenciones se fueron creando los programas y servicios acordes a sus necesidades y momentos evolutivos. Según Kaermer, McIntyre y Blacher (2003), hoy en día, se dispone de numerosas evidencias que demuestran que las personas con discapacidad intelectual pueden desempeñar con éxito trabajos en la comunidad. Además, se ha constatado que el empleo es un factor que mejora enormemente la calidad de vida del colectivo con discapacidad intelectual.

En el segundo epígrafe se recogen los datos de prevalencia y empleo de algunas encuestas, entre ellas, las realizadas por el INE (1986, 1999) y los datos que maneja la asociación FEAPS para el empleo de las personas con discapacidad intelectual (AFEM). Las cifras de ambas reflejan la actual empleabilidad de este colectivo. Completamos estos datos con un resumen de los aspectos que pueden estar influyendo en el acceso al empleo de estas personas, entre ellos, la política de empleo, la legislación vigente, las dificultades que el colectivo puede encontrar para conseguir un trabajo remunerado. En términos generales, podríamos decir que el empleo de las personas con discapacidad depende más de la coyuntura económica que de las políticas establecidas para favorecer la integración social de estas personas. La Ley española que regula la inserción laboral y social de las personas minusválidas, es la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

En el siguiente epígrafe se explican las distintas modalidades de empleo existentes a las que pueden acceder las personas con discapacidad intelectual. Concretamente, se relatan las características de los centros ocupacionales, se exponen las diferencias entre el empleo ordinario y el empleo protegido en sus diversas modalidades como son los centros especiales de empleo, el empleo con apoyo (empleo competitivo, enclaves).

En el artículo 37 de la LISMI, se describen dos opciones para que las personas con discapacidad puedan incorporarse al mercado laboral: el empleo ordinario y el empleo protegido. En cuanto al empleo ordinario, es relevante el Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen las medidas alternativas de carácter excepcional, al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores, y a este respecto, también debemos señalar la Orden Ministerial de 24 de Julio de 2000, el Real Decreto 364/2005, por el que se regula el cumplimiento alternativo de carácter excepcional de la cuota de reserva a favor de los trabajadores con discapacidad. En cuanto al empleo protegido, se regula a través de las siguientes leyes: la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI); el Real Decreto 1.368/1985, de 17 de julio, por el que se establece la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los Centros Especiales de Empleo; el Real Decreto 2.273/1985, de 4 de Diciembre, por el que se regulan los

centros especiales de empleo, el Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1.368/1985, el Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medidas de fomento del empleo de las personas con discapacidad y el Real Decreto 469/2006, de 21 de abril, por el que se establecen las unidades de apoyo a la actividad profesional en el marco de ajuste personal y social de los centros especiales de empleo.

Según Arza (2001), el empleo protegido debe actuar como fórmula de tránsito hacia el empleo ordinario, pero las bajas tasas de transición existentes en los distintos países demuestran que esta finalidad suele incumplirse. Finalizamos este capítulo, esbozando algunas cuestiones y preguntas que están aun sin resolver y abre las puertas a futuras investigaciones.

1. EVOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En la actualidad, las personas adultas con discapacidad intelectual reciben atención, acceden a recursos y participan, en mayor o menor grado, de un amplio y variado abanico de servicios. En unos casos, estos servicios son específicos para el colectivo y en otros son comunitarios, cubriéndose la mayoría de sus necesidades que tienen como adultos, lo que contribuye a una mejora de su calidad de vida. Sin embargo esto no siempre ha sido de este modo, Azua (1998) expone que en los primeros tiempos, la atención a las personas con discapacidad consistía en la mera asistencia, es decir, en el entretenimiento de los afortunados que tenían la posibilidad de tener algún tipo de cuidado. Es a partir de 1960, cuando se produjo el nacimiento de grupos de familiares (que constituyen el núcleo de lo que hoy es el movimiento asociativo) que potenciaron en España la creación de las primeras escuelas, objetivo inmediato de los primeros años. Poco a poco se fueron dando pasos con la creación de nuevos servicios que evolucionaron junto con la edad de los asistidos. No es hasta pasado 1970, cuando la creación y crecimiento de los centros o talleres ocupacionales pasa a ser un hecho. Progresivamente, con el paso de los años y con la experiencia acumulada, se fueron perfilando los servicios y centros que daban respuesta a las necesidades que surgían tras

finalizar la escolaridad obligatoria de las personas con discapacidad intelectual. De esta manera paulatina, se fue perfilando poco a poco un esquema organizativo, hasta llegar al que existe en la actualidad, que permite que todos los sujetos vayan progresando a nivel personal, interpersonal o social, etc. Persiguiendo especialmente la puesta en práctica de su potencial laboral. La opinión de que muchos de los miembros de este colectivo son capaces de aportar su trabajo a la comunidad se va consolidando como una realidad incuestionable.

Como vemos reflejado en el párrafo anterior, no ha pasado mucho tiempo desde que se comenzaron a abandonar las amplias, impersonales y aisladas instituciones donde las personas con discapacidad eran recluidas, fue entonces, cuando los centros ocupacionales surgieron con la misión de proporcionar un lugar seguro donde cuidarlas. Ese primer momento fue decisivo, pues fue entonces cuando se consideró que las actuaciones que allí se realizaban eran una mejora frente a la alternativa de que estuvieran todo el día en casa o encerrados en instituciones psiquiátricas. Esta finalidad fue evolucionando hacia la necesidad de seguir educándoles, enseñándoles habilidades de la vida diaria, estas nuevas andaduras dieron lugar a la creencia de que muchos adultos con esta discapacidad debían asistir a programas segregados para aprender a ser autónomos, a valerse por si mismos y, en algunos casos, a trabajar.

Con el paso de los años, la idea de enseñarles a trabajar se fue concretando en la de proporcionar un lugar específico para que lo hicieran junto a sus iguales con discapacidad. Los esfuerzos de las organizaciones del campo de la discapacidad intelectual han ido orientados hacia este objetivo, conseguir que el mayor número de ellas consiguieran un empleo protegido o un lugar donde tuvieran ocupación.

Es importante destacar que cada uno de los cambios comentados ha supuesto una modificación de las expectativas hacia estas personas, un cambio en las creencias que sobre ellas se tenía y especialmente sobre el lugar al que pertenecían. Dicho de otro modo, las expectativas de la persona con discapacidad, su familia e incluso de su comunidad han ido y están cambiando indiscutiblemente para mejor, las ideas y las visiones se están modificando a medida que se descubren las capacidades y la humanidad de los distintos sujetos. En este sentido, se están produciendo orientaciones

y situaciones que hace tan sólo unas décadas hubieran podido parecer impensables, como ejemplo, el hecho de que trabajadores con discapacidad intelectual se estén incorporando a la empresa ordinaria. Muestra de ello son los datos que se recogen en los escasos estudios realizados en nuestro país, que nos indican los porcentajes de empleabilidad, pero esto lo veremos con posterioridad.

Los factores personales contribuyen a explicar el por qué unas personas con discapacidad tienen más éxito que otras a la hora de encontrar un empleo. Sabemos que estos factores influyen, sin embargo, junto a estos, existen otros muchos que interactúan con los personales, tales como las expectativas de la familia, el entorno que les rodea, las actitudes de los empleadores, el nivel de ocupación en general, la calidad del empleo, el nivel general de retribuciones, la regulación de las relaciones laborales, las políticas de fomento del empleo y de inserción, el medio sociocultural, la propia comunidad, las medidas de fomento para la inserción laboral, etc.

Es evidente y está ampliamente reconocido que las dificultades para encontrar trabajo son superiores en el caso de las personas con discapacidad intelectual, pues no sólo los niveles de inserción laboral son inferiores a otros grupos de exclusión, sino que los que consiguen un trabajo lo hacen mayoritariamente en un entorno laboral protegido y en el resto de discapacitados las expectativas apuntan exclusivamente a la realización de una actividad ocupacional, concebida más como terapia que como empleo. La legislación, como veremos más adelante, y el modelo actual de inserción laboral de este colectivo con mayores dificultades en la consecución de un trabajo, intentan fomentar la integración sociolaboral, al igual que sucede en otros ámbitos (escuela, salud, etc.), pero en la práctica real el itinerario de inserción suele finalizar en la mayoría de los casos en los centros especiales de empleo.

2. EL ACCESO AL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La situación de las personas con discapacidad ha mejorado sustancialmente en España en los últimos años. Este hecho se ha visto favorecido, y se puede ver como

consecuencia del progreso económico del país, el reconocimiento de los derechos de estas personas, así como la puesta en marcha de leyes y medidas facilitadoras de la mejora de su calidad de vida.

Desde la década 1980 disponemos de información estadística sobre la prevalencia en España de la discapacidad y los porcentajes de empleo, esta información ha sido elaborada por diversas instituciones (INE, Ministerio de Trabajo, IMSERSO, ONCE). A continuación exponemos un cuadro en que se reflejan la prevalencia en porcentajes.

FUENTE: ENCUESTA	AÑO/EDICION	DATOS	OTRAS INFORMACIONES
EDDES86. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías	1997	15% (14,98)	Incluye todas las discapacidades y todas las edades
EDDES99. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud	2001	9% (8,99)	Incluye el retraso madurativo en edad escolar
EDAD-2008. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia	2009	8,99%	Tasa de discapacidad a partir de los 6 años
Vila y cols.	1991	1,41%	0-14 años. CI<70
EEE. Encuesta Enseñanza en España, MEC	2001-02	1,4%	Edad escolar: educación primaria y secundaria

Tabla 5.1. Prevalencia de la discapacidad en España

En la encuesta realizada en 1999 –publicada en 2001- se puede observar que el 8,99% son catalogados como personas con algún tipo de discapacidad, equiparable a los valores que se obtienen en la realizada en el 2008, en este último caso se ha centrado en la población de 6 o más años, ya que para los menores el pronóstico de evolución es incierto y sólo se analizan las limitaciones adaptadas a su edad.

En 2008, había un total de 1,48 millones de personas con discapacidad en edad de trabajar, es decir con edades comprendidas entre los 16 y 64 años, 419.100 de ellas estaban trabajando. En la tabla siguiente aparecen datos por actividad y sexo, constatando que el porcentaje de personas con discapacidad inactivas supera al de los activos y el porcentaje de mujeres que trabajan es casi 10 puntos inferior al de los varones.

	ACTIVOS		INACTIVOS	Incapacitados sin pensión, estudiantes, otros.
	TRABAJANDO	PARADOS		
Varones	33,3	6,9	47,9	12,0
Mujeres	23,7	7,5	68,8	10,2

Tabla 5.2. Relación principal con la actividad y en función del sexo. Fuente: EDAD-2008

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2001) en el periodo de años comprendido entre 1996 y 2001, constata que se ha producido un notable crecimiento en el número de contratos de trabajo realizados cada año (del 0,15% de 1996 hasta el 0,25% de 2001). La bonanza de la situación económica que se vivió durante esos años fue probablemente la causante de esa evolución positiva en el número de contrataciones y de la reducción de la tasa de paro al 13%. En el periodo mencionado, el número de contratos totales se incrementó en un 63%, habiéndose registrado una media interanual de crecimiento del 11%. Entre los contratos realizados a las personas con discapacidad, del año 2000 al 2001 en centros especiales de empleo disminuye desde el 63% hasta el 48%, al haberse producido un mayor crecimiento de la integración laboral del colectivo en el mercado ordinario.

Tipo De Discapacidad	Auditiva	Visual	Movilidad	Vida Domestica	Autocuidado	Comunicación	interacciones y relaciones personales	aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas
% que trabaja	42,8	32,8	21,6	17,2	13,5	13,3	11	8,2

Tabla 5.3. Trabajo según tipo de deficiencia. Fuente: EDAD-2008.

El mayor número de población ocupada se presentaba en las personas con discapacidades auditivas y visuales (42,8% y 32% respectivamente). El menor porcentaje esta en los colectivos que tenían limitaciones de aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas (con un 8,2%) y de interacciones y relaciones personales (11%). Los datos referentes a la discapacidad intelectual no se recogen explícitamente en esta encuesta.

Del total de las personas con discapacidad que estaban trabajando en 2008, el 15,3% se ha beneficiado de alguna medida de acceso al empleo para este colectivo. La medida más utiliza es el contrato específico para personas con discapacidad. Por otro lado, existe un aumento con respecto a 1999 de los que dicen haber accedido a través de la cuota de reserva de empleo público para personas con discapacidad. A pesar de este aumento en el acceso al empleo, el número de personas que buscaban empleo en esas fechas ascendía a 136.100. De éstas, un 22% tenía trabajo pero buscaba otro con mejores condiciones laborales, junto a este grupo están las 851.200 que no buscaban empleo, porque no podían hacerlo el 64,4% y el 24,6 restante creía que era difícil encontrarlo por su discapacidad.

Los datos que maneja AFEM (Asociación FEAPS para el empleo de las personas con discapacidad intelectual) expresan que hasta octubre del 2002, las empresas han realizado un total de 14.821 contratos a personas con discapacidad, de los cuales 7.096 tenían carácter indefinido y 7.725 temporal. Durante todo el 2001, fueron 12.138 los contratos indefinidos y 6.000 los temporales. Datos más recientes de 2007, estiman que en los últimos años, más de 100.000 personas con discapacidad han sido contratadas a través del Instituto Nacional de Empleo. Hay que destacar los casi 40.000 trabajadores con discapacidad que componen la plantilla de los centros especiales de empleo, que han experimentado un notable incremento en los últimos tiempos. Sin embargo, la tasa de desempleo en este colectivo sigue superando la media nacional, sobrepasando el 30%. Probablemente el número de personas que no tienen un contrato laboral es superior al 50%, ya que muchos de ellos, ni siquiera son demandantes de empleo y, por lo tanto, no figuran en las estadísticas. Indicar así mismo, que el índice de inactividad es más elevado en las mujeres que en los varones.

A pesar de este acceso al mundo laboral de las personas con discapacidad, parece evidente que el nivel es muy inferior al nivel de empleo del resto de la población y no debemos olvidar que el tener una ocupación laboral es un factor de realización personal, interpersonal y de integración social, por lo que es necesario reconocer los déficits sociales en los que este colectivo está inmerso.

Si la discapacidad es de tipo intelectual, estas personas son las más desfavorecidas en materia de empleo, con tasas de actividad y ocupación muy inferiores al resto de personas con discapacidad. Esto nos lleva a suponer que el crecimiento de los fondos destinados a la integración laboral de estas personas responde más a la evolución del gasto presupuestario, determinado por la marcha de la economía nacional y la demanda social, que a una estrategia clara de fomento del empleo de este colectivo.

Durante este tiempo no se han realizado suficientes estudios que nos permitan conocer con exactitud la efectividad de las medidas puestas en práctica y cuántos trabajadores con discapacidad intelectual se encuadran en cada modalidad de empleo. Es difícil entender por qué las instituciones, responsables de desarrollar las políticas de integración laboral para personas con discapacidad, no profundizan en la búsqueda de información estadística adecuada que permita medir los efectos reales de las políticas desarrolladas, pues sólo de este modo podrían establecer las medidas correctoras oportunas y mejorar las condiciones y posibilidades de atención a este colectivo.

Únicamente y muy recientemente, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) ha publicado en abril de 2009, un estudio sobre la evaluación global de las políticas de empleo para personas con discapacidad en España, desde la óptica de la eficacia de las políticas públicas en la integración laboral de este sector de población, para trazar una panorámica general del mercado de trabajo de las personas con discapacidad, reflejando los avances realizados en los últimos años, pero también las distancias en actividad y ocupación respecto de la población sin discapacidad.

Llegados a este punto y teniendo en cuenta la realidad social en la que vivimos podemos describir una serie de aspectos o variables que influyen en el acceso al empleo de estas personas y que se podrían resumirse en que:

- Cada vez se requieren menos puestos de trabajo que pueda ser ocupados por mano de obra no cualificada, ya que la riqueza se consigue especialmente a partir de transacciones financieras independientemente de la producción de bienes y servicios.

- La atención y la necesidad de apoyo a otros colectivos de exclusión social posibilita que los puestos a los que pueden acceder las personas con discapacidad sean accesibles a otros individuos sin discapacidad, siendo esto más visible en situaciones de crisis económica.
- Estamos inmersos en una sociedad que depone de los circuitos de producción y de consumo a quién no es capaz de mantener determinado nivel de capacidad y de competencia. Por lo que en muchos casos se cuestiona el bajo nivel de formación en estos sujetos, sin cuestionarse otras posibles causas.
- En este sentido, no existe un modelo homogéneo de formación de cara a su futuro laboral, las posibilidades de este colectivo van a depender de múltiples factores, entre ellos: el entorno familiar, el geográfico, la institución y otros, en los que desarrollan su vida.
- Uno de los mejores caminos para conseguir independencia, autonomía y la mejor aceptación por parte de la sociedad, consiste en la posibilidad de convertirse en un ciudadano activo y colaborador. La asunción de este papel va a depender, entre otros aspectos, de las actitudes culturales y personales ante la discapacidad. Dentro de esta misma sociedad existen actitudes sobreprotectoras o emancipadoras que contribuyen negativa o positivamente a tal fin.
- No siempre el entorno no directo de un empleado con discapacidad, está dispuesto a asumir que trabaje y a que en la medida de lo posible sea sujeto activo de su propia existencia. Un ejemplo de ello es, la negativa de algunas empresas a contratar personas con discapacidad intelectual y las barreras sociales, arquitectónicas, de comunicación, económicas que aun existen. Incluso algunas familias, profesionales y afectados ofrecen resistencias significativas o manifiestan sus miedos en la consecución plena de la incorporación sociolaboral en el empleo abierto.
- El grado de discapacidad es un aspecto a tener en cuenta ya que, a mayor grado menos oportunidades laborales, esto retrasa el proceso de formación y encarece la inversión en ayudas técnicas.

A pesar de estas dificultades, algunas investigaciones realizadas (Kolser y Frey, 1965; Gold, 1973; Ingall, 1978) afirman que las personas con discapacidad pueden y deben acceder al empleo y además es un hecho constatado, ya que:

- Dentro de la gama de los sujetos con ligera discapacidad intelectual (incluye cerca del 85% de todos los afectados), no existe ninguna relación entre empleo y coeficiente intelectual (Kolstoe y Frey, 1965). Esto quiere decir que el hecho de presentar un nivel de funcionamiento superior a 70 no les asegura el conseguir un trabajo remunerado. Hay otros condicionantes como el nivel en conducta adaptativa, la formación y las oportunidades que el entorno facilita a la persona con discapacidad que van a tener un mayor peso que únicamente las puntuaciones en CI. El que una persona tenga una discapacidad ligera no es un condicionante en sí mismo que le impida realizar con éxito un trabajo remunerado ya que hay sujetos con menor puntuación de CI que han accedido a un empleo protegido como se refleja en la muestra de estudio del capítulo siguiente. El nivel de competencia en conducta adaptativa, el entrenamiento y la disponibilidad de los apoyos individuales necesarios van a ser determinantes en la obtención y mantenimiento de un puesto laboral.
- La inmensa mayoría de personas con discapacidad intelectual ligera son aptas para desempeñar algún empleo, es decir, poseen la suficiente capacidad mental y física, tienen el suficiente control sobre sus emociones y el suficiente nivel de destrezas cognitivas, laborales y sociales como para poder conservar algún tipo de empleo fijo. Obviamente, esto no significa que todo el que es apto pueda conseguirlo efectivamente ya que, como sabemos, está muy sujeto a variaciones económicas, políticas sociales y a patrones que discriminan a los obreros con algún tipo de discapacidad (Ingalls, 1978).
- Estas personas raras veces o nunca pierden un empleo por no poder hacer las tareas que se les asigna. Según Gold (1973), la razón por la que suelen rescindir la relación laboral son: problemas de personalidad (inestabilidad emocional); problemas de conducta o modales muy peculiares; problemas de relación social con los

compañeros o con el jefe o problemas de incumplimiento de la relación laboral (llegan tarde o faltan al trabajo de forma injustificada).

- En este colectivo no existe ninguna relación entre aptitudes académicas y éxito en el trabajo (Kolstoe y Frey, 1965), probablemente porque las tareas manipulativas que suelen realizar son sencillas o están dentro del sector servicios, para las que no se necesita la lecto-escritura ni otras habilidades conceptuales complejas.

Estas realidades y reflexiones observadas en el mundo de la atención a las personas con discapacidad intelectual comienzan a ser apoyadas y avaladas por políticas de empleo que están planteándose en los últimos años. Algunas de las leyes que se han promulgado están facilitando de una forma u otra la creación de puestos de trabajo para las personas con discapacidad intelectual, tanto en entornos protegidos como en el empleo abierto, así como medidas que fomenten la igualdad entre todos los ciudadanos.

En el siguiente recuadro, aparece la legislación más significativa de ámbito nacional y específico de la comunidad autónoma de Castilla y León. Las leyes están relacionadas con medidas que fomentan el empleo, la equiparación de oportunidades y las ayudas socioeconómicas, que palian las desigualdades existentes respecto a este colectivo. Comenzamos la exposición a partir de la aprobación de la Ley 13/1982, de 7 de abril, más conocida como LISMI (referente a la integración social de la persona con discapacidad), para concluir con las leyes más actuales.

- Ley 13/1982, de 7 de abril (B.O.E., 30 de abril de 1982), de integración social de los minusválidos (LISMI)
- Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que en cumplimiento de lo previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos
- Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio (B.O.E., 8 de agosto de 1985), por el que se regula la relación laboral de carácter especial de minusválidos que trabajen en Centros Especiales de Empleo
- Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre (B.O.E., 9 de diciembre de 1985), por el que se regula los Centros Especiales de Empleo
- Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre (B.O.E., 9 de diciembre de 1985), por el que se regula los Centros Ocupacionales para minusválidos
- Orden de 21 de febrero (B.O.E., de 27 de febrero de 1986), por la que se establecen diversos programas de apoyo a la creación de empleo
- Real Decreto 1/1995, de 24 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la ley del estatuto de los trabajadores. (B.O.E., 29 de marzo de 1995)
- Orden Ministerial de 23 de julio de 1986, por la que se crea y regula el registro de centros ocupacionales para personas con minusvalía

- Orden Ministerial, de 16 de octubre (B.O.E., 2 de noviembre de 1998), ayudas de los que los Centros Especiales de Empleo pueden beneficiarse
- Real Decreto 282/1999, de 2 de febrero (B.O.E., 23 de febrero de 1999), por el que se establece el programa de talleres de empleo
- Real Decreto 427/1999 de 12 de marzo (B.O.E., 26 de marzo de 1999), por el que se modifica el Real Decreto 1368/1985 de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en Centros Especiales de Empleo
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre (B.O.E., 26 de enero de 1999), de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
- Real Decreto 4/1999, de 8 de enero (B.O.E., 26 de enero de 1999), modifica el Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de trabajadores minusválidos
- Orden Ministerial de 24 de julio de 2000, por la que se regula el procedimiento administrativo referente a las medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2% a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores
- Real Decreto 27/2000, de 14 de enero (B.O.E., 26 de enero de 2000), por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 en favor de trabajadores discapacitados en empresas de más de 50 trabajadores
- Declaración de 20 de enero de 2003, relativa a la promoción de la igualdad de oportunidades y acceso al trabajo de las personas con discapacidad. Resolución del consejo de 15 de julio de 2003, sobre el fomento del empleo y de la inclusión social de las personas con discapacidad
- Ley 41/2003, de 18 de noviembre (B.O.E., 19 de noviembre de 2003), de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre (B.O.E., 3 de diciembre de 2003), de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad
- Ley 53/2003, de 10 de diciembre (B.O.E., 11 de diciembre de 2003), sobre empleo público de discapacitados
- Real Decreto 170/2004, de 30 de enero (B.O.E., de 31 de enero de 2004), mejoras de las bonificaciones en las cuotas a la Seguridad Social por la contratación de forma indefinida a mujeres con discapacidad
- Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero (B.O.E., de 21 febrero de 2004), por el que se regulan los enclaves laborales como medidas de fomento del empleo de las personas con discapacidad
- Real Decreto 2271/2004, de 3 de diciembre, por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puesto de trabajo de las personas con discapacidad
- Plan de empleo entre Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el CERMI⁴ 2002-2004. Segundo acuerdo - el primero es de 1993- sobre medidas para mejorar las oportunidades de empleo de las personas con discapacidad y conseguir el pleno empleo de las personas con discapacidad, mediante una serie de medidas que tratan de incentivar su incorporación al mercado laboral
- Real Decreto 364/2005, de 8 de abril (B.O.E., de 20 de abril de 2005), por el que se regula el cumplimiento alternativo de carácter excepcional de la cuota de reserva a favor de los trabajadores con discapacidad
- Real Decreto 469/2006, de 21 de abril (B.O.E., de 22 de Abril de 2006), por el que se regulan las unidades de apoyo a la actividad profesional en el marco de los servicios de ajuste personal y social de los Centros Especiales de Empleo
- Ley 43/2006, de 29 de diciembre (B.O.E., de 30 de Diciembre de 2006), para la mejora y crecimiento del empleo
- Real Decreto 870/2007, de 2 de julio (B.O.E. ,de 14 de Julio de 2007), por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo
- Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de la personas con discapacidad
- Real Decreto 27/2008, de 13 de marzo, por el que se regula el procedimiento de concesión directa de subvenciones destinadas a facilitar la integración laboral de discapacitados en Centros Especiales de Empleo
- Real Decreto 75/2008 de 30 de octubre, por el que se regula la acreditación del cumplimiento de la normativa para la integración laboral de las personas con discapacidad y el establecimiento de criterios de

⁴ CERMI---(Comité Español de Representantes de Minusválidos): Lo forman seis organizaciones estatales del campo de las minusvalía: ONCE, CNS, FIAPAS, ASPACE y FEAPS

- valoración y preferencia en la concesión de subvenciones y ayudas públicas de la Administración de la Comunidad de Castilla y León
- Real Decreto 83/2008, de 23 de diciembre (B.O.C.Y.L., de 30 de diciembre de 2008), por el que se regula el acceso de personas con discapacidad al empleo público, a la provisión de puestos de trabajo y a la formación a la administración de Castilla y León
 - Estrategia Global de Acción para el empleo de personas con discapacidad 2008-2010, aprobada por Acuerdo del Consejo de Ministros el 26 de septiembre de 2008, se crea al cumplir los 25 años de la Ley 13/1982, de 7 de abril (LISMI)⁵

Cuadro 5.4. Legislación socio-laboral sobre discapacidad.

3. SERVICIOS SEUDO-LABORALES Y LABORALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

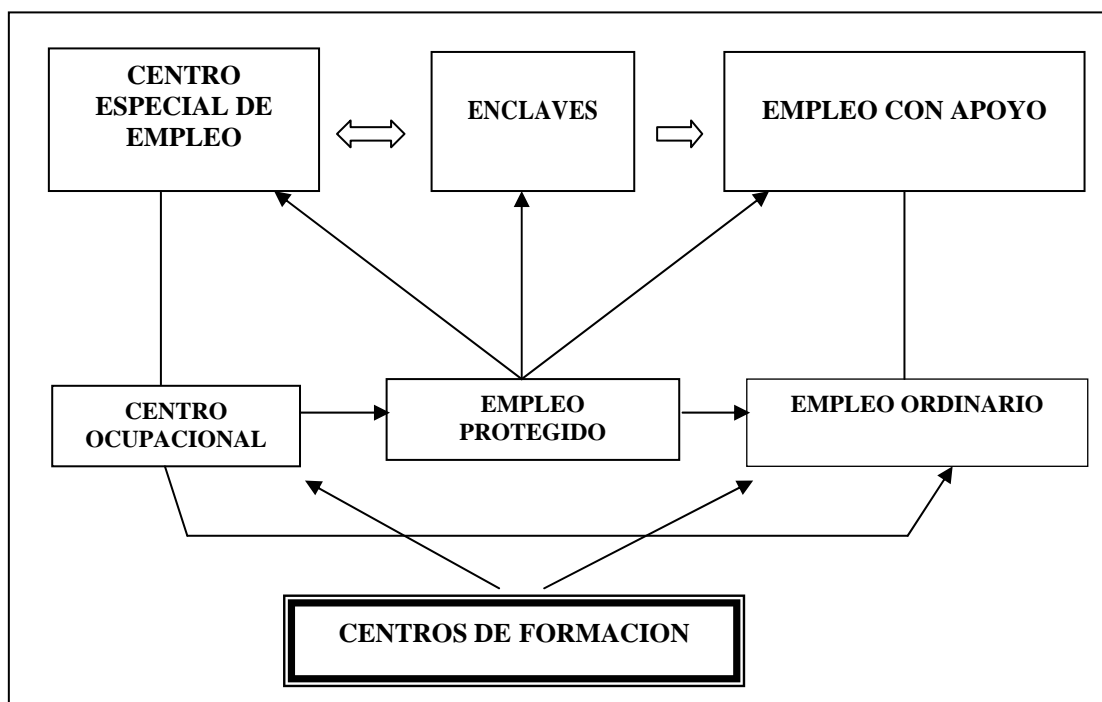


Gráfico 5.5 Itinerario de empleo para las personas con discapacidad intelectual

Como ya se ha comentado anteriormente, hay un grupo de personas con discapacidad intelectual que podrán acceder a un empleo remunerado a lo largo de su vida, pero un amplio número de individuos tendrá, previsiblemente, serias dificultades para

⁵ El Gobierno, junto con organizaciones empresariales y sindicales y los representantes del sector asociativo de la discapacidad, introduce una nueva metodología para la elaboración y puesta en marcha de las políticas de empleo dirigidas a las personas con discapacidad, tiene 7 objetivos operativos y 93 líneas de actuación, que abarcan todos los ámbitos en los que aún hay que remover los obstáculos que impiden la plena integración sociolaboral del colectivo.

conseguirlo; en unos casos por falta de oportunidades, en otros por su escasa formación y por sus limitaciones significativas para desenvolverse de forma autónoma sin los apoyos necesarios. Para todos ellos, se cuenta con servicios seudolaborales específicos donde pueden, y de hecho ya lo hacen, trabajar para facilitar un mejor desarrollo personal, social y laboral. En el siguiente gráfico se recoge los servicios seudolaborales y las modalidades de empleo existentes para estas personas en nuestro entorno socio cultural y que se irán comentando posteriormente.

3.1. LOS CENTROS OCUPACIONALES

Los centros ocupacionales nacen en nuestro país a lo largo de los años 1960 y 1970, por iniciativa de las asociaciones de padres y familiares de personas con discapacidad intelectual y se regulariza en los años 1982 (LISMI) y 1985. Estos servicios se definen como aquellos establecimientos de titularidad pública (administraciones públicas) o privada (instituciones o personas jurídicas privadas sin ánimo de lucro) que constituyen uno de los servicios de atención diurna donde se presta atención a personas con disminuciones (básicamente de carácter psíquico o físico). Tienen como finalidad, asegurar los servicios de terapia ocupacional y ajuste personal y social a las personas que tienen una disminución que les impide su integración en una empresa o centro de trabajo ordinario o en un centro especial de empleo (LISMI, Art. 53.1). Es necesario que la persona con discapacidad tenga una edad laboral y que la evaluación de su capacidad productiva, por parte del equipo multiprofesional, dictamine la imposibilidad transitoria o permanente de su integración laboral en el mercado de trabajo ordinario o en un centro especial de empleo.

Dicho de otro modo, son pretalleres o lugares de entrenamiento y de aprendizaje para las personas que sufren discapacidades acusadas. Las actividades que en él se realizan han de ser labores no productivas, y por ellas no se percibe retribución alguna en concepto de salario, sino tan sólo, si así se determina y es aceptado por los equipos multiprofesionales, un premio o recompensa que pretende fomentar la más adecuada integración en las actividades del centro (Escudero y Serrano, 1998).

Actualmente conviven distintos modelos de centro ocupacional en España, algunos de ellos muy distantes entre si por sus planteamientos (Castresana y cols., 1996):

- Por un lado, están los que piensan que a estos centros acceden, una vez finalizada la escolaridad obligatoria, las personas con graves discapacidades mentales o físicas. Se les ofrece la oportunidad de adquirir habilidades de la vida diaria, habilidades académicas y alguna habilidad laboral. Sin embargo, el objetivo de estos centros no es preparar a los sujetos para un empleo, pues se asume que no tienen capacidad para desempeñar trabajos reales y que, en el mejor de los casos, necesitarán aún mucha formación antes de acceder a un empleo competitivo (Verdugo y Jenaro, 1993).

A este modelo de atención se le critica por sus posturas, pues han podido contribuir inconscientemente a la «desnormalización», a la realización de actividades ocupacionales o pre-laborales alejadas de la realidad empresarial del entorno, a la ejecución de actividades de entretenimiento manipulativo para ocupar el tiempo, al desempeño de trabajos que no demandan esfuerzo de aprendizaje y cualificación, a la planificación de entornos que no se organizan conforme a la realidad laboral futura, a la ausencia de programas para el desarrollo de habilidades adaptativas, etc. Si estos aspectos no se corrigen, aquellos sujetos con discapacidad que pudieran incorporarse a las unidades productivas, verán gravemente entorpecida su evolución, no por su deficiencia sino por las dificultades no resueltas por el entorno formativo y ocupacional. En esta línea argumental, son también muchos los ejemplos que, al día de hoy, se pueden extraer de las experiencias de talleres y programas de formación profesional adaptada de los centros específicos (González Yagüe, 1993).

- Por otro lado, están los que creen que la actividad laboral que se realiza en los centros ocupacionales es formación, habilitación personal, social y laboral, pero no es empleo. Pero debe asegurar una dinámica de paso hacia la integración laboral de sus usuarios, todo centro ocupacional debe establecer una conexión formal con uno o más centros especiales de empleo. Aunque las actividades laborales suelen ocupar la mayor parte del tiempo y se procura realizar del modo más parecido al régimen

ordinario de trabajo, la productividad es bastante limitada y una parte de la jornada se dedica a actividades complementarias no laborales.

En estos casos, el centro ocupacional sólo es una vía de acceso al empleo, en tanto en cuanto la persona a quien se le ofrece la terapia ocupacional, y la mejor habilitación tanto personal como social, utiliza éste como el primer paso hacia su verdadera integración laboral. No toda persona con discapacidad que ingrese en un centro ocupacional podrá acceder a un empleo, sea protegido u ordinario. Pese a ello, se exige que la organización y los métodos de las actividades que se desarrollan en los centros tiendan a favorecer la futura incorporación de las personas con discapacidad al trabajo productivo (Escudero y Serrano, 1998).

Como ya hemos visto, en España junto a los centros ocupacionales que tienen una naturaleza de tipo social existen unos establecimientos que reciben la denominación de centro especial de empleo con una naturaleza de tipo laboral, está dentro de la modalidad de empleo protegido (Aznar López, 2001) y para algunos trabajadores será el paso previo hacia el empleo abierto. Las diferencias más significativas entre ambos servicios se recogen en la tabla siguiente:

CENTRO OCUPACIONAL	CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO
Son lugares de formación: pretalleres de entrenamiento y aprendizajes.	Son lugares de trabajo: la actividad laboral que se realiza es empleo.
Acoge a personas con discapacidad que de forma transitoria o permanentemente es imposible su integración laboral en el empleo protegido u ordinario.	Acoge a personas con discapacidad que de forma provisional o definitivamente no pueden ejercer su actividad laboral en la empresa ordinaria.
Es el tránsito entre los centros asistenciales y el empleo.	Es el puente hacia el empleo ordinario.
Están en proceso continuo de cambio y mejora en función de clientes, necesidades, expectativas, programas, entorno, etc.	Esta apoyado en criterios de viabilidad empresarial, sin olvidar el carácter social.
Se realizan labores no productivas y por las que se recibe una recompensa o gratificación.	Se realiza trabajo productivo remunerado a través de un salario.
Programa servicios de terapia ocupacional y ajuste personal y social.	Proporciona servicios de ajuste personal y social.
Se encuentra dentro del marco de servicios sociales. La persona con discapacidad es un cliente demandante de unos servicios.	Se encuentra dentro del marco empresarial y de las relaciones laborales. La persona con discapacidad es un trabajador.

Tabla 5.6 Diferencias entre centro ocupacional y centro especial de empleo.

Los centros ocupacionales son lugares de formación que acogen a personas con discapacidad que de forma transitoria o permanente tienen dificultades para su

integración laboral. En ellos se realizan labores ocupacionales no productivas por las que el cliente de servicio recibe una gratificación y participa de programas cambiantes de ajuste personal y social en función de los usuarios, necesidades, expectativas, entorno, programas, etc. Los centros especiales de empleo son lugares con viabilidad empresarial, donde los trabajadores con discapacidad mantienen una relación laboral, realizan actividades laborales a cambio de un salario y pueden ser beneficiarios de servicios de ajuste personal y social. En algunos casos es el paso al empleo ordinario.

3.2 EL EMPLEO PROTEGIDO

Para Verdugo y Jenaro (1993) la integración laboral plena constituye un importante desafío para aumentar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Al tratar acerca del empleo de las personas con discapacidad es preciso partir de la distinción entre el empleo ordinario y el empleo protegido, así como dejar sentada cual es la relación entre ambas modalidades laborales (Aznar López, 2001). Al empleo protegido habría que acudir siempre y cuando el acceso al empleo ordinario sea imposible. Ambos deben estar entrelazados a través de fórmulas intermedias como son los enclaves y el empleo con apoyo (ver gráfico 5.5). Dicho de otro modo, el empleo protegido debe ser el trampolín hacia el empleo ordinario.

EMPLEO PROTEGIDO	EMPLEO ORDINARIO
Trabajo en lugares segregados.	Empleo en lugares de la comunidad.
Diversidad de ocupaciones en función de capacidades, intereses y recursos.	Integración en el proceso productivo general de la empresa
Entrenamiento en entornos específicos	Entrenamiento en el mismo lugar de trabajo. Espacios normalizados de trabajo
Utilizan lugares y servicios específicos, adaptados a las características y necesidades de las personas con discapacidad.	Utilizan lugares y servicios comunitarios para todas las personas.
Diversidad de profesionales que dan apoyo individual, continuado y especializado.	Un preparador laboral para apoyo individual en el puesto de trabajo concreto.
Interacción con personas con discapacidad con las mismas condiciones de trabajo y salario.	Interacción con personas sin discapacidad.

Tabla 5.7 Comparación entre empleo protegido y empleo ordinario

El empleo protegido consiste en facilitar a trabajadores con discapacidad intelectual diversidad de ocupaciones en función de sus capacidades, intereses y recursos en lugares segregados, con servicios específicos y con diversidad de profesionales que dan

apoyo individual a partir de sus características y necesidades. En el empleo ordinario, el operario con discapacidad participa de los procesos productivos de la empresa con sus compañeros sin discapacidad accediendo a lugares y servicios comunitarios.

En el primero de los casos podemos establecer dos modalidades, los centros especiales de empleo y el empleo con apoyo que permite que la actividad laboral se realice en entornos comunitarios como veremos posteriormente.

3.2.1 LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

Los centros especiales de empleo surgen, históricamente, como desdoblamiento de los centros ocupacionales, con la finalidad de otorgar una relación laboral a los sujetos más eficientes. Desde sus inicios, fueron promovidos casi en exclusiva por las asociaciones. Los trabajos más habituales eran de manipulados en régimen de subcontratación, tanto del sector industrial como del de servicios. Los centros especiales de empleo tienen como objetivo realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado laboral y teniendo como finalidad asegurar un trabajo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social de acuerdo con las necesidades de sus trabajadores con discapacidad, a la vez se pretende, que sea “un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal” (LISMI, Art. 42).

En nuestro país, este tipo de empleo se constituye como la principal alternativa laboral para personas con distintas discapacidades, sobre todo de tipo intelectual que tienen dificultades para competir en el mercado de trabajo ordinario. La experiencia de estos centros está resultando muy positiva. Así, desde la iniciativa privada están funcionando centros especiales de empleo cuyas características les permiten competir con las empresas de la comunidad. Para ello, deben apoyarse en iniciativas de empleo protegido basadas en criterios de viabilidad empresarial, sin olvidar el carácter social y el objetivo de servir de puente hacia el empleo ordinario. La actividad laboral que se realiza en el ámbito del centro especial de empleo, en cualquier empresa con apoyo o sin él, es empleo (Lasema, 1996). Como ya hemos comentado, la regulación de los centros especiales de empleo debe potenciar su adaptación a las exigencias actuales de

competitividad, configurándolos como entes empresariales flexibles, capaces de integrar a personas con discapacidad y sin ella, en un proyecto sostenible, sin perjuicio de las ayudas o subvenciones, periódicamente revisadas y actualizadas, que les corresponde recibir.

La mayor parte de los puestos de trabajo en los centros especiales de empleo están ocupados por personas con discapacidad intelectual de origen congénito o adquirido a lo largo del desarrollo infantil (meningitis, traumatismos, etc.), varones y en las que en la mayoría de los casos, su formación académica es escasa y ha tenido lugar en centros de educación especial.

Esta tendencia está cambiando en los últimos años, por la formación que los nuevos operarios están recibiendo antes de su incorporación a un centro especial de empleo, legislada a través de programas de garantía social, programas de transición a la vida adulta, programas de formación profesional que son impartidos por los distintos centros y cofinanciados por la administración. Son muchos los casos de personas con discapacidad intelectual que al incorporarse a un centro especial de empleo y ganar sus primeros salarios, al tener sus primeros éxitos, inician un cambio de actitudes fundamental respecto de sí mismos y de su entorno próximo: son más críticos y competitivos, ganan en seguridad y autonomía, adquieren el rol de sujeto productivo y útil, formulan proyectos de futuro, en una palabra se «normalizan». (González Yagüe, 1993). Por lo tanto, los centros especiales de empleo son uno de los instrumentos más representativos para alcanzar un mayor nivel de incorporación al empleo productivo de las personas con discapacidad más grave y que tienen dificultades para competir en el mercado de trabajo ordinario.

Como ya se ha comentado, históricamente, las principales empresas generadoras de empleo protegido en España son los centros especiales de empleo reconocidos en la normativa legal con la finalidad de generar empleo para personas con discapacidad, pero, con la ley 5/20066, otras instituciones que han venido forjándose en los últimos

⁶ Real Decreto-Ley 5/2006, de 9 de junio, para la mejora del crecimiento y del empleo.

años y que trabajan por la integración laboral de otros grupos excluidos del mercado de trabajo: inmigrantes, ex-presidarios, ex-toxicómanos, se han visto respaldados. Habitualmente, dichas iniciativas han sido tuteladas por algunas instituciones no lucrativas y han dado lugar a lo que hoy se conoce como empresas de inserción, que aun no tienen amparo y reconocimiento legal que les avale, como sí ocurre con los centros especiales de empleo.

¿Qué personas con discapacidad deben formar parte de las plantillas de centros especiales de empleo?. La LISMI establece que *“deberán ser empleados, en centros especiales de empleo, los minusválidos que por razón de la naturaleza o de las consecuencias de su minusvalía no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales, cuando su capacidad de trabajo sea igual o inferior a un porcentaje de la capacidad habitual que se fijará por la correspondiente norma reguladora de la relación laboral de carácter especial (Art. 41.1)”*. González Yagüe (1993) responde a esta pregunta planteando que:

- Desde una lectura puramente económica, únicamente deberían contratarse trabajadores cuyo rendimiento neto fuera mayor que el que resulta de sumar a su costo laboral el prorrateo de los gastos fijos que le correspondan.
- Desde una perspectiva social, podrá contratar a todos aquellos trabajadores que, independientemente de su grado de discapacidad o su rendimiento laboral, son capaces, como grupo, de conseguir una cuenta de resultados con valor cero.

En la actualidad, tanto una opción como otra son de difícil aplicación, por razones técnicas, ya que no disponemos de sistemas consensuados de análisis y de seguimiento de puestos de trabajo específicos para personas con discapacidad, no se han desarrollado profesigramas adaptados, los sistemas de gestión para centros especial de empleo no son fáciles de aplicar, etc... Por ello, se contrata a trabajadores de forma intuitiva, por los años de actividad ocupacional que han realizado, por paralelismo con las actividades aprendidas, por presión familiar, por necesidad social, por simpatía y grado de autonomía personal, o por las facilidades de especulación que cada caso pueda representar (González Yagüe, 1993).

Hay algunas experiencias muy restringidas a ámbitos concretos que aun no se han generalizado, un ejemplo de ello es la aportación de Lantegi Bayuak (2004) que elaboró un método de perfiles de adecuación de la tarea a la persona, en el que la ergonomía y la formación cobran especial relevancia, y cuya premisa fundamental estriba en la adecuación del puesto de trabajo a la persona. Este método puede ser un instrumento que ayude en la toma de decisión, a la hora de buscar los apoyos necesarios de un operario para realizar con éxito sus tareas y para discernir quién es el operario que más se adecua a un puesto de trabajo concreto en función de sus habilidades.

Otro punto de reflexión surge cuando analizamos la duración de la vida laboral de las personas con discapacidad. Evidentemente existirán trabajadores cuya actividad laboral se prolongue hasta la edad reglamentaria de jubilación (no es el caso más frecuente), pues lo habitual es que antes de alcanzar los 60/65 años presenten bajos niveles de rendimiento, como consecuencia de un deterioro precoz de su capacidad laboral, determinada por las deficiencias que sufren y que con el paso del tiempo, lógicamente, se agudizan. Tengamos en cuenta que, según los criterios más extendidos entre la comunidad científica, la edad de senescencia entre las personas con discapacidad se inicia en torno a los 40/45 años, en términos generales, y que una edad media de «jubilación» debería situarse en torno a los 50/55 años y raramente después. Frente a esta situación ¿Qué podemos hacer?, realmente no hay respuestas únicas, según González Yagüe (1993), ya que el despido de un trabajador cuando ha terminado su ciclo vital de rentabilidad productiva antes de la edad de jubilación y al que no se ofrecen alternativas de cobertura social es éticamente reprochable, las posibilidades de conseguir una incapacidad laboral permanente o equivalente, son remotas y de difícil tramitación; el reintegrarlo en actividades ocupacionales o formativas de nueva adaptación laboral es injusto, detrae al trabajador del rol social adquirido y no aporta soluciones eficaces, etc. En resumen, este es un problema que requiere una reflexión serena y profunda. Deberán resolverse los problemas de legislación laboral que surgen, plantearse cual será el modelo de trabajo con los nuevos «jubilados», qué tipo de residencia de «mayores» debemos ofrecer como nueva alternativa en la red social y de servicios a disposición de los discapacitados, etc. (González Yagüe, 1993). Estas cuestiones que se plantearon hace ya más de 15 años siguen, en la actualidad, sin respuesta por parte de la administración y desde las asociaciones, los centros especiales

de empleo y colectivos se buscan soluciones particulares e individuales a cada trabajador que vive esta situación (Apuntar que recientemente -22 de diciembre de 2009- sea publicado un Real Decreto donde se recoge las condiciones que debe cumplir un trabajador con discapacidad para jubilarse con anterioridad)

3.2.2 EL EMPLEO CON APOYO

Con la aparición del empleo con apoyo, la misión de trabajar en lugares segregados evolucionó hacia la misión de proporcionar recursos para que las personas con

<p>EL EMPLEO CON APOYO TIENE TRES COMPONENTES CLAVES:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo remunerado • Con apoyos continuados • En entornos integrados

CUADRO 5.8 COMPONENTES DEL EMPLEO CON APOYO

discapacidad trabajaran en puestos normalizados con apoyos individualizados. Este cambio es reflejo de unos valores que enfatizan la inclusión en lugar de la segregación (Mank, 1998). La alternativa laboral que denominada empleo con

apoyo, se define como un empleo remunerado en lugares de la comunidad, con apoyos individualizados y continuados que aseguren el éxito a largo plazo, y en el que existan claras oportunidades para la integración continuada y la interacción con personas sin discapacidad. Existen distintos modelos, como son el competitivo con apoyo y los grupos de trabajo móviles o enclaves.

1. Empleo competitivo con apoyo.

Un profesional cualificado (preparador laboral) establece una estrecha relación con un trabajador con discapacidad y lo entrena en el mismo lugar de trabajo. El operario trabaja desde el primer día y percibe el salario por parte del empresario que le contrata. Una vez que el individuo aprende adecuadamente la tarea, el preparador laboral va disminuyendo gradualmente el tiempo y tipo de apoyo. En muchos casos, los compañeros de trabajo o los jefes de departamento pasan a asumir estas funciones, prestando su apoyo al trabajador en situaciones puntuales. Debido a la escasa

implantación de esta modalidad en España y a la falta de medidas legales que la potencien no ha alcanzado los niveles de integración laboral que se esperaba, aunque se han desarrollado algunos programas de este tipo de empleo en la mayoría de Comunidades Autónomas.

2. Grupos de trabajo móviles y enclaves.

Lo forman un número que oscila entre cuatro a seis personas con discapacidad que realizan trabajos en entornos comunitarios, fuera de un centro de rehabilitación o trabajo. Un profesional cualificado acompaña al grupo a tiempo completo, responsabilizándose de la formación de los miembros del equipo. La agencia promotora (centro especial de empleo), ofrece sus servicios a negocios o empresas de la comunidad o a particulares. Los operarios suelen ser remunerados en función de su productividad, por el centro especial de empleo que los tiene en su plantilla de trabajadores.

La finalidad de todo empleo con apoyo, en sus dos versiones (competitivo y enclaves), es lograr la mayor integración de los trabajadores con discapacidad en el mercado de trabajo ordinario. Supone una medida de utilidad para ampliar las posibilidades de empleo de este colectivo de exclusión social, así como facilitar la transición desde el empleo protegido en el centro especial de empleo al empleo ordinario. Es decir, permiten trasladar el empleo protegido a entornos más ordinarios. Se utilizan los recursos económicos de los centros especiales de empleo para atraer la apuesta empresarial por la contratación de personas con discapacidad, y facilitar la salida de éstas de los lugares protegidos. Esto posibilita su incorporación en empresas abiertas junto a trabajadores pertenecientes al mercado de trabajo ordinario. Esta relación es contractual:

- Le permite al trabajador con discapacidad completar y mejorar su experiencia profesional con tareas en un entorno propio del mercado ordinario de trabajo.
- Puede posibilitar el crecimiento de la actividad y de los objetivos de generación de empleo, desarrollados por los centros especiales de empleo.

- A la empresa colaboradora le permite conocer mejor las capacidades y posibilidades de los trabajadores con discapacidad intelectual, lo que puede llevar a la incorporación de éstos a las plantillas, cumplir la obligación legal de la reserva de empleo, bien directamente, mediante su contratación laboral o a través de la alternativa del enclave.

En resumen, tanto el empleo competitivo con apoyo como los enclaves son considerados fórmulas mixtas de integración laboral, ya que utilizan recursos compuestos o mixtos, del empleo abierto y del empleo protegido, para poder ofrecer puestos de trabajo al colectivo de personas con discapacidad, pero se diferencian entre sí, como vemos en la siguiente tabla. En los enclaves, tanto los trabajadores con discapacidad intelectual como el preparador laboral, que les acompaña permanentemente, son asalariados del centro especial de empleo. En cambio en el empleo competitivo, el salario del operario lo facilita la empresa ordinaria y el preparador laboral pertenece a la plantilla de la empresa protegida que entrena, facilita los apoyos necesarios y actúa de intermediario entre el operario y su entorno laboral. En los primeros momentos de forma constante pero progresivamente se ira retirando a medida que la persona con discapacidad vaya integrándose en su nuevo entorno sociolaboral.

ENCLAVES	EMPLEO COMPETITIVO CON APOYO
El salario lo aporta el Centro Especial de Empleo o agencia que los representa.	El salario lo aporta la empresa ordinaria.
Un preparador laboral acompaña al grupo a tiempo completo y de forma permanente.	Un preparador laboral va disminuyendo sus apoyos o se establecen apoyos naturales.

Tabla 5.9 Diferencias entre las distintas modalidades de empleo con apoyo

3.3 EL EMPLEO INCLUSIVO O EL EMPLEO INTEGRADO

Hace referencia a los entornos laborales en los que la mayor parte de los trabajadores no tienen discapacidad y en el que a la persona con discapacidad se la puede proporcionar apoyos continuados o restringidos en el tiempo. Los salarios son iguales que los de los trabajadores sin discapacidad que realizan tareas similares. Existiendo la posibilidad de tener apoyos para facilitar la capacidad de los empleados y para satisfacer las exigencias del lugar de trabajo (Kiernan, 2001). No nos vamos a extender en esta modalidad, dada

la escasa repercusión y poco uso que se hace de ella por las personas con discapacidad intelectual. Otra razón de peso es que en la muestra que se analiza en este estudio, ninguno de los participantes trabaja en la empresa abierta.

Las distintas modalidades de acceso al empleo vistas, hasta el momento, son complementarias entre sí y pretenden incrementar las posibilidades de empleo de las personas con discapacidad intelectual, articulando mecanismos específicos en cada una de estas modalidades. Existen otras como es el autoempleo o el teletrabajo de los que no disponemos de datos.

4 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El panorama general de la situación actual del empleo de las personas con discapacidad intelectual nos permite concluir que, en este campo aun queda mucho por hacer, tanto a nivel práctico y real como a nivel teórico o metodológico, sin olvidar otras facetas también relevantes de índole legislativo, político, social, empresarial, etc ... El análisis crítico, el intercambio de experiencias de todas las partes implicadas y la investigación al respecto son esenciales para ir marcando la senda de una mejor y mayor integración sociolaboral de las personas con discapacidad que, indudablemente, redundará en una mejora de la calidad de vida de ellos y de todos los miembros de la sociedad. En los estudios que se han ocupado de analizar la inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual observamos que:

- Algunos autores han investigado las habilidades que influyen en los procesos de formación e inserción en las diferentes modalidades de trabajo (Hanley-Maxwell y cols, 1986; Salzberg y cols, 1988; Gaylord-Ross y cols, 1991).
- Otros estudios han intentado establecer estrategias de intervención que conduzcan a un mayor aprendizaje y un desempeño pre-laboral y laboral efectivos en esta población (Chadsey-Rusch y cols, 1984; Schafer, 1997; Travis y Storey, 1998).

- También se han diseñado y validado instrumentos de evaluación para guiar los procesos de orientación profesional, inclusión laboral y mantenimiento del empleo (Mithaug, Mar y Stewart, 1978; Bolton y Roessler, 1986).

Hasta el momento no se ha estudiado cómo las habilidades adaptativas que manifiestan las personas con discapacidad intelectual pueden ser un indicador significativo a tener en cuenta para la adquisición y mantenimiento de un puesto de trabajo en un entorno protegido. De ahí, la importancia y relevancia de investigar con instrumentos que puedan ser utilizados como premonitorios de una buena inserción laboral, éste ha sido uno de los objetivos más claros de esta investigación. Los resultados obtenidos están expuestos en el presente trabajo.

5 RESUMEN

La atención a las personas con discapacidad se inició en España en la década de los años 1960 a partir de la creación del movimiento asociativo, según fue evolucionando la edad de los usuarios y determinando las necesidades de los asistidos fueron creandose distintos y nuevos servicios. Cada paso ha supuesto un cambio de actitudes de los afectados, familias y comunidad, hasta llegar al momento actual donde se considera que las personas con discapacidad son sujetos que pueden trabajar. Los escasos estudios sobre el acceso al empleo de este colectivo no ratifican esta premisa, a pesar de las políticas desarrolladas y medidas legislativas aprobadas. Es un grupo reducido los que acceden a un empleo remunerado a lo largo de su vida y suelen coincidir con puestos de escasa especialización. Rara vez lo pierden por no saber hacerlo o por su falta de habilidades académicas. Las causas principales que dificultan el que la mayoría de las personas con discapacidad puedan tener un contrato laboral son las barreras sociales, arquitectónicas y comunicativas, la existencia de cada vez menos trabajos no cualificados en el mercado laboral, la competitividad con otros colectivos considerados de exclusión social, la situación socio-económica del momento, la calidad y posibilidades de formación de este colectivo y como no, las posibles deficiencias específicas de cada uno de los sujetos.

Uno de los recursos más utilizados por las personas adultas con discapacidad intelectual son los centros ocupacionales, talleres de entrenamiento y aprendizaje una vez finalizada la escolaridad obligatoria, donde se ofrece la oportunidad de adquirir habilidades adaptativas a todos los niveles: de la vida diaria, sociales, académicas, laborales, uso de la comunidad, etc., a partir de la realización de actividades laborales y complementarias a cambio, si así lo determina el equipo multiprofesional, de una gratificación. En algunos casos, se convierte en el camino de tránsito hacia el empleo abierto o protegido. Otros servicios son los centros especiales de empleo, la principal alternativa de acceso a mundo laboral aunque sea protegido, a trabajadores con discapacidad intelectual con dificultades para llegar a la empresa ordinaria, por lo que se convierte en un medio de integración sociolaboral y en la mayoría de los casos, en el fin último. Para un grupo muy reducido es un paso previo para el acceso al empleo ordinario, inclusivo o integrado. Además de estos centros existen otras modalidades de empleo protegido como son los enclaves o el empleo con apoyo

Los limitados estudios en este campo nos permiten concluir que se desconocen aun muchos aspectos, entre ellos, cuáles son las repercusiones de las medidas legislativas, políticas, sociales, económicas, etc., no se conocen cuáles son los perfiles profesionales más idóneos para conseguir un trabajo, tampoco cuáles son las habilidades o los itinerarios formativos más significativos que favorecen el acceso al empleo de este colectivo, ni las repercusiones en la calidad de vida de las personas con discapacidad según el acceso o modalidad de contratación, ni la existencia de instrumentos de evaluación y estrategias de intervención vinculados al tema que nos ocupa en sus diferentes facetas, como se recoge en el presente trabajo de investigación, hecho que necesita ser subsanado en el menor plazo de tiempo pues se exige una pronta solución.

Parte Segunda

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 6

CONTEXTUALIZACIÓN Y

PLANTEAMIENTOS DE LA

INVESTIGACIÓN



En este primer capítulo de la segunda parte, contextualizamos nuestro estudio y exponemos los planteamientos de la investigación. En el primer epígrafe justificamos el trabajo, prestando especial interés en un estudio previo, en concreto la investigación realizada en España con una de las Escalas ABS, la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 para niños y adolescentes de 3 a 18 años. La adaptación y valoración de esta Escala (García Alonso, 2001) nos proporciona el punto de partida de nuestro trabajo. En este apartado, se recogen las principales conclusiones que se desprenden de su tesis doctoral, ya que algunas cuestiones o planteamientos constituyen la base de la presente investigación.

En el segundo apartado, consideramos necesario contextualizar y encuadrar lo más posible este estudio y como éste se ha realizado con participantes pertenecientes a la Asociación ASPANIAS, inicialmente, recogemos los datos más relevantes de la entidad, así como, las características más significativas de las personas con discapacidad evaluadas. En este sentido, se describen, entre otras, las características sociodemográficas y psicopatológicas asociadas a la discapacidad de los participantes, hombres y mujeres con discapacidad intelectual (severa, moderada y ligera) que acuden

diariamente, bien al centro ocupacional bien al centro especial de empleo de ASPANIAS.

Tras plantear los problemas asociados al campo de conocimiento que tratamos y reflexionar sobre los interrogantes surgidos, se exponen los objetivos, las variables, las hipótesis que proponemos para su estudio y la metodología empleada.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. ESTUDIOS PREVIOS REFERENCIALES QUE CONSTITUYEN EL PUNTO DE PARTIDA

Como ya hemos visto, la AAIDD lleva muchas décadas estableciendo conceptualizaciones operativas y funcionales sobre las personas con discapacidad intelectual, lo que permite, a los profesionales del campo, realizar diagnósticos, clasificar a las personas con discapacidad intelectual y prestar los apoyos que precisan. Para llevar a cabo estas actuaciones, es necesario contar con herramientas e instrumentos adecuados y estandarizados.

Existen en España, pruebas estandarizadas y reconocidas internacionalmente para valorar la capacidad intelectual (algunas de ellas revisadas estos dos últimos años –es el caso de alguna de las Escalas de Wechsler-) Recientemente, disponemos de instrumentos adaptados que valoran la intensidad de los apoyos (SIS) y, desde hace algunos años, también podemos usar para la planificación de servicios, dos instrumentos que valoran la conducta adaptativa en adultos (ICAP, CALS).

Sin embargo, el número de este tipo de instrumentos, tan necesarios para los profesionales de la evaluación y los de atención directa, es muy bajo si lo comparamos con otros países con el mismo desarrollo que el nuestro. Dada la importancia que tiene la conducta adaptativa para los tres procesos de evaluación propuestos por la AAIDD (diagnóstico, clasificación y prestación de apoyos), consideramos que debe haber, en nuestro País, muchas más pruebas al respecto.

Más aun se justifica esta tesis, si tenemos presente que la AAIDD considera las Escalas ABS, en su última edición -la décima-, como unas de las más usadas en Norteamérica, la más investigadas y las más adaptada en diferentes países.

En esta exposición de razones, cabe decir lo importante que es no dejar las cosas a medias, sabemos que las Escalas ABS lo conforman dos instrumentos, uno preparado para ser aplicado a sujetos de entre 3 y 18 años -en el ámbito escolar principalmente-, y otro el ABS-RC:2 para personas adultas de 18 a 69 años que vivan en comunidad o en centros institucionalizados. En el 2001 se valoró la Escala adaptada ABS-S:2, con una muestra burgalesa de 207 participantes, obteniéndose como principal conclusión que ésta cumplía con los requisitos técnicos, servía y era totalmente adecuada para poder ser usada con personas con discapacidad intelectual, estando lista para la estandarización a la población española (próxima a editarse). Pues bien, tras esta aportación, consideramos necesario llevar a cabo el estudio que completa la valoración del instrumento que faltaba por estudiar, el ABS-RC:2, que como hemos dicho, proporciona información de la conducta adaptativa de personas adultas con discapacidad intelectual en el ámbito de la descripción, la clasificación y los apoyos.

Partimos de la convicción de que utilizar instrumentos adaptados y validados en otros países o contextos socioculturales, favorece que las investigaciones sean mejores, tanto en cantidad como en extensión y calidad, posibilita una mayor certeza y consenso en los juicios diagnósticos y favorece el entendimiento entre profesionales, aunque estos pertenezcan a países distintos. En definitiva, redundando en una mejor atención y unos apoyos más idóneos y consensuados al colectivo de discapacitados.

La tesis de García Alonso (2001), se propuso, entre otros, los siguientes objetivos:

- 1) Traducir y adaptar al castellano las Escalas americanas de Conducta Adaptativa, elaboradas por Nadine Lambert; Kazuo Nihira and Henry Leland: “AAIDD Adaptive Behavior Scale-School. ABS-S:2.” Versión centros educativos.
- 2) Estudiar el poder discriminatorio de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2, observando si en su aplicación a individuos de habla castellana (de la provincia de

Burgos), se detectan las características más unánimemente aceptadas del constructo de conducta adaptativa.

- 3) Comprobar si el instrumento de evaluación ABS-S:2, una vez adaptado, demuestra la equivalencia de constructo con la prueba originaria.
- 4) Realizar una aproximación a la validez, fiabilidad y baremación de la Escala ABS-S:2, ya que pueden ser buenos estimadores de los correspondientes parámetros poblacionales.
- 5) Valorar si la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2, es adecuada, según los criterios de calidad de los tests propuestos por el Colegio Oficial de Psicólogos.
- 6) Valorar si dichos instrumentos sirven para la población de habla castellana con y sin discapacidad intelectual.

En definitiva, dicha autora llevó a cabo un estudio de la Escala adaptativa ABS-S:2 para valorar su posible idoneidad en la población española. Las hipótesis de trabajo de García Alonso, (2001) se confirmaron con los resultados obtenidos en su investigación. A continuación se relatan algunas de las conclusiones básicas a las que llegó:

- Las medias obtenidas por los participantes con y sin discapacidad intelectual en conducta y en habilidades adaptativas van aumentando conforme lo hace la edad cronológica de los participantes.
- En los participantes con discapacidad intelectual (no en los no discapacitados), las puntuaciones en conducta adaptativa ofrecen una discontinuidad en su progreso, por lo que podemos deducir que su adquisición y uso sigue un ritmo más irregular que el de las personas sin esta discapacidad.
- El ritmo de adquisición y uso de conducta adaptativa son más lentos en las personas con discapacidad. A una edad determinada, las medias conseguidas no alcanzan el

nivel medio de los participantes sin discapacidad intelectual. Si embargo, conforme las edades aumentan, estas medias, por lo general, van acrecentándose.

- Este instrumento diferencia adecuadamente entre participantes con y sin discapacidad intelectual.
- Entre los subgrupos de participantes con discapacidad intelectual, según el grado de afectación, se han obtenido resultados que revelan diferencias significativas en algunos dominios de conducta adaptativa.
- En las personas con discapacidad intelectual existe una gran variabilidad en la adquisición y uso de conductas. Coexistiendo, en algunos participantes, conductas y habilidades adaptativas totalmente adecuadas o fuertes con otras débiles que indicarían las limitaciones.
- A mayor afectación de conductas desadaptadas, las personas con discapacidad intelectual manifiestan menor cantidad de conductas adaptativas adquiridas o empleadas.
- La Escala ofrece buenos índices estimativos de fiabilidad, tanto en consistencia interna, como en el estudio test-retest y en el de interevaluadores.
- La Escala obtiene buenos índices estimativos de la validez: mide las características más básicas del constructo de conducta adaptativa, obtiene índices adecuados en el estudio de intercorrelación de los ítems, una adecuada validez criterial y se encontró la misma estructura factorial que en la Escala original.
- La investigación proporcionó baremos provisionales para personas de entre 6 y 18 años.
- Se categorizaron como “adecuadas o buenas” todas las características técnicas de la Escala adaptada, siguiendo como criterio las consideraciones propuestas, en el

cuestionario CET, por la Comisión internacional de Tests del COP. La Escala ABS-S:2 resulta idónea, merecedora de la adaptación y preparada para su estandarización.

García Alonso (2001) tras realizar su tesis doctoral, vio la necesidad de continuar la investigación que ella había iniciado (y así lo expuso en las vías abiertas de investigación), pues la importancia de la temática abordada era grande y existía mucha demanda, de este tipo de instrumentos, por parte de los colectivos de profesionales que trabajan con personas con discapacidad intelectual.

2. ASPANIAS

2.1 DATOS GENERALES DE LA ENTIDAD

ASPANIAS (Asociación de familiares de hijos con discapacidad intelectual) es una entidad sin ánimo de lucro, nace, en 1964, como un movimiento asociativo de padres de personas con discapacidad intelectual, a la búsqueda de respuestas educativas y sociales para los problemas de sus hijos/as. Esta entidad desarrolla su acción en Burgos y provincia y forma parte de unas estructuras más amplias, como la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones Pro Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), la Federación Castellano-Leonesa de Asociaciones Pro Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS CASTILLA-LEON), la Fundación Tutelar Castellano-Leonesa de Personas con Discapacidad Intelectual, el Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI), la Asociación FEAPS para el empleo (AFEM), etc.

ASPANIAS desarrolla y asume, como propia, la misión del Movimiento FEAPS: “Mejorar la calidad de vida de todas las personas con discapacidad intelectual y de sus familias” mediante la organización de sus recursos e infraestructuras en torno a las siguientes áreas y servicios: área asistencial, área de formación, área de vivienda (residencias, pisos tutelados, etc.), servicio de ocio y cultura, servicio de familias, servicios generales, área ocupacional y área de empleo. A principios del año 2006 crea una Fundación para la gestión de servicios y la atención de las más de 500 personas a

partir de los 12-13 años. Los objetivos específicos que se plantea desde el área ocupacional y de empleo podrían resumirse en la formación, promoción e inserción laboral de las personas con discapacidad intelectual.

En la página web⁷ se expresa que el área ocupacional tiene como finalidad la ocupación, es decir, realizar tareas prácticas relacionadas con la realidad y el entorno, dar sentido a la vida adulta y ser la clave de la estabilidad emocional y del desarrollo individual de todo usuario. Este servicio va dirigido a aquellas personas con limitaciones propias o externas para acceder a la vida laboral. En cuanto al área de empleo, su finalidad es el empleo, como eje principal de realización integral del individuo, que le confiere un papel social y en consecuencia su dignidad personal, también le permite autosuficiencia económica, por lo tanto, independencia. Su principal motor es el centro especial de empleo (C.E.E.), una empresa enmarcada en el ámbito de la Economía Social, con más de 150 trabajadores que proporciona empleo protegido, empleo con apoyo y formación para el ajuste personal y social dentro de la estructura de ASPANIAS. Ofrece las siguientes líneas de negocio: manipulados auxiliares de la industria, jardinería y viveros, logística, mantenimiento, limpieza, recepción y enclaves laborales en otras empresas. Desde este área se oferta también al empresariado burgalés asesoramiento, apoyo y sensibilización por medio de su Unidad de Intermediación Laboral, para el cumplimiento de la normativa para el empleo de las personas con discapacidad.

Las diferencias entre el Centro Ocupacional (CO) y el Centro Específico de Empleo (CEE) se comentaron ampliamente en el capítulo anterior, pero podemos recordar muy brevemente que la diferenciación entre uno y otro es la intensidad, metodología y prioridad que se da a unos fines frente a otros. En el centro especial de empleo se da mayor énfasis a los objetivos encaminados a la realización laboral y profesional de las personas con discapacidad en un entorno laboral lo más normalizado e integrador posible, mientras que, en el centro ocupacional se promueve el desarrollo de la persona con discapacidad intelectual en todas las facetas de su vida, a través de actividades ocupacionales, formativas y complementarias.

⁷ <http://www.aspaniasburgos.org>

2.2 POBLACIÓN ATENDIDA EN ASPANIAS

En el momento de realizar la investigación, casi 500 personas con discapacidad intelectual eran atendidas en los centros que ASPANIAS tiene en Burgos y provincia, de éstas, 249 acudían al centro ocupacional y al centro especial de empleo que esta entidad posee en el complejo de Quintanadueñas. La distribución de usuarios en ambos centros, por grupos de edad, centro y género se refleja en la tabla siguiente:

EDAD		20-30	31-40	41-50	51-60	>61	TOTAL	TOTAL por centro
CO	Hombres	26	27	30	11	2	96	139
	Mujeres	16	14	8	4	1	43	
CEE	Hombres	15	23	28	10	1	77	110
	Mujeres	11	11	7	4	0	33	
TOTAL		68	75	73	29	4	249	

Tabla 6.1. Número de usuarios por rango de edad, centro (CO y CEE) y sexo

De la población atendida, en ese momento, 139 eran usuarios del CO y 110 eran operarios con discapacidad intelectual en el CEE. Estas cifras suponen un total de 249 personas con edades comprendidas entre los 20 y los 70 años. En cuanto al sexo de estas personas, decir que, 76 eran mujeres y 173 varones.

Centro	LIGERO	MODERADO	SEVERO	TOTAL
CO	22	102	15	139
CEE	102	8	0	110
TOTAL	166	117	15	249

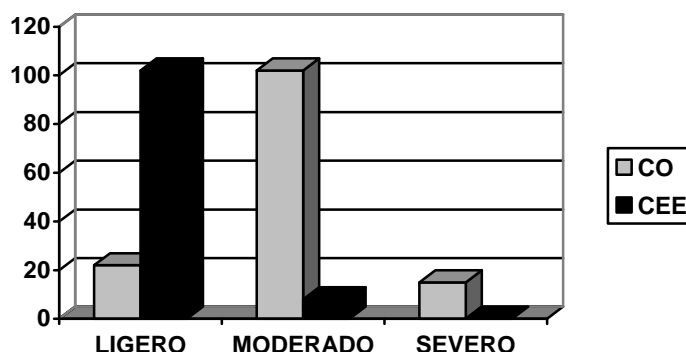
Tabla 6.2. Nivel intelectual de los usuarios del CO y CEE.

Los usuarios de ambos centros presentan la característica común de tener discapacidad intelectual, bien de tipo ligero, bien moderado o bien severo. Como podemos observar en la tabla 6.2, en la población del Centro Ocupacional de Quintanadueñas, priman los individuos con discapacidad moderada frente a la ligera, que constituye el nivel de funcionamiento intelectual de la mayoría de los trabajadores

del Centro Especial de Empleo. En este último, no hay operarios con coeficiente intelectual de la categoría severa.

También debemos apuntar que un amplio grupo tienen adquiridas gran parte de las habilidades básicas de autonomía personal (aseo, vestido y alimentación),

habilidades de la vida diaria, deambulación y comunicación verbal. Sólo, un número muy reducido requiere de apoyos individuales para realizar algunas de estas tareas.



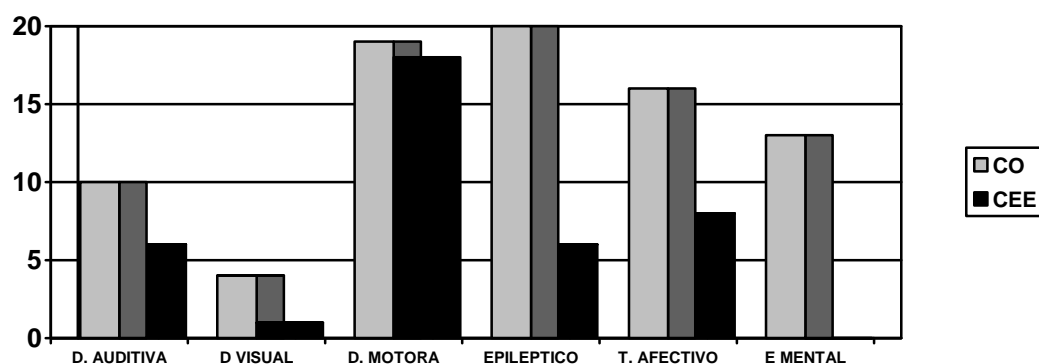
Existe un amplio número de usuarios (37%) que presentan discapacidades sensoriales y motóricas (auditiva y visual, parálisis cerebral,...) asociadas a la discapacidad intelectual. Estas dificultades no suelen ser obstáculo para la realización de las actividades planificadas ni para su integración social en dichos centros.

Centro	D. AUDITIVA	D. VISUAL	D. MOTORA	T. EPILÉPTICO	T. AFECTIVO	E. MENTAL
CO	10	4	19	20	16	13
CEE	6	1	18	6	8	0
TOTAL	16	5	37	26	24	13

Tabla 6.3. Personas con otras discapacidades o patologías asociadas a la discapacidad intelectual.⁸

En el centro ocupacional, en cuanto a los problemas de salud, un grupo importante presenta epilepsia y otros requieren de cuidados específicos por problemas de obesidad o enfermedades comunes. De igual modo, existe un pequeño porcentaje (10%) con patologías duales (trastornos mentales y/o de conducta) asociadas a su discapacidad.

⁸ Algún caso puede estar registrado en dos o más categorías al presentar varias patologías. Por ejemplo epilepsia y discapacidad motora o/y auditiva.



La etiología de la discapacidad intelectual se desconoce en la mayoría de los casos. Los problemas perinatales (anoxia, traumatismos perinatales, enfermedades infecciosas, etc.) junto con síndromes genéticos (síndrome de Down, síndrome X frágil y otros) son las causas conocidas más frecuentes, la incompatibilidad del RH o la consanguinidad son otros factores significativos. Hay un colectivo (aproximadamente el 20%), cuya discapacidad fue diagnosticada a partir de los 18 años, producida por traumatismos craneales o enfermedad mental y que según los criterios de la AAIDD, debiéramos catalogar como discapacidad psíquica o mental.

La gran mayoría de personas atendidas en estos centros se incorporan todos los días desde sus domicilios o bien desde las residencias o pisos tutelados que ASPANIAS tiene en la ciudad (para aquellos usuarios cuyas familias viven en pueblos de la provincia o para aquellos que proceden de entornos familiares desestructurados o los progenitores han fallecido), sólo un pequeño porcentaje, acuden de otras entidades sociales u otras instituciones públicas/privadas.

De todo este grupo de adultos con discapacidad, se seleccionaron de forma aleatoria 208 participantes para constituir la muestra a investigar en esta tesis. En el epígrafe “metodología” que aparece posteriormente se comentan la metodología con los pasos llevados para realizar la selección de participantes.

3. PLANTEAMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. PROBLEMAS

Una vez contextualizada y enmarcada la investigación que se plantea en este trabajo y antes de proponer los objetivos y las hipótesis, se exponen a partir de la reflexión los interrogantes o problemas que subyacen en este estudio:

- La Escala ABS-RC:2, adaptada al castellano y a la cultura española: ¿cumple los criterios de fiabilidad y validez pertinentes para ser un buen instrumento de valorativo?, ¿mide lo que realmente quiere medir?, ¿sus valores coinciden con los de otras escalas conocidas y aceptadas de conducta adaptativa?, ¿existe consistencia interna en las dos partes del instrumento?, ¿cómo es su error de media en el conjunto de la muestra?, ¿existen diferencias de puntuaciones en sus ítems en función del profesional que lo aplique o hay consenso en los valores obtenidos independientemente de las personas que la utilice?. Todos estos interrogantes se podrían sintetizar en la siguiente pregunta: ¿presenta la Escala adaptada a nuestro entorno unas adecuadas características psicométricas de validez y fiabilidad?
- Sin embargo, nuestros interrogantes no acaban aquí, dado que nos interesa también conocer otros aspectos de especial interés para los profesionales que intervienen en los centros de atención. Todas estas preguntas tienen que ver especialmente con la capacidad de discriminación de la Escala: ¿la ABS:RC se puede aplicar a personas adultas con discapacidad intelectual de un centro ocupacional y de un centro especial de empleo?, ¿discrimina este instrumento entre participantes de uno u otro centro?. Es decir, ¿aplicando este instrumento en estos entornos, obtenemos información sobre las características generales, más ampliamente aceptadas por la comunidad científica del concepto de conducta adaptativa?, ¿discrimina el ABS-RC:2 entre personas con diferentes grados de discapacidad intelectual?, ¿se observan indicios de la existencia de puntos fuertes y débiles en conducta adaptativa?. Sabemos, por definición y experiencia, que las personas con discapacidad intelectual al llegar a la edad adulta no han adquirido o no usan todos los dominios de conducta adaptativa, ¿en qué dominios presentan más dificultades?,

¿en cuáles el ritmo de adquisición, es más lento o irregular?, ¿la avanzada edad se relaciona con una disminución del uso de conducta adaptativa?, si esto fuera así, ¿a partir de qué edad, observamos una disminución en las puntuaciones?, ¿las conductas desadaptadas interfieren en la adquisición o uso de las habilidades adaptativas de los adultos con discapacidad?, ¿el hecho de presentar enfermedad mental o trastornos de conducta puede disminuir las puntuaciones en la Escala?, ¿en qué tipo de dominio o áreas hay que hacer un mayor hincapié en la población adulta con discapacidad intelectual para favorecer la adquisición, mantenimiento y uso de la conducta adaptativa y evitar, el deterioro precoz en los participantes?, ¿qué tipo de habilidades hay que favorecer y entrenar para facilitar la integración en el mercado laboral?

Todos estos interrogantes y muchos otros, nacidos de la experiencia del trabajo con este colectivo, son los que constituyen la base a partir de la cual formulamos nuestros objetivos e hipótesis de trabajo.

3.2. OBJETIVOS

1. Adaptar al castellano la Escala americana de Conducta Adaptativa “Adaptive Behavior Scales-Residential and Community ABS-RC:2”-Versión comunidad y centros residenciales-. Elaborada por Kazuo Nihira; Henry Leland y Nadine Lambert. Editada, en segunda edición, en 1993 por la AAIDD y distribuida por la International Publisher PRO-ED.
2. Realizar una estimación de la validez y fiabilidad de la Escala ABS-RC:2, ya que pueden ser buenos estimadores de los correspondientes parámetros poblacionales.
3. Estudiar el poder discriminatorio de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2, observando si en su aplicación a personas con discapacidad intelectual de diferentes centros para adultos de la Asociación ASPANIAS de Burgos, la Escala ofrece resultados diferentes y significativos, lo que facilitaría a los profesionales utilizarla con fines específicos en los centros educativos, ocupacionales, prelaborales y laborales.

4. Valorar si la Escala de conducta adaptativa ABS-RC:2 es adecuada en nuestro contexto y sirve para estandarizarse y/o usarse con la población de discapacitados intelectuales adultos de habla castellana en España.

3.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN ESTADÍSTICA DE LA PRUEBA ABS-RC:2: FIABILIDAD, VALIDEZ Y ANÁLISIS FACTORIAL

Hipótesis 1: La Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2, adaptada a nuestro entorno, manifiesta una adecuada fiabilidad, medida a través de las pruebas psicométricas que nos proporcionan datos sobre la consistencia interna, la fiabilidad test-retest, la fiabilidad interevaluadores y el error típico de medida.

Hipótesis 2: La Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2, adaptada a nuestro entorno, manifiesta una adecuada validez, medida a través de pruebas psicométricas que nos proporcionan validez de criterio, de constructo, intercorrelación de los ítems y análisis factorial.

HIPÓTESIS QUE RECOGEN INFORMACIÓN COMPARATIVA Y DISCRIMINATIVA.

Hipótesis 3: La adquisición y el uso de la conducta adaptativa están en relación con la capacidad intelectual de la persona (medida a través de las pruebas de inteligencia actuales más difundidas).

Hipótesis 4: En las personas con discapacidad intelectual coexisten puntos fuertes y débiles en adquisición o uso de la conducta adaptativa.

Hipótesis 5: La conducta desadaptativa interviene de forma negativa en la adquisición o uso de la conducta adaptativa, de tal forma que, a mayor número de conducta desadaptada menor adquisición o uso de la adaptada.

Hipótesis 6: Las puntuaciones en conducta adaptativa y desadaptativa disminuyen conforme las personas con discapacidad intelectual van entrando en edades avanzadas.

Hipótesis 7: Las personas con discapacidad intelectual que acceden a empleo protegido (CEE) presentan distinto nivel de conducta adaptativa que las personas que están en un centro ocupacional.

3.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

La Variable Dependiente 1: es la adquisición y el uso de la conducta adaptativa, medidas a través de los 10 dominios de la primera parte de la Escala ABS-RC (funcionamiento independiente, desarrollo físico, destrezas económicas, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, actividades domésticas, actividades prevocacionales y vocacionales, autodirección, responsabilidad y socialización).

Variable Dependiente 2: son las conductas inadecuadas, medidas a través de los 8 dominios de la segunda parte de la Escala ABS-RC (problemáticas relacionadas con la conducta social, problemas relacionados con la conformidad, problemas relacionados con la confianza, los comportamientos estereotipados e hiperactivos, la conducta sexual; los comportamientos autoabusivos, la conducta de aislamiento social y el comportamiento interpersonal molesto o perturbador).

- **Variable Independiente 1:** la edad cronológica de los participantes en el momento de la aplicación de la Escala.
- **Variable Independiente 2:** la capacidad intelectual de los participantes en el momento de completar el instrumento, medida a través de las pruebas estandarizadas más difundidas en la actualidad.

- **Variable Independiente 3:** modalidad de ocupación o centro al que acuden en el momento de la evaluación: centro ocupacional o centro especial de empleo (empleo protegido).

Somos conscientes de que éste no es un trabajo en el que estemos manipulando variables, pero consideramos que como estudio de investigación que es, existen una serie de variables con posibilidad de contaminar y si es así, podrían afectar al estudio, por lo tanto creemos conveniente especificarlas. Las **Variables Contaminantes** se definen como aquellas disposiciones que median entre las variables dependientes e independientes. El control de este tipo de variables resulta complejo en muchas ocasiones. Las variables que con más facilidad pueden afectar a nuestro estudio se derivan de las características de administración de la Escala. El protocolo de recogida de la información ha sido cumplimentado por un único profesional de la evaluación que conoce a todas las personas examinadas, por trabajar en la atención directa y con una experiencia de casi 20 años trabajando en el campo de la discapacidad, pero a pesar de ello, podrían estar interviniendo variables extrañas o contextuales que influyan en mayor o menor medida en nuestro proceso de investigación, entre las que parecen más relevantes estarían las siguientes:

- **Con respecto al informante o calificador** puede variar el grado de profundidad en el conocimiento de los sujetos, especialmente en ambientes fuera de lo laboral y social, las expectativas que se tengan sobre el evaluado, la capacidad de recuerdo y la predisposición a la respuesta por la imagen preconcebida que se posea de la persona, por estar en un servicio u otro (residencia, piso tutelado, domicilio familiar, centro ocupacional, centro especial de empleo, etc.) pueden ser variables contaminantes y mediar en las puntuaciones otorgadas a los participantes. Para poder controlar, en la medida de lo posible, las influencias de éstas durante el periodo de aplicación de la Escala, se deberá realizar una validez interevaluadores, es decir, otro profesional debe llevar a cabo la evaluación a una submuestra de participantes, comparando las puntuaciones obtenidas por ambos evaluadores. A este segundo examinador se le deberán ofrecer instrucciones muy precisas sobre la forma de puntuar los protocolos, procurando de este modo, evitar las ambigüedades y favorecer la homogeneidad de criterios. Además de esto, los aplicadores han de

tener conciencia del interés únicamente investigador de la aplicación. Con esta acción consideramos que podríamos controlar y valorar la relevancia de este tipo de variables.

- **Con respecto al instrumento de evaluación** partimos de la validez demostrada al aplicar este mismo instrumento en población adulta con discapacidad intelectual norteamericana y en población burgalesa en edad escolar. Sin embargo, en la aplicación que se realice con la muestra objeto de este estudio, podríamos encontrarnos con dificultades en la valoración de los enunciados de la Escala. En caso de desconocimiento acerca de la adquisición o uso por parte de los participantes de algunos de los dominios a evaluar, consideramos imprescindible recurrir a la observación en otros contextos, a la realización de preguntas directas a los evaluados, a otros profesionales más conocedores del caso o bien, acceder a los expedientes individuales para conseguir estos datos. Creemos que con estas actuaciones se podrían controlar, en gran medida, esta posible variable. Decir al respecto que además, va a poder ser de alguna manera revisado, cuando trabajemos con la validez de criterio, y utilicemos un segundo instrumento de evaluación, el Inventario de Conducta Adaptativa y Planificación de Servicios (ICAP), ampliamente empleado en la medición de conducta adaptativa en los centros de atención a personas con discapacidad intelectual.
- **Con respecto a la muestra** sabemos que existe toda una gama de características individuales y sociales en los participantes del estudio que pueden afectar a los resultados obtenidos. Si bien, no las consideramos especialmente relevantes desde el punto de vista de la contaminación para los propósitos que tiene esta tesis, pues la amplia diversidad social y funcional, que de seguro manifiestan y será reflejada en las puntuaciones obtenidas, es lo que necesitamos para hacer nuestro estudio en concreto, por lo tanto, no vamos a tenerlas en cuenta para este trabajo.

3.5 METODOLOGÍA

3.5.1 PROCEDIMIENTO

El trabajo de investigación que se expone, comenzó hace ya unos cuantos años, remontándose al año 2001. Su desarrollo se ha centrado en la consecución de varias fases de estudio:

La primera fase, que constituyó un primer momento, se ajustó al interés suscitado por la Escala, la convicción de la necesidad de instrumentos de conducta adaptativa y la mejora en la práctica diaria. Todo ello motivó la adquisición de los conocimientos exploratorios y la búsqueda de información científica del constructo de conducta adaptativa. Tras esto, la evaluadora principal de esta Escala y responsable de esta tesis realizó un curso de formación y asistió a jornadas de evaluación para incrementar sus conocimientos en la materia, además de los conocimientos ya adquiridos a lo largo de la licenciatura y la experiencia laboral. Todas estas actuaciones posibilitaron la planificación de este estudio.

La segunda fase de acciones vinieron encaminadas a solicitar a la Fundación INTRAS el permiso necesario para poder investigar con el ABS-RC:2. Por cuestiones prácticas, la Fundación INTRAS, realizó hace unos años, todas las gestiones y permisos necesarios para poder adaptar el ABS en las dos versiones (ABS-S:2 -para niños y adolescentes escolarizados en centros educativos- y ABS-RC:2 -para adultos que viven en comunidad o en entornos residenciales-). De este modo, se obtuvieron en España, los permisos de la editorial PRO-ED (editorial americana que la comercializa) para utilizarlas en investigación, adaptación y validación a la población española. La Fundación INTRAS, por tanto, es poseedora de los derechos de las Escalas en España y ésta nos ha dado su permiso para que se pueda investigar con ella en la Fundación/Asociación ASPANIAS, entidad interesada en el estudio, por su interés en mejorar la atención a sus usuarios con discapacidad intelectual y mental.

Posteriormente, en la tercera fase, comenzó el periodo de adaptación de la Escala ABS-RC:2. Para ello 5 profesionales psicólogos, nos expresaron sus juicios expertos, revisando los enunciados y valorando la idoneidad de los 2 dominios que son específicos de esta Escala de adultos. Más adelante, los esfuerzos se centraron en la selección de participantes y la aplicación de la Escala, que comprendió los meses de septiembre de 2002 a diciembre del 2004. El número total de los clientes evaluados es de 208, de las 249 personas con discapacidad que acuden al Centro Ocupacional y al Centro Especial de Empleo. Esta cifra indica que el 83,53% de los adultos que asisten a dichos centros de ASPANIAS, han sido participantes en este estudio.

La siguiente fase tuvo que ver con la información recogida, se abrió una base de datos en el procesador estadístico SPSS. Este paquete estadístico nos ha posibilitado la entrada de los datos, la exploración, el tratamiento de estos y la obtención de resultados.

La quinta fase se dedicó a interpretación de los resultados, a la comprobación de cada una de la hipótesis que se habían planteado en el estudio, así como a la elaboración de las conclusiones y las líneas futuras abiertas.

3.5.2 PARTICIPANTES

En el momento de iniciar la investigación, 249 personas con discapacidad acudían a los centros señalados. Para elegir la muestra de participantes del conjunto de usuarios de los centros señalados, se realizó una selección aleatoria, a partir de la elaboración de una lista por orden alfabético de todas las personas con discapacidad intelectual, que asistían en ese momento a dichos servicios de ASPANIAS, seleccionando, por un lado, a los adultos que estaban en el Centro Ocupacional y, por otro, a los que estaban en el de Empleo Protegido.

Se buscó que el número fuera aproximadamente igual en cada tramo de edad, salvo los mayores de 61 años que fueron todos seleccionados, ya que el número de personas de las que disponíamos era muy limitado. El género tampoco fue una variable a tener en cuenta a la hora de seleccionar a los participantes. Finalmente la muestra la formaron 198 participantes con discapacidad intelectual que aparecen descritos a continuación:

		Recuento	%
Edad	de 20 a 30 años	43	21,7
	de 31 a 40 años	48	24,2
	de 41 a 50 años	52	26,3
	de 51 a 60 años	46	23,2
	de 61 a 80 años	9	4,5
Sexo	Masculino	125	63,1
	Femenino	73	36,9
Servicio de Atención	Centro Especial de Empleo	72	36,4
	Centro Ocupacional	126	63,6
Capacidad Intelectual	Ligero (70-55)	99	50,0
	Medio (54-40)	85	42,9
	Severo (-40)	14	7,1
Tipo de Vivienda	Familiar	135	68,2
	Residencia	54	27,3
	Piso tutelado	7	3,5
	Desconocido	2	1,0
Nivel Socioeconómico	Muy bajo	5	2,5
	Bajo	45	22,7
	Medio	132	66,7
	Alto	16	8,1
Trastornos Psicopatológicos	Sin diagnóstico	129	65,2
	Hiperactividad	1	,5
	Ansiedad	9	4,5
	Fobias	1	,5
	Enuresis	1	,5
	Trastorno de comportamiento	10	5,1
	Trastornos sexuales	1	,5
	Depresión	2	1,0
	Otros	18	9,1
	Múltiples	9	4,5
	Epilepsia	17	8,6
Total		198	100,0

Tabla 6.4. Características de la muestra investigada.

Podemos observar que los porcentajes de personas estudiadas en función de la edad son similares, salvo en el rango de edad de 61 a 80 años, que aun escogiendo a todos los usuarios posibles, el porcentaje es el más bajo (4,5%). Al respecto, decir que este rango de edad no es usual encontrarles en estos centros laborales. El deterioro prematuro de los discapacitados intelectuales, es un hecho altamente contrastado y conlleva a la derivación a centros específicos para el cuidado y atención de este colectivo en edad avanzada, como son los centros de día, unidades asistenciales o programas para mayores con discapacidad, etc. Consideramos certero afirmar que muchas de las personas con discapacidad intelectual de edades avanzadas, permanecen en los domicilios familiares al cuidado de algún familiar, han sido derivados a servicios para la tercera edad o, incluso, permanezcan ingresados en instituciones psiquiátricas.

Llama la atención en los datos de la muestra que el porcentaje de varones (63.1%) es superior al de mujeres (36.9%). Lo cual refleja la realidad de los centros de ASPANIAS, como podemos observar también en la tabla 6.1. Algunas posibles explicaciones a estos datos podrían ser:

- **La discapacidad ligada al cromosoma X:** existe una alta incidencia de síndromes genéticos asociados al cromosoma X, nos referimos a aquellas patologías sindrómicas, que en su fenotipo comprenden la discapacidad intelectual como una de las características. Al iniciarse las investigaciones para buscar los genes implicados en la discapacidad intelectual se comprobó que los varones tienen un riesgo tres veces mayor que las mujeres de presentar discapacidad intelectual. Un ejemplo de estas patologías es el síndrome X frágil. Expertos en este ámbito, Mila y cols., (1997) y Glóver-López y Guillen-Navarro (2006) refieren datos que oscilan entre 1/4000 y 1/6000 de varones afectado de mutación completa en la población general, mientras que la cifra en el género femenino es aproximadamente 1/8000 a 1/12000. Sólo en Burgos, estudios realizados durante los años 2005-2008 indican que al menos el 9,5% de varones atendidos en los centros de discapacidad intelectual en la provincia de Burgos están afectados (García Alonso y Medina Gómez, 2008). Hay otras informaciones que apuntan a una mayor fragilidad neurológica de los varones, lo que ocasionaría con mayor probabilidad posibles deficiencias en este sexo, que se manifestarían en una mayor mortandad en la fase embrionaria y en más alteraciones neurológicas (Partington y cols, 2004; Nawara y cols, 2006; Gestinari-Duarte y cols, 2006). En España, según el INE (2001/2008), existe una gradación importante en la tasa de discapacidad según la edad; los varones presentan tasas superiores a las mujeres en la juventud y edad adulta hasta llegar al umbral de los 45 años. A partir de ese momento, las mujeres superan en discapacidades a los varones, como consecuencia de enfermedades crónicas y degenerativas (aunque las tasas relativas igualan los porcentajes).
- **Papel social de la mujer con discapacidad:** las mujeres con discapacidad intelectual, más concretamente aquellas con un cociente intelectual más elevado y mayor nivel de autonomía, están integradas en la sociedad o pasan más desapercibidas, realizando tareas domésticas en el entorno familiar o permaneciendo

con mayor frecuencia en su entorno habitual, lo que ocasiona que su asistencia a centros para personas con discapacidad intelectual sea inferior. Como recoge la INE (2001), la mayoría de las personas con discapacidad intelectual menores de 36 años viven con sus familias de origen. Esta afirmación se contrasta en la práctica diaria al comprobar cómo el porcentaje en cuanto al sexo se iguala en los servicios de personas con mayor grado de afectación y en la observación de los nuevos ingresos de atendidos, pues la incorporación tardía de mujeres es mayor al de los varones, Esta incorporación tardía de mujeres se explica porque en la mayoría de los casos, han permanecido en el entorno familiar hasta el fallecimiento de los padres.

Como podemos observar en la tabla 6.1, el 68% de las personas estudiadas conviven en el domicilio familiar, por lo que sabemos; la mayoría con uno o ambos progenitores. Sólo un grupo muy reducido habita con otro miembro de la familia (hermano/a) o solo/a. Algo más de la cuarta parte (27,3%) viven habitualmente fuera del entorno familiar, bien en residencias o en pisos tutelados, los motivos suelen ser los siguientes:

- La residencia familiar habitual esta ubicada en el medio rural, alejada de los recursos y servicios específicos para personas con discapacidad intelectual.
- El fallecimiento, la enfermedad grave o la edad avanzada de los progenitores y las dificultades de otros familiares para asumir el cuidado.
- El individuo es miembro de una familia desestructurada o problemática.
- La persona con discapacidad presentar conductas problema que disminuyen la participación y la permanencia en el domicilio familiar.

Otro dato significativo de la muestra, es el nivel económico, ya que casi el 75% esta valorado como medio o alto, el 2,5% están englobados en la clase social con menos recursos y el resto tienen un nivel adquisitivo y provienen de un ambiente sociocultural bajo.

Aproximadamente el 65% de las personas evaluadas no presentan trastorno de conducta o enfermedad mental asociados a la discapacidad, en el resto confluye algún tipo de patología conductual o mental, el 4,5% de los participantes tienen más de dos diagnósticos, el 8,6% hace referencia a aquellos individuos con algún tipo de epilepsia, destacar que en la gran mayoría de los casos está controlada con tratamiento farmacológico, en la categoría de otros se incluyen participantes con diagnóstico de enfermedad mental de tipo psicótico (esquizofrenia, psicosis no especificadas, etc.) o trastorno del estado de ánimo (incluyendo el trastorno bipolar).

De los 198 casos evaluados con el ABS-RC, el 36,9% son trabajadores con discapacidad de la Empresa de Empleo Protegido, mientras que casi el doble (63,6) no tiene un contrato laboral y son usuarios del centro ocupacional.

Capacidad intelectual	Centro de empleo	Frecuencia	Porcentaje
Ligero	Centro Especial de Empleo	60	60,6
	Centro Ocupacional	39	39,4
	Total	99	100,0
Medio	Centro Especial de Empleo	12	14,1
	Centro Ocupacional	73	85,9
	Total	85	100,0
Severo	Centro Ocupacional	14	100,0

Tabla 6.5 Servicios en función de la capacidad intelectual

El hecho de que exista, en esta muestra, un número claramente inferior de personas con discapacidad intelectual de tipo severo, se debe a la reciente existencia de otro servicio específico en la Fundación para esta categoría. Sin embargo, algunos usuarios con discapacidad severa siguen asistiendo al centro, pues llevan muchos años en él y por sus características individuales (habilidades manipulativas, relaciones socioafectivas, nivel de autonomía personal, necesidades individuales, etc.), siguen participando de los programas del centro ocupacional, a este subgrupo podríamos catalogarle como de transición a programas más asistenciales.

Posteriormente, añadimos al estudio un grupo de participantes seleccionados al azar, procedentes de nuevas incorporaciones en el año 2007. Este hecho posibilitó aumentar el número de sujetos evaluados con la Escala y sobre ellos se llevó a cabo el estudio

interevaluadores, en el que otro profesional de atención directa, entrenado para la cumplimentación del protocolo evaluador, aplicó el ABS-RC:2 en los mismos meses que el evaluador principal.

De este grupo incorporado, se observa en la tabla 6.6 que el 50% son menores de 30 años, que acceden al Centro Ocupacional, con el objeto de ir incrementando las habilidades ocupacionales y la adaptación a entornos laborales lo más normalizados posibles, que les permitirá en un futuro acceder a un empleo o continuar en el centro ocupacional. Los más jóvenes se incorporan al Centro Ocupacional, una vez finalizada su formación académica en el centro educativo que tiene la Fundación ASPANIAS, siguiendo un itinerario formativo. Convirtiéndose en la meta final para algunos, para otros, es el paso previo para el acceso al empleo. Las personas de mayor edad, pertenecen a ese grupo de mujeres que han permanecido en el seno familiar hasta el fallecimiento o enfermedad graves de los progenitores. El porcentaje de varones es del 70% frente al 30% de mujeres. En cuanto al nivel intelectual, el 40% esta afectado de discapacidad intelectual de grado medio y un 60% está clasificado en la categoría ligeros, no existen usuarios en este grupo catalogados como severos, porque actualmente son derivados a los servicios específicos existentes para este nivel de discapacidad.

		Recuento	%
Edad	de 20 a 30 años	5	50,0
	de 31 a 40 años	3	30,0
	de 41 a 50 años	1	10,0
	de 51 a 60 años	1	10,0
Sexo	Masculino	7	70,0
	Femenino	3	30,0
Servicio de atención	Centro Ocupacional	10	100,0
Capacidad Intelectual	Ligero (70-55)	6	60,0
	Medio (54-40)	4	40,0
Nivel socioeconómico	Bajo	4	40,0
	Medio	4	40,0
	Alto	2	20,0
Trastornos psicopatológicos	Sin trastorno	2	20,0
	Ansiedad	1	10,0
	Trastorno de comportamiento	1	20,0
	Otros	4	40,0
	Epilepsia	1	10,0
Total		10	100

Tabla 6.6. Características de la muestra valorada por los interevaluadores.

En cuanto al nivel socioeconómico de este pequeño grupo, solo el 60% está considerado en las categorías de medio y alto, frente al 75% de los participantes de la tabla 6.1.

En esta submuestra observamos como significativo que el 80% de ellos presenta algún trastorno psicopatológico. Algunas explicaciones a este hecho pueden ser:

- La política actual de prestar atención a personas con doble diagnóstico (trastorno mental o conductas problema junto a discapacidad intelectual) en la Fundación.
- En las últimas incorporaciones, se ha observado que las personas acuden a los centros con diagnósticos y estos son más concretos y específicos que hace unos años.
- Las dificultades que las personas, con algún tipo de trastorno psiquiátrico asociado a la discapacidad intelectual, tienen para integrarse en la empresa ordinaria o entornos más normalizados, por lo que deben recurrir de forma permanente o transitoria a servicios específicos.

Para establecer el nivel de CI en ambas muestras, se recoge las clasificaciones previas a la propuesta por la AAIDD (1992) sobre la discapacidad intelectual ligera, media y severa, ya que es la información que aparece en los informes de estos sujetos, y es la que en la actualidad sigue otorgando el IMSERSO y el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y con la que, debido a su larga trayectoria, están más familiarizados los profesionales. Al respecto, decir que la última conceptualización propuesta por la AAIDD en el 2002, acepta la utilización de cualquier clasificación internacionalmente reconocida.

Tras haber expuesto la contextualización y el planteamiento de este trabajo, pasamos al siguiente capítulo que recoge los resultados obtenidos, las conclusiones y la discusión.

CAPÍTULO 7

**DEMOSTRACIÓN DE HIPÓTESIS,
ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN DE LOS
DATOS Y CONCLUSIONES**



El primer apartado de este capítulo vamos a dedicarlo a la demostración de las hipótesis de esta investigación, para ello utilizamos las pruebas estadísticas que nos proporcionan la información deseada. Para que la exposición sea lo más clara posible y a la vez, nos facilite la secuencia interpretativa de las hipótesis que hemos planteado, le subdividimos en dos grandes subapartados, que pasamos a comentar brevemente.

En el primero, descubrimos las propiedades técnicas de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2, es decir, observaremos si los estudios estimativos sobre su validez y fiabilidad son adecuados. Si esto es así, nos posibilita utilizar esta Escala en la población adulta con discapacidad intelectual del Centro Ocupacional y del Centro Especial de Empleo de ASPANIAS, en Quintanadueñas y estudiar a través de esta prueba, diversos aspectos que interesan a los profesionales que interactúan con las personas con discapacidad. Saber que los instrumentos de evaluación que utilizamos manifiestan estándares de calidad técnica, es sumamente importante y más, si cabe, cuando estas pruebas van a ser utilizadas con personas con discapacidad. Consideramos, junto con Gerardo Prieto y José Muñiz (miembros de la Comisión de Test del Colegio Oficial de Psicólogos), que

“En el ejercicio de su profesión los psicólogos utilizan con frecuencia los tests para la obtención de datos. Para que los datos así obtenidos sean de calidad y puedan ayudar al psicólogo a tomar las decisiones adecuadas, los tests utilizados han de reunir las propiedades técnicas oportunas” (Prieto y Muñiz, 2000, p 65)

Aun sabiendo que la muestra de la que disponemos es reducida y está localizada en la provincia de Burgos, hemos considerado oportuno, sin ánimo de ser pretenciosos, llevar a cabo el estudio que nos permita estimar la validez y fiabilidad. La información que estos estudios nos revelen, nos permite continuar las investigaciones e ir avanzando en este campo de conocimiento: por un lado, creemos que los resultados que obtengamos, pueden ser buenos predictores de la estandarización a nivel nacional. Si las propiedades técnicas, son de calidad, la Escala estaría preparada para su normalización nacional; por otro lado, nos permite disponer, en los centros de ASPANIAS de Burgos, de un instrumento de calidad, adaptado en nuestro entorno con el que evaluar, diagnosticar, clasificar y prestar los apoyos más adecuados que los usuarios de estos centros necesiten.

En el segundo subapartado, se expone el trabajo realizado con aquellas hipótesis que han sido planteadas buscando la capacidad discriminativa de la Escala, funcionalidades o posibles usos de la Escala con el colectivo de personas con discapacidad intelectual adultas. Veremos si las puntuaciones que se obtienen en los diferentes dominios con este instrumento son diferentes de unos grupos de participantes a otros, en función de ciertas características o variables, tales como: el nivel intelectual, la conducta desadaptada, la edad y el centro o servicio al que asisten.

En el segundo epígrafe de este capítulo, se recoge la discusión y las conclusiones más relevantes a las que hemos llegado tras el análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Se finaliza el capítulo, enunciando las posibles vías de investigación futuras que el marco teórico actual de esta temática y esta investigación generan. Nos centraremos en las posibles líneas de investigación que tienen que ver con el ámbito de la evaluación, el

campo de la discapacidad intelectual, así como el de la legislación y políticas de empleo para este colectivo en riesgo de exclusión social.

1. DEMOSTRACIÓN E INTERPRETACIÓN DE HIPÓTESIS

Este primer apartado le hemos fraccionado en dos grandes subepígrafes. Primeramente, exponemos el grupo de hipótesis que tienen que ver con la adecuación estadística y la calidad de la Escala ABS-RC:2, obteniendo sus índices de validez y fiabilidad. Posteriormente, en el segundo subepígrafe, se muestran los resultados comprobativos que se han realizado con el grupo de hipótesis discriminativas y comparativas de los diferentes grupos de participantes, relacionándolos con diferentes variables individuales y sociales.

1.1. HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN TÉCNICA ESTADÍSTICA DE LA PRUEBA ABS-RC:2: FIABILIDAD, VALIDEZ Y ANÁLISIS FACTORIAL

Para estimar la fiabilidad de la Escala adaptada de Conducta Adaptativa ABS-RC, vamos a estudiar, en primer lugar, su consistencia interna. Esta forma de proceder constituye uno de los caminos más habituales para estimar la fiabilidad de pruebas, escalas o test, cuando se utilizan conjuntos de ítems que se espera midan el mismo atributo o campo de contenido. Completamos la información con los índices de variabilidad debida al error de medida de la prueba, que se relaciona inversamente con la fiabilidad.

Posteriormente, llevamos acabo el estudio test-retest. El procedimiento requiere aplicar el mismo instrumento en dos ocasiones a una muestra de sujetos. Así pues, con algunos de los sujetos que intervinieron en la primera recogida de datos se cumplimentó de nuevo, pasados dos meses, la Escala. Estas dos administraciones conforman dos conjuntos de puntajes independientes que se correlacionan entre sí, a la espera de que existan puntuaciones similares en las dos aplicaciones, lo que nos proporcionaría una adecuada fiabilidad test-retest.

Para completar los estudios de fiabilidad, se comparan las puntuaciones que otorgan dos examinadores distintos a un mismo grupo de participantes (fiabilidad interevaluadores). Índices de correlación altos nos posibilitarían asegurar la independencia de los resultados ante diferentes evaluadores.

Para demostrar la segunda hipótesis de ese apartado, referida a la validez, nos debemos centrar en observar si la Escala mide lo que dice medir, la conducta adaptativa y desadaptada, tal y como se entienden hoy estos conceptos. Presentamos en primer lugar, la validez de criterio, posteriormente, la validez de contenido y finalmente, el análisis de los ítems.

La validez de criterio comprueba la capacidad del ABS-RC:2 para predecir la conducta adaptativa y desadaptativa de la persona evaluada comparando sus puntuaciones con las obtenidas en otro instrumento de evaluación que mide esos mismos aspectos. Para esta misión utilizamos el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP.

Continuamos, analizando el grado de conexión con el modelo teórico en el que se basa (validez de constructo) y, finalizamos estudiamos si los ítems se relacionan de forma significativa con el resto de ítems que forman parte de su grupo, dominio y/o parte de la Escala. En este sentido, esperamos que correlacionen entre sí los ítems que conforman los dominios de la primera parte (conducta adaptativa), y de igual manera los de la segunda parte (conducta desadaptativa), pero no esperamos que se correlacionen los de una parte con la otra, pues ambas miden conceptos diferentes.

Para completar estas estimaciones técnicas, consideramos necesario realizar también el análisis factorial a la Escala. El análisis factorial tiene una potencial utilidad, ya que permite evaluar la dimensionalidad de un conjunto de ítems en un sentido muy determinado (Ferrando, 1996). Nos interesa, especialmente, que se observe la existencia de los cinco factores que expone la versión original americana, tres en la primera parte de la Escala y dos en la segunda. También es importante que comprobemos si los diversos subconjuntos de ítems pertenecen al mismo factor que la versión original ha propuesto en sus estudios.

A continuación vamos a ir comentando y demostrando cada una de las hipótesis del estudio.

- **HIPÓTESIS 1: La Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2, adaptada a nuestro entorno, manifiesta una adecuada fiabilidad, medida a través de las pruebas psicométricas que nos proporcionan datos sobre la consistencia interna, la fiabilidad test-retest, la fiabilidad interevaluadores y el error típico de medida.**

La fiabilidad nos proporciona datos sobre la utilidad práctica que tienen los instrumentos de medida (Lambert y cols. 1993). Nos permite estudiar las propiedades de la escala de medición y de los elementos que la constituyen. Para Martínez Arias (1995), es la tendencia a la consistencia en un conjunto de medidas de un atributo. Si los estudios de fiabilidad son importantes en todas las pruebas de evaluación psicológica, es especial la relevancia que adquiere, cuando se intenta evaluar y diagnosticar las competencias y limitaciones específicas de las personas con discapacidad. Si un instrumento no tiene la fiabilidad suficiente, resulta un verdadero problema por las numerosas consecuencias negativas que de ello pueden derivarse (diagnósticos erróneos, intervenciones y planificaciones inadecuadas de los apoyos...). Si la fiabilidad no resulta adecuada, lo pertinente sería no usarlo.

○ **CONSISTENCIA INTERNA**

Una forma de estimar cómo el rendimiento de los sujetos en el test puede generalizarse al dominio de ítems, es ver hasta qué punto los sujetos tienen un rendimiento consistente en las diversas partes del test. Este procedimiento es útil para el cálculo del coeficiente de fiabilidad cuando la escala está basada en una única aplicación (Martínez Arias, 1995). Si los resultados obtenidos por los sujetos son consistentes en los distintos ítems, decimos que la prueba tiene homogeneidad. Para que un grupo de ítems sea homogéneo debe medir el mismo dominio de contenidos.

El error asociado junto con la consistencia interna refleja el grado de homogeneidad de los ítems con la escala o subescala. Puesto que la Escala sirve para evaluar ciertas

características, habilidades o contenidos, esperamos que los ítems de los dominios se relacionen unos con otros y encontrar errores de medida pequeños.

Esperamos que en los dominios de conducta adaptativa esta homogeneidad se cumpla. Si las puntuaciones obtenidas por los sujetos son consistentes en los diversos subconjuntos de ítems podemos tener confianza en que estas puntuaciones puedan generalizarse a otros ítems posibles del mismo dominio de contenidos. No estamos tan seguros, y por tanto no esperamos lo mismo en la 2ª parte de la Escala, la que se refiere a conducta desadaptativa, pues lo que evalúa son diferentes dominios de conducta desadaptada, problemática, desafiante o inadecuada y, por lo tanto, no esperamos que se den las mismas problemáticas en todos los participantes. Tampoco esperamos que en todos los dominios puntúen todos los participantes del estudio.

Se ha utilizado el procedimiento estadístico del coeficiente Alfa de Cronbach, coeficiente de correlación intraclase, con un nivel de confianza del 95%, para cinco rangos de edades. Los resultados obtenidos figuran a continuación, estos resultados han sido obtenidos transformando las puntuaciones brutas de los diferentes dominios a puntuaciones z .

Dominios de conducta adaptativa	Edades y nº de participantes					Muestra Total
	20-30 N= 43	31-40 N =48	41-50 N =52	51-60 N =46	61-80 N =9	
Funcionamiento independiente	.851	.888	.907	.902	.937	.909
Desarrollo físico	.780	.397	.671	.402	.798	.621
Destrezas económicas	.922	.919	.921	.912	.909	.920
Desarrollo del lenguaje	.910	.906	.880	.891	.909	.916
Números y tiempo	.800	.893	.902	.921	.901	.889
Actividades domésticas	.751	.819	.787	.835	.867	.794
Act. prevocacionales y vocacionales	.399	.713	.706	.607	.712	.673
Autodirección	.688	.846	.684	.681	.813	.760
Responsabilidad	.634	.716	.593	.658	.709	.671
Socialización	.718	.773	.762	.731	.874	.777
Suma conducta adaptativa.	.865	.922	.909	.871	.918	.913

Tabla 7.1a. Resultados de Consistencia Interna en la primera parte de la Escala ABS-RC:2

Los resultados expuestos en la tabla ponen de manifiesto una adecuada consistencia interna en la gran mayoría de los dominios que componen la conducta adaptativa de la Escala ABS-RC:2. En algunos dominios las puntuaciones obtenidas no han sido tan

altas como esperábamos, sin embargo todas se muestran adecuadas a nuestro propósito ($\geq .6$). El no obtener mayores puntuaciones en los dominios de actividades precocacionales/ vocacionales y responsabilidad podrían tener su explicación por el bajo número de ítems que componen estos dos dominios (3 ítems), pues esta medida de fiabilidad, es sensible a este hecho.

En la tabla también podemos observar, una fiabilidad totalmente adecuada (.913) para el conjunto de los dominios de la primera parte de la Escala que hace referencia, como sabemos a la conducta adaptativa.

En cuanto a la segunda parte, a la conducta desadaptada, el Alfa de Cronbach nos ofrece una puntuación cercana al .80 por lo que, aunque con menores garantías, nos atrevemos a manifestar su idoneidad, más aun sabiendo que lo que evalúa esta segunda parte son conductas inadecuadas o inapropiadas, que en principio no son esperables para el conjunto de personas con discapacidad intelectual, pues obviamente, sólo en algunas personas están presentes.

Dominios de conducta desadaptada	Edades y nº de participantes					Muestra Total
	20-30 N= 43	31-40 N =48	41-50 N = 52	51-60 N = 46	61-80 N =9	
Problemas en conducta social	.729	.879	.808	.896	.716	.850
Problemas en conformidad	.329	.808	.885	.690	.552	.823
Problemas en la confianza	No posible la valoración					
Comp. estereotipados e hiperactivos	.354	.629	.312	.321	.364	.397
Conducta sexual inapropiada	No posible la valoración					
Comportamientos autoabusivos	No posible la valoración					
Conductas de aislamiento social	.346	.633	.901	.117	.439	.723
Comp. interp. molesto o perturbador	.608	.717	.534	.791	.484	.700
Suma conducta desadaptada	.584	.666	.807	.770	.523	.740

Tabla 7.1b. Resultados de Consistencia Interna en la segunda parte de la Escala ABS-RC:2

Si bien observamos puntuaciones adecuadas en la fiabilidad obtenida con la totalidad de los participantes en la suma total de conducta desadaptativa y en otros cuatro dominios, podemos ver que tres de los dominios muestran dificultades valorativas, así, comportamientos estereotipados e hiperactivos obtiene un índice bajo, cercano al 0,4, y los de problemas con la confianza, conducta sexual inapropiada y comportamientos autoabusivos muestran una varianza cero. La interpretación de este hecho se justifica

por la ausencia de puntuación casi generalizada de nuestros participantes en estas problemáticas. Si estos datos se deben a esta explicación, bien podría solucionarse con un aumento de sujetos en próximos estudios, sin embargo hemos de ser cautelosos con estos dominios, estudiándoles, en posteriores estudios, con especial cuidado, pues en la adaptación que se realizó con el ABS-S:2 (2001), los coeficientes más bajos obtenidos, coincidieron con estos mismos dominios.

Otra posible explicación a tener en cuenta es la intervención terapéutica que en el Centro Especial de Empleo y en el Centro Ocupacional de ASPANIAS se lleva a cabo para controlar y disminuir la incidencia de conducta desadaptada en este colectivo, dadas las consecuencias tan negativas que tiene para el propio individuo, otras personas y el entorno. Si fuera ésta la explicación, la baja puntuación y variabilidad obtenida en las puntuaciones de estos dominios pondría en evidencia la eficacia de los programas de control de este tipo de conductas. También debiera considerarse el nivel de las personas que asisten a estos centros, pues son más bien altos dentro de la discapacidad intelectual, y en este grado de afectación, la frecuencia de estas problemáticas suele ser menor.

No por ello dejamos de considerar, como posible, la influencia de algún tipo de error muestral que sería conveniente comprobar en próximos estudios, utilizando para ello una muestra más amplia.

○ **ERROR TÍPICO DE MEDIDA**

Para completar los coeficientes de la consistencia interna hemos calculado el ETM (Error Típico de Medida) en los diferentes dominios del ABS-RC:2, correspondientes a 5 décadas de edad y referidos al conjunto de la muestra (198 participantes). El ETM expresa la franja de error de las puntuaciones directas obtenidas por un sujeto. Cuanto menor sea el error de medida, más confiable es la puntuación obtenida en la Escala.

Dominios de Conducta	Edades y nº de participantes					Muestra Total
	20-30 N= 43	31-40 N =48	41-50 N =52	51-60 N =46	61-80 N =9	
Funcionamiento Independiente	1,5	1,8	1,92	1,9	5,97	1,02
Desarrollo Físico	,19	,21	,26	,30	,87	,13
Destrezas Económicas	,81	,83	,75	,83	1,90	,40
Desarrollo del lenguaje	1,08	1,0	1,12	1,30	2,78	,65
Números y Tiempo	,39	,47	,50	,60	1,17	,27
Actividades Domésticas	,54	,64	,62	,80	2,04	,33
Act. Prevocacionales y Vocacionales	,20	,35	,36	,31	,72	,16
Autodirección	,51	,61	,47	,51	1,47	,27
Responsabilidad	,20	,29	,25	,25	,74	,12
Socialización	,44	,55	,56	,57	1,79	,28
Suma de Conducta Adaptativa	4.5	5.7	5.4	5.7	16.4	3.0
Problemas en Conducta Social	,39	,74	,61	,70	1,17	,31
Problemas en Conformidad	,23	,59	,76	,38	1,05	,27
Problemas en la Confianza	,12	,24	,26	,16	,37	,10
Comp. Estereotipados e Hiperactivos	,27	,23	,23	,25	,62	,12
Conducta Sexual Inapropiada	,39	,04	,05	,00	,00	,01
Comportamientos Autoabusivos	,23	,07	,12	,08	,76	,05
Conductas de Aislamiento Social	,12	,34	,33	,11	,69	,13
Comp. Interp. Molesto o Perturbador	,27	,45	,27	,57	,50	,20
Suma de Conducta Desadaptada	1.0	1.9	1.9	1.7	3	.85

Tabla 7.1c. ETM en los diferentes dominios de la Escala ABS-RC:2 en cinco década de edad y el conjunto de la muestra.

Observamos que las puntuaciones de ETM son más bien pequeñas tanto en los dominios de la primera parte como de la segunda, por lo que las consideramos aceptables.

○ **FIABILIDAD TEST RETEST**

El procedimiento requiere aplicar la misma prueba en dos ocasiones a una muestra de sujetos. Así pues, con algunos de los participantes que intervinieron en la primera recogida de datos se cumplimentó de nuevo la Escala para valorar la fiabilidad test-retest. Pasado un mes se repitió la cumplimentación del protocolo en 10 individuos. Se espera que los resultados obtenidos en ambas fases de la evaluación no resultaran especialmente diferentes y, por tanto, correlacionaran bien ambas aplicaciones entre sí. Para conocer este tipo de fiabilidad, se hallaron correlaciones de Pearson bilaterales entre ambas aplicaciones, se obtuvieron resultados para cada uno de los dominios de conducta adaptativa y de los de conducta desadaptativa. También se lograron

correlaciones para la suma total de los dominios de conducta de cada una de las partes. Los resultados fueron los siguientes:

Dominios de Conducta Adaptativa	Cor. Pearson	Dominios de Conducta Desadaptada	Cor. Pearson
Funcionamiento Independiente	.897**	Problemáticas de Conducta Social	.695*
Desarrollo Físico	.925**	Problemáticas relacionadas con la Conformidad	.977**
Destrezas Económicas	.901**	Problemáticas relacionadas con la Confianza	1.00**
Desarrollo del Lenguaje	.734*	Comportamientos Estereotipados e Hiperactivos	1.00**
Números y Tiempo	.755*	Conducta Sexual Inapropiada	.982**
Actividades Domésticas	.905**	Comportamientos Autoabusivos	.982**
Actividades Prevocacionales y Vocacionales	.878**	Conductas de Aislamiento Social	.704*
Autodirección	.780**	Comp. Interpersonal Molesto y Perturbador	.806**
Responsabilidad	.685*		
Socialización	.736*		
Suma de Conducta Adaptativa	.879**	Suma de Conducta Desadaptada	.940**

** La correlación se significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación se significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 7.1d. Resultados de las correlaciones de conducta adaptativa y desadaptada. Test-Retest.

Como se puede observar en la tabla, la correlación existente en la suma total de los dominios de ambas conductas son altas (.879 y .940) y significativas al .01. Por dominios también hemos encontrado buenas correlaciones, todas ellas significativas. De acuerdo con Cicchetti y Sparrow (1981) una puntuación menor a .40 es considerada pobre; aceptable de .40 a .59; de .60 a .74 es considerada buena y excelente, las superiores a .74. Por tanto, todas las obtenidas son buenas y muchas de ellas excelentes, indicando una adecuada fiabilidad test-retest.

o **FIABILIDAD INTEREVALUADORES**

En este apartado, lo que queremos demostrar es que las puntuaciones obtenidas por los sujetos son independientes del evaluador que aplique la prueba ABS-RC:2. Al objeto de estimar la precisión en la calificación que pueden otorgar diferentes evaluadores, se escogió a diez de los participantes de manera aleatoria y dos psicólogos cumplimentaron de forma independiente la Escala sobre estos individuos.

En la siguiente tabla se recogen la puntuación mínima, máxima, media y desviación típica en dominios del instrumento, la suma de conducta adaptativa y desadaptativa de las puntuaciones otorgadas por el evaluador principal y un segundo evaluador.

Evaluadores	Nº	Principal				2º Evaluador			
		Min.	Máx.	Media	Desv. Tip.	Min.	Máx.	Media	Desv. Tip.
Independencia	10	81	121	105,40	16,133	81	119	105,90	15,103
Desarrollo Físico	10	22	24	23,80	,632	22	24	23,80	,632
Destrezas Económicas	10	5	23	13,30	7,379	4	24	14,20	7,786
Desarrollo del Lenguaje	10	24	43	34,90	8,239	22	43	35,90	7,894
Números y Tiempo	10	8	14	11,80	2,530	8	14	12,20	2,098
Actividades Domésticas	10	5	16	10,80	4,131	4	17	11,60	4,789
Act. Prevocacionales/Vocacionales	10	2	11	7,80	3,490	2	11	7,80	3,645
Autodirección	10	5	23	15,30	6,717	4	23	15,00	6,766
Responsabilidad	10	2	10	7,30	3,020	3	10	7,70	2,359
Socialización	10	8	26	18,50	5,778	10	26	18,80	6,033
Problemas en Conducta Social	10	0	10	1,90	3,281	0	13	2,10	4,280
Problemas en Conformidad	10	0	6	1,40	2,366	0	7	1,10	2,283
Problemas en la Confianza	10	0	7	1,20	2,251	0	6	,90	1,912
Estereotipias o Hiperactividad	10	0	5	1,00	1,886	0	8	1,60	3,373
Problemas en Conducta Sexual	10	0	0	,00	,000	0	0	,00	,000
Comportamiento Autoabusivo	10	0	2	,40	,699	0	3	,30	,949
Conducta de Aislamiento Social	10	0	2	,50	,707	0	2	,20	,632
Comp. Interpersonal o Molesto	10	0	7	1,50	2,506	0	4	,80	1,317
Suma de Conducta Adaptativa	10	174	309	248,90	53,861	164	309	252,90	54,846
Suma de Conducta Desadaptativa	10	0	29	7,90	9,386	0	24	7,00	10,446

Tabla 7.1e. Puntuaciones de los dos evaluadores.

Para conocer si existe relación entre las puntuaciones de uno y otro interevaluador, realizamos una correlación bivariada, aplicando el coeficiente de correlación de asociación lineal de Pearson que nos posibilita ver su significatividad.

<i>Dominios de Conducta Adaptativa</i>	Cor. Pearson	<i>Dominios de Conducta Desadaptada</i>	Cor. Pearson
Funcionamiento Independiente	.972**	Problemáticas de Conducta Social	.868**
Desarrollo Físico	.965**	Problemáticas relacionadas con la Conformidad	.667*
Destrezas Económicas	.965**	Problemáticas relacionadas con la Confianza	.486
Desarrollo del Lenguaje	.974**	Comp. Estereotipados e Hiperactivos	.978**
Números y Tiempo	.841**	Conducta Sexual Inapropiada	.988**
Actividades Domésticas	.852**	Comportamientos Autoabusivos	.855**
Act. Prevocacionales y Vocacionales	.950**	Conductas de Aislamiento Social	.961**
Autodirección	.815**	Comp. Interpersonal Molesto y Perturbador	.883**
Responsabilidad	.938**		
Socialización	.969**		

Tabla 7.1f. Correlaciones de los dominios de conducta adaptativa y desadaptada. Fiabilidad interevaluadores

Podemos comprobar que todas las correlaciones son significativas y altamente significativas, excepto la referida al dominio XIII, problemáticas con la confianza, que no siendo significativo lo consideramos, de acuerdo con Cicchetti y Sparrow (1980), aceptable al estar en el intervalo .40-.59. Al ser sólo un dominio el que no ha obtenido valores significativos, nos interesa especialmente conocer cuál es la correlación existente en la puntuación total de cada una de las partes de la Escala para ello, de nuevo utilizamos el estadístico, Alfa de Cronbach introduciendo como variables cada uno de los dominios que componen la conducta adaptativa y la desadaptativa. Los resultados aparecen en los cuadros que aparecen a continuación.

1ª Parte. Conducta Adaptativa

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadístico de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,963	20

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,565 ^b	,362	,818	27,019	9	171	,000
Medidas promedio	,963 ^c	,919	,989	27,019	9	171	,000

Modelo de efectos mixtos de dos factores en el que los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

- Coefficientes de correlación intraclase de tipo C utilizando una definición de coherencia, la varianza inter-medidas se excluye de la varianza del denominador.
- El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.
- Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera r es estimable.

Cuadro 7.1g. Correlación intraclase, dominios conducta adaptativa. Fiabilidad interevaluadores

2ª Parte. Conducta Desadaptativa

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,872	16

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas promedio	,867 ^c	,710	,961	7,815	9	135	,000

Modelo de efectos mixtos de dos factores en el que los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

- a. Coeficientes de correlación intraclase de tipo A utilizando una definición de acuerdo absoluto.
- b. El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.
- c. Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera no es estimable.

Cuadro 7.1h. Correlación intraclase, dominios conducta desadaptada. Fiabilidad interevaluadores

El coeficiente Alfa, obtenido en la primera parte de la Escala, manifiesta una muy buena fiabilidad entre evaluadores. En cuanto a la segunda parte, la fiabilidad es también excelente, por lo que podemos afirmar que no se observan diferencias relevantes, en los resultados de ambas partes de la Escala en función de quién la aplique.

Los resultados, anteriormente expuestos, nos permiten manifestar la adecuada fiabilidad de la Escala adaptada, por lo que damos por demostrada esta primera hipótesis.

HIPÓTESIS 2: La Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC:2, adaptada a nuestro entorno, manifiesta una adecuada validez, medida a través de pruebas psicométricas que nos proporcionan validez de criterio, de constructo, intercorrelación de los ítems y análisis factorial.

○ VALIDEZ DE CRITERIO

Para comprobar este tipo de validez, se aplicó a los participantes, el Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual (ICAP), traducido y validado al castellano por Montero, (1993), al que se ha hecho referencia, en el capítulo 4 de esta tesis como uno de los instrumentos estructurados que sirve para valorar distintas áreas del funcionamiento adaptativo y las necesidades de servicio de una persona con discapacidad intelectual. Debemos evidenciar si hay correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en el ICAP con las del ABS-RC:2.

Tanto este instrumento como el ABS-RC:2 fueron cumplimentados por los profesionales de los centros en el intervalo de un mismo año, por lo que los resultados reflejan la situación del individuo en dicho momento. El evaluador principal del ABS-RC:2 se corresponde con uno de los evaluadores del ICAP.

Se cumplimentó el ICAP a 188 usuarios del Centro Ocupacional y del Centro Especial de Empleo de ASPANIAS. Las características generales de los usuarios evaluados con este inventario se pueden conocer observando los datos que aparecen en la tabla 7.2a.

Características de la muestra	Tipos	Recuento	%
Edad	De 20 a 30 años	48	21,3
	De 31 a 40 años	48	25,5
	De 41 a 50 años	48	25,5
	De 51 a 60 años	43	22,9
	De 61 a 80 años	9	4,8
Sexo	Masculino	121	64,4
	Femenino	67	35,6
Capacidad Intelectual	Ligero (70-55)	93	49,5
	Medio (54-40)	81	43,1
	Severo (-40)	14	7,4
Centro de empleo	CEE	68	36,2
	CO	120	63,8

Tabla 7.2a Características de la muestra de 188 participantes
evaluados con el ICAP

Una vez conocidas las características de los sujetos evaluados con el ICAP, pasamos a exponer, en la siguiente tabla, los valores estadísticos (media, desviación típica, varianza, puntuación mínima y máxima) obtenidos por estas personas en los diferentes apartados del Inventario.

		Media	Desv. típica	Varianza	Mín.	Máx.
Nivel de servicio		7,45	,897	,805	5	9
Puntuación servicio		76,62	15,115	228,473	6	97
Puntuación directa total de conducta adaptativa		175,17	22,408	502,099	113	224
Destrezas en conducta adaptativa	Conducta adaptativa. Independencia General	489,8375	9,10545	82,90	463,50	513,50
	Conducta adaptativa. Vida en Comunidad	494,75	12,146	147,5	452	526
	Conducta adaptativa. Vida Personal	496,07	9,374	87,87	475	529
	Conducta adaptativa. Social y Comunitaria	489,37	8,930	79,74	464	516
Problemas de conducta	Problemas de conducta. Externa	-,02	2,995	8,973	-15	1
	Problemas de conducta. Asozial	-1,19	5,425	29,436	-30	1
	Problemas de conducta. Interna	,84	4,053	16,42	-34	1
Problemas de conducta general IMG		-,31	3,101	9,618	-16	2

Tabla 7.2b Puntuaciones en destrezas de conducta adaptativa y en problemas de conducta aplicando el ICAP.

Para saber si existe relación entre las puntuaciones conseguidas en el ABS-RC:2 y el ICAP se establece una correlación de asociación lineal de Pearson entre las puntuaciones directas de destrezas en conducta adaptativa del ICAP (independencia general o destrezas motoras, vida en comunidad, vida personal, social y comunitaria y puntuación total de conducta adaptativa) y las puntuaciones obtenidas en las sumas de conducta adaptativa y conducta desadaptada del ABS-RC:2. Los resultados de estas correlaciones se recogen a continuación.

			PUNTUACIONES DE ICAP				
			Independencia General	Vida en Comunidad	Vida Personal	Social y Comunitaria	Puntuación Directa Total de C.A.
PUNTUACIONES EN ABS-RC:2	Suma de Conducta Adaptativa	Cor.Pearson	,781**	,794**	,559**	,690**	,807**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
	Suma de Conducta Desadaptativa	Cor.Pearson	-,083	-,103	-,030	-,066	-,101
		Sig. (bilateral)	,259	,159	,682	,366	,166

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 7.2c. Correlaciones entre puntuaciones en destrezas de conducta adaptativa del ICAP con la suma de conducta adaptativa y desadaptativa del ABS-RC:2.

Como se puede observar, todas las categorías de ICAP correlacionan con alta significatividad (al nivel del 0,01) con la suma de conducta adaptativa del ABS-RC:2. En cambio se obtienen correlaciones negativas con la suma en conducta desadaptativa del ABS-RC:2 (Esta afirmación ofrece información añadida y corrobora los resultados obtenidos en la hipótesis 5 de este estudio).

			PUNTUACIONES DE ICAP			
			Problemas conducta. IMG	Problemas de conducta externa	Problema de conducta asocial	Problemas de conducta interna
PUNTUACIONES EN ABS-RC	Suma conducta adaptativa	Cor. Pearson	-,058	-,071	-,047	-,032
		Sig. (bilateral)	,429	,330	,521	,665
	Suma conducta desadaptativa	Cor. Pearson	,409**	,288**	,480**	,176*
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,016

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 7.2d. Correlaciones entre problemas de conducta desadaptativa del ICAP con la suma de conducta adaptativa y desadaptativa del ABS-RC.

En cuanto a las correlaciones de la segunda parte (conducta desadaptada) de la Escala ABS-RC:2 con las puntuaciones en problemas de conducta del ICAP (problemas de conducta general-IMG, problemas de conducta externa, problemas de conducta asocial

y problemas de conducta interna), se observa en la tabla 7.2d que la correlación es positiva y significativa. En cambio, como era de esperar, se obtienen correlaciones negativas cuando relacionamos las puntuaciones de problemas de conducta general IMG con las de conducta adaptativa de la Escala ABS-RC:2.

Después del análisis realizado, podemos confirmar que tanto el ICAP como el ABS son dos instrumentos que evalúan la conducta de las personas con discapacidad, ya que las puntuaciones de conducta desadaptativa correlacionan significativamente en ambos instrumentos y los dominios de conducta adaptativa de las dos Escalas también lo hacen a un nivel de significación del 0,01. Ambos instrumentos manifiestan medir contenidos relacionados o similares. Esta afirmación nos permite constatar la validez de criterio de la Escala adaptada.

○ **VALIDEZ DE CONSTRUCTO**

La validez de constructo se refiere al grado en el que un instrumento de evaluación está conexasionado con el modelo teórico en el que está basado. Esto quedó reflejado convenientemente en la tesis realizada con anterioridad sobre el ABS-S:2, comprobándose entonces que cumplía con las características básicas, que hoy en día conforman el marco teórico del constructo de conducta adaptativa (adquisición evolutiva, relación con el CI, discriminación entre personas con y sin discapacidad intelectual...), y señalamos también, que en las últimas hipótesis de este estudio pueden verse reflejadas algunas otras características. Así pues, y a efectos de seguir valorando aspectos relacionados con la validez, a continuación analizamos la interrelación de los ítems del ABS-RC:2.

○ **INTERCORRELACIÓN DE LOS ÍTEMS**

Esperamos que los distintos dominios que conforman la primera parte se relacionen unos con otros porque todos miden conducta adaptativa. Lo mismo pensamos que suceda con los dominios que se miden en la segunda parte, porque evalúan conductas desadaptadas. Consecuentemente, no esperamos que los valores de los diez dominios de

la primera parte se relacionen con los ocho de la segunda parte. Para evidenciarlo se realizó una correlación de los datos obtenidos con la totalidad de la muestra de participantes. Los resultados obtenidos a través de la correlación de Pearson aparecen en la siguiente tabla:

Correlaciones

	dom.1	dom.2	domi.3	dom.4	dom.5	dom.6	dom.7	dom.8	dom.9	dom.10	dom.11	dom.12	dom.13	dom.14	dom.15	dom.16	dom.17	dom.18
dom.1 Correl. Pearsd	1	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	*	**	**	**	**	**
Sig. (bilateral)																		
dom.2 Correl. Pearsd	,501**	1	**	**	**	*	*			**					**	**		
Sig. (bilateral)	,000																	
domi.3 Correl. Pearsd	,756**	,266**	1	**	**	**	**	**	**	**		*		**		**	*	
Sig. (bilateral)	,000	,000																
dom.4 Correl. Pearsd	,784**	,402**	,736**	1	**	**	**	**	**	**		**	*	**	**	**	*	
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000															
dom.5 Correl. Pearsd	,756**	,358**	,734**	,865**	1	**	**	**	**	**			*		**		**	
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000														
dom.6 Correl. Pearsd	,746**	,297**	,576**	,493**	,460**	1	**	**	**	**		**	**	*	**	**	**	*
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000													
dom.7 Correl. Pearsd	,505**	,141*	,417**	,376**	,386**	,448**	1	**	**	**	**	**	**	*	**	**	**	**
Sig. (bilateral)	,000	,047	,000	,000	,000	,000												
dom.8 Correl. Pearsd	,556**	,157*	,503**	,490**	,466**	,501**	,740**	1	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Sig. (bilateral)	,000	,027	,000	,000	,000	,000	,000											
dom.9 Correl. Pearsd	,582**	,127	,476**	,468**	,451**	,456**	,681**	,667**	1	**	**	**	**	*	**	**	**	**
Sig. (bilateral)	,000	,075	,000	,000	,000	,000	,000	,000										
dom.10 Correl. Pearsd	,628**	,303**	,470**	,638**	,499**	,474**	,555**	,553**	,675**	1	**	**	**	*	**	**	**	**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000									
dom.11 Correl. Pearsd	-,105	,046	-,028	-,051	,006	-,025	-,426**	-,268**	-,412**	-,230**	1	**	**	**	*			**
Sig. (bilateral)	,141	,519	,701	,476	,935	,727	,000	,000	,000	,001								
dom.12 Correl. Pearsd	-,307**	-,032	-,144*	-,187**	-,114	-,242**	-,693**	-,440**	-,537**	-,462**	,650**	1	**	**	**	**	**	**
Sig. (bilateral)	,000	,654	,043	,008	,109	,001	,000	,000	,000	,000	,000							
dom.13 Correl. Pearsd	-,160*	,043	-,064	-,020	,016	-,125	-,434**	-,249**	-,336**	-,270**	,465**	,555**	1			**		**
Sig. (bilateral)	,024	,552	,368	,778	,821	,080	,000	,000	,000	,000	,000	,000						
dom.14 Correl. Pearsd	-,253**	,082	-,266**	-,170*	-,147*	-,222**	-,303**	-,348**	-,399**	-,306**	,353**	,294**	,132	1		**		**
Sig. (bilateral)	,000	,253	,000	,017	,039	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,065					
dom.15 Correl. Pearsd	-,213**	-,205**	-,097	-,186**	-,093	-,181*	-,153*	-,104	-,160*	-,160*	,170*	,243**	,107	,015	1	**	**	
Sig. (bilateral)	,003	,004	,172	,009	,191	,011	,032	,144	,025	,025	,017	,001	,133	,839				
dom.16 Correl. Pearsd	-,365**	-,210**	-,272**	-,242**	-,218**	-,274**	-,266**	-,217**	-,405**	-,421**	,121	,315**	,258**	,280**	,265**	1	**	
Sig. (bilateral)	,000	,003	,000	,001	,002	,000	,000	,002	,000	,000	,089	,000	,000	,000	,000			
dom.17 Correl. Pearsd	-,242**	-,056	-,176*	-,168*	-,048	-,235**	-,230**	-,249**	-,265**	-,422**	,056	,375**	,136	,133	,208**	,412**	1	
Sig. (bilateral)	,001	,430	,013	,018	,498	,001	,001	,000	,000	,000	,437	,000	,056	,062	,003	,000		
dom.18 Correl. Pearsd	,098	,106	,139	,134	,189**	,153*	-,258**	-,095	-,203**	-,122	,688**	,454**	,336**	,208**	-,006	,030	,102	1
Sig. (bilateral)	,168	,137	,051	,060	,008	,032	,000	,183	,004	,087	,000	,000	,000	,003	,932	,679	,152	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 7.2e. Intercorrelaciones entre los diferentes dominios de la 1ª y 2ª parte del ABS-RC:2

Primera Parte: Dominios de conducta adaptativa

Dom.1 = Funcionamiento independiente
 Dom. 2 = Desarrollo físico
 Dom.3 = Destrezas económicas
 Dom.4 = Desarrollo del lenguaje
 Dom.5 = Actividades domésticas
 Dom.6 = Números y tiempo
 Dom.7 = Actividades prevocaciones y vocacionales
 Dom.8 = Autodirección
 Dom.9 = Responsabilidad
 Dom.10 = Socialización

Segunda Parte: Dominios de conducta desadaptativa

Dom.11 = Problemas de conducta social
 Dom.12 = Problemáticas en la conformidad
 Dom.13 = Problemáticas en la confianza
 Dom.14 = Comportamiento estereotipados e hiperactivos
 Dom.15 = Conducta sexual inapropiada
 Dom.16 = Comportamientos autoabusivos
 Dom.17 = Comportamiento de aislamiento social
 Dom.18 = Comp. Interpersonales molestos y perturbadores

Como podemos observar en la tabla anterior, los dominios de la primera parte se relacionan positiva y significativamente entre ellos, a un nivel del 0,01. Los dominios de la segunda parte también correlacionan positivamente, si bien no todos son significativos. Como ya esperábamos, esto no acontece cuando correlacionamos los dominios de conducta adaptativa con los de conducta desadaptada, observándose muchas correlaciones negativas, de estas algunas significativas. Estos resultados nos indican claramente que cada parte mide una misma dimensión o tipo de contenidos y que los dominios que conforman la primera parte de la Escala son diferentes a los de la segunda.

○ ANÁLISIS FACTORIAL

En el manual de la versión original americana del ABS-RC:2 se expresa la existencia de cinco factores; tres corresponden a los ítems de conducta adaptativa que figuran en la primera parte de la Escala -estos factores son: autosuficiencia personal, autosuficiencia comunitaria y responsabilidad personal-social-; dos corresponden a los ítems de conducta desadaptada que figuran en la segunda parte -ajuste social y ajuste interpersonal-. Para comprobar en nuestra adaptación del ABS-RC:2, la existencia de los cinco factores encontrados en la Escala americana originaria, llevamos a cabo el análisis factorial, usando para ello la totalidad de los participantes.

El análisis factorial tiene una potencial utilidad, ya que permite evaluar la dimensionalidad de un conjunto de ítems en un sentido muy determinado (Ferrando, 1996). Esperamos que cada uno de los ítems puntúe alto dentro del componente que le corresponde (según las tablas componenciales factoriales que figuran en el manual de la Escala ABS-RC:2 original americana), es decir, explique una parte importante de la varianza de dicho componente. Se han seleccionado para el análisis todos los agrupamientos de ítems o dominios que el manual de la Escala originaria expone en sus tablas, y con los cuales llevaron a cabo en EEUU el análisis factorial. Nuestra intención es demostrar (utilizando los mismos agrupamientos de los ítems) la existencia de saturación suficiente que nos proporcione datos reveladores de la presencia de dichos componentes.

Se utilizó el método de extracción de los componentes principales y el método de rotación Varimax con Kaiser. Este Método es combinación del Método Varimax, que simplifica los factores, y del método Quartimax, que simplifica las variables. De esta manera se minimiza tanto el número de variables que saturan alto en un factor como el número de factores necesarios para explicar una variable. Los resultados obtenidos con este método de rotación han sido los siguientes:

Matriz de componentes rotados			
	Componente		
	1 Autosuficiencia comunitaria	2 Responsabilidad personal-social	3 Autosuficiencia personal
Items 1,3 y 4	,147	,080	.685
Items 5 y 6	,126	,437	.620
Items 7,8 y 10	,429	,287	.691
Items 15-17	,355	-,063	.471
Items 25-30	,454	-,210	.507
Item 11	,275	-,136	.182
Item 2	.815	,091	,330
Items 12-14	.491	,335	,611
Items 18-21	.820	,250	,215
Items 22-24	.849	,274	,228
Items 31-36	.829	,255	,134
Items 37-46	.842	,225	,216
Items 47-49	.834	,205	,179
Items 50-55	.450	,345	,519
Item 56	.588	,318	,106
Items 57-58	,100	.853	,195
Items 59-60	,204	.738	-,002
Items 61-62	,157	.799	,121
Items 63-66	,319	.750	,220
Items 67-73	,485	.532	,245

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Tabla 7.2f. Resultados del Análisis Factorial. Ítems de la 1ª parte de la Escala ABS-RC:2.

Se han marcado algunos índices en negrilla al objeto de resaltar, según la versión original americana, la pertenencia de dichos ítems a un determinado componente. Bajo el primer componente se encuentra el factor denominado autosuficiencia comunitaria que explica el 29,7% del total de la varianza. Bajo el segundo componente se encuentra el segundo factor, responsabilidad personal-social que explica el 17,5% de la varianza. Y bajo el tercero, encontramos el factor de autosuficiencia personal con un peso del

16% de la varianza. Con estos datos obtenemos una varianza acumulada del 63,2%. Quedaría un 36,8% que se repartiría en otros factores con mucha menor relevancia. En la tabla expuesta con anterioridad observamos la coincidencia componencial de la mayoría de los ítems en cada uno de los factores considerados en la Escala ABS-S:2 originaria. Tan sólo el ítem 11 y del 50-55 no se ajustan del todo a lo esperado, pues su índice de saturación se encuentra bastante repartido entre los tres componentes. La explicación no resulta fácil, hemos revisado la traducción de estos ítems y consideramos, de nuevo, que está bien realizada. Por lo que pensamos que puede ser un error muestral que no se hubiera producido si el número de sujetos hubiese sido mayor. En el análisis de la segunda parte de la Escala, hemos obtenido los siguientes resultados:

Matriz de componentes rotados		
	Componente	
	1 Ajuste social	2 Ajuste Personal
Items 1-7	,852	,026
Items 8-13	,828	,256
Items 14-19	,727	,121
Items 20-24	,520	,085
Items 25-28	,024	,833
Items 29-31	,234	,730

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Tabla 7.2g. Resultados del análisis factorial. Ítems de la 2ª parte de la Escala ABS-RC:2.

En cuanto a los factores obtenidos en la segunda parte de la Escala, tras pedirle al procesador estadístico únicamente dos factores, observamos la existencia de los dos componentes propuestos en la Escala ABS-S:2 originaria americana. Estos dos factores encontrados obtienen, el primero ajuste social, un 37,7% de la varianza y el segundo, ajuste personal, un 22%. Por lo que el porcentaje acumulado explica el 59,7% de la varianza total. Hemos podido observar la correspondencia con la versión original de todos los componentes, a excepción del grupo de ítems del 20 al 24, cuyo peso mayor (aunque no muy alto) se encuentra en el primer factor. Este grupo de ítems pertenecen al dominio íntegro de comportamientos estereotipados e hiperactivos, que en nuestro estudio se ajusta mejor al factor ajuste social y no al de ajuste personal (como

manifiestan los estudios llevados a cabo con la escala originaria norteamericana). No sabemos el porque de este hecho, si bien, nos consideramos con el deber de seguir indagando al respecto.

Tras los resultados expuestos con anterioridad y dado que las mayores cargas obtenidas en ambas tablas, manifiestan la existencia y concordancia de los cinco principales factores propuestos por la AAIDD en su Escala ABS-RC:2, creemos acertado considerar, también para nuestra Escala adaptada, los factores originales propuestos.

Hemos podido observar que todas las pruebas realizadas para demostrar la validez de la Escala adaptada, nos han proporcionado estimaciones adecuadas, por lo que consideramos demostrada la segunda hipótesis de este estudio.

1.2. HIPÓTESIS QUE RECOGEN INFORMACIÓN COMPARATIVA Y DISCRIMINATIVA.

Como ya hemos expuesto con anterioridad, consideramos que los tests psicológicos constituyen una de las herramientas más importantes al servicio de la práctica profesional y de la investigación de los psicólogos. Con este segundo grupo de hipótesis, pretendemos demostrar si la Escala ABS-RC:2 es capaz de facilitar datos y se ajusta a algunas expectativas que tenemos los profesionales.

HIPÓTESIS 3: La adquisición y el uso de la conducta adaptativa están en relación con la capacidad intelectual de la persona (medida a través de las pruebas de inteligencia actuales más difundidas).

Para contrastar esta hipótesis, agrupamos a los participantes, clasificándoles según su grado de discapacidad. Establecimos tres diferentes rangos de Capacidad Intelectual que presentan los participantes de este estudio y que corresponden a los discapacitados intelectuales ligeros (CI: 70-55), a los discapacitados intelectuales de grado medio (CI: 54-40) y a los discapacitados intelectuales severos (CI: -40) y analizamos las puntuaciones que consiguen estos grupos en cada uno de los dominios de conducta

adaptativa: independencia, desarrollo físico, destrezas económicas, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, actividades domésticas, actividades prevocacionales o vocacionales, autodirección, responsabilidad y socialización y en la suma total de conducta adaptativa. Utilizamos para esta estimación algunos descriptivos: analizamos el número de casos, la media, la desviación típica, el error típico de medida, los valores mínimos (mín.) y máximos (máx.) y el intervalo de confianza al 95%.

Dominios de conducta adaptativa	CI	Nº	Media	Desv.típica	ETM	Intervalo de confianza 95%		Mín.	Máx
						Límite inferior	Límite superior		
Independencia	Ligero	99	102,20	9,388	,944	100,33	104,07	78	121
	Medio	85	85,12	11,370	1,233	82,67	87,57	52	107
	Severo	14	71,93	9,980	2,667	66,17	77,69	58	88
Desarrollo físico	Ligero	99	22,92	1,822	,183	22,56	23,28	16	24
	Medio	85	22,42	1,984	,215	22,00	22,85	15	24
	Severo	14	21,07	1,774	,474	20,05	22,10	18	24
Destrezas económicas	Ligero	99	14,25	4,623	,465	13,33	15,17	5	24
	Medio	85	6,16	2,734	,297	5,58	6,75	1	14
	Severo	14	3,14	1,875	,501	2,06	4,23	1	7
Desarrollo del lenguaje	Ligero	99	34,63	6,549	,658	33,32	35,93	12	43
	Medio	85	23,00	6,901	,748	21,51	24,49	4	39
	Severo	14	16,64	3,565	,953	14,58	18,70	8	21
Números y tiempo	Ligero	99	12,51	1,466	,147	12,21	12,80	7	14
	Medio	85	7,44	3,318	,360	6,72	8,15	2	14
	Severo	14	3,64	1,737	,464	2,64	4,65	2	6
<i>Actividades domésticas</i>	Ligero	99	12,51	4,583	,461	11,59	13,42	4	23
	Medio	85	8,33	3,746	,406	7,52	9,14	1	21
	Severo	14	5,36	1,985	,530	4,21	6,50	3	9
Actividades prevocacionales /vocacionales	Ligero	99	9,72	1,933	,194	9,33	10,10	2	11
	Medio	85	8,21	2,406	,261	7,69	8,73	2	11
	Severo	14	7,43	2,065	,552	6,24	8,62	3	10
Autodirección	Ligero	99	18,42	3,351	,337	17,76	19,09	5	23
	Medio	85	15,74	3,764	,408	14,93	16,55	5	22
	Severo	14	14,21	3,704	,990	12,08	16,35	5	19
Responsabilidad	Ligero	99	8,83	1,333	,134	8,56	9,09	4	10
	Medio	85	7,54	1,893	,205	7,13	7,95	2	10
	Severo	14	6,36	1,550	,414	5,46	7,25	4	9
Socialización	Ligero	99	21,47	3,778	,380	20,72	22,23	6	26
	Medio	85	18,74	3,864	,419	17,91	19,57	7	26
	Severo	14	16,43	1,989	,532	15,28	17,58	13	19
Suma Total de conducta adaptativa	Ligero	99	257,45	26,408	2,654	252,19	262,72	186	309
	Medio	85	202,71	31,676	3,436	195,87	209,54	102	265
	Severo	14	166,21	21,470	5,738	153,82	178,61	127	202
	Total	198	227,50	42,288	3,005	221,57	233,43	102	309

Tabla 7.3a. Puntuaciones obtenidas en los distintos dominios y en la suma de conducta adaptativa por rangos de CI.

En la tabla 7.3a, podemos ver que hay diferencias en cada uno de los dominios y en la suma de conducta adaptativa. Estas diferencias existen entre los distintos grupos de participantes que hemos clasificado según su CI. Se observa cómo la media de puntuaciones es mayor en el grupo con capacidad intelectual de nivel ligero que en los dos grupos restantes y que la media de los clasificados como medios, también es superior a la puntuación que obtienen las personas con discapacidad intelectual severa.

Para saber si las diferencias obtenidas hasta el momento son significativas o concluyentes, realizamos la prueba de ANOVA que lo comprueba y los resultados que obtuvimos son los siguientes:

Dominios de Conducta Adaptativa	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Independencia	19665,561	2	9932,781	93,157	,000
Desarrollo Físico	45,329	2	22,664	6,340	,002
Destrezas Económicas	3698,900	2	1849,450	130,286	,000
<i>Desarrollo del Lenguaje</i>	8251,432	2	4125,716	96,137	,000
Números y Tiempo	1728,563	2	864,282	143,452	,000
Actividades Domésticas	1151,772	2	575,886	34,146	,000
<i>Act. Prevocacionales o Vocacionales</i>	136,666	2	68,333	14,680	,000
Autodirección	444,029	2	222,014	17,536	,000
Responsabilidad	121,579	2	60,789	23,408	,000
Socialización	527,968	2	263,984	19,034	,000
SUMA DE CONDUCTA ADAPTATIVA	193,666,950	2	96833,475	119,042	,000

7.3b. Prueba ANOVA (sobre las diferencias significativas inter-grupos).

Tras la observación de los datos de la tabla 7.3b, podemos afirmar que la influencia de la capacidad intelectual es sensible a la adquisición de la conducta adaptativa. La diferencia entre las medias obtenidas por cada grupo en función del CI en todos y cada uno de los dominios de conducta adaptativa es significativa. Los grupos son diferentes.

En cuanto al dominio de desarrollo físico, es importante destacar que es el único que tiene por objeto recoger información del estado físico de las personas, su sentido en la Escala es el de explicar limitaciones específicas -a nivel físico o sensorial- asociadas a la discapacidad intelectual, a la etiología de la misma o a enfermedades o traumatismos acaecidos a lo largo de vida de la persona. Sus puntuaciones sólo se tienen en cuenta al considerar el factor de autosuficiencia personal.

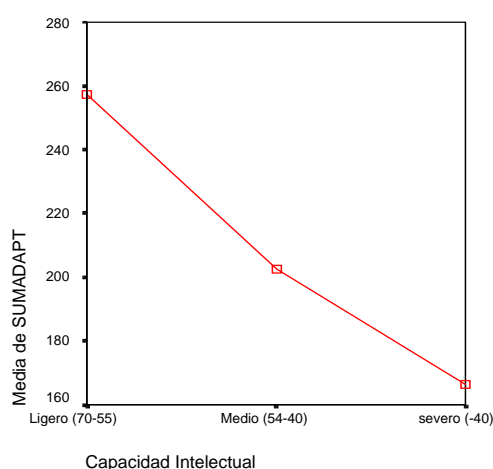
Con los datos obtenidos hasta el momento, sabemos que las diferencias entre los grupos son significativas, pero quisiéramos ir más lejos y contrastar en qué dominios realmente difieren las personas de los distintos grupos clasificados. Para ello, aplicamos la prueba post hoc Bonferroni, que utiliza la prueba T de Student para realizar comparaciones de medias por parejas de grupos y controla la tasa de error global, corrigiendo así, el nivel crítico que surge al realizar múltiples comparaciones. A continuación, exponemos los resultados de estas comparaciones múltiples. Con este estadístico y a un intervalo de confianza al 95%, además de comprobar las diferencias entre las medias, contrastamos cuáles son las que difieren y en qué grupo.

Variable dependiente	(I) Capacidad Intelectual	(J) Capacidad Intelectual	(I-J) Diferencia de medias	ETM	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Independencia	Ligero	Medio	17,08*	1,527	,000	13,40	20,77
		Severo	30,27*	2,948	,000	23,15	37,39
	Medio	Severo	13,19*	2,978	,000	6,00	20,38
Desarrollo físico	Ligero	Medio	,50	,280	,233	-,18	1,17
		Severo	1,85*	,540	,002	,54	3,15
	Medio	Severo	1,35*	,545	,042	,04	2,67
Destrezas económicas	Ligero	Medio	8,09*	,557	,000	6,74	9,43
		Severo	11,11*	1,076	,000	8,51	13,71
	Medio	Severo	3,02*	1,087	,018	,40	5,65
Desarrollo del lenguaje	Ligero	Medio	11,63*	,969	,000	9,29	13,97
		Severo	17,98*	1,871	,000	13,47	22,50
	Medio	Severo	6,36*	1,890	,003	1,79	10,92
Números y tiempo	Ligero	Medio	5,07*	,363	,000	4,19	5,95
		Severo	8,86*	,701	,000	7,17	10,55
	Medio	Severo	3,79*	,708	,000	2,08	5,50
Actividades domésticas	Ligero	Medio	4,18*	,607	,000	2,71	5,64
		Severo	7,15*	1,173	,000	4,32	9,98
	Medio	Severo	2,97*	1,185	,039	,11	5,83
Actividades prevocacionales y vocacionales	Ligero	Medio	1,51*	,319	,000	,74	2,28
		Severo	2,29*	,616	,001	,80	3,78
	Medio	Severo	,78	,622	,629	-,72	2,29
Autodirección	Ligero	Medio	2,68*	,526	,000	1,41	3,95
		Severo	4,21*	1,016	,000	1,76	6,66
	Medio	Severo	1,53	1,026	,415	-,95	4,01
Responsabilidad	Ligero	Medio	1,29*	,238	,000	,71	1,86
		Severo	2,47*	,460	,000	1,36	3,58
	Medio	Severo	1,18*	,465	,035	,06	2,31
Socialización	Ligero	Medio	2,73*	,551	,000	1,40	4,06
		Severo	5,05*	1,063	,000	2,48	7,61
	Medio	Severo	2,31	1,074	,098	-,28	4,91
Suma conducta adaptativa	Ligero	Medio	54,75*	4,217	,000	44,56	64,93
		Severo	91,24*	8,144	,000	71,57	110,91
	Medio	Severo	36,49*	8,226	,000	16,63	56,36

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Tabla 7.3c. Comparaciones múltiples inter-grupo aplicando la prueba de Bonferroni.

Como se observa en la tabla anterior, las diferencias entre las medias son significativas



al nivel 0,5 en la mayoría de las dimensiones de conducta adaptativa comparando los tres grupos establecidos al respecto.

No hemos encontrado diferencias significativas en las medias que obtienen los grupos de CI ligero y medio en el dominio de desarrollo físico. Tampoco observamos significatividad entre las personas

con CI medio y severo en los dominios de actividades prevocacionales y vocacionales, autodirección y socialización.

Podemos concluir, basándonos en los resultados anteriores y en el gráfico superior, que las medias de los diferentes dominios de conducta adaptativa varían significativamente, según el nivel de capacidad intelectual de los sujetos, lo que nos posibilita afirmar que el CI influye en la adquisición o uso de la conducta adaptativa del sujeto, quedando demostrada esta tercera hipótesis.

HIPÓTESIS 4: En las personas con discapacidad intelectual de la muestra coexisten puntos fuertes y débiles en la adquisición o uso de la conducta adaptativa.

Para demostrar este enunciado, en primer lugar, vamos a comparar algunos de los percentiles que obtienen los adultos con discapacidad intelectual de esta investigación con los que obtienen los jóvenes sin discapacidad de 16-17 años del estudio llevado a cabo por García Alonso (2001), en segundo lugar vamos a estudiar la variabilidad o dispersión de los datos de las puntuaciones en los dominios donde los participantes obtienen las puntuaciones máximas y mínimas y, finalizamos observando quiénes son

los que obtienen las puntuaciones máximas en los distintos dominios y cuáles son esos dominios en los que obtienen mayores puntuaciones nuestros participantes del estudio.

Se pretende saber si existen personas adultas con discapacidad intelectual que obtienen puntuaciones iguales o superiores a las que consiguen las personas sin discapacidad. Si esto fuera así, consideraríamos que tienen puntos fuertes en esos dominios. Las puntuaciones por debajo o inferiores debemos considerarles puntos débiles. Para ello utilizamos los resultados obtenidos en el estudio del ABS-S:2 (García Alonso, 2001) (ver tabla 7.4a). En esta investigación pudo demostrar que a partir de los 16-17 años todos los dominios del ABS S:2 ya están adquiridos por las personas sin discapacidad, prácticamente tocan techo, por lo que a partir de esa edad, las personas no debieran tener limitaciones al respecto. Estos datos los comparamos con los percentiles que se obtienen con los participantes adultos con discapacidad del presente estudio en el que se aplica el ABS-RC:2, reflejados también en la tabla 7.4a. En la comparación entre las dos muestras, no hemos incluido el dominio de conducta adaptativa que hace referencia a las actividades domésticas, ya que al no formar parte de la escala ABS-S:2 no tenemos datos al respecto, si bien intuimos que, al estar formado por conductas domésticas muy básicas, podrían estar adquiridas también, en los primeros años de lo que llamamos edad adulta.

Dominios de Conducta Adaptativa	Percentiles (ABS-S:2)					Percentiles (ABS-RC:2)				
	5	25	50	75	95	5	25	50	75	95
Funcionamiento Independiente	108	114.	115.	117	118	67	83	95	104	114
Desarrollo Físico	22	23	24	24	24	18	22	23	24	24
Destrezas Económicas	15	17	19	22	24	1	5	9	14	21
Desarrollo del Lenguaje	39	42	43	43	43	12	22	29	36	43
Números y Tiempo	14	14	14	14	14	2	7	11	13	14
Actividades Domésticas						4	7	10	13	20
Act. Prevocacionales y Vocacionales	8	9	10	11	11	4	8	10	11	11
Autodirección	17	22	22	23	23	10	15	17	20	22
Responsabilidad	6	8	9	10	10	4	7	9	9	10
Socialización	20	23	25	26	26	13	18	20	23	25

Tabla 7.4a. Percentiles para los dominios de conducta adaptativa del ABS-S:2 (jóvenes de 16-17 años, sin discapacidad intelectual) y Percentiles del ABS-RC:2 (adultos con discapacidad intelectual).

Las puntuaciones obtenidas por los jóvenes de 16-17 años, en cada uno de los percentiles, son superiores a las que obtienen los adultos con discapacidad intelectual,

salvo en los dominios de desarrollo del lenguaje, números y tiempos, y responsabilidad, que en el percentil 95 llegan a obtener ambos grupos, idénticas puntuaciones.

Resaltar los resultados que se reflejan en los dominios de desarrollo físico y actividad prevocacional y vocacional, en los que hay sujetos con discapacidad intelectual que igualan los valores de los jóvenes sin discapacidad, en el percentil 75 y 95 en el primer caso y en los percentiles 50, 75 y 95 en el segundo.

Los dominios en los que las personas adultas con discapacidad intelectual consiguen menores puntuaciones son independencia, destrezas económicas, autodirección y socialización.

Igualan puntuaciones	Menores puntuaciones<
*Desarrollo Físico *Prevocacional y Vocacional *Desarrollo del Lenguaje *Números y Tiempo *Responsabilidad	*Independencia *Destrezas Económicas *Autodirección *Socialización

Tabla 7.4b. Comparación de resultados en el percentil 95 en las dos muestras

Podemos, por lo tanto, considerar de forma global que aquellos dominios en los que se obtienen iguales puntuaciones son puntos fuertes en el colectivo de personas con discapacidad intelectual y aquellos en los que se obtienen valores inferiores podemos considerarlos como puntos débiles en esta población.

A continuación vamos a estudiar la variabilidad o dispersión existente en cada uno de los dominios. En la tabla siguiente, observamos cómo en todos los dominios, alguno/os de los participantes han obtenido la puntuación máxima -esto corrobora el enunciado de la AAIDD al reconocer que en las personas con discapacidad intelectual coexisten las limitaciones en conducta adaptativa junto con los puntos fuertes-. Si prestamos atención a la desviación típica de cada uno de los dominios, observamos que donde existe menor variabilidad es en responsabilidad, desarrollo físico, actividades prevocacionales o vocacionales ($s_x=1,785$, $s_x=1,941$ y $s_x=2,302$ respectivamente) que coinciden con los puntos fuertes asignados en párrafos anteriores.

	Media	Desv.tip.	Mín.	Máx.	Total
Independencia	92,73	14,366	52	121	121
Desarrollo Físico	22,58	1,941	15	24	24
Destrezas Económicas	9,99	5,730	1	24	24
Desarrollo del Lenguaje	28,36	9,185	4	43	43
Números y Tiempo	9,70	3,839	2	14	14
Actividades Domésticas	10,21	4,748	1	23	23
Act. Prevocacionales o Vocacionales	8,91	2,302	2	11	11
Autodirección	16,97	3,845	5	23	23
Responsabilidad	8,10	1,785	2	10	10
Socialización	19,94	4,051	6	26	26

Tabla 7.4c. Desviación típica y puntuaciones máximas y mínimas en cada uno de los dominios de la muestra de adultos con discapacidad.

En la tabla anterior se observa que el conjunto de la muestra obtiene las medias más bajas en las áreas de independencia (92,73), destrezas económicas (9,99), desarrollo del lenguaje (28,36) y actividades domésticas (10,21) que pueden ser considerados como puntos débiles. En ellos, la desviación típica es muy amplia (sx independencia= 14,366; sx destrezas económicas= 5,73; sx desarrollo del lenguaje= 9,185; sx actividad doméstica= 4,748), lo que indica una gran dispersión de los datos obtenidos. Tras estos resultados, podemos afirmar que los dominios en las que las personas estudiadas van a necesitar con más frecuencia apoyos son: independencia, destrezas económicas, desarrollo del lenguaje y actividades domésticas.

El hecho de que exista esta heterogeneidad y amplia variabilidad de unos participantes a otros y teniendo en cuenta que algunas personas con discapacidad media o severa obtienen puntuaciones en conducta adaptativa que superan las conseguidas por algunos participantes del grupo de ligeros, nos lleva a considerar la gran importancia que tiene el analizar caso por caso, buscando a aquellos sujetos que obtienen puntuaciones máximas en alguno de los dominios de la Escala. El resultado del análisis aparece en la tabla 7.4d. Las puntuaciones en negrita hacen referencia a la puntuación máxima (puntuación techo) en el dominio, las cuales podemos considerar, sin lugar a dudas, como puntos fuertes del participante (no tenemos en cuenta el desarrollo físico por las consideraciones expuestas anteriormente).

	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5	D.6	D.7	D.8	D.9	D.10	Punt min	Punt max.
1	109	23	18	37	11	21	11	19	9	24		1
2	112	24	24	43	14	18	9	19	8	21		4
3	106	24	11	38	13	14	11	18	9	24		2
4	107	24	11	33	10	18	10	16	8	23		1
5	108	24	12	37	13	16	10	19	7	21		1
6	96	24	21	38	13	16	10	21	8	23		1
7	101	24	10	34	13	10	11	18	10	24		3
8	99	24	19	33	13	14	9	22	8	21		1
9	104	23	16	40	14	18	11	22	10	24		3
10	101	24	10	35	13	10	11	20	8	23		2
11	112	24	18	40	13	17	11	22	10	26		4
12	93	22	15	22	13	8	11	22	10	20		2
13	111	24	16	38	13	17	10	22	10	26		3
14	101	23	17	39	13	9	11	21	9	24		1
15	109	24	16	36	13	11	11	20	10	20		3
16	113	21	23	40	14	13	9	19	10	26		3
17	109	23	18	37	14	13	7	12	8	23		1
18	109	20	19	39	14	18	11	22	10	20		3
19	97	20	15	17	12	9	11	21	10	20		2
20	96	24	13	32	10	13	10	19	8	21		1
21	96	21	13	17	10	13	11	15	9	18		1
22	109	24	15	25	10	21	10	15	7	20		1
23	108	24	16	26	10	21	10	17	8	20		1
24	88	23	17	29	10	5	7	14	4	15		0
25	100	24	21	38	13	11	10	20	10	22		2
26	101	23	19	37	12	7	11	16	7	15		1
27	108	23	13	29	10	8	11	13	9	20		1
28	86	20	18	28	10	7	11	17	8	18		1
29	92	17	13	32	11	21	9	16	9	22		0
30	97	19	20	32	13	10	10	17	9	21		0
31	87	22	15	31	11	8	10	16	9	25		0
32	105	19	17	36	13	7	11	19	10	22		2
33	87	21	15	28	10	6	10	15	9	22		0
34	110	24	15	33	11	23	11	19	10	24		4
35	101	23	18	24	11	15	11	17	10	16		3
36	109	24	17	39	14	14	11	19	9	23		3
37	102	24	14	37	13	12	10	19	8	25		1
38	97	24	11	40	13	9	11	20	9	24		2
39	109	23	14	43	14	14	11	20	8	24		3
40	96	24	11	39	13	7	7	13	6	23		1
41	99	24	8	40	12	11	10	16	8	24		1
42	100	24	16	38	14	6	5	10	9	20		2
43	95	22	9	27	7	14	9	18	9	24		0
44	78	19	5	39	14	6	3	5	6	18	1	1
45	89	24	11	31	13	5	11	19	10	19		3
46	104	21	13	35	12	16	8	20	10	22		1
47	98	24	18	43	14	11	6	18	9	24		3
48	102	24	18	40	13	19	11	22	10	25		3
49	110	19	17	34	13	19	10	23	9	19		1
50	103	22	10	37	13	11	7	17	9	23		0
51	100	24	10	32	13	14	11	20	9	20		2
52	115	24	11	40	13	13	8	19	9	25		1
53	110	24	13	41	14	15	11	20	10	22		4
54	104	24	10	36	11	10	10	20	9	24		1
55	100	23	8	35	13	12	10	20	10	21		1
56	99	24	7	34	13	11	9	15	9	24		1
57	106	24	9	38	13	15	11	20	9	21		2
58	83	18	5	29	12	4	10	18	10	22		1
59	109	24	17	35	13	21	10	20	9	24		2
60	85	18	8	27	11	6	10	17	9	15		0
61	109	23	15	33	10	19	7	16	7	20		0
62	98	23	10	26	13	13	7	12	7	13		0
63	88	24	8	35	13	5	4	14	6	18		1
64	92	23	9	32	13	11	5	15	6	18		0
65	82	23	6	24	8	5	10	17	8	22		0
66	104	21	19	12	9	20	6	20	7	12		0
67	96	24	9	33	13	14	11	15	8	23		2
68	88	22	10	31	12	13	6	15	5	13		0

69	94	19	8	27	12	6	10	20	10	22		1
70	114	24	17	42	14	16	11	23	10	26		6
71	100	16	16	43	14	8	11	23	10	24		5
72	102	24	7	25	12	8	10	17	8	19		1
73	107	23	22	40	14	11	11	23	10	25		4
74	103	23	23	41	14	15	11	21	9	25		2
75	108	23	10	42	14	12	11	21	10	26		4
76	111	24	14	41	13	14	11	22	10	25		3
77	104	24	13	42	13	13	11	21	10	24		3
78	112	24	14	41	13	10	11	22	9	23		2
79	117	24	14	43	13	18	11	20	9	23		3
80	109	24	18	40	14	17	11	21	10	25		4
81	105	23	12	38	13	11	11	21	10	24		2
82	102	24	8	24	11	7	9	11	9	23		1
83	103	24	22	39	14	10	11	23	10	23		5
84	102	24	8	33	13	12	8	17	9	21		1
85	102	24	18	35	14	13	11	22	8	16		3
86	111	24	11	36	13	20	11	20	10	24		3
87	99	24	21	34	13	9	11	21	10	20		3
88	107	24	11	33	13	14	11	18	10	24		3
89	92	24	11	22	12	7	11	19	10	24		3
90	117	24	21	43	14	20	11	21	10	24		5
91	83	24	13	30	12	6	10	19	10	8		2
92	100	24	16	36	13	11	11	18	9	24		2
93	81	24	10	26	12	9	2	11	5	6	2	1
94	120	24	22	43	14	16	11	23	10	26		7
95	121	24	23	43	14	16	11	21	10	26		7
96	115	24	15	43	14	11	9	13	10	19		3
97	118	24	21	43	14	12	11	23	10	23		5
98	117	24	18	37	13	13	10	19	8	20		1
99	115	24	11	35	12	12	8	18	7	16		1
100	98	23	8	22	6	13	10	16	9	19		0
101	87	22	14	27	10	6	11	14	7	19		1
102	74	20	6	16	2	4	8	12	7	16	1	0
103	92	21	5	23	10	11	10	16	7	18		0
104	90	24	9	32	13	7	10	17	9	20		1
105	89	24	9	29	11	10	9	14	8	20		1
106	80	22	7	31	13	9	5	10	4	19		0
107	98	23	10	32	13	13	10	18	8	20		0
108	83	24	8	26	9	6	9	14	7	20		1
109	83	24	6	24	9	7	10	14	5	19		1
110	86	24	9	25	8	9	11	20	5	15		2
111	89	23	5	26	7	10	11	19	7	22		1
112	85	24	5	27	10	5	10	17	8	20		1
113	83	23	3	21	4	6	5	9	6	14		0
114	77	21	5	23	4	9	9	16	9	19		0
115	95	23	13	36	14	8	5	19	5	16		1
116	105	24	13	34	13	10	8	16	8	21		1
117	96	23	8	27	7	8	8	15	9	20		0
118	92	21	8	24	6	10	6	12	8	18		0
119	103	24	9	34	13	15	9	20	9	24		1
120	79	24	6	22	5	7	7	14	7	20		1
121	101	24	8	19	4	14	6	13	9	20		1
122	75	24	4	11	3	6	5	9	5	17		1
123	78	19	5	9	4	7	8	14	9	16		0
124	97	24	10	29	7	14	8	17	9	21		1
125	82	24	5	21	5	7	5	11	9	19		1
126	94	24	7	20	4	15	10	17	9	20		1
127	85	17	7	22	4	8	8	12	8	20		0
128	77	23	4	26	5	8	9	20	9	24		0
129	105	24	11	39	12	7	10	22	10	25		2
130	70	22	4	21	4	4	7	10	8	18		0
131	79	22	5	23	3	4	8	15	6	16		0
132	54	20	1	12	2	2	6	17	5	12	2	0
133	99	21	7	17	7	21	11	22	10	17		2
134	77	20	1	11	2	9	8	17	7	18	2	0
135	67	22	3	17	3	4	5	7	5	18		0
136	79	24	5	25	9	5	10	18	8	19		1
137	85	22	6	24	3	11	7	15	8	23		0

138	90	24	7	17	3	17	11	18	9	21		2
139	71	23	3	15	6	4	7	15	9	14		0
140	95	23	6	30	12	10	11	20	10	21		2
141	87	22	5	21	7	16	11	21	9	23		1
142	90	24	7	25	6	10	5	17	8	21		1
143	56	15	1	12	2	4	10	19	6	13	3	0
144	73	19	8	27	10	8	10	17	10	23		1
145	94	20	10	30	10	8	10	21	9	23		0
146	77	23	1	25	8	7	10	19	4	13	1	0
147	81	23	5	20	5	7	10	18	8	19		0
148	85	24	7	23	7	7	10	19	8	21		1
149	98	24	7	32	12	14	10	19	9	24		1
150	89	23	5	24	11	10	10	19	9	21		0
151	88	22	7	33	9	9	10	20	9	23		0
152	87	23	4	23	6	10	10	16	7	19		0
153	86	22	7	28	11	9	9	18	10	25		1
154	89	24	6	29	9	4	4	18	8	21		1
155	88	24	7	28	10	9	9	18	9	21		1
156	80	23	5	18	9	4	3	10	4	16		0
157	81	23	4	20	4	4	6	14	7	19		0
158	96	23	9	37	11	8	9	20	10	22		1
159	61	21	3	11	2	3	3	11	4	14	2	0
160	71	19	6	19	7	4	6	16	7	17		0
161	80	22	6	18	7	7	8	16	8	15		0
162	52	17	1	8	4	1	3	6	3	7	3	0
163	73	23	6	17	5	4	5	13	6	14		0
164	84	24	5	22	8	7	5	13	5	19		1
165	72	21	7	22	8	4	8	17	9	20		0
166	74	21	2	17	7	9	8	17	6	10		0
167	104	24	8	29	9	15	10	19	8	24		1
168	78	17	1	4	2	12	10	17	10	16	3	1
169	87	22	4	15	3	11	10	17	7	14		0
170	75	18	4	23	9	5	6	14	9	19		0
171	86	23	2	19	7	7	8	14	6	12		0
172	81	21	4	15	6	8	10	16	7	16		0
173	99	24	7	22	7	10	9	18	8	23		1
174	107	24	7	24	7	14	11	20	10	26		4
175	93	23	10	34	14	12	11	20	10	24		3
176	98	24	9	22	12	7	10	17	7	22		1
177	107	24	10	29	11	13	11	17	9	24		2
178	83	24	7	18	10	6	11	19	9	21		2
179	88	24	6	19	7	7	10	15	9	19		1
180	85	24	6	19	7	6	10	16	8	17		1
181	90	24	7	32	12	5	4	5	5	12	1	1
182	87	24	5	24	9	5	3	7	2	8	1	1
183	81	22	6	24	8	6	2	8	3	16	1	0
184	90	24	5	25	8	12	9	16	8	19		1
185	78	21	1	21	6	5	9	18	7	18	1	0
186	62	21	1	15	3	5	7	10	6	15	1	0
187	60	19	7	19	3	5	6	13	6	16		0
188	60	18	1	14	6	5	8	14	4	14	1	0
189	73	23	5	16	2	6	5	5	5	16	2	0
190	66	19	4	15	2	4	10	16	9	16	1	0
191	78	22	3	19	3	3	3	18	7	14		0
192	72	20	4	18	2	5	9	17	7	19	1	0
193	88	23	4	21	5	8	10	19	7	17		0
194	82	23	4	16	6	9	9	15	9	16		0
195	67	20	2	18	3	4	8	14	5	19		0
196	77	21	2	13	2	3	8	14	6	18	1	0
197	86	24	5	20	6	9	7	15	7	19		1
198	58	21	1	8	2	4	5	11	4	13	2	0

Tabla 7.4d. Puntuaciones de todos los sujetos en cada uno de los dominios de conducta adaptativa⁹⁹ En negrita las puntuaciones máximas en ese dominio

En la tabla (7.4d.) para obtener una mejor visión, hemos registrado en la columna de la derecha, el número total de dominios de la primera parte de la prueba en los que cada sujeto obtiene puntuaciones máximas.

Si analizamos detenidamente estos datos, observamos que 72 (121 si consideráramos el desarrollo físico) de los 198 participantes de la muestra obtienen la puntuación máxima en al menos 1 de los dominios de conducta adaptativa, dicho de otro modo cuenta al menos, con un punto fuerte dentro de su repertorio de conducta adaptativa. Si seguimos observando los datos podemos indicar que, 3 personas (casos 70, 94 y 95) consiguen en más de la mitad de los dominios la puntuación máxima y otras 4 (casos 71, 83, 90 y 97) en la mitad. Ninguno obtiene la máxima puntuación en más de 7 de los dominios de la Escala ABS-RC:2, aunque si estudiamos exhaustivamente los resultados, vemos que personas de la muestra reflejan puntuaciones muy elevadas en muchos de ellos (por ejemplo los que obtienen valores máximos en la mitad o más de los apartados). Por lo tanto, en este colectivo, hay personas que no tienen limitaciones en todos los dominios de conducta adaptativa, muy al contrario puntúan adecuadamente.

En la misma tabla se detecta que existen 3 participantes (casos 143, 162, 168) con valores muy bajos en tres de los dominios. También podemos indicar que, al menos 21 sujetos obtienen puntuaciones mínimas del grupo en uno o dos de ellos. Todos estos sujetos tienen puntos débiles o limitaciones en estos dominios.

En 6 personas coexisten simultáneamente puntos muy fuertes con muy débiles, en 4 de ellos (casos 93, 181, 182, 184), la máxima corresponde al desarrollo físico y en 2 individuos (casos 44, 168), los puntos fuertes son los dominios de números y tiempo, y responsabilidad.

Con el estudio de estos datos, demostramos cómo en las personas con discapacidad intelectual pueden coexistir puntos fuertes y débiles en la adquisición y uso de la conducta adaptativa. Vamos a continuación a exponer, con más claridad, donde están localizados esos puntos fuertes y débiles en los participantes del estudio.

Para ello, agrupamos a los participantes que obtienen la puntuación máxima en cada uno de los dominios, es otra forma más resumida de identificar en cuáles las personas con discapacidad obtienen mejores resultados.

Dominios	Punt. máx	Suj. con punt. máx	Identificación de los participantes
Independencia	121	1	95
Desarrollo Físico	24	92	2,3,4,5,6,7,8,10,11,13,15,20,22,23,25,34,36,37,38,40,41,42,45,47,48,51,52,53,54,56,57,59,70,72,76,77,78,79,80,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,104,105,108,109,110,112,116,119,120,121,122,124,125,126,129,136,138,142,148,149,154,155,164,167,173,174,176,177,178,179,180,181,182,184,186,197
Destrezas Económicas	24	1	2
Desarrollo del Lenguaje	43	10	2,39,47,71,79,90,94,95,96,97
Números y Tiempo	14	26	2,9,16,17,18,36,39,42,44,47,53,70,71,73,74,75,80,83,85,90,94,95,96,97,115,175
Actividades Domésticas	23	1	34
Actividades Prevocacionales o Vocacionales	11	60	1,3,7,9,10,11,12,14,15,18,19,21,26,27,28,32,34,35,36,38,39,45,48,51,53,57,67,70,71,73,74,75,76,77,78,79,80,81,83,85,86,87,88,89,90,92,94,95,97,101,110,111,133,138,140,141,171,174,175,178
Autodirección	23	7	49,70,71,73,83,94,97
Responsabilidad	10	48	7,9,11,12,13,15,16,18,19,25,32,34,35,45,46,48,53,55,58,69,70,71,73,75,76,77,80,81,83,86,87,88,89,90,91,94,95,96,97,129,133,140,144,153,158,168,174,175
Socialización	26	8	11,13,16,70,75,94,95,174

Tabla 7.4e. Identificación de la puntuación máxima en la primera parte de la Escala ABS-RC:2, los participantes que la obtiene y quiénes son.

Como podemos ver, los dominios que tienen conseguidos o son puntos fuertes de un mayor número de participantes son los dominios de: desarrollo físico, actividades prevocacionales y vocacionales, y responsabilidad. Por el contrario sólo un sujeto ha adquirido la puntuación máxima en independencia, otro en destrezas económicas y un tercero en actividades domésticas.

Hemos demostrado esta hipótesis y para ello, los pasos seguidos han consistido en ir comparando los percentiles de los participantes de la muestra con los obtenidos por los jóvenes sin discapacidad (tabla 7.4a), descubriendo los dominios con menor o mayor variabilidad entre los adultos con discapacidad (tabla 7.4c) y analizando aquellos

dominios en los que nuestros participantes obtienen con mayor o menor frecuencia las puntuaciones máximas o mínimas (tabla 7.4d y 7.4e).

Tras este proceso seguido, podemos concluir que sus puntos fuertes más frecuentes los hemos encontrado en los dominios de conducta prevocacional/vocacional y responsabilidad, frente a las limitaciones más generalizadas, las cuales las hemos observado en los dominios de independencia, de destrezas económicas y de desarrollo del lenguaje.

La variabilidad entre unos participantes con discapacidad y otros es tan amplia que se dan todo tipo de situaciones: participantes que no obtienen puntuaciones máximas en ningún dominio o sólo en desarrollo físico; en dos dominios y en el resto puntuaciones mínimas; existen personas con discapacidad intelectual media y severa que en algún dominio superan a la de los que tiene un CI de ligero, etc.

Todo ello en su conjunto, nos permite demostrar esta hipótesis, es decir, en las personas con discapacidad intelectual coexisten los puntos fuertes y débiles en la adquisición y uso de la conducta adaptativa.

HIPÓTESIS 5: La conducta desadaptativa interviene de forma negativa en el uso de la conducta adaptativa, de tal forma que, a mayor número de conducta desadaptada menor adquisición o uso de la adaptada.

Para contrastar esta hipótesis aplicamos el procedimiento de correlaciones bivariadas, a través del coeficiente de correlación de asociación lineal de Pearson. Con este estadístico, valoramos si las puntuaciones en conducta adaptativa se ven influenciadas por la existencia de conductas desadaptadas y si a mayor puntuación en los dominios de conducta adaptada los valores en la conducta desadaptada son menores.

Dominios de Conducta Adaptativa	Suma Conducta Desadaptada	
	Cor. Pearson	Sig. (bilateral)
Independencia	-,236**	,001
Desarrollo Físico	,021	,767
Destrezas Económicas	-,117	,101
Desarrollo del Lenguaje,	-,120	,092
Números y Tiempo	-,032	,649
Actividades Domésticas	-,157*	,027
Actividades Prevocacionales o Vocacionales	-,594**	,000
Autodirección	-,399**	,000
Responsabilidad	-,542**	,000
Socialización	-,437**	,000
Suma Conducta Adaptativa	-,275**	,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 7.5a. Correlación entre puntuaciones en Conducta Desadaptada y en Conducta Adaptativa¹⁰

Como se observa en la tabla 7.5^a, podemos afirmar, con un nivel de probabilidad de acierto del 99%, que existe una relación significativa inversa entre ambas variables (-,275). Es decir, cuánto más alta es la puntuación en conducta desadaptada, más baja es la puntuación en la adaptativa. Esta diferencia es altamente significativa en los dominios de independencia, actividades prevocacionales o vocacionales, autodirección, responsabilidad y socialización. Con un 95% de probabilidad, el dominio de actividades domésticas. Si bien la correlación también es inversa, no hemos encontrado significatividad en los dominios de desarrollo del lenguaje, y números y tiempo (de este análisis excluimos, de nuevo, el desarrollo físico).

Una vez confirmado que el comportamiento inadecuado del sujeto influye negativamente en la adquisición o ejecución de la conducta adaptativa, vamos a estudiar si ésta también incide significativamente en la desadaptada y si es así, cuáles son los dominios que pueden estar influyendo con mayor incidencia. Para ello utilizamos, también, el coeficiente de correlación de Pearson.

¹⁰ En las tablas la abreviatura Cor. corresponde a correlación.

Dominios de Conducta Desadaptada	Suma Total de Conducta Adaptativa	
	Cor. Pearson	Sig. (bilateral)
Conducta Social	-,138	,053
Conformidad	-,348**	,000
Confianza	-,164*	,021
Comportamientos Estereotipados	-,288**	,000
Conducta Sexual	-,204**	,004
Comportamiento Autoabusivo	-,365**	,000
Conducta de Aislamiento Social	-,263**	,000
Comportamiento Interpersonal Molesto o Perturbador	,078	,278
SUMA CONDUCTA DESADAPTADA	-,275**	,000

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 7.5b. Correlación entre puntuaciones en Conducta Adaptativa y en Conducta Desadaptada.

En la tabla anterior, al igual que en la tabla 7.5a, observamos que existe una correlación significativamente inversa entre ambas variables (-,275). Los dominios de conducta desadaptada que más parecen incidir de forma negativa en la adaptativa son por orden de significación: comportamiento autoabusivo, conformidad, comportamientos estereotipados, conducta de aislamiento social, la conducta sexual y la confianza. Este último a un nivel de significación del 0,05. En el límite de la significancia está el dominio de problemas relacionados con la conducta social y el que no parece intervenir, es el de comportamiento interpersonal molesto o perturbador.

Resumiendo, podemos afirmar que estas dos variables dependientes están íntimamente relacionadas ya que a mayor puntuación en una, menor en la otra y viceversa, es decir, las puntuaciones globales obtenidas en conductas desadaptadas influyen en las puntuaciones globales de la conducta adaptativa. Por lo que la hipótesis queda demostrada.

Añadimos al respecto, que la segunda hipótesis de esta tesis corrobora esta afirmación (Al comparar los datos obtenidos en el ICAP con los del ABS-RC:2 se verifica que los problemas de conducta interfieren de forma negativa en el uso de la conducta adaptativa -tablas 7.2c y 7.2d-).

HIPÓTESIS 6: Las puntuaciones en conducta adaptativa y desadaptativa disminuyen conforme las personas con discapacidad intelectual van entrando en edades avanzadas.

El proceso seguido para la demostración de este enunciado ha consistido en segmentar la muestra de participantes por rangos de edad, para poder aplicar los estadísticos que nos permitan estudiar la evolución de la conducta adaptativa y desadaptativa en la población con discapacidad intelectual a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital. Tras constatar las diferencias en alguna de las variables, se comprueba si son significativamente diferentes unos grupos de otros. Para finalizar se indaga entre qué rangos de edad existen tales diferencias.

Con esta manera de proceder, comenzamos obteniendo las medias en conducta adaptativa de los distintos grupos de edad establecidos (20-30, 31-40, 41-50, 51-60 y mayores de 61 años) utilizando la ANOVA de un factor, donde obtenemos los siguientes resultados:

Edad	Nº	Media	Desv. Típ.	ETM	Intervalo de confianza (95%)		Mín	Máx
					Lím. Inferior	Lím. Superior		
de 20 a 30	43	253,95	29,704	4,530	244,81	263,10	196	309
de 31 a 40	48	241,44	40,028	5,777	229,81	253,06	145	309
de 41 a 50	52	212,25	39,345	5,456	201,30	223,20	102	305
de 51 a 60	46	212,26	39,020	5,753	200,67	223,85	127	284
de 61 a 80	9	192,78	49,269	16,423	154,91	230,65	131	282
Total	198	227,50	42,288	3,005	221,57	233,43	102	309

Tabla 7.6a. Puntuaciones en conducta adaptativa por rango de edad.

Como podemos observar en la tabla anterior, la media en cuanto a conducta adaptativa va disminuyendo según aumenta la edad de los participantes. Las puntuaciones más altas se obtienen en la década de los 20 a los 30 años, y a partir de ese momento van descendiendo paulatinamente, esta progresión descendente queda también reflejada en el gráfico 7.6c, donde se visualizan mejor los mismos efectos. Si observamos las puntuaciones máximas y mínimas conseguidas, podemos contrastar que hay algunos participantes del grupo de 31 a 40 años que obtienen puntuaciones máximas iguales a las del grupo que obtiene mejores puntuaciones (de 20 a 30), y hay también algunas personas mayores de 50 años que obtienen valores superiores en las puntuaciones

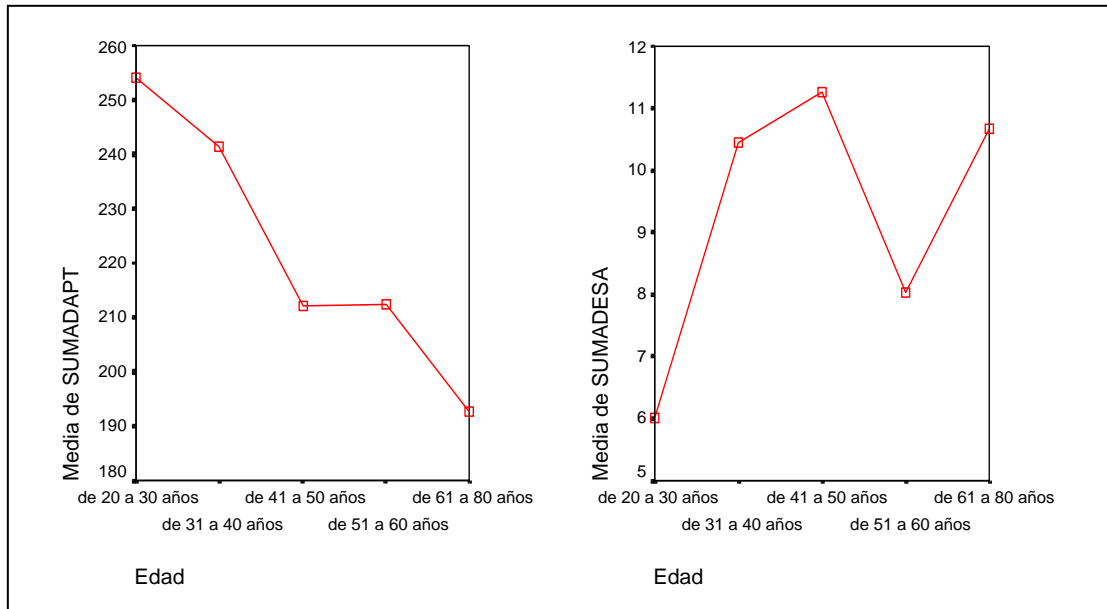
mínimas a las del grupo de mediana edad (de 41 a 50). La variabilidad es un hecho contrastado a lo largo de este estudio, y se refleja, también, en las puntuaciones de desviación típica que obtienen cada una de las franjas de edad establecidas.

Antes de analizar si las diferencias encontradas entre los diferentes grupos son o no significativas, se analiza qué ocurre con la conducta desadaptada, vamos a ver si también en esta variable influye el rango de edad.

Edad	Nº	Media	Desv. Tip.	ETM	Intervalo de confianza (95%)		Mín	Máx
					Lím. inferior	Lím. Superior		
de 20 a 30	43	6,00	6,928	1,057	3,87	8,13	0	37
de 31 a 40	48	10,46	13,359	1,928	6,58	14,34	0	52
de 41 a 50	52	11,27	14,328	1,987	7,28	15,26	0	77
de 51 a 60	46	8,04	11,768	1,735	4,55	11,54	0	67
de 61 a 80	9	10,67	9,069	3,023	3,70	17,64	0	29
Total	198	9,15	12,045	,856	7,46	10,84	0	77

Tabla 7.6b. Puntuaciones en conducta desadaptada según rangos de edad.

En la tabla anterior se observa que, con respecto a la conducta desadaptada, no se constata esta evolución. No parece que la edad sea una variable que influya en la mayor o menor presencia de conducta desadaptada en la población con discapacidad intelectual de ASPANIAS. Esta consideración queda más claramente visualizada en el gráfico 7.6c.



Cuadro 7.6c. Gráfico de la evolución de conducta adaptativa y desadaptativa según la edad

Para saber si los resultados anteriormente obtenidos en conducta adaptativa son o no significativos, se comparan las puntuaciones inter-grupo y las intra-grupo en los distintos rangos de edad establecidos.

ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	73041,605	4	18260,401	12,621	,000
Intra-grupos	279245,895	193	1446,870		
Total	352287,500	197			

Tabla 7.6d. Diferencias significativas de media inter-grupos e intra-grupo

Efectivamente, existen diferencias significativas en el uso de conducta adaptativa entre los diferentes grupos de edades, por lo tanto la influencia de la edad en este tipo de conductas queda demostrada.

Una vez descubierto que existen estas diferencias, consideramos interesante conocer cuáles son los intervalos de edad responsables de la significatividad. Para este cometido, se utiliza la prueba Post hoc Bonferroni, a un nivel de significatividad del 0,05. Con este estadístico, además de comprobar las diferencias entre las medias, contrastamos qué medias son las que difieren y cuáles no, es decir, en qué grupos se sitúan las diferencias:

(I) Edad	(J) Edad	Diferencia de medias (I-J)	ETM	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
20 a 30	31 a 40	12,516	7,985	1,000	-10,16	35,19
	41 a 50	41,684*	7,839	,000	19,42	63,94
	51 a 60	41,693*	8,067	,000	18,78	64,60
	61 a 80	61,176*	13,941	,000	21,59	100,76
31 a 40	41 a 50	29,168*	7,612	,002	7,55	50,78
	51 a 60	29,177*	7,847	,003	6,89	51,46
	61 a 80	48,660*	13,814	,005	9,43	87,89
41 a 50	51 a 60	,008	7,698	1,000	-21,85	21,87
	61 a 80	19,491	13,730	1,000	-19,50	58,48
51 a 60	61 a 80	19,483	13,862	1,000	-19,88	58,85

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tabla 7.6e. Comparaciones múltiples de la suma de conducta adaptativa aplicando la prueba de Bonferroni (edad).

Vemos que no hay diferencias significativas entre el grupo de 20-30 años y el de 31-40 años. Como sabemos tienen diferentes medias, pero a pesar de ello, podemos decir que ambos grupos son bastante semejantes. Tampoco observamos significatividad entre los tres grupos que representan a los adultos de mayor edad (40-50, 51-60 y 61-80 años). Las diferencias quedan establecidas entre los dos grupos más jóvenes y los tres de mayor edad. Es decir, podemos establecer dos grandes grupos entre los que existen diferencias significativas, por un lado el conjunto de participantes menores de 40 y el de personas de más de 41 años.

Llegados a este punto podemos concluir que las puntuaciones en conducta adaptativa son más bajas conforme aumenta la edad de los afectados. En cuanto a las conductas desadaptadas no hemos encontrado relación con la edad de las personas con discapacidad intelectual. Por lo que damos por demostrada parcialmente esta sexta hipótesis.

HIPÓTESIS 7: Las personas con discapacidad intelectual que acceden a empleo protegido (Centro Especial de Empleo) presentan distinto nivel de conducta adaptativa que las personas que están en un Centro Ocupacional.

Para este estudio hemos realizado dos agrupaciones, una con los datos de los 72 operarios del Centro Especial de Empleo y otra con los resultados de los 126 usuarios del Centro Ocupacional. Se compararon las medias entre ambos grupos y se determinó si hay diferencias en cuanto a las puntuaciones obtenidas por los participantes de uno u otro centro. Posteriormente se observó cuáles son los dominios de conducta adaptativa en los que manifiestan mayor disparidad.

Dominios de Conducta Adaptativa	Operarios del CEE				Usuarios del CO				16-17 años ¹¹
	Mín	Máx.	Media	Desv.Típ.	Mín	Máx	Media	Desv.Típ.	Media
Independencia	74	117	101,10	9,325	52	121	87,94	14,576	117.00
Desarrollo Físico	16	24	22,99	1,740	15	24	22,34	2,017	23.67
Destrezas Económicas	5	24	14,29	4,799	1	23	7,54	4,685	23.33
Desarrollo del Lenguaje	16	43	32,44	7,673	4	43	26,03	9,190	43.00
Números y Tiempo	2	14	11,85	2,305	2	14	8,48	4,005	14.00
Actividades Domésticas	4	23	12,22	4,652	1	21	9,06	4,422	
Act. Prevocacionales, o Vocacionales	2	11	10,26	1,374	2	11	8,13	2,371	10.00
Autodirección	11	23	18,53	3,030	5	23	16,09	3,988	22.33
Responsabilidad	4	10	8,92	1,253	2	10	7,63	1,879	9.67
Socialización	6	26	21,54	3,764	7	26	19,03	3,937	24.33
Suma Conducta Adaptativa	165	305	254,14	28,875	102	309	212,61	41,259	287.33

Tabla 7.7a. Estadísticos descriptivos referentes al grupo de CEE, al grupo de CO y al grupo de jóvenes de 16-17 años en cada uno de los dominios de conducta adaptativa.

Se comprueba que las medias de los dos grupos difieren, ya que los sujetos que tienen un empleo obtienen mayores puntuaciones en todos y cada uno de los dominios de conducta adaptativa. Como era esperable, las puntuaciones mínimas corresponden a participantes del Centro Ocupacional. Si seguimos comparando estadísticos descriptivos podemos indicar que existen individuos del Centro Ocupacional que obtienen puntuaciones máximas idénticas a algunos operarios del Centro Especial de Empleo. En la columna de la derecha de la tabla 7.7a (resultados correspondientes al grupo de 16-17 años del estudio de García Alonso, 2001) observamos que los jóvenes obtienen medias más altas que los dos grupos de personas con discapacidad intelectual, salvo en actividades prevocacionales o vocacionales del grupo de empleo, que consiguen medias con algunas décimas más altas. Para saber si las diferencias son significativas entre las personas de ambos centros, realizamos el procedimiento Prueba T para muestras independientes, que compara las medias de los dos grupos de casos, nos indica si se asumen o no las varianzas iguales y nos ofrece la significatividad de las diferencias. Los resultados aparecen en las dos tablas siguientes.

¹¹ Los datos de esta columna hacen referencia a las medias en los distintos dominios de conducta adaptativa de los sujetos con 16-17 años sin retraso mental de la muestra estudiado por García Alonso (2001)

	Centro	N	Media	Desv. Tip.	Error Tip. de la media
independencia	Centro Especial de Empleo	72	101,10	9,325	1,099
	Centro Ocupacional	126	87,94	14,576	1,299
Desarrollo Físico	Centro Especial de Empleo	72	22,99	1,740	,205
	Centro Ocupacional	126	22,34	2,017	,180
Destrezas Económicas	Centro Especial de Empleo	72	14,29	4,799	,566
	Centro Ocupacional	126	7,54	4,685	,417
Desarrollo del Lenguaje	Centro Especial de Empleo	72	32,44	7,673	,904
	Centro Ocupacional	126	26,03	9,190	,819
Números y Tiempo	Centro Especial de Empleo	72	11,85	2,305	,272
	Centro Ocupacional	126	8,48	4,005	,357
Actividades Domésticas	Centro Especial de Empleo	72	12,22	4,652	,548
	Centro Ocupacional	126	9,06	4,422	,394
Act. Prevocacionales y vocacionales	Centro Especial de Empleo	72	10,26	1,374	,162
	Centro Ocupacional	126	8,13	2,371	,211
Autodirección	Centro Especial de Empleo	72	18,53	3,030	,357
	Centro Ocupacional	126	16,09	3,988	,355
Responsabilidad	Centro Especial de Empleo	72	8,92	1,253	,148
	Centro Ocupacional	126	7,63	1,879	,167
Socialización	Centro Especial de Empleo	72	21,54	3,764	,444
	Centro Ocupacional	126	19,03	3,937	,351
Suma Conducta Adaptativa	Centro Especial de Empleo	72	254,14	28,875	3,403
	Centro Ocupacional	125	212,61	41,259	3,690

Tabla 7.7b. Resumen de estadísticos de los participantes del CO y del CEE en cada uno de los dominios de conducta adaptativa.

En esta primera tabla, podemos observar cómo realmente la puntuación media obtenida por los participantes de cada uno de los centros es diferente. Las puntuaciones más altas las obtienen las personas del Centro Especial de Empleo, observándose además en casi todos (no en todos) los dominios una menor desviación típica o variabilidad en las puntuaciones. Para valorar si estas diferencias son o no significativas, definimos los grupos y realizamos la Prueba de Levene con un intervalo de confianza al 95%. Los resultados se muestran a continuación.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	ETM	Intervalo de confianza (95%)	
									Inferior	Superior
Independencia	Se han asumido varianzas iguales	12,321	,001							
	No se han asumido varianzas iguales			7,732	193,457	,000	13,153	1,701	9,798	16,508
Desarrollo Físico	Se han asumido varianzas iguales	4,940	,027							
	No se han asumido varianzas iguales			2,365	166,195	,019	,645	,273	,107	1,183
Destrezas Económicas	Se han asumido varianzas iguales	1,111	,293	9,670	196	,000	6,752	,698	5,375	8,129
	No se han asumido varianzas iguales									
Desarrollo del Lenguaje	Se han asumido varianzas iguales	2,658	,105	5,006	196	,000	6,413	1,281	3,886	8,939
	No se han asumido varianzas iguales									
Números y Tiempo	Se han asumido varianzas iguales	48,150	,000							
	No se han asumido varianzas iguales			7,516	195,981	,000	3,371	,448	2,487	4,256
Actividades Domésticas	Se han asumido varianzas iguales	,454	,501	4,756	196	,000	3,167	,666	1,854	4,480
	No se han asumido varianzas iguales									
Act. Prevocacionales y vocacionales	Se han asumido varianzas iguales	38,674	,000							
	No se han asumido varianzas iguales			8,000	195,948	,000	2,129	,266	1,604	2,654
Autodirección	Se han asumido varianzas iguales	3,886	,050	4,501	196	,000	2,440	,542	1,371	3,510
	No se han asumido varianzas iguales									
Responsabilidad	Se han asumido varianzas iguales	18,658	,000							
	No se han asumido varianzas iguales			5,742	191,278	,000	1,282	,223	,841	1,722
Socialización	Se han asumido varianzas iguales	,826	,364	4,384	196	,000	2,510	,573	1,381	3,639
	No se han asumido varianzas iguales									
Suma Conducta Adaptativa	Se han asumido varianzas iguales	9,684	,002							
	No se han asumido varianzas iguales			8,273	187,616	,000	41,531	5,020	31,628	51,433

Tabla 7.7c. Resultados del contraste de la T con significatividad para la diferencia de los Centros.

Detectamos diferencias significativas al comparar las medias obtenidas por los participantes en todos y cada uno de los dominios de conducta adaptativa. Los usuarios pertenecientes a ambos centros se han comportado en esta prueba como dos grupos diferentes.

Con los resultados expuestos, podemos afirmar que la séptima hipótesis se demuestra. Existen diferencias significativas en las puntuaciones que obtienen las personas con discapacidad intelectual del Centro Especial de Empleo con respecto a las del Centro Ocupacional, tanto en los distintos dominios como en la puntuación total de conducta adaptativa.

2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez demostradas las siete hipótesis planteadas en esta investigación, nos gustaría resaltar y reflexionar sobre algunos aspectos que se desprenden del análisis de los datos y que pasamos a exponer en los siguientes epígrafes:

2.1. CONCLUSIONES

Hemos ido viendo cómo casi la totalidad de las hipótesis planteadas en la presente tesis sea han visto confirmadas, la excepción la encontramos en la hipótesis 6, que se ha demostrado sólo parcialmente, al no encontrar que las puntuaciones en conducta desadaptada disminuyan conforme avanza la edad de las personas con discapacidad intelectual. A continuación, y a modo de conclusión, recogemos todos los hallazgos extraídos del análisis de los datos realizados en apartados anteriores de este capítulo.

1. La Escala adaptada ABS-RC:2 obtiene índices de fiabilidad adecuados tanto en consistencia interna, fiabilidad test-retest y fiabilidad interevaluadores.
2. La Escala adaptada ABS-RC:2 presenta índices adecuados en todos los resultados dirigidos a valorar su validez. Se observaron buenas puntuaciones en validez de constructo, de criterio e intercorrelación de los ítems.
3. El análisis factorial de la Escala adaptada, manifestó la existencia de los 5 factores principales que componen el instrumento original americano. En la primera parte de la escala estos factores han sido: autosuficiencia personal, autosuficiencia comunitaria, y responsabilidad personal y social. En la Segunda parte, los dos factores encontrados han sido; ajuste social y ajuste personal. En este sentido decir, también, que la amplia mayoría de los ítems han demostrado su pertenencia y concordancia con el factor que les corresponde.
4. Consideramos que la Escala adaptada ABS-RC:2 es idónea y adecuada para ser utilizada en la población con discapacidad intelectual de los Centros de adultos de

ASPANIAS en los que se ha hecho el estudio, ya que sus propiedades técnicas cumplen con los criterios de calidad exigidos.

5. La primera parte de la Escala ABS-RC:2, la referida a la conducta adaptativa sirve para hacer descripción o clasificación del uso o adquisición de estas conductas. 9 de los 10 dominios de los que consta son muy básicos e idénticos, en contenido, a los del ABS-S:2. Puesto que las investigaciones anteriores con esta última prueba (García 2001) han demostrado que estas conductas, en las personas sin discapacidad, están todas conseguidas antes de alcanzar la edad de los 18 años, todas las limitaciones que encontremos al evaluar a un determinado sujeto adulto con discapacidad intelectual, pueden ser consideradas como puntos flojos de la persona en concreto.

6. Han sido contrastadas, en este estudio, algunas de las características más sobresalientes del concepto actual de conducta adaptativa. En este sentido, hemos visto que la puntuación de la media obtenida en cada uno de los dominios de conducta adaptativa por los sujetos con discapacidad intelectual ligera es superior a la del grupo clasificado con discapacidad intelectual media, y la puntuación de estos últimos es superior a la obtenida por los sujetos clasificados como severos. Esto indica claramente la relación estrecha que existe entre la capacidad intelectual y uso de la conducta adaptativa.

7. Otra de las premisas que conforman el concepto actual de la discapacidad intelectual también se ha visto reflejada en este trabajo. Junto a las limitaciones en conducta adaptativa que manifiestan las personas afectadas, coexisten también capacidades o puntos fuertes. Este hecho lo hemos podido observar de forma muy clara en prácticamente la totalidad de los individuos. A nivel global nos ha permitido determinar que un amplio número de los discapacitados adultos en los centros estudiados, tienen como punto fuerte, el dominio de actividades prevocacionales/vocacionales y un considerable, pero menor, grupo de sujetos manifiestan adecuadas capacidades en los dominios de números y tiempo, desarrollo del lenguaje y responsabilidad. Las limitaciones más generalizadas las hemos encontrado en los dominios de independencia, destrezas económicas y desarrollo del lenguaje.

8. Las puntuaciones totales de conducta desadaptada se relacionan inversamente con las puntuaciones totales de conducta adaptativa, a mayor puntuación en conducta desadaptada menor puntuación en la adaptada. En este sentido hemos podido observar que los dominios de comportamiento autolesivo, inconformidad, comportamiento estereotipado, conducta de aislamiento social, conducta sexual inapropiada y problemas con la confianza son los que más interfieren con los dominios de conducta adaptativa. La relevancia de estas conductas desadaptadas es mayor e interfiere más concretamente con la suma total de conducta adaptativa, con el dominio de independencia, el de actividades prevocacionales y vocacionales, el de autodirección, el de responsabilidad, la socialización y las actividades domésticas. El que parece no intervenir es el comportamiento interpersonal molesto o perturbador.

9. Aunque existe una amplia heterogeneidad en los individuos afectados, hemos podido demostrar que la conducta adaptativa disminuye según aumenta la edad de las personas afectadas. No podemos decir lo mismo de la conducta desadaptada, pues ningún dato obtenido ha avalado esta parte del supuesto.

10. Las personas que acceden al Centro de Especial de Empleo protegido obtienen mayores puntuaciones en conducta adaptativa que las que acuden al Centro Ocupacional. Esta afirmación reitera la importancia que tiene el aprendizaje y uso de las conductas adaptativas de cara a conseguir un empleo y a la consecución de los principios de normalización e inclusión de las personas con discapacidad intelectual a la comunidad.

11. Consideramos que los hallazgos encontrados facilitan una mayor adecuación de la intervención en los centros que atienden a las personas con discapacidad intelectual. Con la aplicación individual de la Escala ABS-RC:2 adaptada obtenemos datos muy relevantes de cada persona evaluada, sus capacidades, sus necesidades y prioridades de las áreas de apoyo. Con la aplicación al colectivo hemos descubierto los dominios más necesitados de más trabajo grupal, los más relevantes para poder ser incluidos en los Centros Especiales de Empleo o en el Empleo Protegido.

12. Estamos convencidos que la Escala adaptada es un instrumento que permite hacer estudios sobre las capacidades y limitaciones de la conducta adaptativa del colectivo y de cada individuo discapacitado en particular, es de fácil aplicación, sirve para ser un vehículo de comunicación entre profesionales y como herramienta práctica para el desempeño profesional.

13. Igualmente, se adapta a la concepción que se tiene en la actualidad sobre la discapacidad intelectual, ofreciendo factores que se ajustan con los propuestos por la AAIDD. Según esta Asociación (Luckasson y cols., 2002, p. 116) *es una herramienta que sirve para la descripción, la planificación de apoyos y la evaluación del cambio en el funcionamiento del individuo*

2.2. LIMITACIONES Y DISCUSIÓN

Si bien la realización de esta tesis ha sido un trabajo prolongado en el tiempo y el proceso laborioso, la aplicación de la Escala ABS-RC no supuso ningún problema al conocer en gran medida e interactuar cotidianamente con las personas evaluadas, no se encontró ninguna dificultad al estudiar a los participantes, pues este tipo de actividad forma parte de las tareas habituales. Las mayores dudas consistieron en concretar qué variables se deberían considerar para obtener los resultados de mayor interés para nuestra práctica diaria y que éstos también fueran útiles para los profesionales del sector.

Durante el estudio se recogieron datos sociodemográficos de la muestra, algunos de estos no han sido tenidos en cuenta en esta investigación, así por ejemplo se dispone de datos relativos a la existencia o no de trastornos mentales, de otras discapacidades asociadas, del nivel socioeconómico, de los centros de procedencia, del tipo de residencia, etc. No se descarta, en un futuro a corto plazo, cruzar estos datos para ampliar los conocimientos sobre la conducta adaptativa del colectivo con discapacidad intelectual. Con este proceder, podríamos obtener una mayor información y quizá, encontrar respuestas a algunas cuestiones que se desprenden y/o nos planteamos tras este estudio.

Si bien lo realizado en esta tesis es replicable en otros centros de discapacitados intelectuales, consideramos que esta investigación debe ampliarse con participantes discapacitados con otros niveles de CI, de otros tipos de centros y servicios y de otras comunidades. Debemos considerar este estudio como un estudio piloto, nuestro interés radicó en probar (y así ha quedado demostrado) si el ABS-RC:2 era idóneo o no y servía para la evaluación de la conducta adaptativa de los adultos con discapacidad. Sabemos que podíamos haber ido más lejos, ser más ambiciosos y haber estandarizado la Escala a la población de discapacitados intelectuales de habla castellana en España. Creemos haber actuado bien, pues hemos seguido los consejos de los expertos que recomiendan en las directrices internacionales para el uso de los tests (apéndice c,) que cuando se trata de aplicar test a personas con alguna discapacidad “*siempre que sea posible deben de llevarse a cabo estudios piloto con muestras pequeñas*” (Comisión Internacional de Tests del Colegio Oficial de Psicólogos, <http://www.cop.es/tests/directrices.htm>, p.14). Verdaderamente, con los resultados obtenidos, nos sentimos más confiados, más seguros e ilusionados con lo que nos queda y debemos hacer, estudiar a un mayor número de participantes, con representatividad suficiente, para normalizar ambas Escalas a la población española de habla castellana.

La Escala ABS-S:2 dirigida a niños y adolescente, con especial importancia por su capacidad diagnóstica, está ya prácticamente estandarizada y pendiente de publicación, adelantando algunos resultados, decir que, al igual que se observó en el primer estudio, todos los dominios de conducta de la primera parte están adquiridos antes de los 18 años. Puesto que 9 de los 10 dominios coinciden en ambas Escalas, no es necesario en el ABS-RC:2 realizar nuevos baremos de la población adulta sin discapacidad, tan sólo sería necesario hacerlo con el dominio no coincidente, el de actividades domésticas, si bien intuimos que al ser también muy básicos sus contenidos, estén también conseguidos sus enunciados a esa misma edad de 18 años. Dicho de otro modo, creemos que los baremos de la población ordinaria, obtenidos con la Escala ABS:2 son utilizables y sirven para la población adulta discapacitada a la que se aplica la Escala ABS-RC:2. Esta forma de actuar es, en gran parte, avalada por la AAIDD, que en el 2002, p.30, expone la necesidad de contrastar los resultados con baremos realizados con la población general, incluyendo personas con discapacidades y sin ellas. Por otro lado, las puntuaciones típicas y percentiles que se exponen en la versión original americana

con las personas con discapacidad intelectual no son de confianza para personas sin discapacidad (Luckasson y cols. 2003, p.116).

Es muy posible que con estudios similares a este o con otros diferentes y preparados para conseguir los objetivos, se puedan concretar algunos de los aspectos que han quedado abiertos tras los conocimientos en este ámbito y esta investigación. Sería muy relevante, especificar si algunas puntuaciones en determinados dominios de conducta adaptativa pueden estar relacionadas o verse afectadas por otros aspectos. En esta línea, citamos los siguientes:

- Nos parece muy importante, que se establezca claramente la relación que tienen las conductas desadaptadas con las adaptadas. En nuestro estudio hemos visto una relación inversa significativa, que nos indica que a más conductas problema menos puntuación en las adaptadas, esta afirmación corrobora o ratifica los estudios realizados de García Alonso, (2001), quien observó también esta misma relación inversa y significativa (aunque sólo en las personas con discapacidad intelectual) y otros estudios anteriores, como los de la AAIDD, quién en 1992, consideraba la conducta inadecuada como una característica o dimensión a tener en cuenta al evaluar la adaptada, por considerarla limitante para la adquisición o uso de la adaptativa. En el 2002, la AAIDD admite que influye en la adquisición o ejecución de la conducta adaptativa, pero la presencia de conductas problema no se considera una limitación en la conducta adaptativa, aunque puede ser importante para la interpretación de las puntuaciones obtenidas en conducta adaptativa. Estudios realizados por numerosos autores, entre ellos, Novell y cols. (1994); Carr, (1996,1998); Canal y Martín Silleros (2002); y Verdugo y Bermejo, (2009) afirman también, que las llamadas conductas inadecuadas, desadaptativas, desafiantes o problemáticas constituyen uno de los grandes problemas, que de forma específica afectan negativamente al desarrollo de las personas con discapacidad intelectual, a los profesionales que les atienden y a la comunidad en general.
- Las diferencias, en las puntuaciones obtenidas según la edad de las personas, pueden deberse al deterioro cognitivo que se suele producir en las edades avanzadas, pero también pueden ser debidas a los cambios y avances educativos que se han

producido a lo largo de los últimos años en nuestro país. Las personas adultas de menor edad con discapacidad intelectual han tenido mejores oportunidades y han podido acceder a una formación más adecuada que en décadas anteriores, por lo general, no existía. La mejora de los recursos educativos (adaptaciones, programas específicos, apoyos...), con mucha probabilidad, ha repercutido en una mejor formación y una mayor adquisición de conductas adaptativas en las personas más jóvenes. Las personas más mayores no tuvieron estas mismas oportunidades, en muchos casos no pudieron acceder ni siquiera a una educación escolar integrada. A priori, esta última explicación parece oportuna y adecuada, sin embargo, habría que considerar otras posibles variables y manifestar que esto pudiera no ser del todo cierto, pues, al menos en el Centro Ocupacional de ASPANIAS (a los que acuden desde hace años los participantes más mayores), el entrenamiento en conducta adaptativa y la intervención para disminuir o eliminar las conductas desadaptadas que puedan presentar los sujetos, son objetivos prioritarios a trabajar desde hace ya tiempo.

- El deterioro podría ser entonces, una posible explicación del por qué con la edad el uso de conducta adaptativa disminuye. A este respecto, decir que esta ampliamente aceptado por numerosos expertos en la materia que la población con discapacidad intelectual puede presentar un envejecimiento precoz. Autores como Prasher y Krishnan (1993); Callacott, (1993) y Ribes (1999) señalan edades entorno a los 45-50 años como inicio de procesos de envejecimiento de forma prematura en las personas con discapacidad. Como muy bien apunta Aguado y cols. (2001) *“la vejez de las personas con discapacidad intelectual se caracteriza por un deterioro en la percepción de la calidad de vida asociada, principalmente, a la pérdida de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria. La persona con discapacidad vive como una amenaza los cambios físicos y personales que afectan a su autonomía, máxime si suponen una pérdida en la capacidad real o percibida, de controlar sus vidas”*.
- Concordamos con las ideas expuestas por el profesor Antonio Aguado y otros expertos en la temática que afirman ideas similares, sin embargo, no debemos olvidar, la enorme variabilidad interindividual de las personas afectadas. La

heterogeneidad y amplia dispersión encontrada en las puntuaciones de los diferentes dominios en cada uno de los rangos de edad (existen participantes en cada uno de los rangos de edad que obtienen puntuaciones que superan las puntuaciones de personas con discapacidad de menor edad), nos permite reflexionar al respecto y, aludimos, de cara a la intervención directa y a una mejora en la práctica profesional con cada uno de los individuos discapacitados, al juicio clínico y a la realización de estudios longitudinales individualizados.

- Un amplio grupo de operarios del Centro Especial de Empleo vive en pisos tutelados. Este hecho podría estar influyendo, puntuando este grupo adecuadamente en los dominios de: actividades domésticas, destrezas económicas, independencia, autodirección y responsabilidad. Según manifiestan Bellamy y cols. (1988), la adaptación al empleo ordinario está relacionada con las habilidades adaptativas del trabajador en la vida cotidiana, tales como la responsabilidad, la gestión económica y de los recursos o la planificación de actividades.
- Las líneas de negocio que tengan los Centros Especiales de Empleo podrían también ser determinantes en una mayor puntuación de determinados dominios de conducta adaptativa. Así, por ejemplo, los operarios de la sección de servicios domésticos, que deben realizar estas tareas del perfil profesional, obtendrán mejores puntuaciones en el dominio de actividades domésticas. La cuestión a plantear consistiría en saber si las personas que acceden a esta o a cualquier otra línea propuesta por los centros, son las que manifiestan antes de su instrucción las mayores puntuaciones en los dominios claves o con la enseñanza de estas habilidades las personas consiguen, tras los aprendizajes, tener mayores puntuaciones. En otras palabras es interesante conocer si es un punto fuerte ya de antemano o tras la intervención educativa en los centros se han aprendido estas habilidades. Si la enseñanza que propician es la responsable de estos frutos, quedaría patente la relevancia de la educación y la capacidad de las personas con discapacidad intelectual para aprender nuevas conductas adaptativas, tal como proponen autores tales, como Luckasson y cols., (2002) o Gilman y cols, (2002).

- El disponer de un empleo y por consiguiente, de unos ingresos económicos implica siempre una mejor imagen personal y social, lo que puede incrementar la autoestima del sujeto, una mayor disponibilidad para las interacciones sociales y un mayor uso de recursos comunitarios. Lacasta (2006) va más allá y expone la necesidad de seleccionar el abanico de apoyos más eficaces para cada persona, lo más cercano a la actividad laboral, pero sin olvidar la contribución que los centros especiales de empleo pueden hacer a la calidad de vida de sus trabajadores más allá del empleo. Para este autor, es previsible que las habilidades adaptativas de trabajo, de relaciones sociales, de autodeterminación, de comunicación, etc. sean prioritarias en detrimento de otras. Pero en general, en estos contextos, es necesario manifestar ciertos desconocimientos, por lo que sería muy oportuno saber, si las habilidades que han demostrado tener adquiridas los trabajadores con discapacidad, son habilidades ya adquiridas antes de tener un empleo, o mejoran y aumentan porque el entorno proporciona oportunidades para su uso.

Hemos visto que la Escala detecta diferencias en los niveles de todos los dominios de conducta adaptativa entre los sujetos del Centro Ocupacional y del Centro Especial de Empleo. Esto posibilita la utilización del instrumento para discriminar a las personas preparadas para acceder al empleo. En los dominios donde hay disparidad se pueden convertir en criterios a cumplir para la obtención de un contrato laboral, que como vimos en el tema 5, en ocasiones se hace en los centros un tanto aleatoriamente, en función de años de formación en centro ocupacional, la impresión de los profesionales de atención directa, el nivel de minusvalía o discapacidad, el desempeño laboral en el puesto, etc. Por otro lado, nos parece importante señalar que aquellos dominios donde los usuarios del Centro Ocupacional obtienen menores puntuaciones con respecto a los contratados, pueden convertirse en objetivos generalizados de formación en estos centros, de cara a incrementar las posibilidades de acceso al empleo.

No debemos olvidar otras posibles causas que pueden estar incidiendo en el acceso al empleo abierto o protegido de usuarios del centro ocupacional, ya que hemos observado que algunas personas obtienen puntuaciones similares y equiparables a las de los trabajadores del Centro Especial de Empleo. Estas posibles causas podrían ser las siguientes:

- a. Los empresarios no confían aun en las capacidades de las personas con discapacidad intelectual, lo que dificulta el hecho de su incorporación a las plantillas de sus empresas, a pesar de la política de ayudas existentes.
- b. Ni las asociaciones ni los Centro Especial de Empleo cuentan con la viabilidad empresarial necesaria para dar cobertura a todas las personas con discapacidad en edad laboral.
- c. La legislación existente se muestra insuficiente, ya que no favorece la contratación de muchas de estas personas. En este sentido, decir que no existen modalidades de contratación adaptadas a las características de este colectivo (reducción de jornada, acceso a una jubilación anticipada, etc.), ni eficientes medidas que favorezcan la discriminación positiva de estos posibles empleados para su incorporación al mercado de trabajo.
- d. La política de prestaciones y pensiones a las personas con discapacidad favorece la permanencia en un estatus de protección económica más solvente y segura que el acceso a una retribución por un trabajo. Las dificultades para acceder a una pensión económica, cuando las capacidades de las personas se ven reducidas por un posible deterioro precoz o cuando se producen agravamientos del estado de salud o por cambio de condicionantes socioambientales, limitan el acceso al empleo de estas personas aunque sea de forma temporal.
- e. La edad de aquellos sujetos que superan los 45 años, es un hándicap para la incorporación al mercado de trabajo, tal y como acontece en la población considerada normalizada. Esto es especialmente gravoso en los trabajadores no cualificados y hemos de reconocer que los empleos para los que están preparados las personas con discapacidad intelectual son considerados como no cualificados.
- f. Las limitaciones de las personas con discapacidad intelectual frente a la población normal pueden ser un obstáculo para la inserción en el mercado laboral, tal y como explican los profesores Jordán de Urries y Verdugo (2003). Este obstáculo se ve incrementado por la competitividad y/o competencia con otros colectivos de

exclusión social (emigrantes, mayores de 45 años, mujeres, parados de larga duración, personas con discapacidades sensoriales, jóvenes., etc.). Alomar (2004) destaca en su investigación, la importancia de las figuras del preparador laboral y del supervisor natural, como ayudas personales que hay que proporcionar al trabajador con discapacidad intelectual a lo largo de todo su vida laboral para el mantenimiento del puesto de trabajo.

- g. Otro aspecto a destacar y tener en cuenta es la inclusión en la muestra del Centro Ocupacional de personas con enfermedad mental y/o conductas problema asociadas al diagnóstico principal, la discapacidad intelectual. Estas personas pueden presentar distintos niveles en conducta adaptativa, pero también, una amplia trayectoria de recaídas, ingresos hospitalarios o consumo de psicofármacos que pueden dificultar la conservación del empleo. Se cree que los casos con problemas de conducta o con mayores puntuaciones en conducta inadaptada son menos susceptibles de contratación. Bien por las dificultades para encontrar entornos y tareas más adaptadas a sus características individuales, bien por las dificultades en el manejo de los problemas por profesionales no cualificados o fuera del ambiente habitual o bien porque puedan estar incidiendo en el nivel de conducta adaptativa. Liberman, (1988) y Gerolin, (2003) sugieren que la enfermedad mental de curso crónico se caracteriza fundamentalmente por la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales. La minusvalía social que se asocia a estas patologías puede producirse por carencias en el saber, en el querer y creer que puedes hacerlo y en las posibilidades que se tenga de hacerlo.
- h. Se observa una gran variabilidad dentro del colectivo estudiado, principalmente en el grupo del centro ocupacional. Aunque hay dominios de conducta adaptativa donde un grupo analizado destaca sobre otro, cuando se va al caso individual se observan gran variabilidad de unos a otros participantes. Por poner un ejemplo, hay usuario que tienen puntuaciones máximas en un dominio, otros en varios, la gran mayoría alternan puntos fuertes con débiles, otros tienen limitaciones significativas en muchos dominios, etc.

Todos estos comentarios debieran ser objeto de nuevas reflexiones para la elaboración de itinerarios formativos y laborales para las personas con discapacidad, que potencien y faciliten una exitosa incorporación al mercado de trabajo.

Otro de los grandes interrogantes que nos hace reflexionar es si ¿las personas que obtienen alta puntuación en conducta adaptativa, la consiguen porque tienen más oportunidades o tienen más oportunidades porque tienen mayor nivel de conducta adaptativa?. Estamos seguros que la pregunta es difícil de contestar, sin embargo y ante ella, tenemos claro lo que necesitan todas las personas con discapacidad intelectual: el mayor número de ocasiones y oportunidades posibles para realizarse mejorando su calidad de vida, como todos nosotros.

En el presente estudio ha quedado reflejada la bondad de la Escala ABS-RC para el conocimiento, la descripción, la clasificación, el establecimiento de los apoyos u objetivos de intervención y la evaluación de programas en el colectivo de discapacitados intelectuales. Su valía no descarta el uso de otros instrumentos que también podrían y debieran emplearse. Esperamos que en breve, sea utilizada y engorse la lista de escalas y herramientas a disponer por los profesionales de la psicología y que formara parte de los instrumentos de interés de todos aquellos que nos dedicamos a trabajar con este colectivo de discapacitados.

3. POSIBLES LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Para finalizar el capítulo, se proponen algunas sugerencias o posibles líneas de investigación futuras, que quedan abiertas tras este estudio y podrían contribuir a un mejor conocimiento de la conducta adaptativa en el colectivo de personas con discapacidad intelectual. Las sugerencias expresadas van encaminadas al perfeccionamiento y uso de instrumentos adecuados y a la búsqueda de alternativas para mejorar los niveles adquiridos, para facilitar su participación en la sociedad y la tan anhelada calidad de vida.

- Continuar con los trabajos comenzados de normalización de la Escala ABS-S:2 y de la ABS-RC:2, estableciendo las propiedades técnicas de ambos. La estandarización facilitaría los diagnósticos, las descripciones, la clasificación y la prestación de apoyos en todo el ciclo evolutivo de la persona con discapacidad intelectual.
- Recoger datos con la ABS-RC:2 de una muestra más amplia de personas con discapacidad, cubriendo todos los niveles afectados de CI, Comprobar las diferencias significativas de los diferentes dominios de la Escala entre los discapacitados intelectuales ligeros, medios, severos y profundos.
- Estudiar las relaciones entre la Escala ABS-RC:2 y otros instrumentos que se utilizan habitualmente con personas discapacitadas intelectualmente.
- Descubrir si las Escalas ABS son útiles para la evaluación de la conducta adaptativa en otros colectivos: enfermos mentales, demencias, otras discapacidades, enfermedades raras, síndromes específicos, etc.
- Comprobar si con la mejora o cambio o eliminación de la conducta desadaptada, las puntuaciones en conducta adaptada se incrementan. O descubrir si el enseñar o entrenar conductas adecuadas a las personas con discapacidad intelectual hace que los comportamientos desadaptados disminuyan o desaparezcan.
- En esta tesis se ha demostrado que el ABS-RC:2 discrimina entre los sujetos del Centro Ocupacional y del Centro Especial de Empleo de ASPANIAS, sería interesante ampliar el estudio a otros centros de diferentes características, comprobar si es una herramienta adecuada para la selección de trabajadores y si su uso es pertinente para otros fines (acceso a viviendas tuteladas o autónomas, acceso a determinados programas formativos, etc.).
- Estudiar otros poderes discriminatorios de la Escala ABS-RC:2, como por ejemplo, evaluar programas de intervención. Es decir, podemos evaluar e investigar si un programa de entrenamiento ha sido exitoso o no, a través del proceso de test-intervención-retest.

- También se pueden hacer estudios de tipo comparativo entre culturas, mostrando especial interés en los análisis de semejanzas interpoblacionales más que en sus diferencias (tal y como lo aconseja la Comisión de Tests del Colegio Oficial de Psicólogos, Muñiz y cols, 1996).
- Realizar estudios de equivalencia entre las versiones, utilizando para ello protocolos para la evaluación de un mismo sujeto en idioma americano y castellano, ambos cumplimentados por una sola persona conocedora de ambos lenguajes.
- Estudiar la incidencia de las políticas y la legislación existentes en el acceso al mundo laboral de las personas con discapacidad intelectual. Conocer qué modalidades de empleo son más adecuadas y pertinentes para cada grupo, conocer cuáles son los obstáculos reales que están dificultando la consecución de un trabajo a este grupo de exclusión social a partir de la evaluación de conducta adaptativa. Establecer los itinerarios de formación más adecuados a cada sujeto con discapacidad para poder acceder al trabajo bien protegido o abierto.

Como podemos observar, las líneas de investigación son numerosas y amplias, los estudios que se realicen posibilitarán mejoras en la calidad de vida de las personas con discapacidad. Estos progresos podrán verse reflejados en una mejor práctica profesional, en legislaciones y políticas sociales más humanas, basadas en la igualdad de oportunidades, en un conocimiento más profundo de la realidad de la discapacidad, en la creación y aplicación de recursos adecuados a la tarea y a la persona...

Finalizamos este capítulo, recogiendo algunas de las palabras plasmadas en el preámbulo de la última Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Diversidad Funcional (firmado y de obligado cumplimiento para España) que entró en vigor el 3 de mayo de 2008.

“La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Achenbach, T.M. (1982). *Developmental psychopathology*. Nueva York: Wiley.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1983). La taxonomía en psicopatología infantil. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Dir.). *Handbook of Child Psychopathology*, (p. 99-138). Nueva York: Plenum Press. (Traducido al castellano. 1986. *Psicología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Achenbach, T. (1988). Integrating assessment and taxonomy. En M. Rutter e I.S. Lann (Eds.). *Assessment and diagnosis in child psychopathology*, (p. 36-62). Nueva York: The Guilford Press.
- Adams, G.L. (1984). *Comprehensive Test of Adaptive Behavior*. Columbus: Merrill.
- Adams, G.L. (1999). *Comprehensive Test of Adaptive Behavior-revised*. Seattle WA: Educational Achievement System.
- Aguado, A.L. (1988). "Algunas reflexiones en torno a los conceptos de rehabilitación y psicología de la rehabilitación y sus implicaciones de cara a la planificación de servicios de atención a minusválidos". *Comunicación presentada al área "Minusválidos y Servicios Sociales" de las II Jornadas de Psicología de la Intervención Social: Psicología e Interdisciplinaridad en Servicios Sociales*. Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos, 28-30-XI. (*Actas de las Jornadas*, Tomo I, p. 455-460. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1989).
- Aguado, A.L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Libre Editorial, Fundación ONCE.
- Aguado, A.L. y Alcedo, M.A. (1999). La Escala de Valoración de Términos Asociados con Discapacidad en una muestra de EGB. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, p. 783-806.
- Aguado, A.L. y cols. (2001). Discapacidad y envejecimiento. *Necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuestas de líneas de actuación*. Informe de proyecto de investigación, IMSERSO y Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo
- Aguado Díaz, A.L. (2002). Ansiedad y proceso de adaptación a la discapacidad. *Curso de verano sobre ansiedad y estrés. Su impacto en la vida cotidiana*. Burgos: Universidad de Burgos.
- Aguilar, M. (1989). *Escalas de Maduración Social de Vineland*. Policopiado. Málaga: H. Psiquiátrico Ntra. Sra. del Sgdo. Corazón
- Ainscow, M. (1995). *Necesidades Especiales en el Aula. Guía para la formación del profesorado*. Madrid: UNESCO/Narcea.
- Alcedo, M.A. (1999). Proyecto docente. Área: *Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Perfil: *Psicología de la discapacidad*. Oviedo: Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, (Xerocopiado).

- Allen-Meares, P. y Lane, B. (1983). Assessing the adaptive behavior of children and youths. *Social Work*, 28, p. 297-301.
- Alomar, K. E. (2004). *El trabajo de los jóvenes con retraso mental en entornos normalizados: análisis de una realidad de trabajo con apoyo*. Tesis doctoral: Universidad: Ramón Llull
- Alonso Seco, J.M. (Comp) (1997a). *Curso de prevención de deficiencias*, (2ª Ed.). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Alonso Seco, J.M. (1997b). Prevención de deficiencias. En Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía: *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años*, (p. 3-55). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Alvárez, R. y Huertas, R. (1986). Gonzalo Rodríguez Lafora y la neuropsiquiatría española. *Mundo Científico*, 61 (6), p. 911-916.
- Aman, M.G. y cols. (1985). The Aberrant Behaviour Checklist: a behaviour rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of mental deficiency*, 89, p. 485-491.
- Aman, M.G. (1987). Overview of Pharmacotherapy: Current Status and Future Directions. *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, p. 121-130.
- Aman, M.G. y Singh, N.N. (1991). Pharmacological Intervention. En J.L. Matson y J.A. Mulick (Eds.): *Handbook of Mental Retardation*, (Second Edition), (p. 347-372). Nueva York: Pergamon Press.
- American Association Mental Deficiency. (1989). Special Issue on Drug Treatment. *American Journal of Mental Retardation*, 93 (6). (Special Monography).
- American Association on Mental Retardation. (1992). *Definitions, classifications and systems of support*. (9th). Washington: Edition AAMR. (Traducido al castellano Verdugo, M.A. y Jenaro, C. 1997. *Retraso mental. Definición. Clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.
- American Association on Mental Retardation. (2001). *What is mental retardation?*. Enlace internet. <http://www.aamr.org.2001>.
- American Association on Mental Retardation. (2002). *Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports*. (10th). Washington: Edition. AAMR.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington: APA. (Traducido al castellano American Psychiatric Association. 2002. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson SA.).

- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association. (Versión castellana, 2000. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.).
- Ammerman, R.T. (1997). Nuevas tendencias en investigación sobre discapacidad. *Revista Siglo Cero*, 28 (2), p. 5-21.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. (7ª Ed.). México: Prentice may.
- Anastasi, A. (1992). La inteligencia como una cualidad de la conducta. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman D.K. *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición*, (p. 37-41). Madrid: Pirámide.
- Arnáiz, P. (1997). Innovación y diversidad: Hacia nuevas propuestas didácticas. En J.A. Torres González, (Coord.). *La innovación de la Educación Especial*. Jaén: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Jaén.
- Arnáiz, P.; Garrido, C.F. y Haro, R. (1999). El retraso mental distintos modelos explicativos. En P. Arnáiz y C. Guerrero (Coords.). *Discapacidad psíquica. Formación y empleo* (p.47-66). Málaga: Aljibe.
- Arias, B. (2001). Influencia de la información previa en la configuración perceptiva de etiquetas en la configuración de discapacidad. *Integra*, 4.
- Arnkoff, D.B. y Glass, C.R. (1982). Clinical cognitive constructs: examination, evaluation and elaboration. En P.C. Kendall (Ed.). *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, (Vol.1). Nueva York: Academic Press.
- Arza, A. (2001). La contratación de la persona con discapacidad intelectual es un valor seguro para la empresa. III Foro de la diversidad ONCE. La integración laboral de la persona con discapacidad. Fuente COCEMFE
- Ayllon, T. y Azrin, N. (1973). *Traitement comportemental en institution psychiatrique*. Bruxelles: Mardaga-Dessart.
- Aznar López, M. (2001). Formación y empleo para las personas con discapacidad. *Revista Siglo Cero*, 32, p. 5-14.
- Azrin, N.H. y Foxx, R.M. (1973). *Toilet training the retarded*. Illinois: Research Press.
- Azua, P. (1998). En. VV.AA. *La situación de empleo de las personas con discapacidad en España propuestas para su reactivación*, (p. 501-521). Madrid: Escuela Libre Editorial
- Azua, P. (1998). Novedades en la participación pública de las organizaciones voluntarias de discapacidad. Organos de participación p.47-57. www.rua.ua.es/dspace/bitstream.

- Aznar, M. (2001). Formación y empleo para las personas con discapacidad. *Revista Siglo Cero*, 197, p. 5-13.
- Balthazar, E.E. (1973). Balthazar Scales of Adaptive Behavior, BSAB I: Scales of Functional Independence y BSAB II: Scales of Social Adaptation. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Balthazar, E. (1973). *Balthazar scales of Adaptive Behavior, Part 1-Scales of Social Adaptation*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Balthazar, E. (1976). *Balthazar scales of Adaptive Behavior, Part 2: Scales of Functional Independence*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Bank-Mikkelsen, N.E. (1975). El principio de normalización. *Revista Siglo Cero*, 37, p. 16-21.
- Baroff, G. (2006) On the 2002 AAMR definition of Mental Retardation. En H.N. Switzky, y S. Greenspan, (Eds.). *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21 st century* (p.29-39). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Baumeister, A.A.; Todd, M.E. y Sevin, J.A. (1993). Efficacy and Specificity of Pharmacological Therapies for Behavioral Disorders in Persons with Mental Retardation. *Clinical Neuropharmacology*, 16, p. 271-294.
- Bayley, N. (1933). *The California First year mental scale*. Berkeley: University of California Press.
- Bayley, N. (1969). *Manual for Bayles scales id Infant Development*. Nueva York: The Psychological Corporation. (Traducido al castellano. 1977. *Escalas Bayles de desarrollo infantil. BSID, Manual*. Madrid: TEA Ediciones S.A.).
- Bayley, N. (1993). *Bayles scales of infant Development Second Edition*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- Behar, L. y Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child. *Developmental Psychology* 10, p. 601-610
- Bellamy, G.T y cols. (1988), *Supported employmet: A community implementation guide*. Baltimore: Pal H. Brookes.
- Belloch, A. y Baños, R.M. (1987). Clasificación y categorización en psicopatología. En A. Belloch y M.P. Barreto (Dirs). *Psicología clínica: Trastornos bio-psico-sociales*, (p.1-48). Valencia: Promolibro.
- Benedet, M.J. (1991a). *Procesos cognitivos en la deficiencia mental. Concepto, evaluación y bases de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Benedet, M.J. (1991b). *Integración laboral del débil mental adulto*. Madrid: MEPSA.
- Bennett, M. (Ed.) (1993). *The development of social recognition*. New York: Guilford Press

- Berg, A.T.; Smith, S.N.; Frobish, D.; Beckerman, B.; Levy, S.R.; Testa, F.M. y Shinnar, S. (2004). Longitudinal Assessment of Adaptive behavior in Infants and Young Children with Newly Diagnosed Epilepsy: Influences of Etiology, Síndrome, and Seizure Control. *Pediatrics*, 114 (3), p. 645-650.
- Berry, J.W. (1992). Un enfoque transcultural de la inteligencia. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Dir.). *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición*, (p. 53-56). Madrid: Pirámide.
- Bihm, E.M.; Sigelman, C.K. y Westbrook, J.P. (1997). Social implications of behavioral interventions for persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101 (6), p. 567-579.
- Bijou, S.W. (1966). A funcional analysis of retarded development. En *International Review of Research in Mental Retardation*. Vol. 1. Nueva York: Academic Pres.
- Binet, A. y Simon, Th. (1905a). Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence. *L'Année psychologique*, 11, p. 163-190.
- Binet, A. y Simon, Th. (1905b). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux, *L'Année Psychologique*, 11, p.191-244.
- Binet, A. y Simon, Th. (1908). Le développement de l'intelligence chez les enfants. *L'Année Psychologique*, 14, p. 1-94.
- Binet, A. (1911). Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants d'école. *L'Année Psychologique*, 17, p. 145-201.
- Binet, A. y Simon, Th. (1916). *The development of intelligence in children*. Vineland NJ: Publications of the Training School at Vineland.
- Blashfield, R. (1984). *The classification of psychopathology*. Nueva York: Plenum Press.
- Boada, R. y Vert, S. (2001). *Transferencia de habilidades al entorno natural*. Video. Barcelona: Universidad Autónoma e Icaria Iniciatives Socials.
- Bouras, N. (1993). *Assesment and Information Rating prolife (AIRP)*. Section of Mental Handicap. Division of Psychiatry. Guy's Hospital. London: SE19RT.
- Botella, C. (1986). *Introducción a los tratamientos psicológicos*. Valencia: Promolibro.
- Botella, C. y Martínez, A. (1987). Evaluación de contextos, habilidades sociales interpersonales y deficiencia mental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13 (36), p. 291-330.
- Boyle, M. y Benbow, C.P. (1990). En haced ringt hemisphere involvement during cognitive processing may relate to intellectual precocity. *Neuropsychologia*, 28, p. 211-216.

- Brazelton, T.B. y Nugent, J.K. (1995). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós.
- Brown, A.L. y Leigh, J. (1986). *Adaptive Behavior Inventory*. ABI Austin Texas: PRO-ED.
- Brown, A.L. y Campione, J.C. (1992). Inteligencia académica y capacidad de aprendizaje. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Coords.). *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición*, (p. 57-62). Madrid: Pirámide.
- Bruininks, R.H. y cols. (1984). *Scales of Independent Behavior*. Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery: Part Four, DLM Teaching Resources, Allen, TX.
- Bruininks, R.H.; Hill, B.K.; Weatherman, R.F. y Woodcock, R.W. (1986). *ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiner's Manual*. Allen: DLM. Teaching Resources.
- Bruininks, R.H.; Morreau, L.E.; Gilman, C.J. y Anderson, J.L. (1991). *Adaptive Living Skills Curriculum. Manual*. Allen: DLM. Teaching Resources.
- Bruininks, R.H. y Gilman, C.J. (1993). La observación y curriculum de las destrezas de conducta adaptativa dentro del retraso mental. En Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Persona con Minusvalía y Gobierno Vasco. *Discapacidad y conducta adaptativa* (p. 67-85). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.
- Bruininks, R.H. y McGrew, K. (1993). Panorámica de la conducta adaptativa dentro del retraso mental. En Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Persona con Minusvalía y Gobierno Vasco. *Discapacidad y conducta adaptativa* (p. 11-29). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.
- Brun i Gasca, C. (2003). *Estudi de la conducta adaptativa i la seva relació amb el fenotip físic i conductual en la síndrome D'Angelman*. Universitat Autònoma de Barcelona, tesis doctoral no publicada.
- Buela-Casal, G.; Caballo, V. y Sierra, C. (Dir.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Butcher, J.N. (1987). Cultural factors in understanding and assessing psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, p. 459-512.
- Caba Martín, P. (1992). Programas de prevención de la Organización Mundial de la Salud. En J.M. Alonso Seco (Comp): *Curso de prevención de deficiencias*, (p. 41-61). Madrid: Serie Documentos, 33. Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes.
- Campione, J.C. y Brown, A.L. (1987). Hacia una teoría de la inteligencia: contribuciones a partir de la investigación con niños retrasados. *Revista Siglo Cero*, 109, p. 44-51.
- Canal, R. (1998). El proceso para instaurar programas de apoyo conductual positivo en servicios residenciales. *Revista Siglo Cero*, 179, p. 11-22.

- Canal, R. y Martín Silleros, M.V. (2002). *Apoyo conductual positivo*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Cantor, N. y Kihlstrom, J.F. (1987). *Personality and Social Intelligence*. Englewood Cliff, NY: Prentice_Hall
- Carr, E.G. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza Psicología.
- Carr, E.G. (1998). El apoyo conductual positivo: filosofía, métodos y resultados. *Revista Siglo Cero*, 29(5), p. 5-9.
- Carlson, J.S. (1989). Avances en la investigación sobre la inteligencia: el enfoque de la dinámica. *Revista Siglo Cero*, 126, p.12-20.
- Carpintero, H. y del Barrio, M.V. (1979). Notas sobre las interpretaciones históricas del retraso mental. *Análisis y Modificación de conducta*, 5 (10), p. 337-348.
- Carpintero, H. (1987). El doctor Germain y la psicología española. *Papeles del Psicólogo*, 28/29 (V), p- 67-68.
- Carpintero, H. (1996). *Historia de las ideas psicológicas*. Madrid: Pirámide.
- Carroll, J.B. (1992). ¿Qué es la inteligencia? En R.J. Sternberg y D.K. Detterman. *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición*. (p. 69-73). Madrid: Pirámide.
- Carroll, J.B. (1993). *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Carroll, J.B. (1997). Psychometrics, intelligence, and public perception. *Intelligence*, 24(1), p. 25-52.
- Casado, D. (1990). En busca de una sistemática para la discapacidad. En D. Casado y cols. *Discapacidad e información*, (p. 97-124). Madrid: Serie Documentos, 14. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- Casado, D. (1999). *Introducción a la prevención de deficiencias*. Curso sobre prevención de deficiencias. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Casado Muñoz, R. y Lezcano, F. (2000). *Programa Integral de Educación para la Salud. Propuesta didáctica para jóvenes con necesidades educativas especiales*, (PIEpS). Xeroropiado.
- Castanedo, C. (1997). *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. Evaluación e Intervención*. Madrid: Editorial: CCS.

- Castelló, P. (1995). Estrategias de enriquecimiento del curriculum para alumnos y alumnas superdotados. *Aula de Innovación educativa*, 45, p 19-26.
- Castilla del Pino, C. (1987). *Cuarenta años de psiquiatría*. Madrid: Alianza Psicología.
- Castillo, J. y Lezcano, F. (1999). *Formación y Orientación Laboral de jóvenes con discapacidad*. Madrid: MEC/Fondo Social Europeo.
- Castresana, H.; Gutierrez, D. y Orcañz J.J. (Coord) (1996). *Programa de Formación Ocupacional y de análisis de a capacidad productiva para la integración laboral y social d personas con discapacidad*. Madrid: Escuela Libre editorial.
- Castresana, H. (2001). El proceso de mejora en un Centro Ocupacional ("Una práctica de investigación-acción"). *Revista Siglo Cero vol. 32(5)*, nº 197, p.15-33
- Cattell, R.B. (1940). *The measurement of intelligence in infants and young children*. New York: Psychological Corporation.
- Cattell, R.B. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 54, p. 1-22.
- Cattell, R.B. (1971). *Abilities, their structure. Growth and action*. Boston: MA Houghton Mifflin.
- Cattell, R.B., y Cattell, H.E.P. (1973). *Measuring Intelligence with the Culture Fair Tests*. Champaign. USA: Institute for Personality and Ability Testing
- Cattell, R.B. y Cattell, A.K.S. (1995). *Test de factor "g" Escala 1. Manual* (3ª Ed., revisada). Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Cattell, R.B. y Cattell, A.K.S. (2001). *Test de factor "g" Escala 2 y 3. Manual* (10ª Ed., revisada). Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Cervantes, E. y Vázquez, M.L. (1990). Intervención de un caso de conductas disruptivas múltiples. En D. Macia y F. Méndez (comps.) *Modificación de conducta en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Chess, S. (1988). Child and adolescent psychiatry come of age: a fifty year perspective. *Journal of Americam Academy of Child Psychiatry*, 27, p. 1-7.
- Cicchetty, D. (1993). Developmental psychopathology: reactions, reflections, projections. *Developmental Review*, 13, p. 471-502.
- Clarke, A.M.; Clarke, A.D.B. y Berg, J.M. (Eds.). (1985). *Mental Deficiency: The Changing Outlook*. Londres: Methuen.
- Cochinero, A. (1989). Entrenamiento de estrategias cognitivas en sujetos con retraso mental. *Revista Siglo Cero*, 122, p. 12-34.

- Coleman, J.C. (1972). *Psicopatología*. Volumen I. Buenos Aires: Paidós.
- Collacott, R. (1993). Epilepsy, dementia and adaptive behavior in Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, p. 153-160.
- Comité Español de Representantes de Minusválidos, (CERMI) (1994). *Plan para la reactivación del Empleo de las personas con discapacidad*. Madrid: Escuela Libre Editorial.
- Comité Español de Representantes de Minusválidos, (CERMI) (2001). *Un Plan de Empleo para las Personas con Discapacidad en el siglo XXI*. Aprobado por el Comité Ejecutivo 13 de noviembre de 2000. Madrid: CERMI.
- Comité Español de Representantes de Minusválidos, (CERMI) (2002). *Documento Base de la sesión temática de empleo y formación*, en Congreso Europeo sobre las Personas con Discapacidad, No Discriminación + Acción Positiva = Integración. *Programa*. Madrid, 20 a 23 de Marzo de 2002. Ponencia Marco VI, pp. 33-42.
- Cone, J.D. (1981). *The West Virginia Assesement and Tracking Syste*. West Virginia University Press.
- Cone, J.D. (1987). Intervention planning using adaptive behavior instruments. *The Journal of Special Education*, 21 (1), p. 127-48.
- Consejo de Europa (1989). *Léxico de rehabilitación*, (4ª Ed., 1ª Ed. de 1975). Madrid: INSERSO.
- Corman, L. y Budoff, M. (1974). *The picture world game*. *Studies in learning potencial*, Cambridge: RIEP.
- Coto, E.; Gómez-Fontanil, Y. y Belloch, A. (1995). Historia de la psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología*. Volumen I, (p. 3-43). Madrid: McGraw-Hill.
- Cottraux, J. (1990). *Les thèrapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
- Coulter, W.A. y Morrow, H.W. (Eds.) 1978. *Adaptative behaviour: concepts and measurements*. New York: Grune y Stration.
- Cowen; Emory, L y cols. (1983). The Primary Mental Health Project: Seven consecutive years of program outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 51(1), p.100-107.
- Cruzado, J.A.; Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, (p. 31-46). Madrid: Pirámide.
- Das, J.P.; Kirby, J.R. y Jarman, R.F. (1979). *Simultaneous and successive cognitive processes*. Nueva York: Academic Press.

- Das, J.P. (1990). Inteligencia e integración de la información: procesos simultáneos y sucesivos. *Revista Siglo Cero*, 128, p.12-45.
- Das, J.P.; Naglieri, J. y Kirby, J.R. (1994). *Assessment of cognitive proceses: The PASS theory intelligence*. Boston: Allyn & Bacon.
- Davinson, G.C. y Neale, J.M. (1980). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.
- Diden, R.; Ducker, P.C. y Korzilius, H. (1997). Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, p. 387-399.
- Dinerstein, R; Herr, S.S. y O'Sullivan, J. (1999). *A guide to consent*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Dolado, R.; Oberst, U.E. y Domínguez, J. (1998). Relación entre inteligencia, conducta adaptativa y problemas de conducta en adultos con retraso mental. *Revista Siglo Cero*, 29(6), p. 35-43.
- Doll, E.A. (1936, 1953). A genetic scale of social maturity. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 5, p. 180-188.
- Doll, E.A. (1941). The Essentials of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of mental Deficiency*, 46, p. 214-219.
- Doll, E.A. (1964). *The Vineland social maturity scale: condensed manual of direction*. Minnesota: American Guidance Service.
- Doll, E.A. (1965). *Vineland social maturity scale*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Doll, E.A. (1996). *Handbook of test and measurements for black populations*, vol 1, EDP Referencia Collection
- Doménech, E. (1995). Introducción al estudio de la inteligencia: teorías cognitivas. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 23, mayojagosto, p. 149-162.
- Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En J. Rodríguez (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*, (p. 56-82). Sevilla: Manuales Universitarios.
- Doménech, E. y Corbella, J. (1997). Aportación a la historia de la psiquiatría infantil en España. El periodo de formación de la especialidad (1880-1936). En V. Aparicio Basauri (Coord.) *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España* (p. 145-177) Madrid: ELA.
- DeStefano F, y Thompson WW. (2004). MMR vaccine and autism: An update of the scientific evidence. *Expert Rev Vaccines*; 3, p.11-14

- Dueñas, M.A. (2002). Importancia de la inteligencia emocional: un nuevo reto para la orientación educativa. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, 5, p. 77-96.
- Echeita, G. (2001). Claves e indicios para la valoración de la política de integración/inclusión en España. En M.A. Verdugo y B. Jordán de Urries, (Coords.). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, (p. 161-175). Salamanca: Amarú.
- Ellenberger, F. (1976). *El descubrimiento del inconsciente: Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Gredos.
- Einfeld, S.L. y Tonge, B.J. (1999). Observations on the use of the ICE-10 Guide for mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (5), p. 408-412.
- Eyman, R.K.; Demaine, G.C. y Lei, T. (1979) Relationship between community environments and resident changes in adaptive behaviour: A path model. *American Journal of mental deficiency*, 83(4), p. 330-338.
- Escudero y Serrano, I. (1998). Acceso al empleo de personas discapacitadas en el Derecho Internacional, Derecho Interno y Derecho Comparado. Tratamiento Especial de los Centro Ocupacionales. *Empleo y Minusvalía*. Valladolid: FECLAPS.
- Espinosa, J.M.; Márquez, M.O. y Rubio, V. (1986). Evaluación conductual en el retraso mental. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobes (Dir.). *Evaluación conductual metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Esquirol, J.E. (1838). *Des maladies mentales, consideres sous les rapports médicaux, hygiéniques, et médico-legaux*. Paris: Ballière.
- Esteban, S.; Novell, R. y Mariscot, C. (2004). Análisis multimodal de la conducta y evaluación neurológica como fundamento para el diseño de estrategias de intervención en un caso de trastorno compulsivo y discapacidad intelectual. En 1º *Congreso de la Asociación Castellana para el estudio del retraso mental*. Reus, 25-26 de noviembre de 2004.
- Eysenck, H.J. (1953). *Uses and abuses of psychology*. London: Pelican Books (Traducido al castellano. 1957. *Usos y abusos de la psicología*. Madrid: Biblioteca Nueva).
- Eysenck, H.J. (1967). Intelligence assessment: A theoretical and experimental approach. *British Journal of Educational Psychology*, 37, p. 81-98.
- Eysenck, H.J. (1979). *The Structure and Measurement of Intelligence*. New York: Springer Verlag. (Traducido al castellano. 1983. *Estructura y medición de la inteligencia*. Barcelona: Ed. Herder.)
- Eysenck, H.J. (1983). The roots of creativity: Cognitive ability or personality trait? *Roepers Review*, 5, p.10-12.

- Eysenck, H.J. y Barret, H.I. (1985). Psychophysiology and measurement of Intelligence. En C. Reynolds y W.L. Willson (Eds.), *Methodological and statistical advances in the study of individual differences*. New York: Plenum Press.
- FEAPS (2000). Promoción laboral y empleo. *Confederación española de Organización a favor de persona con retraso mental*, p. 125-135.
- Feighner, G.P.; Robins, E.; Guze, S.B.; Woodruff, R.A.; Winokur, G. y Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, p. 57-63.
- Fernández-Ballesteros, R.; Calero, M.D.; Campillonch, J.M. y Balchi, J. (1990). *EPA Evaluación del potencial de aprendizaje*. Madrid: Mepsa.
- Fernández Ballesteros, R. (1991). Perspectivas históricas de la evaluación conductual. En E.R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobes (Eds): *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*, (p. 7-31). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.; Calero, M.D.; Campillonch, J.M. y Balchi, J. (2000). *EPA II. Evaluación del potencial de aprendizaje*. Madrid: Ediciones, S.A.
- Fernández, A. y Luciano, M.C. (1997). Clasificación de las alteraciones psicológicas en la infancia. En M.C. Luciano (Dir). *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia (2ª Ed.)*, (p. 81-93). Valencia: Promolibro.
- Fernández de Larrinoa, P.; Bulbena, A. y Domínguez, A. (1992). Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP (Life Skills Profile): Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso-Españolas*, 20, p. 71-75.
- Ferrando, P.J. (1996). Relaciones entre el análisis factorial y la teoría de respuesta a los items. En J. Muñoz. *Psicometría*. Madrid: Universitat.
- Feuerstein, R. (1978). *The Dynamic Assessment of Retarded Performers: The Learning Potential Assessment Device, Theory, Instruments, and Techniques*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R.; Rand, Y. y Hoffman, M.B. (1979). *The dynamic assessment of retarded performers: The learning Potential Assessment device, Theory, Instrument, and Techniques*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R. (1980). *Instrumental Enrichment: An Intervention Program for Cognitive Modifiability*. Baltimore: University Park Press.

- Feuerstein, R. y Jensen, M.R. (1980). *Instrumental enrichment: a intervention program for cognitive modifiability*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R.; Rand, Y.; Haywood, H.K.; Hoffman M.B. y Jensen, M.R. (1993) *Learning Propensity Assessment Device (L.P.A.D.)* (Traducido al castellano. *Evaluación dinámica del potencial de aprendizaje*. Madrid: Bruño).
- Feuerstein, R. y Hoffman, M. B. (1993). *Programa de enriquecimiento instrumental: apoyo didáctico de la forma abreviada*. Madrid: Bruño.
- Fierro, A. (1984a). Modelos psicológicos de análisis del retraso mental. *Papeles del Colegio de Psicólogos*, 14, p. 4-10.
- Fierro, A. (1984b). España historia reciente. En R.C. Scheerenberg, *Historia del retraso mental*. (p. 401-431). San Sebastián: SIIIS.
- Fierro, A. (1986). Procedimientos operantes en retraso mental: revisión de la bibliografía en castellano. *Siglo Cero*, 104, p. 12-17.
- Fierro, A. (1987). Desarrollo cognitivo, intervención e integración educativa en los deficientes mentales. *Revista de educación*. nº extra, p. 105-131.
- Fierro, A. (1990). Los niños con retraso mental. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comps.). *Desarrollo psicológico y educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*, (p. 267-275). Madrid: Alianza.
- Fierro, A. (1999). Los alumnos con retraso mental. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comps.). *Desarrollo psicológico y educación III: Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. (p. 273-302). Madrid: Alianza.
- Fisher, M.A. y Zeaman, D. (1973). An attention-retention theory of retardate discrimination learning. *Research in Mental Retardation*, 6.
- Flórez, J. (1997). La farmacología de las conductas anormales en la deficiencia mental. En M.A. Verdugo y P. Azúa (Dir.). *Siglo Cero: XXV años de dedicación a las personas con retraso mental*, (p. 749-792). Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.
- Fodor, J.A. (1983). *The Modularity of Mind*. Cambriedg, Mass: Mit Press (traducida al castellano, 1986, Morata)
- Forns, M. (1993). *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Forns, M. y Amador, J.A. (2005). La inteligencia II. Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno (Ed.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia 2ª Ed.* (p. 657-715). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Fortes, A. (1994). Epistemología de la Educación Especial. En Santiago Molina (Dir.). *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial*, (p. 15-32). Alcoy: Marfil.

- Franco Martín, M.; García, S. y Geijo, S. (1997). Papel de los psicofármacos en el abordaje de los trastornos psiquiátricos en el retraso mental. *Actas de la reunión de minusvalía*, (p.1-18). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Franco Martín, M. (Coord.) (1998). *Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Evaluación e intervención*. Valladolid: Edintras.
- Frankenburg, W.K. y Dodds, J.B. (1967). The Denver developmental screening test. *Journal of Pediatrics*, 71, p.181-191.
- Gallego, D.J. y cols., (1999). *Implicaciones educativas de la Inteligencia emocional*. Madrid: UNED
- Galton, F.J. (1869). *Hereditary Genius: An Inquiry into his Laws and consequences*. Londres: McMillan.
- García Alonso, M.I. (2001). *Las personas con retraso mental y su diagnóstico: traducción, adaptación y valoración de la "Escala de Conducta Adaptativa ABS S:2 y del Método de Evaluación de las "Áreas de Habilidades Adaptativas AAA"*. Universidad de Burgos: Tesis doctoral.
- García Alonso, M.I. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención psicosocial*, vol, 14(3) p. 255-276.
- García Alonso, M.I. y Medina Gómez, M.B. (2008). Caracterización: fenotípica de varones adultos con diagnóstico de síndrome X frágil. *Intervención Psicosocial*, vol. 17(2), p.201-214.
- García García, E. (1988). Normalización e integración. En J. Mayor (Dir). *Manual de educación especial*. (p. 57-78). Madrid: Anaya.
- García Martín, J.M. (1995). Promoción de la salud y prevención de deficiencias. *Minusval*, 97.
- García Viso, M. (1994). La traducción española de los términos relacionados con la discapacidad en los textos de las Naciones Unidas. *Boletín del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*, 28, p. 7-17.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind. Nueva York: Basic Books Are there additional intelligences? The case for naturalist, spiritual and existential intelligences*. Education, information and transformation, Englewood Cliffs, NJ: Previ-tece Hall; p.111-132.
- Gardner, H. (1986). The Waning of intelligence Test. En R.J. Sternberg (Ed.). *What is intelligence?* Nordwood, NJ: Ablex.
- Gardner, H. (1987). *La teoría de las inteligencias múltiples*. México: Fondo de Cultura.

- Gardner, H. (1992). La decadencia de los tests de inteligencia. En R.J. Sterberg y D.K. Detterman. *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición.* (p. 92-99). Madrid: Pirámide.
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: The theory in practice.* New York: Basic Books. (Traducido al castellano. 1995. *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica.* Barcelona: Paidós).
- Gardner, H. (2003). *La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI.* Barcelona: Paidós.
- Germain, J. (1933). La práctica de la Orientación profesional. *Revista de psicología general y aplicada, 4, p 109-209*
- Gerolin, M. (2003). La rehabilitación laboral como medio de superación de la discapacidad. Un reto para la integración de la persona y la sociedad. En M.A. Verdugo y F.B. Jordan de Urries. *Investigación, innovación y cambio. V Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, (p. 511-529).* Salamanca: Amarú.
- Gestinari-Duarte, R. et al. (2006) ARX mutation c 428-451 dup (24bp) in a Brazilian family with X-linked mental retardation. *Eur. J. Med. Genet., 49, p. 269-75.*
- Gilman, C.J.; Morreau, L.E.; Bruininks, R.H; Anderson, J.L.; Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002). *Curriculum de destrezas adaptativas (ALSC)* Manual Bilbao: Mensajero.
- Glóver-López, E. y Guillen-Navarro, G. (2006). Síndrome X Frágil. *Rev. Neurol, 42 (1), p.51-54.*
- Gold, M. (1973). Factors Affecting Production by the Retarded: Base Rate. *Mental Retardation, 15(4), p. 41-45.*
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence.* Nueva York: Bantam Books. (Traducido al castellano, 1996. *Inteligencia emocional.* Barcelona: Kairós).
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence.* Nueva York: Bantam Books. (Traducido al castellano. 2004. *La práctica de la inteligencia emocional.* Barcelona: Kairós).
- Gómez Terreros, I. (2005). El desarrollo infantil I. Características y escalas generales e evaluación. En C. Moreno (Ed.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia 2ª Ed.* (p. 515-552). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- González Yagüe, A. (1989) El centro ocupacional agente de socialización. *Minusval 63, p 20-21.*
- González, A. y Aymami, M.N. (1998). Psicopatología de la inteligencia. En Vallejo Ruiloba. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (p. 341-350). Barcelona: Paidós Ibérica.
- González, R.; Calvo, A.J. y Sifre, S. (1998). Contexto histórico de la psicopatología infantil. En R. González (Coor). *Psicopatología del niño y del adolescente,* (p. 17-48). Madrid: Pirámide.

- González Yagüe, A. (1993). Centros Especiales de Empleo: un modelo de empresa revisable. *Revista Siglo Cero*, nº 148, Julio-Agosto. Madrid.
- Gottfredson, L. (1997a). Why *g* matters: the complexity of everyday life. *Intelligence*, 24(1), p. 79-132.
- Gottfredson, L. (1997b). Foreword to «Intelligence and Social Policy». *Intelligence*, 24(1), p. 1-12.
- Greenspan, S. y Granfield, J.M. (1992a). Reconsidering the construct of mental Retardation. Implications of a Model Social Competence. *American Journal of Mental Retardation*, 96(4), p. 442-453.
- Greenspan, S. y Granfield, J.M. (1992b). Review of mental retardation: definition, classification and systems of supports. *American Journal of Mental Retardation*, 98(3), p. 544-548.
- Greenspan, S. y Driscoll, J. (1997). The role of intelligence in a broad model of personal competence. En D.P. Flanagan, G. Genshaft y P.L. Harrison (Eds.). *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues*, (p. 131-150), Nueva York: Guilford Press.
- Greenspan, S. (1999a). A Contextualist perspective on adaptive behavior. En R.L. Schalock (Ed.). *Adaptive behavior and its measurement. Implications for the field of mental retardation*, (p. 61-80). Washington DC: Association American Mental Retardation.
- Greenspan, S. (1999b). What is meant by mental retardation? *International Review of Psychiatry*. 11, p. 6-18.
- Gresham, F.M. y Elliot, S.N. (1987). The relationship between adaptive behaviour and social skills: Issues in definition and assessment. *Journal of Special Education*, 21, p. 167-181.
- Grossman, H.J. (Ed.) (1973). *A manual of terminology and classification in mental retardation* (Ed. Rev. 1977) Washington DC: American Association on Mental Deficiency.
- Grossman, H.J. (1983). *Classification in mental retardation*. Washington DC: American Association on Mental Deficiency.
- Guilford, J.P. (1967). *The natura of human intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill; (Traducido al castellano. 1996. *La naturaleza de la inteligencia humana*. Barcelona).
- Guillén, C. (1995). Intervención conductual en el retraso mental. En L. Salvador Carulla, (comp.). *Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. Evaluación Tratamiento y servicios*, (p. 129-140). Barcelona: Neurociencias.
- Gutierrez, E. Aplicación de la terminología propuesta por la clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y Minusvalías (CIDDM). <http://www.sidar.org/ldocus/ciddmdoc.htm>.

- Gumpel, T. (1998). Competencia social y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental: una expresión del paradigma conductual. *Siglo Cero*, 29 (4), 178, p. 31-39.
- Guthke, J.; Beckman, J.E.; Stein, H.; Vahle, H. y Rittner, S. (1995). *Adaptive Computergestützte Intelligenz lerntestatterie (ACIL)*. Mödlingen: Schuhfried.
- Gutiérrez Zuloaga, I. (1997). *Introducción a la historia de la logopedia*. Madrid: Narcea.
- Hamill, D. (1990). On defining learning disabilities an emerging consensus. *Journal of learning Disabilities*, 23(2), p. 74-84.
- Hamill, D.; Pearson, L. y Wiederhort, J. (1997). *Comprehensive Test of Nonverbal Intelligenc*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Hammers, J.H.; Hessels, M.G.P. y Penning, A.H. (1996). Learning potential in ethnic minority children. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, p. 183-192.
- Harper, D.C. y Wadsworth, J.S. (1993). Behavioral Problems and Medication Utilization. *American Association on Mental Retardation*, 31 (2), p. 97-103.
- Harrison, P.L. (1987). Research with adaptive behaviour scales. *Journal of Special Education*, 21, p. 37-68.
- Harrison, P.L. y Oakland, T. (2000). *ABAS: Adaptive Behavior Assessment System*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Haywood, H.C.; Brooks, P. y Burns, S. (1986). Stimulating cognitive development at development level: A tested, non-remedial preschool curriculum for preschoolers and older retarded children. In M. Schwebel y C.A. Maher (Eds.). *Facilitating cognitive development: Principles, practices, and programs* (p. 127-147). New York: Haworth Press. Also published in Special Services in the Schools, 2(3).
- Hebb, D.O. (1949). *The organization of behaviour*. New York: Wiley.
- Heber, R. (1959). A manual of terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 64, suplemento monográfico, p. 61-64.
- Heber, R. (1961). Modifications in the manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 65, p. 499-500.
- Hersen, M. (1988). Behavioral Assessment and Psychiatric Diagnosis. *Behavioral Assessment*, 10, p. 107-121.
- Heward, W.L. (1998a). *Niños excepcionales: Una introducción a la Educación Especial*, (5ª Ed.). Madrid: Prentice Hall.

- Heward, W.L. (1998b). La educación especial en la primera infancia. En W.L. Heward. *Niños excepcionales: Una introducción a la educación especial*, (5ª Ed.). (p. 525-573). Madrid: Prentice Hall.
- Hidalgo, C.; Salvador, L. y Rodríguez de Molina, M. (1995). Aspectos diagnósticos. En L. Salvador (1995). *Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. Evaluación, tratamiento y servicios*. (p. 35-47). Barcelona: Neurociencias.
- Holmes, N.; Shah, A. y Wing, L. (1982). The Disability Assessment Schedule: a brief screening device for use with mentally retarded. *Psychological Medicine*, 12, p.879-890
- Horner, R.H.; Dunlap, G.; Koegel, R.L.; Carr, E.G.; Sailor, W.; Anderson, J.; Albin, R.W. y O'Neill, R.E. (1990). Toward a Technology of non Aversive Behavioral Support. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 15, p. 125-132.
- Huguenin, N.H., Weindenman, L.E. y Mulick, J.A. (1991). Programmed Instruction. En J.L. Matson y J.A. Mulick (Eds.). *Handbook of Mental Retardation*, (p. 451-467). (2ª Ed.). Nueva York: Pergamon Press.
- Humphrey, J.C. (2000). Researching disability politics. Or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society*, 15, p. 63-85.
- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1983). *Psicología clínica*. Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, E. (1989). Individuo, persona y personalidad. En E. Ibáñez y V. Pelechano (Dir) *Personalidad*. Madrid: Alambra
- Ibáñez Martínez-Losa, J.M. (Coord.) (2007). *Empleo y discapacidad*. Burgos: AFEM
- Icaria. (1999). *Programa de intervención en habilidades adaptativas del Centro Ocupacional Bogatell*. Barcelona: Icaria Iniciatives Socials.
- Illán, N. y Arnaiz, P. (1996). La evolución histórica de la educación especial. Antecedentes y situación actual. En N. Illán (Coord). *Didáctica y organización de la educación especial*, (p. 13-43). Málaga: Aljibe.
- Imbernón, C. (1991). Jornadas sobre nuevas tecnologías y discapacidad. *Boletín del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía*, 18, p. 73-93.
- Ingalls, R.P. (1978). *Mental retardation the changing Outlook*. New York: John Wiley and Sons. (Traducción al castellano Ingall, R.P. (1982). *Retraso mental: la nueva perspectiva*. México: El manual Moderno)
- Ingall, R.P (1982). *Retraso mental. La nueva perspectiva*. Mexico: Manual Moderno.
- Inhelder, B. (1969). *Le diagnostic du raisonnement chez les débilés mentaux*. Neuchâtel: Delachaux y Niestle, (3ª Ed.).

- INSERSO. (1995). *Nuevas tecnologías aplicadas a la discapacidad*. Madrid: INSERSO.
- INSERSO (1997). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO. (Versión castellana de WHO. 1980. *International classification of impairments, disabilities and handicaps. A Manual of classification relating to the consequences of disease*. Ginebra: WHO).
- INE. (1987). Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986.
- INE (2000). La encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud. Enlace en Internet: [http://www.ine.es/discapa/discapamenu,htm](http://www.ine.es/discapa/discapamenu.htm).
- INE. (2001). Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de la salud, 1999. Financiada por INE, IMSERSO y Fundación ONCE.
- INE. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). IMSERSO y Fundación ONCE.
- Jacobson, J.W. y Mulick, J.A. (Eds.) (1996). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington: American Psychological Association.
- Jensen, A.R. (1993). Spearman's hypothesis tested with chronometric information processing tasks. *Intelligence*, 17, p. 47-77.
- Jolleff, N. (1992). Communication Aids for Children: Procedures and Problems. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34 (8), p. 719-730.
- Jordán de Urries, F.B. y Verdugo, M.A. (2003). *El empleo con apoyo en España. Análisis de variables que determinan la obtención y mejora de resultados en el desarrollo de servicios*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad
- Kaermer, B.R.; McIntyre, L.L. y Blacher, J. (2003). Quality of life for young adults with mental retardation during transition. *Mental retardation*, 41 (4), p. 250-262.
- Kamphaus, R.W. (1987). Conceptual and psychometric issues in the assessment of adaptive behavior. *Journal of Special Education*, 21, p. 27-35.
- Kanner, L. (1957). Childhood problems in relation to the family. *Summary of a seminal pediatrics*, 20, p. 155-164.
- Kantor, J.R. (1978). *Psicología interconductual: un ejemplo de construcción científica sistemática*. México: Trillas.
- Kaufman, A.S. y Kaufman, N.L. (1983). *Kaufman assessment battery for children*, Circle Pines, MN: American Guidance Service. (Traducido al castellano. 1997. *ABC. Bateria de Evaluación de Kaufman para niños*. Madrid: TEA Ediciones S.A.).

- Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification*. Baltimore: University Press. (Traducido al castellano. Kazdin, A.E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kazdin, A.E. (2001). *Research desing in clinical psychology*. E.U.A: Allyn and Bacon. (3ª Ed.). (Traducido al castellano. *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación).
- Kiernan, W. (2001). Las diferentes facetas del apoyo en el empleo integrado para personas con discapacidad significativas. En: M.A. Verdugo, Jordan de Urries (Coord.). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*, (p. 51-67). Salamanca: Amaru,
- Kornhaber, M.; Krechewsky, M. y Gardner, H. (1990) Engaging intelligence. *Educational Psychologist*, 25 (3-4), p. 177-199.
- Kraijer, D. (2000). Review of adaptive behaviour studies in mentally retarded persons with autism/pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (1), p. 39-47.
- Kraemer, B.R.; McIntyre, L.L. y Blacher, J. (2003). Quality of life in young adults with mental retardation during transition. *Mental Retardation*, 41, p. 250-262.
- Kramer, M. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Third Edition Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952/1968/1980/1987. En American Psychiatric Association (1988). DSM-III-R. (Traducido al castellano. (1988) *Revisión histórica y secciones de los trastornos mentales de la ICD-9 y la ICD-9-CM. 1988. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (p. 513-572). Barcelona: Masson)
- Labrador, F.J. (1990). Aspectos básicos de la modificación de conducta. En M.A. Vallejo, E.G. Fernández y F.J. Labrador (Eds.). *Modificación de conducta. Análisis de casos*. (p. 7-84). Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Lacasta, J.L. (2006). Calidad y ética en los Centros Especiales de Empleo; una reflexión para el debate. *Revista Siglo Cero*, 36(2), p. 5-20.
- Laín Entralgo, P. (1961). *La historia clínica*. Barcelona: Salvat.
- Laín Entralgo, P. (1988). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Lambert, N.; Windmiller, M.; Cole, L. y Figueroa, R.A. (1975). Standardization of a public school version of the AAMD ABS. *Mental Retardation*, 13(2), p. 3-7.
- Lambert, N. y Nicoll, R.C. (1976). Dimensions of adaptive behaviour of retarded and nonretarded public-school children. *American Journal of Mental Deficiency*, 81(2), p. 135-146.
- Lambert, N. (1979). *Introducción al retraso mental*. Barcelona: Ed Herder

- Lambert, N.; Nihira, K. y Leland, H. (1993). *Adaptive Behavior Scales-school: Second edition. ABS-S.2*. Austin, Texas: PRO-ED, American Association on Mental Retardation. (Traducido al castellano y adaptada por I. García Alonso. 2001. Universidad de Burgos: Tesis Doctoral).
- Landesman, S. y Ramey, C. (1989). *Developmental psychology and mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Lang, J.L. (1973). Esquisse d'un abord structural des états déficitaires. *Confrontations Psychiatriques* 10, p. 31-54.
- Langone, J. y Burton, T.A. (1987). Teaching adaptive behavior skills to moderately and severely handicapped individuals: Best practices for facilitating independent living. *The Journal of Special Education*, 21(1), p. 149-165.
- Lantegi Batuak (Radiola, V. y cols.) (1999 y 2005). *Método de perfiles de adecuación de la tarea a la persona*. Bizkaia: Lantegi Batuak.
- Lantegi Batuak (2004). *Manual de orientación laboral para personas con discapacidad intelectual*. Bizkaia: Lantegi Batuak
- Lanzarote Fernández, M.D.; Padilla, E.M. y Rubio, E. (2007). Diez referencias destacadas acerca de: tendencias actuales en discapacidad: abordaje psicológico. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 3, p. 31-49.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel Planeta.
- Leland, H.; Shellhas, M.; Nihira, K. y Foster R. (1967). Adaptive behavior: a new dimension in the classification of the mentally retarded. *Mental retardation Abstracts*, 4 (3), p. 359-387.
- Leland, H. (1991) Adaptive behaviour scales. En J.L. Matson y J.A. Mulic (Eds.). *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon.
- Lennox, D.B.; Miltenberger, R.G.; Spengler, P. y Erfanian, N. (1988). Decelerative Treatment Practices with Persons who Have Mental Retardation: A Review of Five Years of the Literature. *American Journal on Mental Retardation*, 92 (6), p. 492-501.
- Leuner, B. (1966). Emotional Intelligence and Emancipation. *Praxis der kinderpsychologie und kinderpsychiatrie*, 15 (6), p. 196-203.
- Levine, E.S. (1976). Psychological Evaluation of the Deaf Client. En B. Bolton (Ed.). *Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation*, (p. 269-291). Baltimore: University Park Press.
- Lewis, J. y Bruininks, R.H. (1983). Uso del ICAP en la valoración de los recursos y necesidades de servicios para personas con discapacidad. En R.H. Bruininks y col., (Eds.). *Conducta adaptativa y discapacidad*. Bilbao: ICE de la Universidad de Deusto-Mensajero.

- Lieberman, R.P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press
- Lidz, C.S. y Thomas, C. (1987). The preschool learning assessment device: extension of the static approach. En C.S. Lidz (Ed.). *Dynamic Assessment* (p.288-326) Nueva York: Guilford Press.
- Lidz, C.S. (1991). *Practitioner's guide to dynamic assessment*. New York: The Guilford Press.
- Lidz, C.S. y Jepsen, R.H. (1999). *Application of Cognitive Functions Scale (ACFS)*. New York: Touro Collage.
- López Piñero, J.M. (1985). *Orígenes históricos del concepto de neurosis*. Madrid: Alianza.
- Lorion, R.P.; Cown, E.L. y Coldwell, R.A. (1975). Normative and parametric analyses of school maladjustment. *American Journal of Community Psychology*, 3, p 293-301.
- Lubin, P. y Muñoz, J. (1987). Inteligencia psicométrica y tiempo de inspección. En M. Yela, (Ed.). *Estudios sobre inteligencia y lenguaje*. Madrid: Pirámide.
- Luciano, M.C. y Gil, J. (1996). *Aproximaciones explicativas en psicología clínica infantil*. En M.C. Luciano (Dir). *Manual de psicología clínica*, (p. 95-153). Valencia: Promolibro
- Luckasson, R.L.; Coulter, D.L.; Polloway, E.A.; Reiss S.; Schalock, R.L.; Snell, M.E. et al. (1992). *Mental retardation. Diagnosis, classification and systems of support*. Washington DC. American Association on Mental Retardation. (Traducido al castellano. Verdugo, M.A. y Jenaro, C. 1997. *Retraso mental: definición, clasificación y sistema de apoyo*. Madrid: Alianza).
- Luckasson, R.L.; Borthwick-Duffy, S.; Buntix, W.H.E.; Coulter, D.L.; Craig, E.M.; Reeve, A. y cols. (2002a). *Manual retardation, Definition, Classification and Systems of Supports. 10th edition*, Washington: American Association on Mental Retardation, AAMR. (Traducido al castellano. M.A. Verdugo y C. Jenaro. 2004. *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial).
- Luckasson, R.L. y cols. (2002b). *Definition, classification, and systems of supports*. Workbook. Washington: American Association on Mental Retardation, AAMR.
- Macman, G.M. y Bartelt, D.W. (1994). Structural análisis of correlated factors: lessons from the verbal performance dichotomy of the Wechsler Scales. *School psychology Quarterly* 9, p. 161-197.
- Madle, R.A. y Neisworth, J.T. (1990). Mental Retardation. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*, (p. 731-762). (2ª ..). Nueva York: Plenum Press.
- Mank, D. (1998). Valores y empleo para personas con discapacidad. *Revista Siglo Cero*, 29(4), p. 5-10.

- Mannoni, M. (1964). *El niño retraso mental y su madre*. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Martín Bravo, C. (1994). Teorías del desarrollo cognitivo y su aplicación educativa. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 21, sept/dic., p. 231-246.
- Martín, D., Boeck, K. (1997). *La Inteligencia Emocional. Qué es y cómo evaluarla*. Madrid: Edaf.
- Martín Gonzalez, A.; Márquez, M.O.; Rubio, V.J. y Espinosa, J. (1989). *Sistema de Evaluación y Registro del Comportamiento Adaptativo en el Retraso Mental. WV-U.A.M.* Madrid: MEPSA.
- Martín, G. y Pear, J. (1992). *Behavior Modification (4ª Ed.)*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall Inc.
- Martineaud, D. y Engelhart V. (1997). *Cómo hallar el coeficiente emocional*. Madrid: Edaf.
- Martínez Arias, M.D. (1982). Inteligencia y procesamiento de la información. En I. Delclaux y J. Seoane (Eds.). *Psicología cognitiva y procesamiento de la información. Teoría, investigación y aplicación* (p. 161-95). Madrid: Pirámide.
- Martínez Arias, M.D. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis. Psicología.
- Martínez, M.R. (1991). Inteligencia y procesos superiores. En J. Mayor y J.L. Pinillos (Coords.) *Tratado de psicología General, tomo 5. Pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Maser, J. y Seligman, M.E.P. (1983). *Modelos experimentales en Psicopatología*. Madrid: Alhambra.
- Mastenbroek, W.F.G. (1993). *Conflict management and organization development (An expanded edition)*. Chichester: John Wiley & Sons
- Matarazzo, J.D. (1972). *Wechsler's measurement and Appraisal of Adults Intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins. (Traducido al castellano. 1986. *Medida y valoración de la inteligencia del adulto*. Barcelona: Salvat).
- Matson, J.L. y Taras, M.E. (1989). A 20 Years Review of Punishment and Alternative Methods to Treat Problem Behaviors in Developmentally Delayed Persons. *Research in Developmental Disabilities*, 10, p. 85-104.
- Matson, J.L. y Coe, D.A. (1991). Mentally Retarded Children. En T.R. Kratochwill y R.J. Morris (Ed.): *The Practice of Child Therapy*, (p. 298-327). (2ª Ed.). Nueva York: Pergamon Press.
- Matson, J.L. y Fee, V.E. (1991). Social Skills Difficulties among Persons with Mental Retardation. En J.L. Matson y J.A. Mulick (Eds). *Handbook of Mental Retardation*, (p.468-478). (2ª Ed.). Nueva York: Pergamon Press.

- Matson, J.L. y Mulick, J.A. (Eds.) (1991). *Handbook of Mental Retardation* (2ª Ed.). Nueva York: Pergamon Press.
- Mayer, J.D y Salovey, P. (1993). The Intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, p. 433- 442.
- Mayer, J.D., Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, vol 4(3), p. 197-208.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence*. Nueva York: Basic Books.
- Mayor, J. (1988). Educación especial. En J. Mayor (Dir.). *Manual de educación especial*, (p. 7-31). Madrid: Anaya.
- McGrew, K.S. y Bruininks, R.H. (1993). Utilización de instrumentos de conducta adaptativa en la investigación teórica y aplicada. En Ministerio de Asuntos Sociales: *Real Patronato de Prevención y de Atención a Persona con Minusvalía del Gobierno Vasco*.
- McGrew, K.S.; Bruininks, R.H. y Johnson, D.R. (1996a). Confirmatory factor analytic investigation of Greenspan's model of personal competence. *American Journal of Mental Retardation*, 100 (5), p. 533-545.
- McGrew, K.S.; Bruininks, R.H. y Johnson, D.R. (1996b). The investigation of the analytic factor of the Greenspan personal competence model. *American Journal of Mental Retardation*, 100, p. 562-564.
- McMillan, D.I.; Gresham, F.M. y Siperstein, G.N. (1993). Conceptual and psychometric Concerns about de AAMR. Definition of mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98 (3), p. 325-335.
- Meichenbaum, D. y Gilmore, J. (1984). The nature of unconscious process: a cognitive behavioral perspective. En K. Bowers y D. Meichenbaum (Eds.): *The unconscious reconsidered*. Nueva York: Wiley.
- Mercer, J.R. (1973). *Labelling mentally retarded: clinical and social system perspectives on mental retardation*. Berkeley: University of California Press.
- Mercer, J.R. y Lewis, J.F. (1978). *System of Multicultural Pluralistic Assessment*. New York: Psychological Corporation.
- Mesa, P.J. (1986). *El marco teórico de la psicopatología*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Manuales Universitarios. (Traducido de Warnock, M. 1978. *Warnockreport white paper*. London: ESRC).
- Meyers, C.E.; Nihira, K. y Zetlin, A. (1979). The measurement of adaptative behaviour. En N.R. Ellis (Ed.). *Handbook of mental deficiency, psychological theory and research*. Hillsdale: Lawrence Earlbaum.

- Mila, M. y cols. (1997). Screening form FMR2 mutations in 222 individuals from Spanish special schools, identification of a case FRAXE-associated mental retardation. *American Journal of Human Genetics*, 100, p. 503-507.
- Minaire, P. (1990). Utilisation de la classification internationale des deficiences, incapacites et handicaps (CIDIH) en rééducation et réadaptation. *Les Cahiers du CTNERHI*, 51-52, p. 145-162.
- Misra, A. (1992). Generalization of Social Skills throught Self-monitoring but Adults with Mild Mental Retardation. *Exceptional Children*, 58, p. 495-507.
- Mises, R. (1979). *El niño deficiente mental*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, (traducido al castellano, 1979)
- Montero, D. (1993, 1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.
- Montero, D. (1999a). El sistema valoración enseñanza-evaluación de destrezas adaptativas: ICAP, CALS y ALSC. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán de Urries (Coords). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Montero, D. (1999b). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*, (3ª Ed.) Bilbao: Mensajero.
- Montero, D. (2005) La conducta adaptativa en el panorama científico y profesional actual. *Intervención Psicosocial*, 13 (3), p. 277-293.
- Moos, R.H. y Schaefer, J.A. (1984). The Crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. En R.H. Moos (Ed.). *Coping with physical illness. 2: New perspectives*, (p. 3-25). Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Mora, J.A. (1991). La inteligencia como proceso básico. *Revista anales de psicología*, 7(1), p. 57-64.
- Mora, M. (2000). Políticas dirigidas específicamente en España a estimular que las empresas contraten y mantengan en el empleo a trabajadores minusválidos. En L. Visier; P. Thornton; V. Mora (Coords.). *Nuevas experiencias internacionales en materia de empleo de personas con discapacidad* (p. 400-475). Madrid: Escuela Libre Editorial
- Moreno, C. y Gómez de Terreros, M. (2005). Introducción a la evaluación del desarrollo y de la inteligencia. Campos de constante avance. En C. Moreno (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia (2ª Ed.)*. (p. 490-515). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Moreno, C. y Orjales, I. (2005). La inteligencia I. Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia (2ª Ed.)* (p. 590-656). Madrid: Editorial Sanz y Torres.

- Morreau, L.E., Bruiniks R. H. y Montero D. (2002). *Manual. Inventario de destrezas adaptativas (CALIS)*. Mensajero: Bilbao.
- Morris, R.J. y McReynolds, R.A. (1986). Special Education. Research and Trends En R.J. Morris y B. Blatt (Eds.). *Educación Especial. Investigaciones y Tendencias*, (p. 69-129). Oxford: Pergamon (Traducido al castellano. 1988. *Modificación de conductas en los niños con necesidades especiales: una revisión*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana).
- Moss, S., Golberg, D.P., Simpson, N. y cols. (1991). *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD)*. The Hester Adnan Research Centre and the Department of Psychiatry. Ed: University of Manchester
- Mugny y Doise. (1983). *La construcción social de la inteligencia*. México: Trillas.
- Muñiz, J. (1991). Inteligencia y procesos básicos. En J. Mayor y J.L. Pinillo. *Tratado de Psicología General, tomo 1. Pensamiento y lenguaje*, (p. 63-99). Madrid: Alhambra Universidad.
- Muñiz, J. (Coord.) (1996). *Psicometría*. Madrid: Universitas.
- Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, p. 63-70.
- Muñiz, J. (1997). Aspectos éticos y deontológicos de la evaluación psicológica. En A. Cordero (Coord.). *La evaluación psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Muñoz, A.M. (1996). El Proceso de Evaluación Psicopedagógica. En A.M. Muñoz (Ed.), *Psicopedagogía. Propuestas para la Intervención* (p. 60-64). Universidad de Málaga.
- Naglieri, J.A. (1989). Planning, attention, simultaneous and successive cognitive processes: A summary of recent studies with exceptional samples. *The Mental retardation and Learning Disability Bulletin*, 17(2), p. 3-22.
- Naglieri, J.A. y Das, J.P. (1997). *Cognitive Assessment System*. Itasca, IL: Riverside publishing.
- Naglieri, J.A. (1999). *Essentials of CAS assessment*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Navas, P.; Verdugo, M.A. y Gómez, L.E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención psicosocial*, Vol.17(2) p.143-152.
- Nawara, M. y cols. (2006). The ARX mutation: a frequent cause of X-linked mental retardation. *Am J. Med Genet A.*, 140, p. 727-732.
- Neisser, U. (1979). The concept of intelligence. *Intelligence*, 3, p. 217-227.

- Neisser, U.; Boodoo, G.; Bouchard, T.J. y Boykin, A.W. (1996). Intelligence Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51(2), p. 77-101. (Traducido al castellano. 1998. Inteligencia: lo que sabemos y lo que desconocemos. En A. Andrés Pueyo y R. Colom (comps). *Ciencia y política de la inteligencia en la sociedad moderna*. Madrid: Biblioteca Nueva).
- Nelson-Gray, R. (1991). DSM-IV: Empirical guide lines from psychometrics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, p. 308-315.
- Newborg, J.; Stock, J.R.; Wnek, L.; Guildubaldi, J. y Svinicki, J. (1988). (*Inventario de Desarrollo de Batelle*. (Adaptación española, M^a V. de la Cruz y M. González. (1998). Madrid: TEA.)
- Newborg, J.; Stock, J.R.; Wnek, L. (1989). *Inventario de Desarrollo de Batelle*. Barcelona: Fundación catalana para el síndrome de Down (traducido del Batelle Developmental Inventory. (1988). Texas: LIMC Associates Inc. Publisher by DLM, In)
- Newborg, J.; Stock, J.R. y Wnek, L. (1996). *Battelle. Inventario de Desarrollo*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Nihira, K. 1969. Factorial dimensions of adaptive behavior in adult retardates. *American Journal of Mental Deficiency*, 73(6), p. 868-878.
- Nihira, K.; Foster, R.; Shelhaass, M. y Leland, H. (1974). *Adaptive Behavior Scale* Washington. DC.: American Association of mental Deficiency
- Nihira, K.; Foster, R.; Shellhcas, M. y Leland, H. (1975). *Adaptive Behavior Scale*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Nihira, K.; Leland, H. y Lambert, N. (1993). *American Association on Mental Retardation (AAMR). Adaptive Behavior Scale- School. ABS-S: 2. Examiner's manual, Second Edition*. Austin, Texas: PRO-ED.
- Nihira, K. (1999). Adaptive behavior a historical overview. En R.L. Schalock (Ed.) *Quality of life: Vol. II. Application to persons with disabilities*. (p. 15-42). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Novell, R.; Medinyà Ll.; Tuneu, L. y Costa, J.M. (1994). Tratamiento farmacológico de los trastornos de conducta en el retraso mental. La alternativa a los neurolépticos. *Anales de Psiquiatría*, 10, p. 388-398.
- Novell, R. y cols. (2007). Utilización conjunta de fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa y antagonista NMDD en la enfermedad de Alzheimer en personas con Síndrome de Down. *Alzheimer. Realidades e Investigación en demencia*, 36. p. 5-15.
- Nuffield, E.J. (1988). Biomedical Perspectives. En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds.). *Handbook of Developmental and Physical Disabilities*, (p. 38-57). Nueva York: Pergamon Press.

- Ojeda, M.; Pérez, A.L.; Jarana, L. y León, J.M. (1989). Diseño, implantación y evaluación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales a deficientes mentales institucionalizados. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7 (2), p. 183-197.
- Organización Mundial de la Salud (1980). *Internacional Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of disease*. Ginebra: WHO (traducido al castellano, 1983. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de la consecuencia de la enfermedad*. Madrid: INSERSO)
- Organización Mundial de la Salud. (1981). *Prevención de incapacidades y rehabilitación*. Genere OMS, serie de Informes técnicos, nº 668.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pauta del comportamiento (CIE-10)*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001a). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (2001b). *Clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud; CIF*. Madrid: INSERSO (Versión inglesa de WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health. Ginebra: WHO.)
- Otero, P. y Arroyo, A. (1997). *Transición a la Vida Adulta. Programa Formativo para alumnos de Educación Especial*. Madrid: Escuela Española.
- Page, J. (1982). *Manual de Psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Parette, H.P. y VanBiervliet, A. (1991). Rehabilitation Assistive Technology Issues for Infants and Young Children with Disabilities: A Preliminary Examination. *Journal of Rehabilitation*, p. 27-36.
- Partington, M.W. y cols. (2004). Three new families with X-linked mental retardation caused by the 428-451 dup (24bp) mutation in ARX. *Clin Genet*, 66. p. 39-45.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, California: Sage.
- Paz, y Muñiz, J. (1987). Potenciales evocados y procesamiento de la información. En M. Yela (Ed.) *Estudios sobre la inteligencia y el lenguaje*. Madrid: Pirámide.

- Pelechano, V. (1973). *Personalidad y parámetros. Tres escuelas y un modelo*. Barcelona: Vicens Vives.
- Pelechano, V. (1980). Psicología de intervención. *Análisis y modificación de conducta*, 6 (11-12), p. 321-345.
- Pelechano, V. (1981). Intervención comportamental: Una vieja aspiración con un nuevo perfil. En V. Pelechano, J.L. Pinillos y J. Seoane. (1981). *Psicologema*, (p. 77-106). Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1984). Inteligencia social y habilidades interpersonales. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (10), p. 393-420.
- Pelechano, V. (1986). Salud mental, prevención e innovación social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12 (34), p. 485-505.
- Pelechano, V. (1987a). Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13 (35), p. 5-43.
- Pelechano, V. (1987b). *Programa comunitario de educación especial en Cantabria*. Santander: ICE de la Universidad de Cantabria.
- Pelechano, V. (1988). *Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico (vol. I y II)* Valencia: Alfaplus.
- Pelechano, V. (1989). Ejes de referencia y una propuesta temática. En E. Ibáñez y V. Pelechano (Eds.). *Personalidad*, (p. 265-330). Madrid: Alhambra.
- Pelechano, V. (1991). *Habilidades interpersonales en ancianos: conceptualización y evaluación*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1995). El retraso mental. En A. Belloch; B. Sandin y Ramos, F. (Dir.) *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pelechano, V. (1996a). Salud, enfermedad, clínica y psicología: Un laberinto con una salida sensata y muchos caminos ciegos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (82-83), p. 365-382.
- Pelechano, V. (Dir) (1996b). *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención. 3 volúmenes*. Valencia: Promolibro.
- Pelechano, V. (1996c). Ciencia, cultura, sabiduría y la diversidad de conocimientos y modos de conocer. En V. Pelechano (Dir). *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención. Volumen I*, (p. 20-37). Valencia: Promolibro.
- Pelechano, V. (1996d). Una introducción al modelo de parámetros. En V. Pelechano (Coord). *Psicología de la personalidad, I. Teorías*, (p. 337-370). Barcelona: Ariel.

- Pelechano, V. (1997). H.J. Eysenck (1916-1997) y la psicología de la Inteligencia. *Anales de psicología*, 13 (2), p. 93-110.
- Pelechano, V. (1998). *El estudio de la discapacidad desde el punto de vista psicosocial*. Ponencia en el I Seminario de Actualización en investigación sobre Discapacidad (SAID). Salamanca: Instituto de integración en la Comunidad.
- Penso, D.E. (1990). *Keyboard, Graphic and Handwriting Skills. Helping People with Motor Disabilities*. Londres: Chapman and Hall.
- Piaget, J. (1967). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Seix Barral.
- Piaget, J. (1969). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Madrid: Aguilar. (Publicado originalmente en 1936).
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Piaget, J. (1986). *La Epistemología Genética*. Madrid: Debate. (Publicado originalmente en 1970).
- Polaino, A. (1983). *Psicología patológica*. Madrid: UNED.
- Pollingue, A. (1987). Adaptive behavior. En A. Thomas y J. Grimes (Eds.) *Best practices in school psychology*. Washington: National Association of School Psychologists.
- Portillo, R. (2005). *Discapacidad intelectual y necesidades educativas especiales asociadas: discapacidad intelectual ligera frente a retraso límite*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. Servicio de Publicaciones. [CD-ROM].
- Prasher, V.P. y Krishman, V.H.R. (1993). Age of onset and duration of dementia in people with Down Syndrome: Integration of 98 reported cases in the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 8, p. 915-922.
- Prieto, G. y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, N^o. 77, p. 65-75.
- Prieto, M.D. y Sternberg, R.J. (1991). La teoría triárquica de la inteligencia: un modelo que ayuda a entender la naturaleza del retraso mental. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 11, mayo/agosto, p. 77-93.
- Puig de la Bellacasa, R. (1990). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En D. Casado, y cols. *Discapacidad e información*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía. *Serie Documentos*, 14.
- Puig de la Bellacasa, R. (1993). *La discapacidad y la rehabilitación en Juan Luis Vives: Homo homini par*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

- Quay, H.C. y Peterson, D.R. (1983). *Manual for the revised behavior problem Checklist*. Miami: Ed. Univ of Miami.
- Raven, J.C.; Court, J.H. y Raven, J. (1996). *Raven Matrices progresivas. Manual* (2º Ed. ampliada). Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Reiss, S. (1988). *Test manual for the Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Worthington, Ohio: International Diagnostic Systems, Inc.
- Reiss, S. (1994). Issues in defining mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 99(1), p. 1-7.
- Reschly, D. (1990). Adaptive behavior. En A. Thomas y J. Grimes (Eds.). *Best practices in school psychology*. Washington: National Association of School Psychologists.
- Reschly, D. (1992). Assessing mild mental retardation. The influence of adaptive behavior, sociocultural status, and prospects for nonbiased assessment. En C.R. Reynolds y T.B. Gutkin (Eds.). *The handbook of school psychology*. New York: Wiley.
- Ribes, R. (1999) Nivel de salud y envejecimiento en la discapacidad psíquica. Indicadores en las personas adultas con síndrome de Down. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán de Urries (Coord.). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Persona con Discapacidad (p.831-841). Salamanca: Amarú
- Rico, B. y Sáez, F. (1996). *Formación básica de alumnos con necesidades educativas especiales*. Programas de Garantía Social. Madrid: MEC.
- Rivas, R.M. y Fernández, P. (1996). El proceso de evaluación en la educación para la salud. En G. Buela-Casal; V.E. Caballo y J.C. Sierra (Dir.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Rodríguez González, M.J. (1987). *Un estudio de deterioro de la función intelectual. Tesis doctoral*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rodríguez González, M.J. y Pablo-Blanco, C. de. (2004). *Retraso mental*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Rodríguez-Sacristán, J y Buceta, A. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Rodríguez-Sacristán, J. y Buceta A. (1998). La deficiencia mental. Aspectos psicológicos y psicopatológicos de las estructuras deficitarias. En J. Rodríguez Sacristán. (Ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente*. (2ª Ed.). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rosa, A.; Quintana, J.; Huertas, J.A. y Blanco, F. (2000). *La incorporación de la psicología científica a la cultura española. Siete décadas de traducciones (1868-1939)*. CD-ROM. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Psicología.

- Rosen, M. y cols. (1976). *The history of mental retardation*. Baltimore, Maryland: University Park Press.
- Roszkowaki, M.J. y Bean, A.G. (1980). The Adaptive Behaviour Scale. ABS and IQ: How much unshared variance is there?. *Psychology in the Schools*, 17, p. 452-459.
- Royal College of Psychiatricians. (2001). *Diagnostic Criteria in learning disability. DC-LD*. Glasgow, UK: Penrose Foundation. Royal College of Psychiatricians.
- Rubin, I.L. (1992). Diagnosis and disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, p. 465-472.
- Rubio, V. (1987). Evaluación del impacto ambiental. En R. Fernández Ballesteros (Ed.). *El ambiente: análisis psicológico*, (p. 184-198). Madrid: Pirámide.
- Rubio, V. (1995). Las habilidades sociales y la conducta adaptativa en el retraso mental. Competencia personal y competencia interpersonal. En M.A. Verdugo (Dir): *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Rueda, P. y Goñi, M.J. (1991). Personas con retraso mental y problemas de comportamiento. El estado de la cuestión. *Zerbitzuan*, 17, p. 5-15.
- Ruiz Ogara, C. (1982). Corrientes del pensamiento psiquiátrico. En C. Ruiz Ogara, D. García y J.L. López-Ibor (Eds.). *Psiquiatría*. Barcelona: Toray.
- Salagaras, S. y Nettelbeck, T. (1983). Adaptive behavior of mentally retarded adolescents attending school. *Am. J. Ment Defic*, 88(7) p. 57-68.
- Salmeron, P. (2002). Evolución de los conceptos, sobre inteligencia emocional para la orientación. *Educación XX. Revista de la Facultad de Educación*, 5, p. 98-121.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, p. 185-211.
- Salvador, L. (1995). *Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. Evaluación, tratamientos y servicios*. Barcelona: Neurociencias.
- Salvador, L.; García Mellado, M.J.; Velázquez, R.; Romero, C. y Alonso, F. (1998). *A reliability study of the Spanish version of the social behaviour schedule*.
- Salvador, L. y Rodríguez-Blázquez, C. (2001). *Mentes en desventaja. La discapacidad intelectual*. Barcelona: Océano.
- Salvador, L.; Novell, R.; Bouras, N.; Moss, S. y García, R. (2002). *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Asociación Española para el Estudio del Retraso Mental.
- Sánchez Cánovas, J. (1986). *Un Nuevo paradigma de la inteligencia humana*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

- Sánchez Hipola, M.P. y López Anadón, M. (1993). Aplicación del ordenador en personas con necesidades educativas especiales. *Políbea*, 27, p. 24-28.
- Sánchez Montoya, R. (1997). *Ordenador y discapacidad*. Madrid: CEPE.
- Satter, J.M. (1982). *Evaluación de la Inteligencia y habilidades especiales*. México: El Manual Moderno.
- Sattler, J.M. (1988). *Assessment of children's intelligence and special abilities* (3º Ed.). San Diego: Autor.
- Sattler, J.M. (1996). *Assessment of children*. San Diego: Publisher, Inc P.O.
- Sattler, J.M. y Schalock, R.L. (1997). Can the concept of quality of life make a difference?. En R.L. Schalock (Ed.). *Quality of life: Vol. II. Application to persons with disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, p. 245-267.
- Scarr, S. (1992). Inteligencia: una revisión. En R.J. Sterberg y D.K. Detterman (Dir.). *¿Qué es la inteligencia?. Enfoque actual de su naturaleza y definición*. (p. 141-145). Madrid: Pirámide.
- Schaal, D.W. y Hackenberg, T. (1994). Toward a functional analysis of drug treatment for behavior problems of people with developmental disabilities. *American Journal of Mental Retard*, 99, p. 123-140.
- Schalock, R.L y cols., (1991). Calidad de vida y su medición. *Revista Siglo Cero*, 136, p. 58-68.
- Schalock, R.L. (1996). Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life: Vol.1. *Conceptualization and measurement* (p 123.139). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation
- Schalock, R.L. (Ed.). (1997). *Quality of life. Volumen II: application to persons with disabilities*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. (1998). La confluencia de la conducta adaptativa y la inteligencia. Implicaciones para el campo del retraso mental. *Revista Siglo Cero*, 29(3), p. 5-21.
- Schalock, R.L. (1999a). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. En M.A. Verdugo y J. Urries (Coord.) *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. (p. 79-109). Salamanca: Amarú.
- Schalock, R.L. (1999b). *Adaptive Behavior and its measurements: implication for the field of mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. (1999c). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *Revista Siglo Cero*. 30(1), p. 5-20.

- Schalock, R.L. (2001). Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida. En M.A. Verdugo y Jordán de Urries B (Coords.) *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Schalock, R.L. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Associations on Mental retardation. (Traducido al castellano. 2003. M.A. Verdugo. Madrid: Alianza Editorial).
- Schalock, R.L. (2006). La calidad de vida como agente de cambio. Oportunidades y retos. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán de Urries (Coords.). *Rompiendo inercias. Claves para avanzar* (p.15-39). Salamanca: Amarú.
- Scheerenberger, R.C. (1983). *A history of mental retardation*. Baltimore: Paul Brooks (Traducido al castellano. 1984. *Historia del retraso mental*. San Sebastián: S.I.S.
- Schroeder, S.R. (1991). Self-Injury and Stereotypy. En J.L. Matson y J.A. Mulick (Eds.). *Handbook of Mental Retardation*, (p. 382-396), (2ª Ed.). Nueva York: Pergamon Press (Traducido al castellano, 1999. Madrid: Siglo XXI de España).
- Sendrail, M. (1983). *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa Calpe.
- Serrano, I. (1995). Modificación de conducta y discapacidad. En M.A. Verdugo (Dir.) *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. (p. 1143-1199). Madrid: Siglo XXI de España.
- Shapiro, L.E. (1997) *La inteligencia emocional de los niños*. México: Ed Javier Vergara.
- Simmons, y Simmons, (1990) Los trastornos somatomorfos anteceden a los SSF. En Caballero, L. *Aspectos psiquiátricos de los síndromes funcionales (SSF)*. I Congreso virtual de psiquiatría. (2000). <http://www.psiquiatria.com/congreso>.
- Simón, M.A. (1989). *Biofeedback y rehabilitación*. Valencia: Promolibro.
- Singh, N.N.; Landrum, T.J.; Ellis, C.R. y Donatelli, L.S. (1993). Effects of Thioridazine and Visual Screening on Stereotypy and Social Behavior in Individuals with Mental Retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 14 (3), p. 163-179.
- Song, W.J. y cols. Isolation human and murine homologues of the Drosophila minibrain gene: human homologues maps to 2a22.2 in the Down syndrome "critical region" *Genomics*, 38, p. 331-339.
- Sovner, R. y Lowry, M.A. (1990). A behavioural methodology for diagnosing affective disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 37, p 30-31.
- Sparrow, S.; Balla, D.A. y Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.

- Spearman, C. (1923). *The nature of intelligence and the principles of cognition*. London: McMillan.
- Spearman, C. (1927). *The abilities of man. Their nature and measurement*. London: MacMillan.
- Spivack, G. y Spotts, J. (1966). *Devereux child Behaviour Rating Scale. Manual*. Devan, Penn: The Devereux Foundation.
- Spivack, G. y cols. (1967). *Adolescent Behaviour Rating Scale*. Devan, PO: The Devereux Foundation.
- Spivack, G. y Swift, M. (1967). *Devereux Elementary School behaviour Rating Scale manual*. Devan, PA: The Devereux Foundation
- Stainback, S. y Stainback, W. (1999). *Aulas Inclusivas*. Madrid: Narcea.
- Sternberg, R.J. y Weil, E.M. (1980). An Aptitude X Strategy Interaction in Linear Syllogistic Reasoning. *Journal of Educational Psychology*, 72, p. 226-239.
- Sternberg, R.J. (1981). Testing and Cognitive Psychology. *American Psychologist*, 36, p. 1181-1189.
- Sternberg, R.J. (1982). *Handbook of Human Intelligence*. New York: Cambridge University Press. (Traducido al castellano. 1987. *Inteligencia Humana I*. Barcelona: Paidós).
- Sternberg R.J. (1985a) *Beyond IQ a triarchic theory of human intelligence*. New York: Cambridge. Cambridge University Press.
- Sternberg R.J. (1985b) Cognitive approaches to intelligence. En B.B. Wolman (Ed.) *Handbook of intelligence. Theories, measurements and applications*. New York: John Wiley.
- Sternberg, R.J. (1985c) Human Intelligence. The Model is the Message. *Science*, 230 (1730), p. 1111-1118.
- Sternberg, R.J. y Detterman, D.K. (Dirs.) (1986). *What is intelligence? Contemporary viewpoints on its nature and definition*. Norwood, NJ: Ablex. (Traducido al castellano. 1992. *¿Qué es la Inteligencia? Enfoque actual*. Madrid: Pirámide).
- Sternberg, R.J. (1987). Evaluación y psicología cognitiva. *American Psychologist*, 36, p. 1181-1187. (Traducido y publicado al castellano. *Revista Siglo Cero*, 111, p. 50-55).
- Sternberg, R.J. (1989). *Inteligencia Humana, IV evolución y desarrollo de la inteligencia*. Barcelona: Paidós.
- Sternberg, R.J. (1990a). *Metaphors of mind. Conceptions of the nature of intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Sternberg, R.J. (1990b). *Más allá del cociente intelectual. Una teoría triárquica de la inteligencia humana*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología
- Sternberg, R.J. (1991). *Advances in the Psychology of Human Intelligence*. Vol.1. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Sternberg, R.J. y Prieto, M.D. (1991). La teoría triárquica de la inteligencia: un modelo que ayuda a entender la naturaleza del retraso mental. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado II*, p. 77-93.
- Sternberg, R.J. (1992). Integración cuantitativa. Definiciones de inteligencia. Una comparación de los simposios de 1921 y de 1986. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Dir.). *¿Qué es la inteligencia? enfoque actual de su naturaleza y definición*. Madrid: Pirámide.
- Sternberg R.J. (1995). *Un modelo triárquico para la identificación, instrucción y evaluación de los alumnos en la escuela*. Madrid: II Congreso Internacional de Psicología y Educación.
- Sternberg, R.J. (1995). *In search of the human mind*. Orlando, USA: HarcourtBrace College.
- Sternberg, R.J y Wagner, R.K. (1995). *Practical Intelligence*. Cambridge: University Press.
- Sternberg, R.J. (1997). *Inteligencia exitosa*. Barcelona: Paidós. (Versión castellana de Simon y Schuster (1996). *Successful intelligence: how practical and creative intelligence determine success in live*.
- Sternberg, R.J. (1998). *Más allá del cociente intelectual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sternberg, R.J. (1998a). Principles of teaching for successful intelligence. *Educational Psychologist*, 33, (2-3), p. 65-72.
- Sternberg, R.J. (1998b). *Más allá del cociente intelectual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sternberg, R.J. (1999a). Intelligence as developing expertise. *Contemporary Educational Psychology*, 24, p. 359-375.
- Sternberg, R. J. (1999b). The theory of successful intelligence. *Review of General Psychology*, 3, p. 292-316.
- Sternberg, R.J. (1999c). A triachic Approach to the Understanding and Assessment of Intelligence in Multicultural Populations. *Journal of School Psychology*, 37(2), p. 145-59.
- Sternberg, R.J. (2003). Construct validity of the theory of successful intelligence. En R.J. Sternberg, J. Lautrey y T.I. Lubart (Eds.). *Models of intelligence. Internacional perspectives*. Washington: American Psychological Association.
- Sternberg, R.J.; Grigorenko, E.L. y Kidd, K.K. (2005). Intelligence, race, and genetics. *American Psychologist*, 60, p. 46-59.

- Stinnett y cols. (1999). Construct validity of the AAMR. Adaptive Behavior Scale-School: 2º School. *Psychology Review*, 28, Issue 1, p. 31, 13p.5 charts. Database: Academic Search Elite.
- Stoddard, G.D. (1946). *La inteligencia: su naturaleza y su cultura*. Buenos Aires: Losada.
- Sturme, P. (1999). Classification: concepts, progress and future. En P. Bouras, (1999). *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. (p. 3-18). Cambridge: University Press.
- Swanson, H.L. (1996). Swanson Cognitive processing Test, Austin: TX: PRO-ED.
- TEA. (2005). Catálogo 2005. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- TEA. (2006). Catálogo 2006. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- TEA. (2007). Catálogo 2007. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- TEA. (2008). Catálogo 2008. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Terman, L.M. (1916). *The measurement of preschool children*. New York: World Book.
- Thorndike, E.L. (1920). *Intelligence and its uses*. Chicago: Harper´s Magazine.
- Thorndike, R.; Hagen, E. y Sattler, J. (1986). *Technical manual for Stanford-Binet Intelligence scale* (4ª Ed.). Chicago: Riverside.
- Thompson, J.R.; McGrew, H.J y Bruininks, R.H. (1999). Adaptive and maladaptive behavior, Functional and structural characteristics. En R.L. Schalock (Ed.). *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*, p. 15-42. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J.R.; McGrew, H.J. y Bruininks, R.H. (2002). Pieces of the puzzle. Measuring the personal competence and support needs of persons with mental retardation and related developmental disabilities. *Peabody Journal of Education*, 77(2), p. 21-37.
- Thompson, J.R. y cols. (2004). *Suppots Intensity Scale*. Washington.
- Thorndike, R.; Hagen, E. y Sattler, J. (1986). *Technical manual for Stanford-Binet Intelligence Scale* (4ª Ed.). Chicago: Riverside.
- Thurstone, L.L. (1938). *Primary mental abilities*. Chicago: Univeristy of Chicago Press.
- Thurstone, L.L. (1989). *PMA aptitudes mentales primarias: Manual*. (8ª Ed.). Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Torrabadella, R (1997). *Cómo desarrollarla inteligencia emocional*. Barcelona: Oasis S.I

- Tredgold, A.F. (1937). *A Textbook of Mental Deficiency*. Baltimore: Williams & Co.
- Tyler, L.E. (1976). *Pruebas y medición en psicología*. Bogota: Prentice-Hall.
- Tzuriel, D. y Klein, P.S. (1985). Analogical thinking modifiability in disadvantaged, regular, special education and mentally retarded children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, p. 539-552.
- Tzuriel, D. y Klein, P.S. (1987). Assessing the young child: children's analogical thinking modifiability. In C.S. Lidz (Ed.) *Dynamic Assessment* (p. 268-282). New York: Guilford Press.
- Tzuriel, D. (1989). Inferential cognitive modifiability in young socially disadvantaged and advantaged children. *International Journal of Dynamic Assessment and Instruction*, 1, p. 65-80.
- Tzuriel, D. (1995a). *The Cognitive Modifiability Battery (CMB): Assessment and Intervention-Instruction. Manual*. School of Education. Bar Ilan University.
- Tzuriel, D. (1995b). *The children's Seriation Thinking Modifiability (CTSM). Test Instruction manual*. School of Education. Bar Ilan University.
- UNESCO/MEC. (1994). Marco de acción sobre necesidades educativas especiales. *Fiapas*, 41. Separata.
- UNESCO. (1995). *Informe final de la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad*. Madrid: UNESCO y Ministerio de Educación y Ciencia de España.
- Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier.
- Vallés, A. (2002). *Inteligencia emocional*. Lima: Seminario Taller Internacional.
- Vázquez, C. (1985). Limitaciones y sesgos en el procesamiento de la información: más allá de la teoría del hombre como científico. *Estudios de Psicología*, 23-24, p. 111-133.
- Vázquez, C. (1989). Servicios y personal de un Centro Ocupacional. *Minusval* 63, p. 15-17.
- Vázquez, C. (1991). Historia de la psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Volumen I, p. 415-448. Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez-Barquero y cols. (2000). La discapacidad: modelos interpretativos y su influencia en el nuevo sistema de clasificación de discapacidades de la OMS. *Arch. Psiquiatr.* 63(1), p. 203-214.
- Vega, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Universidad

- Verdugo, M.A. (1989a). *La integración personal, social y vocacional de los deficientes psíquicos adolescentes: elaboración y aplicación experimental de un programa conductual*. Madrid: C.I.D.E./ M.E.C.
- Verdugo, M.A. (1989b). *Programas conductuales alternativos para la educación de deficientes mentales. I: Programas de habilidades sociales*. Madrid: MEPSA.
- Verdugo, M.A. (1989c/1997b). *Programa de Habilidades Sociales (PHS). Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amaru.
- Verdugo, M.A. (1994a). Evaluación y clasificación. En M.A. Verdugo (Dir.). *Evaluación curricular*. (p. 145-170). Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M.A. (Dir.). (1994b). *Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Verdugo, M.A. (Dir.). (1994c). *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid: INSERSO.
- Verdugo, M.A. (1994d). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental. La nueva definición de la AAMR. *Revista Siglo Cero*, 25(3), p. 5-24.
- Verdugo, M.A. (1995a). Evaluación y tratamiento en el retraso mental. En M.A. Verdugo (Dir.), *Personas con Discapacidad. Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*, (p. 555-618). Madrid: Siglo XXI de España.
- Verdugo, M.A. (1995b). Las personas con retraso mental. En M.A. Verdugo (Dir.). *Personas con Discapacidad. Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras*, (p. 515-553). Madrid: Siglo XXI de España.
- Verdugo, M.A. (1995c). Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. En M.A. Verdugo (Dir.). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, (p. 1-36). Madrid: Siglo XXI de España.
- Verdugo, M.A. (Dir) (1995d). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Verdugo, M.A.; Jenaro, C. y Arias, B. (1995). Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: Estrategias de evaluación e intervención. En M.A. Verdugo (Dir). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, (p. 79-143). Madrid: Siglo XXI de España.
- Verdugo, M.A. (1996). *Programa de orientación al trabajo (POT). Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amaru.
- Verdugo, M.A. y Jenaro, C. (1997a). *Retaso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. (9º Ed.). Madrid: Alianza Psicología.

- Verdugo, M.A. y Bermejo, B.G. (1998, 2003). *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Verdugo, M.A. (1999a) Avances conceptuales actuales y del futuro inmediato: revisión de la definición de 1992 de la AAMR. *Revista Siglo Cero*; 30 (5), p. 27-31.
- Verdugo, M.A. (1999b). Marco conceptual de la psicología de la rehabilitación. En A. Ruano; J.M. Muñoz y C. Cid (Eds.). *Psicología de la rehabilitación* (p. 13-32). Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.
- Verdugo, M.A. (2000). *Programa de habilidades de la vida diaria (PVD). Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A. (2003a). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002. *Revista Siglo Cero* 34(1), p.5-20.
- Verdugo M.A. (2003b). *Programa de habilidades sociales (PHS). Programas conductuales alternativos* (2ª Ed.). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A. y Jenaro, C. (2004). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. (10ª Ed.). Madrid: Alianza Psicología.
- Verdugo M.A. (2006). ¡Qué investiguen ellos! Ideas y propuestas para mejorar la investigación sobre discapacidad en España. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán de Urries (Coords) *Rompiendo inercias. Claves para avanzar* (p. 41-54) Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A.; Arias, B. e Ibáñez, A. (2007). *S.I.S. Escala de Intensidad de apoyos. Manual. Adaptación castellana*. Madrid: TEA Ediciones S.A. (Adaptación española de la escala de Thompson, J.R. y cols., (2004). The supports intensity Scale (SIS): Users manual Washington DC: American Association on Mental retardation.)
- Verdugo, M.A.; Arias, B; Gómez, L.E. y Schalock, R.L. (2008). *Escala GENCAT: Informe sobre la creació d'una escala multidimensional para evaluar la qualitat de vida de les persones usuaries dels serveis socials de Catalunya*. Barcelona: Departament d'Acció Social y Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M.A. y Bermejo, B.G. (2009). *Discapacidad intelectual. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Vernon, P.E. (1950). *The structure of human abilities*. New York: Wiley.
- Vernon, P.E. (1971). Analysis of cognitive ability. *British Medical Bulletin*, 27, p. 222-226.
- Vernon, P.E. (1972). *Intelligence and cultural environment*. London: Methuen.
- Vila, M.T. y col., (1991). Epidemiología de la deficiencia mental. Estudio de Safor (I). Prevalencia y etiología. *An Esp. Pediatr.*, 34(5), p. 365-371.

- Vila, M.T. y col., (1991). Epidemiología de la deficiencia mental. Estudio de Safor (II). Edad de detección, agente que lo detecta y estudio médico. *An Esp. Pediatr.*, 35(1), p. 31-55.
- Vizcarro, C. (1992). Clasificación y criterios diagnósticos de la conducta anormal. En R. Fernández-Ballesteros (Dir). *Introducción a la evaluación psicológica II*, (p. 98-119). Madrid: Pirámide.
- Vollmer, T.R. y Iwata, B.A. (1992). Differential Reinforcement as Treatment for Behavior Disorders: Procedural and Functional Variations. *Research in Developmental Disabilities*, 13, p. 393-417.
- Voisin, F. (1843). *De l'idiotie chez les enfants*. Paris: Baillière.
- Vygotsky, L.S. (1989). *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*. Barcelona: Crítica. (Publicado originalmente en 1931).
- Wang, M.C.; Reynolds, M.C. y Walberg, H.J. (Eds.). (1988). *Handbook of Special Education: Research and Practice. Volume 2: Mildly Handicapped Conditions*. Oxford: Pergamon Press.
- Wang, M.C.; Reynolds, M.C. y Walberg, H.J. (Eds.) (1989). *Handbook of Special Education: Research and Practice. Volume 3: Low Incidence Conditions*. Oxford: Pergamon Press.
- Wang, M.C. *Atención a la diversidad del alumno*. Madrid: Narcea
- Warnock, H.M. (1978). *Special Educational Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of the Handicapped Children and Young People*. Londres: HMSO (Traducido al castellano. 1990. *Revista Siglo Cero*, 130).
- Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Nueva York: Williams & Wilkins.
- Wechsler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wechsler, D. (1949). *Wechsler Intelligence scale for children (WISC)*. New York: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1955). *Wechsler Intelligence scale for Adults (WAIS)*. New York: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1967). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1974). *Wechsler Intelligence Scale for Children Revised*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1975). *The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins. (Publicado originalmente en 1958).

- Wechsler, D. (1979). *Escala de Inteligencia de Wechsler para niños*. Madrid: TEA Ediciones S.A. (Traducción del inglés. Wechsler, D. 1949. *Wechsler Intelligence scale for Children*. New York: The Psychological Corporation).
- Wechsler, D. (1981). WPPSI: *Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria*. (2ª Ed.). Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Wechsler, D. (1984). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños*. (7ª Ed.) Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Wechsler, D. (1988). *Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children-III*. San Antonio: Psychological Corp. (Traducido al castellano. 1993. *Escala de Inteligencia Wechsler para niños*. Madrid: TEA Ediciones S.A.).
- Wechsler, D. (1994). *WISC-R. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños revisada*, (2ª Ed.). Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adults Intelligence Scale-third Edition*, San Antonio, TX: Psychological Corp., Harcourt Brace.
- Wechsler, D. (2001). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños Revisada (WISC-R)*. (9ª. Ed.) Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Wechsler, D. (2003). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2004). *WMS-III: escala de memoria de Wechsler: manual técnico*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Weller, C. y Strawser, S. (1987). Adaptive behaviour of subtypes of learning disabled individuals. *The Journal of Special Education*, 21(1), p. 101-115.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Widaman, K.F.; Stacy, A.W y Borthwick-Duffy, S. (1993). Construct validity of adaptive behavior. A multitrait-multimethod evaluation. *American Journal of Mental Retardation*, 98, p. 219-234.
- Widaman, K.F. y McGrew, K.S. (1996). The structure of adaptive behavior. En J.W. Jacobson y J.A. Mulick (Eds.) *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. (p. 97-110) Washington DC: American Psychological Association.
- Whitman, D. (1990) Paid summer work experience for rural blind youth. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 84(2), p. 77-78.

- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice may.
- Wood, P. (1988). Origine de la CIDIH. *Bulletin du Reseau International CIDIH*. Bulletin du CQCIDIH, 1, p. 25-31.
- Wykes, T. y Sturt, E. (1986). The measurement of social behavior in psychiatric patient: and assessment of the reliability ant valibity of the SBS Schedule. *Brit. Journal Psytriac*, 148, (p. 241-247).
- Zaldivar, F. y Rodríguez, Y.B. (2007). Desarrollo próximo. *Revista Iberoamericana de educación*, 43 (2).
- Zaldivar, F.; Rubio, V. y Márquez, M.O. (1995). *Sistema de evaluación para personas Plurideficientes (SEPP)*. Madrid: CEPE.
- Zazzo, R. (1973). *Los débiles mentales*. Barcelona: Fontanella.
- Zigler, E. (1992). Inteligencia un enfoque evolutivo. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Dir.) *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición* (p. 177-181). Madrid: Pirámide.

ANEXOS

ABS-RC:2

Escala de
Conducta
Adaptativa
-Comunidad y
Residencias-
Segunda Edición

Nadine Lambert, Kazuo Nihira, and Henry Lelan

Traducido por Isabel García Alonso. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Burgos.

PROTOCOLO DE LA ESCALA

Nombre y Apellidos _____ Sexo _____ F. de Nacimiento _____

Edad _____ Nombre del entrevistador / evaluador _____ F. de Exploración _____

Nombre de la persona entrevistada _____

Relación con el examinado _____

Capacidad intelectual: _____ ¿Vive en comunidad o en residencia institucional? _____

INSTRUCCIONES GENERALES

INSTRUCCIONES PARA LA PRIMERA PARTE

Instrucciones Generales

Esta Escala contiene un número de enunciados que describen algunas formas de actuar de las personas en diferentes situaciones. Existen distintas posibilidades de administrar la escala, en el Manual del Examinador aparecen detalladas las instrucciones más específicas.

Para completar la escala es necesario seguir las siguientes reglas generales:

- a. Los ítems que están especificados "con ayuda" o con "asistencia" se refieren siempre a la asistencia física directa.
1. Puntúe positivamente a la persona en un enunciado concreto aunque necesite instigación verbal o haya que recordarle el comportamiento o la actividad, a menos que, en el ítem se especifique claramente "sin ayuda" o "sin necesidad de recordárselo".

Puede ser que en algunos enunciados se encuentren situaciones incompatibles o imposibles de realizar por un sujeto debido a su propia condición o a las imposibilidades del contexto (por ej. comer en un restaurante, no es posible para alguien que está permanentemente en la cama). Incluso en estos casos, se debe puntuar a las personas en dichos enunciados, y se puntúa positivamente, si se está absolutamente seguro de que el sujeto evaluado podría y de hecho ejecutaría el comportamiento si tuvieran la oportunidad de hacerlo sin entrenamiento específico para ello.

En la primera parte de esta escala existen dos tipos de ítems. Los primeros requieren que se seleccione sólo el más alto nivel de la conducta manifestada por la persona que evaluamos. Por ejemplo

ÍTEM 2		COMER EN PÚBLICO	
<i>(colocar la puntuación del nivel más alto)</i>			
Es capaz de pedir comidas completas en restaurantes	3		
Es capaz de pedir comidas más simples: bocadillos, hamburguesas	2		
Sólo es capaz de pedir algunas cosas ej. Refrescos, helados, donuts, etc. en una cafetería	1		
No pide en lugares públicos de comida	0		2

Los enunciados están ordenados en cuanto a su grado de dificultad. Se rodea sólo el número de uno de los enunciados, el que mejor describa la conducta de mayor complejidad o el más alto nivel de respuesta que la persona es capaz de llevar a cabo. Se coloca entonces, la puntuación en el cuadrado adjunto. En el ejemplo, el individuo es capaz de pedir comidas simples, bocadillos, hamburguesas (2) pero no es capaz de pedir comidas completas en restaurantes (3) por lo tanto, se rodea el "2" y se coloca dicha valoración también en el recuadro.

Para completar el segundo tipo de ítems, se marca con un círculo el valor de todos los enunciados, según corresponda a las respuestas "Si" o "No". Ver el siguiente ejemplo. (Hay enunciados que no pueden darse en algunos sujetos, por su propia condición, en estos casos, se deben seguir las instrucciones colocando una cruz en la línea prevista para ello y redondear los valores asociados con "Si" o "No" según especifiquen las instrucciones concretas).

ÍTEM 4.		CONDUCTAS EN LA MESA	
<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>			
<i>Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej., porque él o ella está en la cama y/o toma sólo comida líquida, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "Si"</i>			
		No	Si
Tira la comida	0	⓪	
Traga la comida sin masticar	0	⓪	
Mastica la comida con la boca abierta	⓪	1	
Deja caer la comida a la mesa o al suelo	0	⓪	
Es incapaz de usar la servilleta	0	⓪	
Habla con la boca llena	⓪	1	
Toma comida de otros platos	0	⓪	
Come demasiado deprisa o demasiado despacio	0	⓪	
Juega con la comida con los dedos	0	⓪	7

Para completar los ítems de esta segunda forma de recoger las respuestas, hay que redondear bajo el apartado de "Si" las conductas que manifiesta (valoradas en este ítem con un "0") y bajo el apartado de "No" las conductas que el individuo no realiza, (valoradas en este ítem con un "1"). En este ejemplo se ha puntuado el enunciado de "Mastica la comida con la boca abierta" y "Habla con la boca llena" con un "0" (indicando que el individuo manifiesta estas conductas) y el resto de enunciados que no manifiesta han sido redondeados con una puntuación de "1". La puntuación total del ítem, es la suma de los valores señalados, en este caso "7", que se registra en el recuadro.

PRIMERA PARTE.

DOMINIO I. INDEPENDENCIA

A. Comida

ITEM 1 USO DE LOS UTENSILIOS PARA COMER

- (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*
 Usa el cuchillo para cortar o untar 6
 Come su alimento con cuchara y tenedor sin ayuda 5
 Come los alimentos con cuchara y tenedor
 derramándolos 4
 Come sólo con cuchara, de manera adecuada sin
 ayuda 3
 Come sólo con cuchara, pero derrama el contenido 2
 Come sólo con los dedos 1
 No se alimenta él solo o tiene que ser alimentado 0

ITEM 2 COMER EN PÚBLICO

- (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*
 Es capaz de pedir comidas completas en
 restaurantes 3
 Es capaz de pedir comidas más simples: bocadillos,
 hamburguesas 2
 Sólo es capaz de pedir algunas cosas, ej. refrescos,
 helados, bollería, etc., en una cafetería 1
 No pide en lugares públicos de comida 0

ITEM 3 BEBER

- (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*
 Bebe sin derramar, cogiendo el vaso con una mano 3
 Bebe con taza o vaso sin ayuda, con seguridad y sin
 derramar 2
 Bebe de la copa o vaso sin ayuda pero
 frecuentemente lo derrama 1
 No es capaz de beber de tazas ni vasos sin ayuda 0

ITEM 4 CONDUCTAS EN LA MESA

- (Puntuar todas las respuestas)*
Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej., porque él o ella está en la cama y/o toma sólo comida líquida, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "Sí"
- | | Sí | No |
|---|----|----|
| Tira la comida | 0 | 1 |
| Traga la comida sin masticar | 0 | 1 |
| Mastica la comida con la boca abierta | 0 | 1 |
| Deja caer la comida a la mesa o al suelo | 0 | 1 |
| Es incapaz de usar la servilleta | 0 | 1 |
| Habla con la boca llena | 0 | 1 |
| Toma comida de los platos de otros | 0 | 1 |
| Come demasiado deprisa o demasiado despacio | 0 | 1 |
| Juega con la comida con los dedos | 0 | 1 |

B. Uso del servicio

ITEM 5 ENTRENAMIENTO EN EL USO DEL SERVICIO

- (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*
 Nunca se hace sus necesidades en el pantalón 4
 Se hace pis sólo por la noche 3
 Ocasionalmente se hace pis durante el día 2
 Frecuentemente se hace pis durante el día 1
 No ha aprendido a hacer uso del servicio 0

ITEM 6 AUTOCUIDADOS EN EL BAÑO

- (Puntuar todas las respuestas)* Sí No
 Se baja el calzoncillo o la braga sin ayuda 1 0
 Se sienta en la taza del water sin ayuda 1 0
 Usa el papel apropiadamente 1 0
 Tira de la cadena después de usar el water 1 0
 Se coloca las prendas de vestir sin ayuda 1 0
 Se lava las manos sin ayuda 1 0

C. Limpieza

ITEM 7 LAVADO DE MANOS Y CARA

- (Puntuar todas las respuestas)* Sí No
 Se lava las manos y la cara con jabón, si es
 necesario, y agua sin que la avisen o manden 1 0
 Se lava las manos con jabón 1 0
 Se lava la cara con jabón si es necesario 1 0
 Se lava las manos y la cara con agua 1 0
 Se seca las manos y la cara 1 0

ITEM 8 BAÑO

- (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*
 Prepara el baño y se baña sin ayuda 6
 Se lava y seca completamente sin aviso o ayuda 5
 Se lava y seca razonablemente bien con aviso 4
 Se lava y se seca razonablemente bien con ayuda 3
 Intenta lavarse y aclararse él mismo 2
 Cooperera cuando otros le bañan y le secan 1
 No hace intentos de lavarse o secarse él solo 0

ITEM 9 HIGIENE PERSONAL

- (Puntuar todas las respuestas)*
Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej. porque él o ella es totalmente dependiente de otros, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "Sí"
- | | Sí | No |
|--|----|----|
| Tiene un olor axilar fuerte | 0 | 1 |
| Es incapaz de cambiarse regularmente de ropa interior él mismo | 0 | 1 |
| La piel está frecuentemente sucia y no se atiende | 0 | 1 |
| Mantiene las uñas sucias, no las limpia por sí mismo | 0 | 1 |

ITEM 10 LAVADO DE DIENTES

- (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*
 Se lava los dientes de manera apropiada 5
 Utiliza pasta de dientes y cepillo con movimientos de
 arriba abajo 5
 Utiliza pasta de dientes y cepillo con movimientos
 laterales 4
 Se limpia los dientes sin ayuda pero no puede
 aplicar la pasta de dientes 3
 Se lava los dientes con supervisión 2
 Cooperera cuando le están lavando los dientes 1
 No hace intentos de lavarse los dientes 0
 No se lava los dientes 0

D. Apariencia**ITEM 11****POSTURA***(Puntuar todas las respuestas)**Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej. porque él o ella está en la cama o no puede andar, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "Sí"*

	Sí	No
Está siempre boquiabierto	0	1
La cabeza se le cae hacia abajo	0	1
La barriga sobresale debido a la postura	0	1
Tiene los hombros caídos hacia afuera y la espalda torcida	0	1
Anda con la puntera hacia adentro o hacia fuera	0	1
Anda con los pies muy separados	0	1
Arrastra los pies o da patadas al caminar	0	1
Anda de puntillas	0	1

ITEM 12**ROPAS***(Puntuar todas las respuestas)**Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej. porque él o ella es totalmente dependiente de otras personas, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "Sí"*

	Sí	No
Va vestido de forma inadecuada si no le ayudan	0	1
Vuelve a llevar la ropa rota o no planchada si no le ayudan	0	1
Lleva la ropa sucia o manchada si no le ayudan	0	1
Lleva una combinación de colores chocantes si no le ayudan	0	1
Desconoce la diferencia entre zapatos de trabajo y zapatos de vestir	0	1
Usa las mismas ropas para las situaciones formales e informales	0	1
Usa la misma ropa (chubasquero, botas, etc.) para las diferentes condiciones climáticas	0	1

E. Cuidado de la ropa**ITEM 13****CUIDADO DE LAS ROPAS***(Puntuar todas las respuestas)*

	Sí	No
Limpia los zapatos cuando es necesario	1	0
Coloca sus ropas en cajones, cómodas o armarios	1	0
Cuelga su ropa sin ayuda	1	0
Avisa cuando faltan botones y/o hay que reparar la ropa	1	0

ITEM 14**ROPA SUCIA***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

Usa la lavadora o lava a mano y seca sin ayuda	3
Pone su ropa sucia en la lavadora, pero la pone en marcha con ayuda	2
Separa la ropa con ayuda	1
No participa en ninguna tarea de lavar la ropa	0

F. Vestirse y desvestirse**ITEM 15****VESTIRSE***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

Se viste completamente sólo sin ayuda	5
Se viste completamente solo con ayuda verbal	4
Se viste colocándose toda la ropa, pero necesita ayuda con las cremalleras, botones, velcros...	3
Se viste con ayuda, poniéndose y abrochándose la ropa	2
Coopera cuando se le viste extendiendo los brazos o las piernas	1
Tiene que ser vestido completamente	0

ITEM 16 DESVESTIRSE EN LOS MOMENTOS APROPIADOS*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

Se desviste completamente sólo	5
Se desviste solo, pero necesita ayudas verbales	4
Se desviste y desabrocha la ropa con ayuda y se la quita con ayuda verbal en muchas ocasiones	3
Necesita ayuda para desvestirse	2
Coopera cuando se le desviste extendiendo los brazos o las piernas	1
Debe ser completamente desvestido	0

ITEM 17**ZAPATOS***(Puntuar todas las respuestas)*

	Sí	No
Se pone correctamente los zapatos sin ayuda	1	0
Se ata los cordones de los zapatos sin ayuda	1	0
Se desata los cordones de los zapatos sin ayuda	1	0
Se quita los zapatos sin ayuda	1	0
Une o separa el velcro en los zapatos	1	0

G. Viaje**ITEM 18****SENTIDO DE LA DIRECCIÓN***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

Puede andar varias manzanas desde el colegio a su casa sin perderse	3
Puede andar alrededor del edificio donde reside o unas pocas manzanas desde su casa sin perderse	2
Anda sólo por el edificio de la casa donde reside	1
Se pierde cuando está fuera de la zona de residencia habitual	0

ITEM 19**TRANSPORTES***(Puntuar todas las respuestas)*

	Sí	No
Viaja con seguridad en los coches particulares	1	0
Viaja él sólo en tren, en autobús, en avión	1	0
Viaja en taxi, independientemente	1	0
Viaja en metro o en autobús municipal, por zonas desconocidas, de forma independiente	1	0
Viaja en metro o en autobús municipal, por zonas conocidas, de forma independiente	1	0

ITEM 20	MOVILIDAD		Sí	No	
	(Puntuar todas las respuestas)				
	Puede cruzar las calles con seguridad, independientemente	1	0		<input type="checkbox"/>
	Puede ir a la escuela o al trabajo, independientemente	1	0		
	Puede volver de la escuela o del trabajo, sin ayuda	1	0		
	Puede ir y volver de las actividades de ocio, sin ayuda	1	0		
	Tiene carnet de conducir	1	0		<input type="checkbox"/>

ITEM 21	SEGURIDAD EN LAS CALLES O EN LA ZONA DEL COLEGIO				
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)				
	Conoce los posibles peligros, ej. profundidad de agua en una piscina, usar la barandilla en la escalera, no aceptar viajar con extraños, usar cinturón de seguridad en los coches	3			
	Cumple con las señales de tráfico, semáforos en rojo o verde	2			
	Mira hacia ambos lados de la carretera y espera el tiempo necesario antes de cruzar la calle	1			
	No reconoce los posibles peligros	0			<input type="checkbox"/>

H. Otras actividades de independencia

ITEM 22	USO DEL TELÉFONO		Sí	No	
	(Puntuar todas las respuestas)				
	Usa el listín telefónico	1	0		
	Usa los teléfonos públicos	1	0		
	Hace llamadas desde un teléfono privado	1	0		
	Responde al teléfono adecuadamente	1	0		
	Recoge los mensajes telefónicos	1	0		<input type="checkbox"/>

ITEM 23	DIVERSAS FUNCIONES DE INDEPENDENCIA		Sí	No	
	(Puntuar todas las respuestas)				
	Controla su apetito, come moderadamente	1	0		
	Conoce las tarifas de franqueo, compra sellos de correos	1	0		
	Cuida su salud personal, ej. se cambia las ropas cuando están mojadas	1	0		
	Sabe curar heridas superficiales, cortes, quemaduras	1	0		
	Sabe donde ir si necesita un médico o la ayuda de un dentista	1	0		
	Conoce los servicios sociales de su comunidad	1	0		
	Sabe su dirección	1	0		<input type="checkbox"/>

ITEM 24	SEGURIDAD Y FACILIDADES EN LA RESIDENCIA O EN CASA				
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)				
	Pregunta si es seguro tocar o consumir un producto desconocido	3			
	Es cuidadoso con los peligros de la electricidad y los enchufes	2			
	Tiene cuidado de los peligros que tienen las comidas y bebidas calientes, los platos calientes o las cazuelas en el fuego	1			
	No tiene conciencia del posible peligro	0			<input type="checkbox"/>

DOMINIO I. FUNCIONES DE INDEPENDENCIA
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 1-24

DOMINIO II. DESARROLLO FÍSICO

A Desarrollo sensorial (Habilidades observables)

ITEM 25	VISIÓN				
	(Con gafas si las usa)				
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)				
	No tiene dificultad en la vista	3			
	Tiene algunas dificultades de visión	2			
	Tiene grandes dificultades de visión	1			
	No tiene visión	0			<input type="checkbox"/>

ITEM 26	AUDICIÓN				
	(Con prótesis auditiva si usa)				
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)				
	No tiene dificultades auditivas	3			
	Tiene alguna dificultad en la audición	2			
	Tiene graves dificultades auditivas	1			
	No oye nada	0			<input type="checkbox"/>

B Desarrollo motor

ITEM 27	MOVIMIENTOS DEL CUERPO				
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)				
	(NOTA: Si anda con la puntera, ver ítem 11, puntuar "0")				
	Es capaz de estar de puntillas durante 10 segundos si se le pide	5			
	Es capaz de estar sobre un pie durante 2 segundos si se le pide	4			
	Es capaz de estar de pie sin ayuda 5 minutos o más	3			
	Es capaz de estar de pie con ayuda 5 minutos o más	2			
	Se sienta y sin ayuda es capaz de permanecer 10 minutos o más	1			
	No puede hacer nada de lo anteriormente expuesto	0			<input type="checkbox"/>

ITEM 28	CAMINAR Y CORRER		Sí	No	
	(Puntuar todas las respuestas)				
	Camina sólo	1	0		
	Sube y baja escaleras sólo	1	0		
	Baja escaleras alternando los dos pies	1	0		
	Corre sin caerse frecuentemente	1	0		
	Salta y brinca	1	0		<input type="checkbox"/>

ITEM 29	CONTROL DE LAS MANOS		Sí	No	
	(Puntuar todas las respuestas)				
	Coge la pelota	1	0		
	Lanza una pelota por encima de sus brazos	1	0		
	Coge tazas o vasos	1	0		
	Utiliza la pinza para coger	1	0		<input type="checkbox"/>

ITEM 30	FUNCIONES DE LAS EXTREMIDADES		Sí	No	
	(Puntuar todas las respuestas)				
	Usa de manera activa el brazo derecho	1	0		
	Usa de manera activa el brazo izquierdo	1	0		
	Usa de manera adecuada la pierna derecha	1	0		
	Usa de manera adecuada la pierna izquierda	1	0		<input type="checkbox"/>

DOMINIO II. DESARROLLO FÍSICO
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 25-30

DOMINIO III. DESTREZAS ECONÓMICAS

A. Uso del dinero y presupuestos

ITEM 31	MANEJO DEL DINERO		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Cuida de su dinero adecuadamente	4	
	Hace cambios correctos pero no hace uso del banco	3	
	Usa monedas pero sólo hasta 100 pesetas o un euro	2	
	Usa dinero pero no hace cambios correctos	1	
	No sabe usar dinero	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 32	USO DEL BANCO		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Sí	No
	Utiliza los trámites del banco de manera independiente	1	0
	Mantiene su cuenta con ayuda	1	0
	Puede rellenar impresos para sacar o ingresar dinero	1	0
	Tiene tarjeta del banco, puede usar los cajeros automáticos	1	0

ITEM 33	PRESUPUESTO		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	SI	No
	Ahorra dinero o vales para algún propósito concreto	1	0
	Presupuesta gastos de transporte, comidas, etc.	1	0
	Planifica un poco los gastos	1	0
	Tiene controlados sus grandes gastos	1	0

B. Habilidad para ir de compras

ITEM 34	RECADOS		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Va a diferentes tiendas, identifica y pide diferentes productos	4	
	Va a una tienda concreta y pide un producto concreto	3	
	Hace recados concretos y compra sin anotaciones	2	
	Hace recados de compra con anotaciones	1	
	No se le puede mandar a hacer recados	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 35	COMPRA		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Compra su propia ropa	5	
	Compra sus propios complementos para la ropa	4	
	Hace pequeñas compras sin ayuda, (golosinas, bebidas, etc.)	3	
	Hace compras con pequeñas ayudas	2	
	Hace compras pero con una ayuda importante	1	
	No es capaz de hacer compras	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 36	RECURSOS PARA HACER COMPRAS		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Sí	No
	Tiene tarjeta de crédito para tiendas específicas	1	0
	Tiene tarjetas de crédito generales	1	0
	Lleva consigo la identificación apropiada	1	0
	Puede hacer y firmar cheques	1	0

DOMINIO III. DESTREZAS ECONÓMICAS
TOTAL Suma de las puntuaciones ítem 31-36

DOMINIO IV. DESARROLLO DEL LENGUAJE

A. Expresión

ITEM 37	ESCRITURA		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Escribe de forma legible cartas y/o cuentos	5	
	Escribe pequeñas notas o memorándums	4	
	Escribe frases completas	3	
	Escribe al menos 10 palabras	2	
	Escribe su nombre	1	
	No es capaz de escribir ninguna palabra	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 38	ESCRITURA MANUAL		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
	<i>Si el ítem 37, ha sido valorado con 0 puntos, colocar una cruz en la línea y marcar "Sí" en todos los ítems</i>	Sí	No
	Escribe hacia atrás	0	1
	Cambia de lugar algunas letras	0	1
	Su escritura es generalmente ilegible	0	1
	Se muestra incapaz de coger el lápiz o las pinturas	0	1

ITEM 39	EXPRESION PREVERBAL		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
	<i>Si la persona es capaz de decir al menos unas pocas palabras, entonces poner una cruz en la línea y marcar "Sí" en todos los ítems</i>	Sí	No
	Menea la cabeza o sonrío para expresar felicidad	1	0
	Indica que tiene hambre	1	0
	Indica lo que quiere señalándolo o haciendo sonidos vocales	1	0
	Imita sonidos de objetos o animales (pi, pi... Guau...)	1	0
	Expresa alegría, bienestar o enfado a través de sonidos vocales	1	0

ITEM 40	ARTICULACIÓN		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
	<i>i la persona no habla, colocar "Sí" en todos los ítems</i>	Sí	No
	Habla bajo, susurra o existen dificultades para escucharle	0	1
	Habla lentamente, de manera deliberada o buscada	0	1
	Habla muy deprisa, de forma acelerada o forzada	0	1
	Habla parándose o produciendo otras interrupciones irregulares	0	1

ITEM 41	FRASES		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	A veces utiliza frases complejas que contienen, porque, pero...	3	
	Hace preguntas usando palabras tales como por qué, cómo, qué	2	
	Habla con oraciones simples	1	
	Habla solamente con frases muy rudimentarias o no utiliza oraciones verbales	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 42	USO DE LA PALABRA		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Habla de una acción cuando describe dibujos, fotos	4	
	Nombra a personas u objetos cuando describe dibujos o fotos	3	
	Nombra objetos familiares	2	
	Pregunta por cosas utilizando el nombre correcto	1	
	No habla o casi no habla	0	<input type="checkbox"/>

B. Comprensión verbal

ITEM 43	COMPRESIÓN LECTORA	
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
Lee libros apropiados para niños de 9 años en adelante	5	
Lee libros apropiados para niños de 7 u 8 años	4	
Sólo lee cuentos o cómics	3	
Lee varias señales, ej. no fumar, no aparcar, WC	2	
Reconoce 10 o más palabras por la vista	1	
Reconoce menos de 10 palabras	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 44	COMPRESIÓN DE INSTRUCCIONES HABLADAS	
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
Entiende instrucciones complejas que llevan consigo una decisión, ej. si tu haces esto..... entonces...; si no lo haces, entonces...	4	
Comprende instrucciones que llevan consigo secuencias, 1º ..., después.....	3	
Contesta preguntas simples, ¿Cuál es tu nombre? ¿Qué haces?	2	
Responde correctamente a frases sencillas como ¡ven!, ¡para!, ¡siéntate!	1	
No es capaz de entender una simple comunicación verbal	0	<input type="checkbox"/>

C. Desarrollo del lenguaje social

ITEM 45	CONVERSACIÓN	Sí	No
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
Utiliza frases con palabras como gracias, por favor	1	0	
Es sociable, habla durante las comidas	1	0	
Habla con otros sobre deportes, revistas, familia, actividades grupales	1	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 46	DESARROLLO VARIADO DEL LENGUAJE	Sí	No
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
Se puede razonar con él	1	0	
Responde cuando le preguntan	1	0	
Habla con sentido	1	0	
Lee libros, periódicos, revistas por diversión	1	0	
Repite historias con ninguna o poca dificultad	1	0	
Rellena cuestionarios de forma razonable	1	0	<input type="checkbox"/>

DOMINIO IV. LENGUAJE
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 37-46

DOMINIO V. NÚMEROS Y TIEMPO

ITEM 47	NÚMEROS	
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
Puede hacer divisiones y multiplicaciones	6	
Hace sumas y restas simples	5	
Cuenta diez o más objetos	4	
Mecánicamente cuenta hasta diez	3	
Cuenta dos objetos diciendo uno, dos	2	
Diferencia entre uno y muchos o unos cuantos	1	
No entiende de números	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 48	TIEMPO	Sí	No
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
Dice la hora correcta al minuto leyéndolo de un reloj de pared o de muñeca	1	1	
Lee la hora en un reloj digital correctamente	1	0	
Entiende los intervalos entre horas, ej. entre las 3,30 y las 4,00 horas	1	0	
Entiende entre equivalencias de tiempo, ej. 3,15h= las tres y cuarto horas	1	0	
Asocia el tiempo del reloj con acciones o hechos diversos	1	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 49	CONCEPTO DEL TIEMPO	Sí	No
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
Nombra los días de la semana	1	0	
Se refiere correctamente a la mañana o a la tarde	1	0	
Entiende la diferencia entre día-semana; minuto, hora; mes-año	1	0	<input type="checkbox"/>

DOMINIO V. NÚMEROS Y TIEMPO
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 47-49

DOMINIO VI. ACTIVIDADES DOMÉSTICAS**A. Limpieza**

ITEM 50	LIMPIEZA DE LAS HABITACIONES	
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
Limpia las habitaciones o zonas de la escuela de una manera adecuada y sin ayuda	3	
Limpia las habitaciones o zonas de la escuela adecuadamente, sin pedirle ayuda	2	
Se esfuerza en limpiar las habitaciones o zonas de la escuela, pero no lo hace completamente	1	
No limpia las habitaciones o zonas de la escuela	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 51	LAVADO DE ROPA	Sí	No
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
Lava la ropa	1	0	
Seca la ropa	1	0	
Dobla la ropa	1	0	
Plancha la ropa cuando es necesario	1	0	
Puede usar la lavadora o secadora correctamente	1	0	<input type="checkbox"/>

B. Cocina

ITEM 52	PONER LA MESA	
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
Coloca todos los utensilios necesarios de la mesa, en la posición aprendida	3	
Coloca sólo los platos, vasos y cubiertos en la posición aprendida	2	
Coloca platos, vasos, etc., encima de la mesa	1	
No hace nada de esto	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 53	PREPARACIÓN DE LAS COMIDAS	
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
Puede usar el microondas o el horno correctamente para preparar una comida	4	
Prepara comidas completas adecuadamente	3	
Elabora y cocina comidas simples, usando calor, ej. huevos fritos, o cenas sencillas	2	
Prepara comidas sencillas que no requieren elaboración o cocina, ej. sándwich, bocadillos, etc.	1	
No prepara comidas	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 54	RECOGIDA DE LA MESA		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Recoge los platos y la cristalería que puede romperse	2	
	Recoge los platos y la cristalería irrompible	1	
	No recoge nada de esto	0	<input type="checkbox"/>

C. Otros Deberes Domésticos Cotidianos

ITEM 55	ACTIVIDADES DOMÉSTICAS GENERALES		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Sí	No
	Lava los platos	1	0
	Hace la cama adecuadamente	1	0
	Ayuda con los quehaceres rutinarios de la casa	1	0
	Realiza los quehaceres de la casa cotidianamente	1	0
	Puede cargar y usar el lavaplatos correctamente	1	0
	Puede usar pequeños aparatos de cocina eléctricos correctamente	1	0

DOMINIO VI. ACTIVIDADES DOMÉSTICAS
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 50-55

DOMINIO VII. ACTIVIDADES PREVOCAZIONALES O VOCACIONALES

ITEM 56	COMPLEJIDAD DEL TRABAJO		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Puede realizar un trabajo que requiere el uso de herramientas o maquinaria, ej. en un taller	2	
	Puede realizar trabajos simples, ej. limpieza de suelos, tirar la basura, limpiar los borradores de la pizarra	1	
	No puede realizar ningún trabajo	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 57 TRABAJO/ COLEGIO REALIZACIÓN DE LOS TRABAJOS

	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
	<i>Si en el ítem 50 obtuvo un "0", colocar una cruz en la línea y puntuar "No" en todos los enunciados</i>	Sí	No
	Es trabajador, cuidadoso, previene accidentes que puedan ocurrirle a él y a otros	1	0
	Tiene cuidado de los útiles, las herramientas, equipamientos, provisiones	1	0
	Trabaja a un ritmo constante y de manera productiva	1	0
	Es limpio y preciso	1	0

ITEM 58 HÁBITOS DE TRABAJO O DE ESCUELA

	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Sí	No
	Llega tarde al trabajo o al colegio sin ninguna razón	0	1
	A menudo falta al colegio o al trabajo	0	1
	Sus trabajos están incompletos sin una constante supervisión o apoyo	0	1
	Se mueve del lugar de trabajo o del lugar de clase sin permiso	0	1
	Se queja del trabajo o del colegio	0	1

DOMINIO VII. ACTIVIDADES PREVOCAZIONALES / VOCACIONES
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 56-58

DOMINIO VIII. AUTODIRECCIÓN

A. Iniciativa

ITEM 59	INICIATIVA		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Inicia la mayoría de las actividades por sí solo, ej. tareas, juegos, etc.	3	
	Pregunta si hay alguna cosa que hacer, o explora a su alrededor, ej. en casa, en el jardín, en la escuela, en clase	2	
	Se compromete e interviene en actividades, sólomente si se le asigna o se le dirige	1	
	No se compromete ni interviene en actividades que se le han asignado ej. poner los juguetes en su sitio	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 60

	PASIVIDAD		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
	<i>Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej., porque él o ella es totalmente dependiente de otros, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "Sí"</i>	Sí	No
	Necesita constante ánimo para completar su tarea	0	1
	Tiene que ser mandado para que haga cosas	0	1
	Manifiesta no tener ambición	0	1
	Demuestra no tener interés en las cosas	0	1
	Termina las tareas tarde, porque pierde el tiempo	0	1
	Depende y busca ayudas de otros innecesariamente	0	1
	El movimiento es lento y arrastrado	0	1

B. Perseverancia

ITEM 61	ATENCIÓN		
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>		
	Presta atención en actividades con sentido durante más de 15 minutos, ej. jugando, leyendo, limpiando	4	
	Presta atención en actividades de hasta 15 minutos	3	
	Presta atención en actividades de hasta 10 minutos	2	
	Presta atención en actividades de hasta 5 minutos	1	
	No pone atención ni siquiera en actividades de menos de 5 minutos	0	<input type="checkbox"/>

ITEM 62

	PERSISTENCIA		
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
	<i>Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej., porque él o ella es totalmente incapaz de organizar alguna actividad, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "Sí"</i>	Sí	No
	Es incapaz de organizar las tareas	0	1
	Se desanima fácilmente	0	1
	Se muestra incapaz de hacer las tareas	0	1
	Salta de una actividad a otra	0	1
	Necesita constantes ánimos para completar las tareas	0	1

C. Tiempo libre

ITEM 63	ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE <i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
	Organiza las actividades de tiempo libre, con un nivel complejo, ej. hacer un viaje para pescar, jugar al billar, programar el tiempo para jugar con el ordenador, etc.	4
	Se interesa, de manera activa, por los hobbies, ej. pintar, hacer labores, coleccionar sellos, monedas, cromos de fútbol, etc.	3
	Participa y organiza actividades de tiempo libre, cuando están pensadas para él o para ella	2
	Se ocupa en actividades de tiempo libre a un nivel simple, ej. ver TV, escuchar la radio, etc.	1
	Es incapaz de organizar las actividades de tiempo libre, ni siquiera las más simples y ordinarias	0

DOMINIO VIII. AUTODIRECCIÓN
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 59-63

DOMINIO IX. RESPONSABILIDAD

ITEM 64	PERTENENCIAS PERSONALES <i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
	Muy responsable, siempre tiene cuidado de sus pertenencias personales	3
	Generalmente responsable, en la mayoría de las ocasiones, tiene cuidado de sus pertenencias personales	2
	Es poco responsable, pocas veces tiene cuidado de sus cosas	1
	Es irresponsable, no tiene cuidado de sus cosas	0

ITEM 65	RESPONSABILIDAD GENERAL <i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
	Asume muchas responsabilidades y hace especial esfuerzo. Las actividades asignadas las cumple siempre	3
	Generalmente es formal, hace esfuerzos para llevar a cabo sus responsabilidades, se puede confiar en que cumpla las actividades asignadas	2
	Irresponsable, hace pocos esfuerzos para llevar a cabo sus responsabilidades y no se puede confiar en que cumpla las actividades asignadas	1
	No manifiesta ninguna responsabilidad, es incapaz de llevar a cabo responsabilidad alguna	0

ITEM 66	RESPONSABILIDAD PERSONAL <i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Si	No
	Normalmente manifiesta autocontrol	1	0
	Entiende el concepto de llegar a tiempo	1	0
	Busca y acepta ayudas e instrucciones	1	0
	Informa al profesor, supervisor, etc., si hay un problema	1	0

DOMINIO IX. RESPONSABILIDAD
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEM 64-66

DOMINIO X. SOCIALIZACIÓN

ITEM 67	COOPERACIÓN <i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
	Ofrece ayuda a otros sin necesidad de pedirselo	2
	Ofrece ayuda a otros si se lo piden	1
	Nunca ayuda a otros	0

ITEM 68	CONSIDERACIÓN HACIA OTRAS PERSONAS <i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Si	No
	Demuestra interés en los asuntos de otros	1	0
	Tiene cuidado con las pertenencias de otros	1	0
	Dirige y organiza los asuntos de otros cuando se necesita	1	0
	Demuestra consideración por los sentimientos ajenos	1	0

ITEM 69	CONCIENCIA DE OTROS <i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Si	No
	Reconoce a su propia familia	1	0
	Reconoce a otras personas que no son de su familia	1	0
	Tiene información acerca de otros, por ej. sus trabajos, direcciones, relaciones que tienen.	1	0
	Conoce los nombres de personas cercanas a él o ella, ej. compañeros de clase, vecinos	1	0
	Conoce nombres de personas con las que no se encuentra regularmente	1	0

ITEM 70	INTERACCIÓN CON OTROS <i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
	Interacciona con otros en juegos o actividades grupales	3
	Interacciona con otros al menos durante un periodo corto de tiempo, ej. ofrece juguetes, ropas, objetos	2
	Interacciona con otros imitando, con poca interacción	1
	No responde ni interacciona con otros de una manera socialmente aceptada	0

ITEM 71	PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE GRUPO <i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>	
	Inicia actividades grupales, es líder y organizador	3
	Participa en actividades grupales espontáneamente y con entusiasmo (participación activa)	2
	Participa en grupos o actividades si se le anima a hacerlo (participación pasiva)	1
	No participa o se retrae en actividades grupales	0

ITEM 72	EGOCENTRISMO <i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		
	<i>Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej., porque no hace vida social o es profundamente asocial, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "SÍ"</i>	Si	No
	Rehúsa esperar su turno	0	1
	Rehúsa compartir con otros	0	1
	Se enfada si no se sale con la suya	0	1
	Interrumpe al profesor cuando éste atiende a otra persona	0	1

ITEM 73

MADUREZ SOCIAL

(Puntuar todas las respuestas)

Si este ítem no es aplicable al individuo, por ej. porque él o ella no hace vida social o es profundamente asocial, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "Sí"

	Sí	No
Es excesivamente familiar con los extraños	0	1
Tiene miedo a los extraños	0	1
Hace cualquier cosa para hacer amigos	0	1
Le gusta dar la mano a todo el mundo	0	1
Todo el tiempo está pegado a alguien	0	1

DOMINIO X.

SOCIALIZACIÓN

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 67-73

INSTRUCCIONES PARA LA SEGUNDA PARTE

En esta segunda parte, los ítems se contestan únicamente de la siguiente manera, tal y como aparece en el ejemplo

ITEM 19

DANA LA PROPIEDAD DE OTRAS PERSONAS

	N	O	F
Rompe rasga o chupa la propiedad de otras personas	0	①	2
Mancha la propiedad de otras personas	0	1	②
Rompe las revistas, libros o propiedades personales de otras personas	0	1	②
Otro (especificar) _____	0	1	2

5

SUPLEMENTO PARA EL SEXO FEMENINO MENSTRUACIÓN

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

Cuida de sí misma completamente durante la menstruación sin que nadie la recuerde o la ayude	5
Cuida de sí misma razonablemente bien durante los días de la menstruación	4
Precisa ayuda en el cambio de compresas durante la menstruación	3
Indica cuando necesita un cambio de compresas durante la menstruación	2
Indica que le ha llegado la menstruación	1
No hace nada de lo expuesto arriba	0

Marcar "0" si la conducta nunca ocurre (**N**)

Marcar "1" si la conducta ocurre ocasionalmente (**O**)

Marcar "2" si la conducta ocurre frecuentemente (**F**)

En el ejemplo, el primer enunciado es considerado verdad "ocasionalmente". El segundo y tercer enunciado son valorados como frecuentemente. Por lo tanto el alumno ha obtenido una suma total en este ítem de 5 puntos.

Nunca significa que la conducta no ha sido observada.

Ocasionalmente significa que la conducta ocurre de vez en cuando, y

Frecuentemente significa que la conducta ocurre habitualmente o muy a menudo.

Usar el espacio de "Otro" cuando:

1. La persona ha relatado problemas de conducta, además de los ya mencionados

2. La persona tiene problemas de conducta que no están especificados en el listado de enunciados del correspondiente ítem.

La conducta a Señalar en "Otro", debe ser un ejemplo concreto de la conducta problema a la que se refiere el título concreto del ítem.

Para obtener la puntuación, **sólo esta permitido puntuar una conducta ("Otro") por ítem.**

SEGUNDA PARTE

DOMINIO XI CONDUCTA SOCIAL

ITEM 1 AMENAZAS O VIOLENCIA FÍSICA	N	O	F
Realiza gestos amenazantes	0	1	2
Causa heridas a otras personas indirectamente	0	1	2
Escupe a otras personas	0	1	2
Empuja, araña o pincha a otras personas	0	1	2
Tira a otras personas del pelo, de las orejas, etc.	0	1	2
Muerde a otras personas	0	1	2
Da patadas, golpea o abofetea a otras personas	0	1	2
Lanza objetos a otras personas	0	1	2
Estrangula, oprime a otras personas	0	1	2
Usa objetos como armas contra otras personas	0	1	2
Hace daño a los animales	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2
ITEM 2 TEMPERAMENTO VIOLENTO O EXPLOSIVO			
Llora y grita	0	1	2
Muestra pataletas, golpea objetos o da portazos, etc.	0	1	2
Patalea, grita o chillaba	0	1	2
Se tira al suelo, grita y chillaba	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2
ITEM 3 CHISMORREOS, ESPECULACIONES ACERCA DE OTROS			
Chismorrea acerca de otras personas	0	1	2
Cuenta historias falsas o exageradas con respecto a otras personas	0	1	2
Se mete con otras personas	0	1	2
Fastidia a otros	0	1	2
Se burla de otros	0	1	2
Otros (especificar) _____	0	1	2
ITEM 4 ORDENA Y MANIPULA OTRAS PERSONAS			
Intenta decir a los demás lo que deben hacer	0	1	2
Demanda servicios de otras personas	0	1	2
Hace que otras personas hagan lo que él quiere	0	1	2
Causa peleas con otras personas	0	1	2
Manipula a otros para meterlos en problemas	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2
ITEM 5 USO DEL LENGUAJE DE MALA EDUCACIÓN			
Usa un lenguaje hostil, ej. jilipollas, cerdo, etc.	0	1	2
Jura, blasfema o usa un lenguaje obsceno	0	1	2
Grita amenazando o usa la violencia	0	1	2
Amenaza verbalmente a otros, sugiriendo violencia física	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2
ITEM 6 REACCIONES INADECUADAS ANTE LA FRUSTRACIÓN			
Culpa de sus propios errores a otros	0	1	2
Se retrae o retira cuando se le hace frente	0	1	2
Se enfada cuando se le hace frente	0	1	2
Se enoja cuando no se sale con la suya	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 7 ACTIVIDADES DISRUPTIVAS HACIA OTROS	N	O	F
Siempre está en medio de todo	0	1	2
Interfiere con las actividades de otras personas, ej. impidiéndoles el paso, volcando las sillas, etc.	0	1	2
Molesta el trabajo de otros	0	1	2
Tira artículos con los que otras personas están trabajando, ej. puzzles, juegos de cartas, etc.	0	1	2
Arranca cosas de las manos de otras personas	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2

DOMINIO XI CONDUCTA SOCIAL TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 1-7

DOMINIO XII CONFORMIDAD

ITEM 8 IGNORA LAS REGULACIONES O LAS RUTINAS HABITUALES	N	O	F
Tiene una actitud negativa hacia las reglas, pero generalmente transige	0	1	2
Se le ha de obligar a que se mantenga en la cola, ej. filas para la comida, el cine, etc.	0	1	2
Viola las reglas o las regulaciones, ej. come en lugares restringidos, no hace caso a las señales de tráfico, etc.	0	1	2
Se niega a participar en las actividades que se le requieren ej. en el trabajo, en la escuela, etc.	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2
ITEM 9 SE RESISTE A SEGUIR INSTRUCCIONES, PETICIONES U ÓRDENES			
Se enfada si se le da una orden directa	0	1	2
Hace como si no oye y no sigue las instrucciones	0	1	2
No presta atención a las instrucciones	0	1	2
Se niega a trabajar en aquello que tiene asignado	0	1	2
Duda durante largos periodos de tiempo antes de hacer las tareas	0	1	2
Hace lo contrario a lo que se le pide	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2
ITEM 10 TIENE UNA ACTITUD REBELDE HACIA LA AUTORIDAD			
Tiene un resentimiento hacia personas con autoridad, ej. profesores, líderes de los grupos, personal asistencial, etc.	0	1	2
Es hostil hacia las personas con autoridad	0	1	2
Se burla o imita a personas con autoridad	0	1	2
Dice que él o ella puede despedir a personas que tienen autoridad	0	1	2
Dice que algún familiar vendrá a dañar o matar a personas con autoridad	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2
ITEM 11 NO ESTÁ O LLEGA TARDE A AQUELLO QUE TIENE QUE HACER O A LOS SITIOS DONDE TIENE QUE ESTAR			
Llega tarde a los sitios donde tiene que estar o a las actividades que tiene que hacer	0	1	2
No vuelve a los lugares donde se supone que tiene que estar, después de haberlos abandonado, ej. después de ir al baño, dar una vuelta, etc.	0	1	2
Abandona los lugares donde desarrolla la actividad sin permiso, ej. el trabajo, la clase, etc.	0	1	2
Se ausenta de actividades rutinarias ej. en clase, en el trabajo, etc.	0	1	2
Está hasta tarde por la noche lejos de casa, del centro, el dormitorio, etc.	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 12	SE ESCAPA O INTENTA ESCAPARSE	N	O	F	
	Intenta escaparse de la casa, o del patio del colegio	0	1	2	
	Se escapa de las actividades grupales, picnic, autobús de la escuela, etc.	0	1	2	
	Se escapa de los centros de salud, casa o patios del colegio	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
ITEM 13	SE COMPORTA MAL EN CONTEXTOS GRUPALES				
	Interrumpe las actividades grupales hablando de temas no relacionados	0	1	2	
	Interrumpe los juegos, negándose a seguir las reglas	0	1	2	
	Interrumpe las actividades grupales, haciendo ruidos o moviéndose	0	1	2	
	No permanece sentado durante la clase, la comida u otro tipo de actividades grupales	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
DOMINIO XII CONFORMIDAD					
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 8-13					

ITEM 18	DAÑA LA PROPIEDAD PÚBLICA	N	O	F	
	Rompe revistas, libros u otro tipo de propiedad pública	0	1	2	
	Trata con dureza el mobiliario, da patadas, lo rompe, lo tira	0	1	2	
	Rompe ventanas	0	1	2	
	Llena el water de papel higiénico u otro tipo de objetos sólidos para que se desborde	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
ITEM 19	DAÑA LA PROPIEDAD DE OTRAS PERSONAS				
	Rompe rasga o chupa la propiedad de otras personas	0	1	2	
	Mancha la propiedad de otras personas	0	1	2	
	Rompe las revistas, libros o propiedades personales de otras personas	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
DOMINIO XIII CONFIANZA					
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 14-19					

DOMINIO XIII. CONFIANZA					
ITEM 14	MUESTRA FALTA DE RESPETO A LAS PROPIEDADES DE OTRAS PERSONAS	N	O	F	
	No devuelve las cosas prestadas	0	1	2	
	Utiliza las cosas de otras personas sin permiso	0	1	2	
	Pierde las cosas de otras personas	0	1	2	
	Causa lesiones a la propiedad de otras personas	0	1	2	
	Desconoce lo que es su propiedad y la de otras personas	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
ITEM 15	COGE LAS PROPIEDADES DE OTRAS PERSONAS SIN PERMISO				
	Ha sido sospechoso de haber robado	0	1	2	
	Coge las pertenencias de otras personas si éstas no están guardadas en su sitio o están bajo llave	0	1	2	
	Coge las pertenencias de otras personas de los bolsillos, de las carteras, de los armarios etc.	0	1	2	
	Coge las pertenencias de otras personas abriendo o rompiendo cerraduras	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
ITEM 16	MENTIRAS O ENGAÑOS				
	Manipula la verdad para que sea positivo para él	0	1	2	
	Engaña en juegos, pruebas, deberes etc.	0	1	2	
	Miente acerca de situaciones	0	1	2	
	Miente acerca de sí mismo	0	1	2	
	Miente acerca de los demás	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
ITEM 17	DAÑA LA PROPIEDAD PERSONAL				
	Rasga, rompe o chupa su propia ropa	0	1	2	
	Mancha sus propias pertenencias	0	1	2	
	Rompe sus propias revistas, u otras posesiones suyas	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>

DOMINIO XIV. COMPORTAMIENTOS ESTEREOTIPADOS E HIPERACTIVOS					
ITEM 20	TIENE COMPORTAMIENTOS ESTEREOTIPADOS	N	O	F	
	Golpea los dedos constantemente	0	1	2	
	Hace ruidos con los pies constantemente	0	1	2	
	Tiene las manos constantemente en movimiento	0	1	2	
	Se golpea, se rasca o se frota, continuamente	0	1	2	
	Mueve o agita partes del cuerpo continuamente	0	1	2	
	Se mueve hacia adelante y hacia atrás	0	1	2	
	Mueve el cuerpo hacia delante y hacia atrás	0	1	2	
	Pasea de arriba abajo, de un lado al otro continuamente	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
ITEM 21	TIENE COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES INAPROPIADOS				
	Habla demasiado cerca de la cara de los demás	0	1	2	
	Resopla en la cara de los demás	0	1	2	
	Eructa hacia otras personas	0	1	2	
	Da besos o chupetea a otras personas	0	1	2	
	Da abrazos o aprieta a otras personas	0	1	2	
	Toca a otras personas de manera inapropiada	0	1	2	
	Se agarra a otras personas y no les suelta	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
ITEM 22	TIENE HÁBITOS VOCALES O DE HABLA MOLESTOS				
	Tiene risitas histéricas	0	1	2	
	Habla en voz alta o grita a otras personas	0	1	2	
	Se habla a sí mismo en voz alta	0	1	2	
	Se ríe de manera inapropiada	0	1	2	
	Gruñe, ronronea o hace otros sonidos molestos	0	1	2	
	Repite una palabra o frase una y otra vez	0	1	2	
	Imita la forma de hablar de otras personas	0	1	2	
	Otro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>

ITEM 23	TIENE HÁBITOS ORALES INACEPTABLES	N	O	F
	Babea	0	1	2
	Rechina los dientes de manera audible	0	1	2
	Escupe en el suelo	0	1	2
	Se come las uñas	0	1	2
	Se chupa los dedos u otras partes del cuerpo	0	1	2
	Chupa la ropa u otras cosas no comestibles	0	1	2
	Come cosas no comestibles	0	1	2
	Bebe de la taza del water	0	1	2
	Se mete todo en la boca	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 24	TIENE TENDENCIAS HIPERACTIVAS	N	O	F
	Habla demasiado	0	1	2
	No se para quieto	0	1	2
	Constantemente corre o salta alrededor de la habitación o sala	0	1	2
	Se mueve o toquetea constantemente	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

DOMINIO XIV	CONDUCTA ESTEREOTIPADA E HIPERACTIVA
TOTAL	Suma de las puntuaciones ITEMS 20-24

DOMINIO XV CONDUCTA SEXUAL

ITEM 25	SE QUITA O ROMPE SU PROPIA ROPA	N	O	F
	Rompe botones o cremalleras	0	1	2
	Se quita los zapatos o calcetines de manera inapropiada	0	1	2
	Se desviste en momentos inapropiados	0	1	2
	Saca fuera toda la ropa cuando está en el baño	0	1	2
	Se arranca su propia ropa	0	1	2
	Se niega a llevar ropa cuando se le requiere	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 26	LLEVA A CABO MASTURBACIONES INAPROPIADAS	N	O	F
	Hace intentos de masturbarse abiertamente	0	1	2
	Se masturba frente a otros	0	1	2
	Se masturba en grupo	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 27	EXHIBE SU CUERPO INAPROPIADAMENTE	N	O	F
	Exhibe su cuerpo innecesariamente después de salir del baño	0	1	2
	Se expone en lugares públicos con los pantalones bajados o el vestido levantado	0	1	2
	Exhibe su cuerpo excesivamente mientras realiza actividades, ej. Jugando bailando, sentado, etc.	0	1	2
	Se desviste en lugares públicos o tras las ventanas iluminadas	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 28	TIENE CONDUCTAS SEXUALES QUE SON INACEPTABLES SOCIALMENTE	N	O	F
	Realiza acciones o manifiesta una apariencia claramente seductiva	0	1	2
	Abraza o acaricia intensamente en publico	0	1	2
	Necesita personal de vigilancia por su conducta sexual	0	1	2
	Levanta o desabrocha la ropa de otros para tocar las partes íntimas	0	1	2
	Tiene relaciones sexuales en lugares públicos	0	1	2
	Frecuentemente su sexualidad es agresiva	0	1	2
	Se aprovechan de él/ella sexualmente con facilidad	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

DOMINIO XV	CONDUCTA SEXUAL
TOTAL	Suma de las puntuaciones ITEMS 25-28

DOMINIO XVI. COMPORTAMIENTO AUTOABUSIVO

ITEM 29	TIENE OTROS HÁBITOS Y TENDENCIAS EXCÉNTRICAS	N	O	F
	Es muy particular con respecto a los sitios para sentarse o dormir	0	1	2
	Se queda de pie en su sitio favorito, ej. cerca de la ventana, de la puerta, etc.	0	1	2
	Se sienta cerca de cualquier cosa que vibra	0	1	2
	Tiene miedo a subir o bajar escaleras	0	1	2
	No quiere ser tocado	0	1	2
	Grita si es tocado	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 30	EJERCE LA VIOLENCIA FÍSICA SOBRE SÍ MISMO	N	O	F
	Se muerde o corta a sí mismo	0	1	2
	Se golpea o da cachetes a sí mismo	0	1	2
	Golpea la cabeza o partes de su cuerpo contra objetos	0	1	2
	Se tira de su pelo, orejas etc.	0	1	2
	Se araña o pellizca a sí mismo causando herida	0	1	2
	Se hace de vientre y se mancha con ello a sí mismo	0	1	2
	De manera consciente provoca el abuso por parte de otras personas	0	1	2
	Toca sus propias heridas	0	1	2
	Se mete objetos en sus oídos, ojos, nariz o boca	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 31	TIENE HÁBITOS EXTRAÑOS E INACEPTABLES	N	O	F
	Huele todo	0	1	2
	De manera inapropiada mete cosas en bolsillos camisas, o zapatos	0	1	2
	Arranca hilos o trozos de su propia ropa	0	1	2
	Juega con cosas que él o ella lleva, ej. cordones de los zapatos, botones, etc.	0	1	2
	Guarda o lleva artículos no usuales, ej. imperdibles, tapas de las botellas, etc.	0	1	2
	Acumula cosas incluyendo la comida	0	1	2
	Juega con la saliva	0	1	2
	Juega con las heces o la orina	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

DOMINIO XVI	COMPORTAMIENTOS AUTOABUSIVOS
TOTAL	Suma de las puntuaciones ITEMS 29-31

DOMINIO XV. CONDUCTA DE AISLAMIENTO SOCIAL

ITEM 32	ES INACTIVO	N	O	F
Se sienta o permanece de pie en una posición durante un largo periodo de tiempo		0	1	2
Lo único que hace es sentarse y mirar a otras personas		0	1	2
Se duerme en una silla		0	1	2
Está tumbado en el suelo todo el día		0	1	2
No parece reaccionar ante nada		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

ITEM 33	ES RETRAIDO	N	O	F
Parece que no se da cuenta de lo que le rodea		0	1	2
Es difícil llegar o contactar con el o ella		0	1	2
Es apático y no responde a sentimientos		0	1	2
Tiene la mirada en blanco		0	1	2
Tiene una expresión fija en su cara		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

ITEM 34	ES TÍMIDO	N	O	F
Es tímido y retraído en situaciones sociales		0	1	2
Esconde la cara en situaciones sociales, ej. reuniones informales		0	1	2
No se junta bien con otras personas		0	1	2
Prefiere estar sólo		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

ITEM 35	TIENE POSTURAS PECULIARES O MANIERISMOS EXTRAÑOS	N	O	F
Mantiene la cabeza inclinada		0	1	2
Se sienta con las rodillas debajo de la barbilla		0	1	2
Anda en cuclillas		0	1	2
Está tumbado en el suelo con los pies en el aire		0	1	2
Anda con los dedos en los oídos o con las manos en la cabeza		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

DOMINIO XVII AISLAMIENTO SOCIAL
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 32-35

DOMINIO XVIII. COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL MOLESTO O PERTURBADOR

ITEM 36	TIENDE A SOBRESTIMAR SUS PROPIAS HABILIDADES	N	O	F
No reconoce sus propias limitaciones		0	1	2
Tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo		0	1	2
Habla acerca de planes futuros que no son realistas		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

ITEM 37	REACCIONA MAL A LA CRÍTICA	N	O	F
No habla cuando se le corrige		0	1	2
Se retrae o pone mala cara cuando es criticado		0	1	2
Se enfada cuando es criticado		0	1	2
Grita y llora cuando es corregido		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

ITEM 38	EXIGE EXCESIVA ATENCIÓN O ALABANZA	N	O	F
Quiere excesiva alabanza		0	1	2
Está celoso de la atención que se le da a otras personas		0	1	2
Exige excesiva certeza		0	1	2
Hace tonterías para que le presten atención		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

ITEM 39	PARECE QUE SIENTE QUE LE PERSIGUEN	N	O	F
Se queja de desigualdades aunque le hayan dado iguales privilegios		0	1	2
Se queja y dice que nadie le quiere		0	1	2
Dice que todo el mundo se mete con él		0	1	2
Dice que las personas hablan de él		0	1	2
Dice que la gente está en su contra		0	1	2
Actúa como si no se fiara, con sospecha de otras personas		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

ITEM 40	TIENE TENDENCIAS HIPOCONDRIÁCAS	N	O	F
Se queja acerca de dolores físicos imaginarios		0	1	2
Hace como si estuviera enfermo		0	1	2
Actúa como si estuviera enfermo una vez que la enfermedad se ha acabado		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

ITEM 41	TIENE SIGNOS DE INESTABILIDAD EMOCIONAL	N	O	F
Cambia el estado de ánimo sin razón aparente		0	1	2
Se queja de pesadillas		0	1	2
Grita cuando está dormido		0	1	2
Llora sin razón aparente		0	1	2
Parece que no tenga control emocional		0	1	2
Vomita cuando está en crisis o trastornado		0	1	2
Parece inseguro o asustado en sus actividades diarias		0	1	2
Habla a cerca de actividades o cosas que causan miedos no realistas		0	1	2
Habla sobre el suicidio		0	1	2
Otro (especificar) _____		0	1	2

DOMINIO XVIII COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL MOLESTO O PERTURBADOR
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 36-41

Suplemento

USO DE MEDICACIÓN PSICOACTIVA PRESCRITA MÉDICAMENTE	N	O	F
Usa tranquilizantes o neurolépticos	0	1	2
Usa sedantes	0	1	2
Usa medicamentos anticonvulsivos	0	1	2
Usa estimulantes	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2

ABS-RC:2

AAMR ESCALA DE CONDUCTA
ADAPTATIVA -COMUNIDAD Y
RESIDENCIA-
Segunda Edición

PERFIL/ HOJA RESUMEN

Traducido por M^a Isabel García Alonso

Sección I. Identificación

Nombre _____ Sexo: __
 Año Mes Día
 Fecha de evaluación ___ ___ ___
 Fecha de nacimiento ___ ___ ___
 Edad _____
 Centro _____
 Nombre del evaluador _____
 Categoría del evaluador _____
 Nombre de la persona entrevistada _____
 Relación con la persona evaluada _____
 Tabla normativa de referencia: RM ___ No-RM ___

2. Sección II. Registro del ABS-RC:2 Puntuaciones referentes a los Dominios

Parte I. Puntuación de los Dominios

	Punt. directa	(1) Percentil	Punt. Estándar	Edad Equiv.	Clasificación
I. Funcionamiento Independiente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
II. Desarrollo Físico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
III. Actividades Económicas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
IV. Desarrollo del Lenguaje	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
V. Números y Tiempo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
VI. Actividades Domésticas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
VII. Activ. Prevocacionales y Vocacionales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
VIII. Auto-Dirección	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
IX. Responsabilidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
X. Socialización	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Parte II. Puntuación de los Dominios

XI. Conducta Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
XII. Conformidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
XIII. Confianza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
XIV. Comportamiento Estereotipado e Hiperactivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
XV. Conducta Sexual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
XVI. Comportamiento Autoabusivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
XVII. Conducta de Aislamiento Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
XVIII. Comportamiento Interpers. Perturbador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____

Sección III. Cómputo de Datos del ABS-RC:2 Puntuaciones de Factor

Contribución del Item o Dominio	Factor A Autosuficiencia Personal	Factor B Auto-suficiencia Comunitaria	Factor C Responsabilidad Personal-social	Factor D Ajuste Social	Factor E Ajuste personal
Item 1.	<input type="text"/>				
2.	-----	<input type="text"/>			
3.	<input type="text"/>				
4.	<input type="text"/>				
5.	<input type="text"/>				
6.	<input type="text"/>				
7.	<input type="text"/>				
8.	<input type="text"/>				
9.	-----	<input type="text"/>			
10.	<input type="text"/>				
11.	<input type="text"/>				
12.	-----	<input type="text"/>			
13.	-----	<input type="text"/>			
14.	-----	<input type="text"/>			
15.	<input type="text"/>				
16.	<input type="text"/>				
17.	<input type="text"/>				
18.	-----	<input type="text"/>			
19.	-----	<input type="text"/>			
20.	-----	<input type="text"/>			
21.	-----	<input type="text"/>			
22.	-----	<input type="text"/>			
23.	-----	<input type="text"/>			
24.	-----	<input type="text"/>			
Dominio II.	<input type="text"/>				
III.	-----	<input type="text"/>			
IV.	-----	<input type="text"/>			
V.	-----	<input type="text"/>			
VI.	-----	<input type="text"/>			
Item 56.	-----	<input type="text"/>			
57.	-----	-----	<input type="text"/>		
58.	-----	-----	<input type="text"/>		
Dominio VIII.	-----	-----	<input type="text"/>		
IX.	-----	-----	<input type="text"/>		
X.	-----	-----	<input type="text"/>		
XI.	-----	-----	-----	<input type="text"/>	
XII.	-----	-----	-----	<input type="text"/>	
XIV.	-----	-----	-----	-----	<input type="text"/>
XV.	-----	-----	-----	-----	<input type="text"/>
XVI.	-----	-----	-----	-----	<input type="text"/>
Suma de Puntuaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Factor A Autosuficiencia Personal	Factor B Auto-suficiencia Comunitaria	Factor C Responsabilidad Personal-social	Factor D Ajuste Social	Factor E Ajuste personal

