UNIVERSIDAD DE BURGOS
Departamento de Ciencias de la Educación

**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 AREAS
DE HABILIDADES ADAPTATIVAS AAA".**

THE PERSONS OF RELIGIOUS BELIEF
AND OF A PERSONAL CHARACTER
AND OF A PERSONAL CHARACTER
AND OF A PERSONAL CHARACTER
AND OF A PERSONAL CHARACTER

610948648
i 111 0207x

UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

D. FERNANDO LARA ORTEGA, Catedrático de Escuela Universitaria de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Burgos.

CERTIFICA: Que la memoria titulada *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"*, ha sido realizada bajo mi dirección por la Licenciada D^a M^a Isabel García Alonso y constituye su Tesis para optar al grado de Doctora.

Y para que así conste, firmo el presente en Burgos a veinticuatro de octubre de dos mil uno.

TESIS DOCTORAL

**Presentada por
M^a Isabel García Alonso**

**Dirigida por:
Dr. D. Fernando Lara Ortega
Burgos, Octubre de 2001**

AGRADECIMIENTOS

A las personas con retraso mental

Con esta tesis quiero dedicar un homenaje a todas las personas con retraso mental que, a lo largo de mi vida, me han enseñado a vivir y a aprender.

En primer lugar, quiero agradecer a todas las personas con retraso mental que, a lo largo de mi vida, me han enseñado a vivir y a aprender. A todas las personas que, a lo largo de mi vida, me han enseñado a vivir y a aprender.

A mi familia, especialmente a mi madre, por su amor y su apoyo en todo momento y a mi profesor y tutor, Carlos González, por su orientación y su apoyo. A todos los profesores y tutores que me han enseñado a vivir y a aprender. A todos los profesores y tutores que me han enseñado a vivir y a aprender.

A la directora de la Tesis por su apoyo y su orientación.

Este trabajo ha resultado ser toda una aventura.

Comenzó siendo un entretenimiento,

con el paso del tiempo se fue volviendo un amo cada vez más tirano,

dueño de la gran mayoría de mis pensamientos y acciones,

finalmente, a punto de reconciliarme con mi propia dependencia,

considero que ha merecido la pena dedicar este tiempo

a aprender tantas cosas.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera hacer una especial mención a aquellas personas e instituciones que han posibilitado la realización de este trabajo:

En primer lugar mi agradecimiento a los maestros, profesores, educadores, cuidadores, psicólogos, pedagogos y padres de las personas con retraso mental que cumplieron la Escala, sin su esfuerzo y profesionalidad no hubiera sido posible el desarrollo de esta tesis.

A numerosas instituciones, particularmente a la Fundación INTRAS de Valladolid, por inculcarme la iniciativa y apoyarme en todo momento y a la Asociación y Centros ocupacionales de ASPANIAS, por su esmerado interés y su apoyo profesional y emotivo desde el principio del estudio. A los miembros de los Equipos Psicopedagógicos del MEC, al Área de Programas Educativos de la Dirección Provincial de Educación de Burgos. y a todos los Centros Educativos que han colaborado en este estudio.

Al director de la Tesis por su apoyo y sus acertadas orientaciones.

A mis compañeros de trabajo, y a todas aquellas personas que confiaron en mí y apoyaron mis iniciativas de investigación.

A mi familia que ha soportado con paciencia las tardes en casa y los fines de semana distintos. A Jose, Nacho, Irene y, en especial a Javier, el que más deseaba que este trabajo terminara y a quien me hubiera gustado dedicarle más horas de mi tiempo.

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE. ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

REVISIÓN DE LA SIMIOGRAFÍA Y DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN A LA CONCEPCIÓN ACTUAL SOCIOEDUCATIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y ATENCIÓN DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS	16
1.1. Estudios de Referencia Internacional: Perspectiva de de Jung y de Don Quixote	16
1.2. Estudios de Referencia Nacional: Perspectiva de de Delgado	27
1.3. Estudios de Referencia Nacional: Perspectiva de de Domingo Casado	40
2. MODELOS ACTUALES EVOLUTIVOS DE LA DISCAPACIDAD	26
2.1. La Psicología de la Salud: Modelo Biopsicosocial	27
2.2. Modelo Ecológico	30
2.3. Modelo de Salud y de Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud OMS	35
2.3.1. Definición de los Conceptos de Salud y de Enfermedad	36
2.3.2. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM (OMS, 1980)	39
2.3.2.1. Contexto y Características de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías	41
2.3.2.2. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM-2 (OMS, 1980)	47
2.3.2.3. Concepto de la Organización Mundial de la Salud	47

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE. ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA Y DE LA INVESTIGACIÓN.

CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN A LA CONCEPCIÓN ACTUAL SOCIOEDUCATIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

I.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y SU ATENCIÓN DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS	18
I.1.1. Estudios de Referencia Internacional: Perspectivas de De Jong y de Glen Guy	18
I.1.2. Estudios de Referencia Nacional: Perspectiva de Puig de Bellacasa	22
I.1.3. Estudios de Referencia Nacional: Perspectiva de Demetrio Casado	24
I.2. MODELOS ACTUALES EXPLICATIVOS DE LA DISCAPACIDAD	26
I.2.1. La Psicología de la Salud. Modelo Biopsicoambiental	27
I.2.2. Modelo Ecológico.....	30
I.2.3. Modelo de Salud y de Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud OMS	35
I.2.3.1. Definiciones de los Conceptos de Salud y de Enfermedad	36
I.2.3.2. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDD (OMS,1980)	39
I.2.3.2.1. Concepto y Características de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías	41
I.2.3.3. Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad CIDD-2 (Borrador Beta-2)	44
I.2.3.3.1. Concepto de las Dimensiones propuestas en la CIDD-2.....	47

I.3. MARCOS NORMATIVOS Y LEGISLACIONES MÁS RELEVANTES DE REFERENCIA NACIONAL E INTERNACIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	52
I.3.1. Ley General de Educación (LGE)	52
I.3.2. La Constitución Española	53
I.3.3 La Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)	54
I.3.4. Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial.....	55
I.3.5. Ley General de Ordenación del Sistema Educativo (LOGSE)	56
I.3.5.1. Desarrollo de la LOGSE	59
I.3.6. La Carta para los Años 80 de Rehabilitación Internacional	64
I.3.7. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (PAMPD).....	65
I.3.8. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para la Personas con Discapacidad (NORUN)	68
I.3.9. La Declaración de Salamanca y el Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales	70
I.3.10. Simposio Internacional sobre la Convención de los Derechos del Niño Hacia el Siglo XXI.....	74
I.3.11. Plan Nacional de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002. Mejora de la Política Social en España para los Años 90	75
I.3.11.1. Plan Sectorial III: Integración Escolar y Educación Escolar.....	77
I.3.11.2. Plan Sectorial V: Integración Comunitaria y Vida Autónoma	80
I.4. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS DISCAPACIDADES EN ESPAÑA	82
1.5. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN QUE FAVORECEN LA COMPRENSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	87

**CAPÍTULO II. EL RETRASO MENTAL: COMPRENSIÓN HISTÓRICA.
CONCEPTO Y MODELO ACTUAL DE EVALUACIÓN.
IMPLICACIONES. EPIDEMIOLOGÍA**

II. 1.	ACERCAMIENTO A LA COMPRENSIÓN HISTÓRICA DEL RETRASO MENTAL	95
II.1.1.	Comprensión del Retraso Mental hasta el Siglo XIX	97
II.1.2.	Comprensión del Retraso Mental en el Siglo XIX.....	104
II.1.3.	Los Primeros Cincuenta Años del Siglo XX	111
II.1.4.	Los Últimos Cincuenta Años del Siglo XX	125
II.1.4.1.	Legislaciones y Hechos más Recientes en España relacionados con el Ámbito Socio-Educativo	130
II.1.5.	A Modo de Síntesis	141
II.2.	CONCEPTUALIZACIÓN HISTÓRICA DEL RETRASO MENTAL SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE RETRASO MENTAL.....	144
II.2.1.	Fundación de la Actual Asociación Americana sobre el Retraso Mental y Cambios Producidos en la Denominación.....	145
II.2.2.	Definiciones de la AAMR.....	146
II.3.	COMPRENSIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL	151
II.3.1.	Definición Actual de Retraso Mental	153
II.3.2.	Fundamentación de la Definición de Retraso Mental.....	155
II.3.3.	Dimensiones y Pasos del Proceso de Evaluación del Retraso Mental	158
II.3.3.1.	Primera Fase del Proceso: Diagnóstico	159
II.3.3.2.	Segunda Fase del Proceso: Clasificación y Descripción	162
II.3.3.3.	Tercera Fase del Proceso: Apoyos Apropriados	169
II.4.	IMPLICACIONES DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN Y DE APOYOS.....	175
II.4.1.	Implicaciones en el Ámbito Educativo.....	177

II.5 ESTUDIOS ACTUALES SOBRE RETRASO MENTAL QUE PERMITEN ACERCARNOS AL FUTURO INMEDIATO	179
II.5.1. Consideraciones en cuanto al Término "Retraso Mental"	180
II.5.2. Consideraciones en cuanto a las Dimensiones Propuestas	184
II.5.3. Consideraciones en cuanto a los Apoyos	186
II.5.4. Propuestas de Diferentes Profesionales que estudian el Retraso Mental	188
II. 6. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL RETRASO MENTAL	195
II.6.1. Datos Epidemiológicos de personas con Retraso Mental del Instituto Nacional de Estadística	198
II.6.2. Datos Epidemiológicos de los Alumnos con Retraso Mental en la Provincia de Burgos	199

CÁPÍTULO III. LA EVALUACIÓN DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL: CONCEPTOS DE INTELIGENCIA Y DE CONDUCTA ADAPTATIVA. RELEVANCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE LAS CONDUCTAS DESADAPTADAS. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

III.1. LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	205
III.1.1 Periodos Históricos de la Evaluación Psicológica	207
III.1.2 Modelos de Evaluación Psicológica	209
III.1.2.1 Modelos de Evaluación Centrados en las Personas con Retraso Mental	212
III.1.3 Concepto de Evaluación Psicológica	214
III.1.4 Modelo de Evaluación Psicopedagógica	222
III.2. DIAGNÓSTICO DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL	227
III.2.1 El Funcionamiento Intelectual	228
III.2.1.1 Comienzos en la Comprensión de la Inteligencia	230
III.2.1.2 Comprensión de la Inteligencia en la Primera Mitad del Siglo XX	234
III.2.1.3 Planteamientos Actuales de la Naturaleza de	

la Inteligencia	239
III.2.1.3.1 Teoría de la Inteligencia desarrollada por Sternberg.....	248
III.2.1.4 Consideraciones a modo de Síntesis.....	253
III.2.2 La Conducta Adaptativa.....	256
III.2.2.1 Concepciones y Estructuras Históricas de la Conducta Adaptativa	257
III.2.2.2 Del estudio de las Conductas Adaptativas al estudio de las Habilidades Adaptativas	276
III.2.2.3 Vías para Incrementar el Conocimiento del Constructo de Conducta Adaptativa	279
III.2.2.4 La Multidimensionalidad de la Conducta Adaptativa Integrada en el Concepto de Competencia General	281
III.2.2.5 Implicaciones para las Investigaciones	282
III.2.3 Relaciones entre Inteligencia y Conducta Adaptativa	283
III.2.3.1 Enfoque Multidimensional de la Inteligencia	283
III.2.3.2 Enfoque Multidimensional de la Conducta Adaptativa.....	286
III.2.3.3 Fusión de los Conceptos de Inteligencia y Habilidades bajo el Constructo de Competencia Personal.....	291
III.2.3.4 Indicadores de las Habilidades y de la Inteligencia Práctica, Conceptual y Social.....	297
III.2.4 Los Trastornos Mentales y Conductas Desadaptadas en Personas Con Retraso Mental	299
III.2.4.1 Concepto de Trastorno Mental.....	301
III.2.4.1.1 Concepto de Diagnóstico Dual	304
III.2.4.1.2 Trastornos Mentales más habituales en las Personas con Retraso Mental	306
III.2.4.1.3 Dificultades para llevar a cabo el Proceso de Diagnóstico de los Trastornos Mentales en Personas con Retraso Mental	307
III.2.4.1.4 Estudios Epidemiológicos sobre la Prevalencia de Trastornos Mentales en las Personas con Retraso Mental	312

III.2.4.2 Concepto de Conductas Desadaptadas	314
III.2.4.2.1 Clasificación de las Conductas Desadaptadas	318
III.2.4.2.2 Funciones de las Conductas Desadaptadas	320
III.2.4.2.3 Relevancia que tienen las Conductas Desadaptadas para el Sujeto	322
III.2.4.2.4 Relevancia que tienen las Conductas Desadaptadas para el Medio	324
III.2.4.3 Factores que favorecen la Aparición y el Mantenimiento de los Trastornos Mentales y de Conducta	326
III.2.4.4 Relación entre el Grado de Retraso Mental con los Trastornos Mentales y con las Conductas Desadaptadas	327
III.2.4.5 Posible Relación entre las Conductas Desadaptadas y los Trastornos Mentales	327
III.2.4.6 Importancia de la Evaluación de los Trastornos Mentales y de las Conductas Desadaptadas	329
III.2.4.7 El Análisis Funcional como Método Complementario o Alternativo de Evaluación	333
 III.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA Y DESADAPTATIVA	 335
III.3.1 Aplicaciones de los Instrumentos que evalúan Conductas adaptativas	337
III.3.2 Aplicaciones de las Listas de Verificación de Conductas	338
III.3.3 Criterios para seleccionar el instrumento de entre las Escalas de Conducta o Listas de Verificación	340
III.3.4 Descripción de algunos instrumentos que evalúan las Conductas Adaptativas	342
III.3.4.1 Inventario de Conducta Adaptativa para Niños (ABIC) (Mercer y Lewis, 1978)	342
III.3.4.2 Escala de Conducta Adaptativa Vineland VSMS (Doll, 1935)	344
III.3.4.3 Escala Vineland de Conducta Adaptativa VABS (Sparrow, Balla y Cichetti, 1984)	344
III.3.4.4 Escala de Conducta Independiente (SIB)	

(Bruininks, Woodcock, Wheatherman y Hill, 1984)	347
III.3.4.5 Inventario de Desarrollo Battelle BDI	
(Newborg, Stock y Wneck, 1984)	349
III.3.4.6 Escalas de Aptitud Escolar para Deficientes Mentales	
Entrenables (Levine, Elzey, Thormahlen y Cain, 1976).....	350
III.3.4.7 Escalas de Conducta Adaptativa Balthazar	
(Balthazar, 1976).....	351
III.3.4.8 Escala de Calificación Conductual Wisconsin WBRS	
(Song, Jones, Lippert, Metzgen, Milller, y Borreca, 1984)	351
III.3.5 Descripción de algunas Listas de Verificación	352
III.3.5.1 Escala de Calificación para Padres Conners	
(Conners, 1985)	352
III.3.5.2 Escala de Calificación para el Maestro de Conners	
(Conners, 1985)	353
III.3.5.3 Lista de Verificación de Conducta Infantil	
(Achenbach y Edelbrock, 1986).....	354
III.3.5.4 Otras Listas de Verificación	354
III.3.6 Instrumentos Traducidos, Adaptados y Validados a la	
Población Española para Evaluar las Conductas Adaptativas	356
III.3.6.1 Inventario para la Planificación de Servicios y	
Programación Individual (ICAP) Robert H. Bruininks,	
Bradley K. Hill, Richard W. Woodcock Y Richard F.	
Weatherman. 1986.	356
III.3.6.2 Sistema de Evaluación y Registro del Comportamiento	
Adaptativo WEST VIRGINIA (Cone, 1981)	359
III.3.6.3 Sistema de Evaluación para Personas Plurideficientes	
SEPP (Zaldivar Basurto, Rubio Franco y Márquez	
Sánchez, 1995)	361
III.3.7 Instrumentos Traducidos, Adaptados y Validados a la	
Población Española para evaluar las Conductas Desadaptativas	364
III.3.7.1 Reiss Screen for Maladaptive Behavior	
(Reiss, 1988).....	364
III.3.7.2 Social Behaviour Schedule SBS	
(Wykes y Sturt, 1986).....	365

III.3.7.3 Otros Instrumentos Clínicos Validados	
Recientemente o en Vías de Validación.....	365
III.3.8 Necesidad de Instrumentos que Evalúen la Conducta	
Adaptativa en España.....	366
III.3.9 Instrumentos Editados por la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR). Trayectoria de las Escalas ABS	368
III.3.9.1 Escala de Conducta Adaptativa AAMD ABS-Versión Personas Institucionalizadas (Nihira, Foster, Shellhaas y Leland 1975)	369
III.3.9.2 Escala de Conducta Adaptativa AAMD-Edición Escolar. (ABS-SE) Lambert, Windmiller, Tharinger y Cole, 1981)	374
III.3.9.3 La Escala Actual del ABS-S:2. AAMR Adaptive Behavior Scale-School. Second Edition (Lambert, Nihira y Leland, 1993)	378
III.3.9.4 La Escala Actual del ABS-RC:2. AAMR Adaptive Behavior Scale-School. Second Edition (Nihira, Leland y Lambert, 1993).....	381
III.3.9.5 La Evaluación de las Áreas de Habilidades Adaptativas. Assessment of Adaptive Areas AAA (Bryant, Taylor y Rivera, 1996)	384

SEGUNDA PARTE: ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN: EQUIVALENCIA DE LOS CONSTRUCTOS Y ESTIMACIÓN DE LA FIABILIDAD, VALIDEZ Y VALORACIÓN DE LA ESCALA ABS-S:2

CAPÍTULO IV. OBJETIVOS

IV.1. INTRODUCCIÓN	391
IV.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	393

CAPÍTULO V. PRIMER ESTUDIO: EQUIVALENCIA DE LOS CONSTRUCTOS

V.1. PROBLEMAS HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	399
--	-----

V.1.1. Problemas	399
V.1.2. Hipótesis	402
V.1.3. Definición de Variables	403
V.2. MÉTODO	406
V.2.1. Procedimiento	406
V.2.2. Materiales Utilizados	411
V.2.3. Sujetos.....	412
V.2.3.1 Análisis de las Muestras. Posible Influencia de las Variables de Estratificación.....	418
V.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	421
V.3.1. Relación de la Edad de los Sujetos con la Adquisición y Uso de la Conducta y las Habilidades Adaptativas.....	421
V.3.1.1. Resultados Interactivos de los Sujetos sin Retraso Mental (Edad-Dominios de la Conducta Adaptativa)	422
V.3.1.2. Resultados Interactivos de los Sujetos con Retraso Mental (Edad-Dominios de la Conducta Adaptativa)	424
V.3.1.3. Resultados Interactivos de los Sujetos Sin Retraso Mental (Edad- Diez Áreas de Habilidades Adaptativas).....	428
V.3.1.4. Resultados Interactivos de los Sujetos Con Retraso Mental (Edad- Diez Áreas de Habilidades Adaptativas).....	430
V.3.2. Ritmos en los procesos de Adquisición y Uso de las Conductas y Habilidades Adaptativas en los Sujetos Con Retraso Mental	432
V.3.2.1. Resultados obtenidos por los Sujetos Con Retraso Mental	434
V.3.3. Relación de la Capacidad Intelectual con la Adquisición y Uso de la Conducta y Habilidades adaptativas.....	439
V.3.3.1. Resultados obtenidos en los Dominios de Conducta Adaptativa por los Sujetos de los Diferentes Subgrupos según su Capacidad Intelectual	441
V.3.3.2. Resultados obtenidos en las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas por los Sujetos de los Diferentes Subgrupos	

según su Capacidad Intelectual	451
V.3.4. Coexistencia en las Personas con Retraso Mental De Puntos Fuertes y Débiles en el Uso de la Conducta y Habilidades Adaptativas.....	463
V.3.4.1. Resultados Obtenidos que reflejan la Coexistencia de Puntos Fuertes y Débiles en las Personas Con Retraso Mental.....	465
V.3.5. Relación de las Conductas Desadaptadas con la Adquisición y Uso de la Conducta y Habilidades Adaptativas.....	469
V.3.5.1. Resultados de la Relación entre las Conductas Adaptativas y las Conductas Desadaptadas	470
V.3.5.2. Resultados de la Relación entre las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas y las Conductas Desadaptadas	471
V.4. CONCLUSIONES	472
V.4.1. Comparación de los Resultados con las Hipótesis.....	472

CAPITULO VI. SEGUNDO ESTUDIO:

ESTIMACIÓN DE LA VALIDEZ Y DE LA FIABILIDAD DE LA ESCALA ADAPTADA DE CONDUCTA ADAPTATIVA ABS-S:2, ESTIMACIÓN DE LOS BAREMOS POBLACIONALES Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ESCALA ABS-S:2.

VI.1. OBJETIVOS	478
VI.2. ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL ABS-S.2.....	480
VI.2.1. Consistencia Interna.....	481
VI.2.2. Estimación de la Fiabilidad por el procedimiento Test-Retest	484
VI.3. ESTUDIOS DE VALIDEZ DEL ABS-S:2.....	487
VI.3.1. Validez de Constructo	487
VI.3.1.1. Interrelaciones entre los Items	488
VI.3.2. Análisis Factorial.....	490

VI. 3.3. Estudio de Validez de Criterio	495
VI.4. BAREMACIÓN	498
VI.5. VALORACIÓN DE LAS ESCALAS DE CONDUCTA ADAPTATIVA ORIGINAL Y ADAPTADA ABS-S:2	508
VI.5.1. Valoración de la Calidad según la Comisión de Tests del COP.	509
VI.5.1.1. Cuestionario para la Evaluación de los Tests (CET).....	511
VI.6. CONCLUSIONES MÁS RELEVANTES REFERIDAS A LAS PROPUESTAS DE TRABAJO	527
VI.6.1. En cuanto a los estudios dirigidos a estimar la Fiabilidad de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2.....	527
VI.6.2. En cuanto a los estudios dirigidos a estimar la Validez de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2	528
VI.6.3. En cuanto a los estudios dirigidos a estimar la posible Baremación de la Escala de Conducta Adaptativa, ABS-S:2.....	529
VI.6.4. En cuanto a los estudios dirigidos a Valorar la Calidad de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2.....	531

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS

VII.1 DISCUSIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS	535
VII.1.1. Limitaciones y Problemas encontrados durante el Desarrollo de la Investigación.....	535
VII.1.1.1. Respecto a las Instrumentos	535
VII.1.1.2. Respecto a la Muestra.....	536
VII.1.1.3. Respecto a los Análisis Estadísticos	538
VII.2. SUGERENCIAS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DE FUTUROS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN QUE SE REALICEN CON ESTOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	539

VII.3. PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES SIMILARES.....	540
VII.4. APLICACIONES DE ESTE TRABAJO. CONCLUSIONES DE UTILIDAD PARA LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PERSONAS CON RETRASO MENTAL.....	541
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	545

ANEXOS:

1.- ESCALAS DE CONDUCTA ADAPTATIVAS ABS-S:2 -CENTROS EDUCATIVOS- (ORIGINALES Y ADAPTADAS).

- Protocolo de cumplimentación de la Escala ABS:S-2.
- Hojas de Anotación de Resultados y Perfil del ABS:S-2.
- Manual de Instrucciones para la Aplicación de la Escala adaptada ABS:S-2.

2.- ESCALAS DE CONDUCTA ADAPTATIVAS ABS-RC:2 -COMUNIDAD Y RESIDENCIAS- (ORIGINALES Y ADAPTADAS).

- Protocolo de cumplimentación de la Escala ABS:RC-2.
- Hojas de Anotación de Resultados y Perfil del ABS:RC-2.

3.- EVALUACIÓN DE LAS ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS, AAA (ORIGINALES Y ADAPTADAS). PROCEDIMIENTO PARA RECONVERTIR LAS PUNTUACIONES DEL ABS-2 Y DEL ABS:RC A LAS DIEZ ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS PROPUESTAS POR LA AAMR.

- Protocolo. Hoja de recogida y Perfil de la Información del AAA.
- Manual del AAA para la Reconversión de Puntuaciones.

INTRODUCCIÓN

Hay un día en el que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar. Los días de trabajo son los días en los que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar. Los días de trabajo son los días en los que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar.

En los últimos años, el mundo ha experimentado una gran actividad y se ha puesto a trabajar. Los días de trabajo son los días en los que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar. Los días de trabajo son los días en los que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar.

Por lo tanto, es necesario que el mundo se despierte y se ponga a trabajar. Los días de trabajo son los días en los que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar. Los días de trabajo son los días en los que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar.

Somos conscientes de que el mundo se despierta y se pone a trabajar. Los días de trabajo son los días en los que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar. Los días de trabajo son los días en los que el mundo se despierta con una gran actividad y se pone a trabajar.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Hoy en día es necesario investigar sobre las personas con discapacidad. Los esfuerzos que se realicen al respecto sirven principalmente para aumentar los conocimientos en este campo e incrementar el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad de vida de las personas con discapacidad y por ende, de la sociedad en general.

En los estudios sobre las personas con discapacidades, incluida la discapacidad intelectual o retraso mental, sobre la que versa este estudio, están implicadas numerosas disciplinas, por lo que es necesario trabajar con amplios niveles de análisis, (sociales, educativos, clínicos, emocionales, cognitivos, etc.) Todas ellas aportan sus investigaciones y sus conocimientos. De igual manera hemos de considerar la existencia de múltiples contextos en los que se desenvuelven las personas (aula, trabajo, familia, amistades, comunidad, etc.), ya que en cada uno de ellos, se concibe de distinta manera estas discapacidades.

Por lo tanto consideramos que el diseño y la puesta en marcha de investigaciones en estos ámbitos requiere una consideración completa, global e informada de las personas con retraso mental.

Somos conscientes del reto que supone controlar la investigación dada la amplitud del campo. Considerar los aspectos más relevantes para la pretensión de nuestro estudio y no perdernos en el intento es una meta. El grado de consecución depende en gran medida de nuestra capacidad para dar respuesta a estos amplios desafíos.

Afortunadamente, disponemos en estos momentos de un marco teórico del retraso mental multifuncional lo suficientemente aceptado y con muchas posibilidades de acción e investigación, que favorece el entendimiento y la comprensión de las personas con retraso mental.

Para la elaboración y consecución de este trabajo han intervenido un sinfín de razones, todas ellas han hecho posible el llevar a término este proceso. Las dos más relevantes se expresan a continuación:

- Consideramos necesario profundizar en el potencial que tienen que desarrollar las personas con retraso mental y los problemas y barreras que tienen que afrontar cotidianamente. Para su mejor comprensión, hace falta continuar trabajando con los conocimientos objetivos y las posibilidades que actualmente disponemos.

- Creemos que los estudios científicos y sus resultados benefician directamente a las personas con retraso mental y a la sociedad en general. A través de las investigaciones se facilitan las tomas de decisión más adecuadas y de mayor calidad, se adaptan los recursos económicos y se promueve la inclusión social. También se posibilita la mejora en la asignación de presupuestos, considerando y primando las intervenciones y programas más beneficiosos y más eficaces.

El retraso mental hoy en día no es un trastorno médico, aunque esté codificado dentro de la Clasificación Médica de las Enfermedades (ICD-10). Tampoco es un trastorno mental, aunque este clasificado en el Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales (DSM-IV). No se debería considerar un rasgo absoluto del individuo.

El presente trabajo de investigación está orientado y guiado por la concepción que sobre el retraso mental ha ido desarrollando la American Association on Mental Retardation, AAMR (Asociación Americana sobre el Retraso Mental). Fruto de los estudios llevados a cabo por el Comité sobre Terminología y Clasificación de esta Asociación, se publicó en 1992, la última definición de retraso mental, y con ella, un nuevo sistema de clasificación asociado que da especial importancia a la evaluación y a los sistemas de apoyo que las personas necesitan para conseguir los máximos logros posibles.

Al retraso mental es oportuno considerarle como una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el entorno que le rodea. Se refiere a un estado concreto de funcionamiento que comienza en la infancia y en el que las limitaciones intelectuales coexisten con limitaciones asociadas en habilidades adaptativas.

Encuadramos al retraso mental desde un modelo funcional tal y como lo enmarca la AAMR, en el que los elementos clave son: capacidades, entornos y funcionamiento. La evaluación de las personas con retraso mental ha de tener en cuenta la complejidad y la diversidad de cada individuo, contemplando toda la riqueza de valores sociales de cada persona. A partir de esto se establecen los apoyos que el sujeto precisa.

Para diagnosticar a un individuo de retraso mental y que esta evaluación sea adecuada y funcional se ha de tener en cuenta, no solo su capacidad intelectual, que ha de ser significativamente inferior a la media, sino también, que éste funcionamiento intelectual coexista con limitaciones asociadas en dos o más áreas de habilidades adaptativas, de

las diez propuestas en la actual definición de retraso mental. La edad de comienzo ha de ser antes de los 18 años.

En España no es posible evaluar con criterios generalizados las diez áreas propuestas de habilidades adaptativas, ya que no existe un instrumento que evalúe de forma específica tales capacidades. La AAMR en su interés manifiesto por evaluar las conductas adaptativas, dispone en el momento actual de instrumentos de evaluación que mediante un tratamiento de los resultados obtenidos por sus escalas de conducta adaptativa, se obtienen puntuaciones para cada una de las diez áreas de habilidades propuestas en la definición del retraso mental.

Teniendo presente nuestras capacidades y situación, nos hemos propuesto trabajar con las escalas e instrumentos de evaluación editados por la AAMR para valorar si son o no adecuados a las características de la población de nuestro País. Si de estos primeros estudios se considera la idoneidad de tales instrumentos de evaluación facilitaríamos el entendimiento entre los profesionales de este y otros países, se favorecerían las investigaciones en cantidad y en profundidad; y todo ello posibilitará una mayor validez en los juicios diagnósticos, que en definitiva redundará en una mejor atención y apoyo a las personas con retraso mental.

No queremos dejar de manifestar que la investigación y la literatura sobre las personas a las que nos referimos en este trabajo son sumamente dinámicas y complejas. Uno de los aspectos que más cambios ha sufrido y está sufriendo, ha sido precisamente el de la denominación, deficiencias mentales, minusvalías psíquicas, retraso mental, discapacidad intelectual, etc.

Durante el proceso de estudio y redacción de esta tesis, han surgido numerosas dudas e inquietudes al respecto. Las denominaciones hasta ahora aceptadas comúnmente, no nos parecían del todo adecuadas. Finalmente, hemos optado por usar preferentemente la denominación de "retraso mental", al considerar que estamos trabajando bajo la definición actual de dicho concepto

En el último manual de "Retraso Mental, Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo" (1992) de la AAMR, se mantiene el término de "retraso mental", esta denominación ha sido debatida ampliamente en el seno de la Asociación, y a pesar de no contar con el apoyo de todos los miembros del Comité, ni del apoyo de muchas personas con esta discapacidad, se decidió mantener dicho término durante este periodo de transición hasta, al menos, la próxima revisión de la definición y del sistema de clasificación.

Los investigadores y las personas afectadas abogan por una nueva revisión de la denominación, y a nosotros nos hubieran gustado más usar otras terminologías más adecuadas a la complejidad del funcionamiento de estas personas, como discapacidad mental o intelectual.

Pero en el fondo, nos da tranquilidad pensar como lo hacen, entre otros, Demetrio Casado, Raquel Casado o Miguel Ángel Verdugo, que más importante que las denominaciones son las actitudes. Y creemos que nuestra actitud al respecto está exenta de discriminaciones y recelos, posiblemente, esto nos legitime a llamarlos con uno u otro nombre.

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad el contribuir a mejorar la calidad de la evaluación diagnóstica de las personas con retraso mental.

El objetivo general de esta tesis es comprobar la idoneidad en nuestro país del instrumento de evaluación "ABS-S:2" que valora las conductas adaptativas y el método, "AAA", que reconvierte dichas puntuaciones y proporciona datos sobre las diez áreas de habilidades adaptativas básicas, cuya evaluación es uno de los requisitos necesarios para el diagnóstico del retraso mental.

En España para diagnosticar el retraso mental tan sólo disponemos de instrumentos que evalúan el funcionamiento intelectual del sujeto, no existiendo en la actualidad ninguna prueba estandarizada que nos ayude a evaluar las diez áreas de habilidades adaptativas, necesarias para establecer este diagnóstico. La carencia de datos normativos para el uso de criterios comunes entre los profesionales, ha provocado la demanda de este tipo de estudios que faciliten su trabajo.

Se presentan en esta investigación grandes campos del conocimiento que suscitan mucho interés en la actualidad. Todos ellos están relacionados con la comprensión actual del concepto de retraso mental y con las dimensiones necesarias para su evaluación.

Para tratar de responder a las demandas de los distintos profesionales que ayudan y colaboran con las personas a las que se considera con retraso mental en el ámbito educativo, de la salud, y comunitario, nuestro discurso se desarrolla como a continuación detallamos.

En la Primera Parte del trabajo realizamos una aproximación a los distintos campos que conforman la comprensión actual del concepto de retraso mental. Se sigue una secuencia que va desde los ámbitos más amplios y globalizadores, como es la actual consideración sobre discapacidad, pasando por la concepción del retraso mental y su evaluación, a los aspectos más específicos, como son la exposición de instrumentos de evaluación de las conductas y habilidades adaptativas.

La estructura del estudio, por tanto, tiene forma de “embudo”, con la salvedad de que no pretendemos reducir la base del mismo, sino dejarlo abierto para que en sucesivas ocasiones se pueda continuar trabajando donde nosotros ahora lo dejamos.

En la primera parte se lleva a cabo el estudio de revisión bibliográfica y de las investigaciones relevantes en el ámbito del retraso mental. Para ello, se expone en el Capítulo I, “Aproximación a la Concepción Actual Socioeducativa de las Personas con Discapacidad”, un recorrido histórico de los últimos enfoques utilizados y sus sistemas de intervención, los marcos, normas y legislaciones internacionales sobre discapacidad. Se complementa con las normativas y planes de acción más relevantes en nuestro país.

Se explicitan también, los modelos explicativos de la discapacidad más innovadores del momento y su relevancia actual.

Se finaliza con los datos epidemiológicos de las personas con discapacidad existentes en España y los datos sobre alumnos con necesidades educativas especiales en el ámbito de la educación obligatoria de la provincia de Burgos.

En el Capítulo II, nos centramos en el campo de retraso mental, revisando también los conocimientos disponibles. En él aparecen tres grandes boques:

En primer lugar se refleja la evolución histórica del concepto de retraso mental, haciendo referencia muy someramente a los grandes hitos históricos universales y centrándonos más en los autores que en nuestro país han tenido una relevancia especial en el tema de evaluación y comprensión de las personas con retraso mental. Para completar las dos últimas décadas nos ha parecido conveniente, por ser más objetivo, señalar los acontecimientos y legislaciones que han ido apareciendo de manera institucional en España en el campo de la educación, que han sido especialmente determinantes en lo que hoy entendemos por comprensión, evaluación e intervención de las personas con retraso mental.

Teniendo estas referencias presentes, nos centramos posteriormente en la concepción actual del retraso mental de la Asociación Americana de Retraso Mental, AAMR y los requisitos necesarios para su diagnóstico. Consideramos en estas líneas las dimensiones más relevantes a evaluar en los sujetos y su relevancia.

Por último, se expone, al igual que en el capítulo anterior, datos epidemiológicos centrado en las personas con retraso mental en el ámbito geográfico de nuestro país y de los alumnos con retraso mental escolarizados en la educación obligatoria de la Provincia de Burgos.

El último capítulo de la Primera Parte, expone de forma prioritaria las concepciones más actuales que tienen los autores más prestigiosos

de los campos tratados. En este Capítulo Tercero “La evaluación de las personas con retraso mental” se subdivide en grandes apartados:

Primeramente se consideran algunos de los modelos actuales de evaluación psicológica más prometedores en el momento actual, centrándonos en el último marco teórico de evaluación propuesto por el MEC para el ámbito educativo.

A continuación se exponen las dificultades conceptuales existentes hoy en día para definir y evaluar el funcionamiento de la inteligencia.

Posteriormente, se manifiesta la complejidad del concepto y estructura del funcionamiento adaptativo y la dificultad de su evaluación. Queda reflejado, el cambio funcional producido en la última década, al considerar más operativo para la práctica la evaluación de las habilidades adaptativas.

No podía ser menos, y por ello se recoge en este Capítulo III, la diversidad y complejidad de la definición y organización de los aspectos relacionados con la salud mental y el funcionamiento desadaptativo.

Todo ello con la intención de ir abriendo camino al nuevo constructo innovador que englobaría la inteligencia académica, práctica y social con diversas áreas de conducta adaptativa. Lo que se está empezando a llamar “Competencia Personal”.

Para terminar este Capítulo se exponen las características de algunos instrumentos de evaluación de conductas adaptadas y desadaptadas existentes en Norteamérica; las pruebas que están

traducidas y adaptadas a la población española, y finalmente, la descripción de las Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR con las que vamos a trabajar: el "ABS-S:2"; el "ABS-RC:2" y el Método de reconversión de las puntuaciones de estos tests para obtener valores en las diez áreas de habilidades adaptativas, "Evaluación de las Áreas Adaptativas, AAA".

En la Segunda Parte se exponen los estudios de investigación que hemos realizado con sujetos de la provincia de Burgos.

En el Capítulo IV se recogen los objetivos generales que nos hemos propuesto para llevar a cabo los dos bloques de estudio. Da paso al primer trabajo realizado en el Capítulo V. En él tratamos de comprobar, a través de los resultados obtenidos en la Escala adaptada de Conducta Adaptativa, ABS-S:2 y en la Evaluación de las Áreas Adaptativas, AAA, si ambas pruebas de evaluación cumplen con las características más básicas que en la actualidad tienen los constructos de conducta adaptativa y de habilidades adaptativas. Es decir si dichos instrumentos una vez traducidos y adaptados a nuestro lenguaje y cultura manifiestan equivalencia con los constructos para los que fueron concebidos.

Como complemento a este trabajo se expone, en el Capítulo VI, un Segundo Estudio que engloba tres puntos de interés: El primero es estimar, con los datos de la muestra que disponemos, los posibles aspectos normativos de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 adaptada. Para ello se presentan diversas pruebas relacionados con su fiabilidad y validez. En el segundo comprobamos si la baremación obtenida responde y discrimina por edades a los sujetos con y sin retraso mental. En el tercer bloque, se realiza una valoración describiendo las

características que tiene la Escala Americana de Conducta Adaptativa ABS-S:2 originaria, según las normas de valoración de la APA y del Colegio Oficial de Psicólogos de nuestro país.

Por último, en el Capítulo VII de esta Segunda Parte, Discusión y Conclusiones, se comentan los resultados generales encontrados en nuestros dos bloques de estudio, comparándolos con los conocimientos disponibles y con nuestras pretensiones, al objeto de obtener las conclusiones más relevantes.

En este informe, se incluyen las referencias bibliográficas que detallan y amplían la información expuesta en los diferentes capítulos.

En los anexos figuran los protocolos y hojas de corrección originales de la Escala de Conducta Adaptativa -Versión Centros Educativos- ABS-S:2; de la Escala de Conducta Adaptativa -Versión Comunidad y Centros institucionalizados ABS-RC:2 y de la Evaluación de la Áreas de Habilidades Adaptativas AAA. También se incluyen los protocolos, hojas de corrección y manual de instrucciones para la aplicación de la Escala ABS-S:2, y del AAA traducidos y adaptados a la lengua y cultura castellana. Con estos últimos instrumentos hemos llevado a cabo los dos estudios de investigación de esta tesis.

PRIMERA PARTE:

ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA Y DE LA INVESTIGACIÓN

*Sólo la historia de la ciencia puede aclarar de manera adecuada
el significado de la ciencia contemporánea.
Sólo ella puede vincular el efímero presente
con el largo camino del hombre hacia el enriquecimiento de la humanidad.*

Georges Gusdorf

El campo de la discapacidad surgió de forma reciente a las personas con discapacidades físicas, sensoriales y mentales. Este campo es relativamente reciente y se ha desarrollado en los últimos años, por lo que se requiere una mayor comprensión y sensibilización por parte de la sociedad en general y de las instituciones educativas en particular. La discapacidad no es una condición inherente a la persona, sino que es el resultado de la interacción entre la persona y su entorno. Por lo tanto, es importante que se fomente la inclusión y la participación de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida social, económica y cultural. La capacitación especializada es una herramienta fundamental para lograr este objetivo, ya que permite a las personas con discapacidad adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para enfrentar los desafíos de la vida y participar plenamente en la sociedad.

Entre el 10 y el 15% de la población existe alguna forma de discapacidad. En los últimos veinte años del siglo XX y en los primeros del siglo XXI se ha observado una gran disminución de la discapacidad por discapacidad por discapacidad y discapacidad por discapacidad. Esto se debe a la mejora en la atención médica y a la mayor comprensión de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO I

APROXIMACIÓN A LA CONCEPCIÓN SOCIOEDUCATIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El campo de la discapacidad engloba de forma extensiva a las personas con dificultades físicas, sensoriales y mentales. Este campo es complejo, principalmente por la heterogeneidad de las personas y por los diversos enfoques y terminologías que se han venido usando para describir el concepto. Las concepciones han estado y están determinadas por las distintas disciplinas que lo abordan, por los cambios en los modelos explicativos y por los conocimientos y las actitudes que se mantienen ante las personas con discapacidad. El concepto de discapacidad ha ido evolucionado en los últimos años. La comprensión, la atención y los derechos de las personas discapacitadas se han favorecido en paralelo a la emergencia de los derechos de las personas en general y, especialmente, a la mayor comprensión de las personas con retraso mental.

Entre el 10 y el 15% de la población está afectada en cierto grado por una discapacidad. En los últimos treinta años del siglo XX y en los comienzos del siglo XXI existe una gran preocupación por comprender el funcionamiento de los discapacitados y proporcionar a estas personas acceso normalizado a todos los elementos de la comunidad.

Cada vez son más los ámbitos implicados en el intento de proporcionar la participación comunitaria plena de las personas con discapacidad en todos los ciclos de la vida: los profesionales, que aúnan sus esfuerzos trabajando e investigando en la evaluación, intervención y planificación de servicios (psicólogos, pedagogos, médicos, psiquiatras, educadores, cuidadores, terapeutas, maestros, fisioterapeutas, gestores, etc.); las familias, que abogan por una mejor calidad de vida de sus

familiares; y la comunidad en general, que ha llegado a comprender que la sociedad tiene una mejor calidad de vida si se atienden las necesidades generales de la población.

1.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y SU ATENCIÓN DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS

Para recoger la evolución de los últimos enfoques de la comprensión de la discapacidad vamos a reflejar algunos estudios relevantes de referencia internacional y nacional.

1.1.1. Estudios de Referencia Internacional: Perspectivas de De Jong y de Glen Guy

De Jong (1979,1981) publicó una síntesis sobre la evolución histórica de los paradigmas del concepto de discapacidad, en su estudio, recogido por Puig de la Bellacasa (1987), define y analiza en comparación con las tendencias recientes, el paradigma de la rehabilitación y el de la autonomía personal.

El paradigma de la rehabilitación considera el problema desde el individuo. El origen de sus dificultades se encuentra en su deficiencia y en la falta de destrezas, por lo tanto, es necesaria una rehabilitación. La solución hay que buscarla en la intervención profesional de todos los especialistas que constituyen el equipo rehabilitador (médico, fisioterapeuta, psicomotricista, terapeuta ocupacional, psicólogo,

trabajador social, etc.). En la Cuadro I.1 se exponen las seis variables analizadas, en las que se reflejan las características que tiene dicho modelo.

Variables	Paradigma de la Rehabilitación
Definición del problema	Deficiencia. Falta de destreza en el individuo
Localización del problema	En el individuo
Solución del problema	Intervención profesional del médico, el fisioterapeuta, el psicólogo, etc.
Rol social	Paciente/Cliente
Quién controla	Profesional
Resultados pretendidos	Máximas destrezas funcionales. Actividades de la vida diaria. Empleo remunerado

CUADRO I.1. Características del Paradigma de la Rehabilitación de De Jong. Fuente: Puig de la Bellacasa (1987, p. 56).

Frente al enfoque rehabilitador, apareció a principios de 1980 un movimiento en EEUU denominado "Independent Living", en castellano se podría traducir como "Vida Independiente". Surgió desde las propias personas con discapacidad en un intento por construir su propia autonomía. Tiene por objetivo conseguir la autodeterminación y la normalización no otorgada, frente a una sociedad que tiende a recluir y proteger al adulto con discapacidad como si fuera un niño sin capacidad de decidir. El modelo en el que está basado este paradigma más actual, se observa en la Cuadro I.2.

Variables	Paradigma de la Autonomía Personal
Definición del problema	Dependencia de los profesionales, familiares, etc.
Localización del problema	En el entorno, en el proceso de rehabilitación
Solución del problema	Orientación de los iguales. Acción legal propia. Auto-ayuda. Control del interesado (consumidor). Reducción de barreras
Rol social	Consumidor
Quién controla	Consumidor
Resultados pretendidos	Autonomía personal ("Independent Living")

CUADRO I.2. Características del Paradigma de la Autonomía Personal de De Jong. Fuente: Puig de la Bellacasa (1987, p. 60).

Se observa que, lo que en el modelo anterior es un instrumento (la intervención de los profesionales, familiares, etc.), en este paradigma es la clave o definición del problema, cuando esta intervención genera dependencia.

Posteriormente, Glen Guy en 1991 expuso un estudio sobre la evolución en los últimos años del concepto de discapacidad, desde el punto de vista de la atención comunitaria. Este autor, consideró que históricamente se ha pasado por tres etapas consecutivas: en un primer momento la concepción de la discapacidad se basó en un modelo orientado y administrado médicamente. Posteriormente se trabajó bajo el paradigma de la rehabilitación con base predominantemente psicológica y médica. En estos últimos momentos, se considera la discapacidad desde un enfoque basado en la comunidad, dándose relevancia a lo que actualmente se denomina como "Vida Independiente".

Para este autor, en la mayoría de los países occidentales, los servicios a favor de las personas con discapacidad han progresado a

través de estas tres etapas distintas y sistemáticas, tendiendo este progreso a reflejar las actitudes comunes en la comunidad.

El análisis de algunos conceptos y su evolución tan fundamentales para la atención, como son la desinstitucionalización, los principios asociados de normalización y la alternativa menos restrictiva posible, sólo pueden comprenderse con referencia a los cambios actitudinales genéricos que se producen en la sociedad en general. Así, por ejemplo, bajo un planteamiento psicológico/rehabilitativo, la desinstitucionalización significa insistir en el entrenamiento intensivo de las aptitudes adaptativas de los clientes incapacitados para permitirles “adaptarse” a la comunidad. Sin embargo bajo el enfoque del desarrollo comunitario, la desinstitucionalización supone desarrollar medios por los que la comunidad debe cambiar a fin de recibir a las personas con discapacidad que tienen derecho de acceso y de participación a sus instalaciones.

Dentro de estas tres etapas, se ha replanteado progresivamente la conceptualización de la persona con discapacidad. El papel de “paciente” del modelo médico ha cambiado por el de “alumno” en el paradigma de la rehabilitación y, más recientemente, por el de “persona en desarrollo” o “ciudadano” en el enfoque basado en la comunidad.

En la Cuadro 1.3 el autor apoya gráficamente su opinión y presenta un esquema de estas tres etapas evolutivas y de sus implicaciones.

	Paso 1	Paso 2	Paso 3
Planteamiento	Modelo médico	Rehabilitación psicológica	Movimiento hacia la vida independiente basada en la comunidad
Énfasis	Facilidad de tratamiento, contención	Aprendizaje de aptitudes para el funcionamiento adaptativo (cambio del cliente)	Desarrollo comunitario, formas alternativas de atención (cambio social)
Formación del personal	Formación de enfermeras basada en el hospital	Formación profesional especializada basada en universidad (psicológica, terapia ocupacional, trabajo social, etc.)	Entrenamiento genérico en la atención directa basada en escuelas superiores con acceso amplio
Papel del cliente	Paciente	Alumno	Ciudadano o persona en desarrollo
Fundamento	Protección del cliente, acceso a instalaciones especializadas	La aceptación y el acceso depende de las aptitudes del cliente	Igualdad de derechos de acceso
Enfoques	Tratamiento farmacológico	Modificación de conducta; terapia	Defensa ciudadana, desarrollo comunitario, habilitación

CUADRO I.3. Pasos recientes en la conceptualización de los servicios a favor de las personas discapacitadas. Fuente: Guy, 1991, p. 43.

I.1.2. Estudios con Referencia Nacional: Perspectiva de Puig de Bellacasa

En España se han realizado también estudios dirigidos a analizar la evolución histórica del concepto y de la atención a las personas con discapacidad.

Puig de Bellacasa (1987) realizó un análisis histórico, observando también en España los tres diferentes paradigmas que citara De Jong en 1979:

- El tradicional,
- El paradigma de rehabilitación y
- El paradigma de la autonomía personal.

El modelo "tradicional" consideró a las personas con discapacidad como sujetos dependientes con necesidad de estudio, protección y previsión socio-sanitaria.

Así pues, desde el siglo XV al XVIII a las personas con discapacidad se les consideró "sujetos de asistencia", en el siglo XIX como personas "objeto de estudio psicológico, médico y pedagógico" y posteriormente fueron considerados "como sujetos de protección y tutela" y de "previsión socio- sanitaria".

El segundo modelo basado en la "rehabilitación", supone una superación del modelo tradicional y corresponde a un modelo reactivo donde lo importante es considerar las deficiencias y dificultades que tiene el sujeto; una vez diagnosticadas éstas, el interés se centra en intervenir con la persona, y tratarle de una manera médica, psicológica o pedagógica para proporcionar una rehabilitación o tratamiento adecuado. Los resultados de este proceso se miden por el número y el grado de destrezas funcionales conseguidas. Se utilizan técnicas no ecológicas en emplazamientos artificiales. Esta concepción aun se sigue manteniendo hoy en día por algunos profesionales.

Ante la dependencia de la rehabilitación y tratamientos, surgió el paradigma de la "Autonomía Personal". En defensa de los derechos civiles de colectivos sociales minoritarios o marginales surgió en Norteamérica el movimiento denominado "Independent Living", Vida Independiente o Autonomía Personal. Este modelo se centra en dar importancia al entorno que rodea al individuo, y propone una concepción social de la discapacidad.

Esta concepción ha generado nuevas perspectivas al considerar a la persona como un miembro de la sociedad que tiene derechos, consume unos servicios y debe tener una planificación importante en el desarrollo de los mismos, esto ayuda en la comprensión de las discapacidades, favorece la posibilidad de independizarse de las instituciones y a manejarse como personas de pleno derecho en la sociedad asumiendo un mayor control de sus vidas. En la actualidad existe una coexistencia de los distintos modelos y como dice Puig de la Bellacasa:

"... En relación con la discapacidad, aunque nos restrinjamos a contextos considerados como civilizadamente democráticos y socio-económicamente desarrollados, siguen sin embargo coexistiendo los rasgos más abiertos y progresivos de los paradigmas de la rehabilitación y de la autonomía personal con los prejuicios y las actitudes más atrasados del que hemos llamado modelo tradicional" (Puig de la Bellacasa, 1987, p. 65).

I.1.3. Estudios con Referencia Nacional: Perspectiva de Demetrio Casado.

Otra perspectiva diferente sobre la historia del concepto de discapacidad, la ofrece Demetrio Casado (1991). Para este autor, en España han existido cuatro etapas diferentes:

- La integración utilitaria,
- La exclusión aniquiladora,
- La atención especializada y tecnificada y
- La accesibilidad.

“La integración utilitaria”, se ha mantenido hasta aproximadamente los años 60. A la persona con discapacidad se la aceptaba de una manera fatalista o providencial, y se les incorporaba al hogar o trabajo si esto era posible.

“La integración tradicional se inspiraba en criterios utilitarios, cuya corrupción daría lugar a la explotación en los individuos con menoscabo, a salvo de esto, tal tipo de integración no era incompatible con las prácticas solidarias genuinas, especialmente en casos de dependencia clara” (Casado, 1991, p.53).

Paralelamente a esto coexistía “la exclusión aniquiladora” que consistía en separar a las personas con retrasos o alteraciones de una manera pasiva o activa de la sociedad. Sufrían un trato generalmente vejatorio y eran encerrados en asilos, hospitales psiquiátricos o en sus hogares.

“Me estoy refiriendo al descuido de los individuos con menoscabo en el seno de sus familias, a su eventual abandono al faltar los padres y a su posible acogimiento en centros asilares, en régimen de vida dependiente” (Casado 1991, p. 53).

Posteriormente se consideró importante “la atención especializada” sobre todo para la discapacidad mental, propiciando los servicios públicos y privados y la atención particularizada.

“Es una concepción práctica que propicia la mejor calidad de la atención a los individuos con menoscabo en los aspectos clínicos, vamos a decir así, Conviene notar, en contrapartida que propicia la dominación de los servicios y de los agentes especializados sobre los usuarios, así como la formación de un mundo para ellos, como espacio privativo, exclusivo y excluyente, se trata de una tendencia, no de una fatalidad” (Casado, 1991, p.55).

A la última etapa se la ha venido a llamar "accesibilidad". Corresponde a los tiempos actuales y tiene sus raíces en los conceptos de normalización, integración y diversidad. En este momento, las personas con discapacidad deciden tomar las riendas de sus vidas, critican la institucionalización y proclaman su autodeterminación del proceso rehabilitador desde una perspectiva de consumidores.

"Se trata en definitiva, de dar lugar al advenimiento de una sociedad accesible en su medio físico, en sus ámbitos educacionales, en su régimen laboral, en el ocio, etc. Sería la sociedad que haría posible el ideal de vida independiente para las personas con menoscabo" (Casado, 1991, p.57).

I.2. MODELOS ACTUALES EXPLICATIVOS DE LA DISCAPACIDAD

El propósito general de los investigadores es desarrollar el conocimiento acerca del funcionamiento humano. Para alcanzar este objetivo, la investigación científica intenta simplificar la complejidad de la naturaleza humana, organizando las variables o los fenómenos para un examen cuidadoso y pormenorizado.

En el ámbito de la discapacidad esta complejidad es particularmente destacable, por la gran cantidad de tópicos que abarca el campo y la propia naturaleza de los mismos (Buela-Casal y cols., 1996). Esto hace especialmente necesario el uso de modelos comprensivos y explicativos, ya que son los que nos proporcionan el incremento del conocimiento, elaborar diseños de investigación, contrastar las diversas hipótesis que puedan ser formuladas y evaluar las intervenciones

realizadas. En este apartado vamos a exponer algunos de los modelos más recientes que se barajan en el campo de la discapacidad.

1.2.1. La Psicología de la Salud. Modelo Biopsicoambiental.

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 está basada en un modelo multidimensional conocido como modelo bio-psico-social, o

GRÁFICO 1.1. Modelo Biopsicoambiental de la Salud. Fuente: Buela-Casal y cols., (1996, p. 6).

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.

La psicología de la salud, incluye conocimientos de las ciencias bioquímicas, la psicología clínica, la medicina conductual, la psicología social comunitaria y la psicología ambiental. Como podemos ver, la

psicología y la sociología aportan una nueva visión al tema de la salud, al incorporar al modelo médico tradicional sus conocimientos.

Gráfico I.2. Relación Existente entre Diversas Ciencias. Fuente: Buela-Casal y cols., (1996, p.9).

El gráfico I.2. tomado de Buela-Casal y cols., (1996) expone la relación existente entre las diversas ciencias.

El modelo bio-psico-social es útil principalmente para explicar la génesis y el mantenimiento de la salud y de las enfermedades, así como para descubrir y contextualizar las discapacidades y el funcionamiento de las personas.

La división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA), ha establecido diez objetivos prioritarios para la psicología de 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 los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser conscientes del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes 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 para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.

9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.

10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

1.2.2. Modelo Ecológico

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 retraso mental.

Siguiendo a R. Ammerman, 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 I.3.: 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 ampliamente ignorados (Ammerman, 1997).

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. Esas

fuerzas se combinan e interactúan de modo complejo, en diferentes niveles, originando resultados únicos en todas las personas:

- El primer nivel, denominado "ontogenético" 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 ontogenético. 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" refleja la comunidad 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" que refleja las fuerzas sociales y culturales más amplias. Se considera, por ejemplo, que el amplio estigma social de la discapacidad se perpetúa a nivel de este macrosistema. Por regla general, los clínicos, educadores y asesores, suelen intervenir a los niveles ontogenético o del microsistema. A veces pueden también influir en el ecosistema, aunque las

fuerzas que afectan a este nivel suelen estar bastante lejos del control.

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.

GRÁFICO I.4. Dinámicas Transaccionales. Fuente: Ammerman, 1997, p.8.

Siguiendo a Ammerman, 1997, el modelo transaccional, representa dos estados (Gráfico I.4.): 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. Los niños con deficiencia visual, por ejemplo, son incapaces de mantener el contacto ocular cuando hablan con los demás lo que puede hacer que sean percibidos como socialmente incompetentes, y en última instancia, provocar rechazo social.

- 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 servicios educativos apropiados, son ejemplo de factores que ayudan a potenciar el desarrollo del niño, y que compensan la influencia de variables negativas.

Tanto los factores potenciadores como los protectores pueden ser estables o transitorios. Los factores estables son relativamente inalterables (la discapacidad congénita sería un ejemplo de ello); 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 entonces que las personas se encuentran en un estado de cambio constante, influyendo y siendo influidas por los diferentes contextos y sistemas en los que viven y trabajan. Por supuesto, el cambio es claramente más rápido durante la infancia y la adolescencia.

Este modelo ecológico tiene implicaciones prácticas como los ejemplos que el mismo Ammerman (1997) propone en el texto de referencia al objeto de ilustrar la importancia del modelo ecológico: 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. Bien 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 también importantes implicaciones prácticas" (Ammerman, 1997, p. 9).

1.2.3. Modelo de Salud y de Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud, OMS

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 genera 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, se ha producido un progresivo enriquecimiento del concepto, yendo desde la postura higienista de comienzos y mediados de siglo a los conceptos más actuales que reflejan la complejidad del tema, pues la salud se relaciona con distintos y complejos factores como son la herencia, el medio físico, el contexto cultural y el orden económico (Serrano González, 1990; Casado Muñoz, 2000).

I.2.3.1. Definiciones de los Conceptos de Salud y de Enfermedad

En 1946 la OMS realizó un intento para desvincular el concepto de salud del bienestar exclusivamente físico y la definió como:

"El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946).

Esta definición tiene la característica relevante al considerar no sólo los aspectos biológicos tradicionalmente tratados, sino también de introducir los aspectos psíquicos y sociales.

A pesar de ser una definición incompleta, que refleja una visión multidimensional, en su día progresista, no tuvo las consecuencias esperadas, posiblemente por su carácter estático y utópico al intentar abarcar todos los aspectos y no hacerlos funcionales.

La definición tuvo y tiene numerosas críticas y diversos autores propusieron en su día definiciones alternativas (Casado Muñoz, 2000; Gavidia, 1999; Polaino Lorente, 1987; Terris, 1980; Salleras, 1990).

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. 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 prerrequisitos 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.).

Se define la discapacidad de una persona como el resultado de la interacción entre la persona y las variantes ambientales que incluyen: el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos disponibles.

La salud no es simplemente ausencia de enfermedad, sino que también es presencia de bienestar. Es un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida que no perturbe el desarrollo de sus semejantes.

La salud es algo relativo, no absoluto. Es un estado de equilibrio dinámico, mejorable y fluctuante. Está en función de parámetros tales como el estrés, la autonomía funcional, autoeficacia, el buen autoconcepto, etc. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que la salud es un proceso social producto de factores de la vida comunitaria.

El modelo clínico de enfermedad tiene unas raíces tradicionales bastante arraigadas. En muchas ocasiones se utilizan sólo los componentes más clásicos de este modelo, explicándolo de esta manera: cuando algo no normal ocurre al individuo una cadena de circunstancias causales, "la etiología", da lugar a cambios en la estructura del cuerpo, "patología". Estos cambios pueden presentarse o no, pero si se hacen

patentes, suelen designarse como síntomas o signos, "manifestación". El proceso se observa en la secuencia que aparece en el Gráfico I. 4.

GRÁFICO I.4. Secuencia del Modelo Clínico Tradicional de Enfermedad. Fuente: IMSERSO (1997, P.41).

La OMS tiene publicada la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE. Como en su título indica, el contenido de dicho manual se refiere a las enfermedades, traumatismos y causas de defunción. La definición de enfermedad y su contenido clasificatorio es vista en este manual de manera prácticamente integra desde el modelo médico.

Tradicionalmente se ha considerado, hasta las últimas décadas, el concepto de enfermedad como algo patológico (y en muchas ocasiones todavía se viene haciendo), como si la enfermedad no tuviera relación con el individuo en concreto, pero sucede que cuando consideramos por separado la enfermedad y la persona que la padece, difícilmente podemos abordar las consecuencias. Éstas, por lo general, adquieren más importancia a medida que aumenta el grado de afectación de la enfermedad.

El modelo médico de enfermedad no llega a considerar las consecuencias y sin embargo, muchas veces las enfermedades se van solucionando con el tiempo y se observan unas secuelas que pueden perturbar la vida habitual, es decir, pueden provocar alteraciones crónicas o irreversibles en una determinada persona.

Ante las consideraciones y los problemas encontrados por la confusión de términos, se formularon nuevas revisiones y en 1976, 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.

Esta nueva publicación que complementaba la CIE-10 se editó en 1980 bajo el nombre de "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 traduce y la publica en 1983. La denomina "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad" CIDDM.

I.2.3.2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS, CIDDM (OMS, 1980).

Frente a la concepción del Sistema de Clasificación de las Enfermedades citado anteriormente (que como se ha dicho es eminentemente médico), la OMS (1980) propone en la CIDDM, 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, pp. 41-42).

Este documento pretendió unificar los criterios internacionales:

"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 prevaleciente en un país o región" (IMSERSO, 1997, p.12).

Según esta clasificación, el proceso en el que se observan las dimensiones de la enfermedad queda reflejado en el gráfico I.5.

GRÁFICO I. 5. Dimensiones de las Consecuencias de la Enfermedad. Fuente: 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, estas características representan 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.

En el Manual de Clasificación se expresan las dificultades que tiene el modelo: “Aunque la representación gráfica pueda dar la impresión de que hay una progresión lineal sencilla 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 invertirse la secuencia.

I.2.3.2.1. Concepto y Características de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM, 1980.

A) DEFICIENCIAS (Código DE): Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

La deficiencia es un término más genérico que el trastorno, en cuanto cubre también las pérdidas, por ejemplo, la pérdida de una pierna es una deficiencia, no es un trastorno.

Características:

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades 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.

B) DISCAPACIDAD (Código DI): Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad 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.

Características:

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales 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 destreza para lavarse y alimentarse con autonomía), la falta de habilidades básicas para realizar las actividades de la vida cotidiana o la falta de destrezas locomotrices (como la capacidad de caminar).

C) MINUSVALIA (Código M): Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía 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).

Características:

La minusvalía 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 en concreto 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:

- 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.

Se ha de hacer un estudio general de las seis dimensiones para así sacar un perfil de su estatus de desventaja. Estas dimensiones no agotan en modo alguno las posibilidades de desventaja, aunque sí cubren los principales problemas.

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

1.2.3.3. Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Borrador Beta-2, CIDDM-2

Posteriormente a la publicación de la anterior 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 puede aplicarse totalmente, solapamiento entre los tres conceptos, dificultad para diferenciar si la minusvalía es debida a la deficiencia a la discapacidad o a otras causas (González, 1989, citado por Verdugo, 1995a).

Numerosos profesionales, organismos y asociaciones, (entre otras las consideraciones propuestas en 1992, por la Asociación Americana de Retraso mental) 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.

En estos momentos la OMS, a través del Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología, está llevando a cabo un proceso multifásico de revisión del Sistema de Clasificación CIDDM anteriormente descrito. Para ello, se ha elaborado una propuesta, en la que están participando 15 países de habla hispana a distintos niveles. El objeto es valorar la aplicabilidad e idoneidad de la nueva propuesta de clasificación.

La nueva versión, el borrador Beta-2, todavía en estudio, y con la intención de publicarse en el año 2001, lleva por título Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad: CIDDM-2.

La CIDDM-2 clasifica cualquier estado funcional asociado con estados de salud. Tiene como objetivos:

- Proporcionar una base científica para entender y estudiar los estados funcionales asociados con los estados de salud.
- Establecer un lenguaje común para describir los estados funcionales asociados con estados de salud, con el fin de mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud o en otros sectores, y personas con discapacidad.
- Permitir la comparación de datos entre países o entre disciplinas relacionadas con la atención médica, 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 de la salud (OMS.1999).

En síntesis, el propósito de este sistema de clasificación es ofrecer un marco de referencia conceptual para la información que sirva como herramienta estadística, de investigación, clínica, de 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, es decir, tiene una aplicación universal.

Tanto las alteraciones de funcionamiento como el de discapacidad son conceptualizados con términos genéricos que abarcan tres dimensiones o niveles:

- El nivel corporal (que se concretiza en funciones y estructuras corporales).
- El nivel individual (se concretiza en las actividades que el sujeto realiza a nivel individual).
- El nivel social (que se refiere a la participación del individuo en la sociedad).

Además de estas tres dimensiones, se tienen en cuenta una lista de factores contextuales que son un componente esencial de la clasificación con impacto en los tres niveles. Estos factores abarcan desde el entorno más cercano al sujeto hasta el entorno más general y se denominan factores personales y factores del entorno.

En dicho borrador se advierte que se utilizan términos con significados específicos que pueden ser distintos a los que se aplican en

la vida diaria. Por este motivo, y a sabiendas que el documento aun no ha sido publicado, para evitar posibles mal interpretaciones por nuestra parte o cambios previsibles en su redacción final, en este trabajo utilizamos, por el momento, preferentemente las denominaciones del borrador.

I.2.3.3.1. Concepto de las Dimensiones Propuestas en la CIDDM-2

Las siguientes definiciones que aparecen a continuación figuran en el Borrador Beta-2 (OMS, 1999, p. 11):

El término “dimensión” se refiere a niveles de funcionamiento, mientras que “área o ámbito” denotan las categorías de cada dimensión. Las dimensiones de la CIDDM-2 se conciben con dos polos. Uno de ellos se puede utilizar para indicar problemas (por ejemplo, deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación), el otro extremo puede indicar aspectos neutrales o positivos de los estados funcionales.

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.

Definiciones de las dimensiones:

- 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.
- Limitaciones en la Actividad: Son las dificultades que un individuo puede tener en la realización de actividades.
- Participación: Es la implicación de un individuo en situaciones vitales en relación con estados de salud, funciones y estructuras corporales, actividades y factores.
- Restricciones en la Participación: Son problemas que un individuo puede experimentar en la manera o en el grado de su implicación en situaciones vitales.
- Factores Contextuales: Representan los antecedentes completos de la vida de una persona. Incluyen los factores ambientales y los factores personales que pueden tener un impacto sobre el individuo con un estado de salud y sobre su estado funcional.

El Manual incluye el cuadro I. 4, que se expone a continuación, porque posibilita una idea más clarificadora y ofrece una visión de conjunto de los componentes de la CIDDM-2. Borrador Beta-2.

	Funciones y Estructuras corporales	Actividades	Participación	Factores Contextuales
Nivel de Funcionamiento	Cuerpo (Partes del cuerpo)	Individual (persona como un todo)	Social (situaciones vitales)	Factores del Entorno Influencia externa sobre el funcionamiento Factores Personales (influencia interna sobre el funcionamiento)
Características	Funciones corporales Estructuras corporales	Realización de actividades	Implicaciones en situaciones vitales	Características del mundo físico, social y actitudinal Atributos de la persona
Aspectos positivos (funcionamiento)	Integridad funcional y estructural	Actividades	Participación	Facilitadores
Aspectos negativos (Discapacidad)	Deficiencia	Limitación en la actividad	Restricción en la participación	Barreras, Obstáculos
Calificador Primero	Calificador Universal: Extensión o Magnitud			
Calificador Segundo	Localización	Asistencia	Satisfacción subjetiva (en desarrollo)	(en desarrollo)

Cuadro I.4. Componentes de la CIDDM-2. Fuente: OMS, (1999, p.14).

El funcionamiento y la discapacidad se codifican usando calificadores (códigos numéricos). El primer componente es común y especifica la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría. El segundo calificador, es específico para cada dimensión.

El modelo en el que está basado el funcionamiento y la discapacidad es multidimensional (Gráfico 1.5.), con él se puede representar las interacciones, aunque el impacto entre los diferentes componentes puede variar.

GRÁFICO 1.5. Modelo de Funcionamiento y Discapacidad. Fuente: Borrador Beta-2 de la CIDDIM-2, (1999, p. 22).

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 modelo bio-psico-social.

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 borrador integra, como en el modelo bio-psico-social los tres enfoques a fin de comprender las distintas dimensiones de la discapacidad y del funcionamiento. Para expresarlo con texto del propio borrador

"La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente 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 discapacidad en todas las áreas de la vida social. La cuestión se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y

de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se trasforman en el nivel político a una cuestión de derechos humanos. De aquí que, en realidad, la discapacidad se configura como un tema de índole político" (OMS. 1999, p.24).

I.3. MARCOS NORMATIVOS Y LEGISLACIONES DE REFERENCIA NACIONAL E INTERNACIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En este apartado se van a exponer las legislaciones de índole general y educativo más relevantes en el ámbito nacional que han tenido lugar en las últimas décadas (una reseña de documentos educativos más amplios, se encuentran en el capítulo II), y los programas de acción y normas propuestas para las personas con discapacidad de ámbito internacional. Terminaremos con la exposición a nivel nacional del actual Plan Nacional de Acción para las personas con discapacidad en vigor desde 1997 al 2002.

I.3.1. Ley General de Educación (L.G.E.)

El 4 de agosto se publica en España la Ley General de Educación 14/1970. Esta legislación constituye una referencia clave para la educación en general y particularmente para la Educación Especial.

En esta ley se incluye la definición de la Educación Especial, esta educación se concibe como el proceso formativo encaminado a lograr el máximo desarrollo personal, de acuerdo con las posibilidades de los alumnos.

Se consideran dos tipos de centros: los ordinarios en los que se crean aulas de educación especial para los deficientes débiles, (Capítulo VII, Título I, Artículos 49-53) y los centros especiales en los que asistirán los alumnos sólo cuando la profundidad de las anomalías que padezcan lo hagan absolutamente necesario.

En el Artículo 4º, 1 se expone que la finalidad de la Educación Especial es "la incorporación a la vida social, tan plena como sea posible".

En el Artículo 52, se dice que el Ministerio de Educación y Ciencia en colaboración con los organismos competentes establecerá los objetivos estructuras, duración, y programas que estos niños necesiten.

1.3.2. La Constitución Española de 1978

Fue aprobada por la Cortes el 31 de octubre de 1978 y llevada a referéndum el 6 de diciembre de ese mismo año. Es la norma constitucional y fundamental de ordenamiento. Introduce unos condicionamientos y requisitos ineludibles cara al futuro, es decir, para la creación de nuevas normativas y para su aplicación.

En su Artículo 27.1 señala "Todos tienen derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza".

En el Artículo 27.2 "La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales".

En su Artículo 49 se encuentra la norma más específica para las personas con discapacidad: Encomienda a los poderes públicos realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración a favor de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que deberán prestar la atención especializada que requieren y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que en el Título I reconoce a todos los ciudadanos.

1.3.3. Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)

Esta Ley 13/1982, de 7 de abril, desarrolla el Artículo 49 de la Constitución. Constituyó un impulso para la integración social y laboral de las personas con minusvalía. Tiene una importancia capital (Maravall, 1996) por ser el primer texto legal que de manera integral planteó unos derechos y objetivos hacia las personas con discapacidad y sentó las bases para los que posteriormente se han realizado.

Utiliza el concepto de minusválido, frente al de deficiente o disminuido (presente en las disposiciones anteriores). Por minusválido entiende “toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”.

Propone unas medidas que pueden deducirse de los epígrafes de sus títulos 3º a 9º (Casado, 1993): Prevención de las minusvalías; Del diagnóstico y valoración de las minusvalías; Sistema de prestaciones

sociales y económicas; de la rehabilitación; De los servicios sociales y otros aspectos de la atención a minusválidos.

Para hacer efectivo el principio de la integración incluye tres medidas básicas: Prevención, rehabilitación e integración. La educación es considerada un medio de rehabilitación y de integración social (sección 3ª del título 6º dedicado a la rehabilitación).

El artículo 3 señala que el Estado entre las obligaciones contraídas con los minusválidos, tendrá la de prestar todos los servicios necesarios para atender la educación y la integración laboral de los mismos. En su Artículo 23 aparece por primera vez en España el mandato de la completa integración en el Sistema Ordinario de Educación.

La Ley también contempla la formación de las personas minusválidas al finalizar la escuela. Considera la existencia de los Centros Ocupacionales,

“Que tienen por finalidad asegurar los servicios de la terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impide su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo” (Artículo 53).

1.3.4. Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial

Aplicando los principios de la Constitución de 1978 y la Ley de integración Social de los Minusválidos, se desarrolla en el ámbito educativo este Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo.

Establece un conjunto de medidas tanto de ordenación como de planificación, tendentes a la progresiva transformación del sistema educativo con objeto de garantizar que los alumnos con necesidades educativas especiales puedan alcanzar, en el máximo grado posible, los objetivos educativos establecidos con carácter general y conseguir de esta manera una mayor calidad de vida en los ámbitos personal, social y laboral.

Esta legislación se actualizó primeramente por el Real Decreto 2630/1992 de 15 de octubre de Ordenación de la Educación Especial que entre otras cosas establece tres modalidades de Formación Profesional en el ámbito de la Educación Especial: Ordinaria, Adaptada, y Aprendizaje de Tareas y por el posterior Real Decreto 696/1995 de 28 de abril de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

I.3.5. Ley General de Ordenación del Sistema Educativo, (LOGSE).

La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, LOGSE, 1/1990 de 3 de octubre, es la que rige hoy en día en nuestra sociedad. Promulga un sistema único de enseñanza. Con fines generales obligatorios y con los mismos principios para todos los alumnos. Entre los artículos más sobresalientes que conciernen a las personas con discapacidad están los siguientes:

Art. 3.5: "Las enseñanzas se adecuarán a las características de los alumnos con necesidades educativas especiales".

Art. 36.1: "Se dispondrá de recursos para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes puedan alcanzar dentro del sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos".

Art. 36.3: La atención al alumnado con necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización y de integración escolar".

GRÁFICO I. 7. Sistema Educativo Español.

Fuente: Internet: www.mec.es/educacion/siseduc.html.

Del cambio de modelo educativo establecido en esta Ley se observa un gran interés por proporcionar las ayudas necesarias que contribuyan al óptimo desarrollo de los alumnos, la creación de condiciones físicas y materiales adaptadas a las diferentes necesidades, la disposición de profesores y otros profesionales específicos, así como conceder importancia a las adaptaciones curriculares y proporcionar los medios didácticos y precisos (Casado Muñoz, 2000; Hernández Sánchez, 1993).

Es conveniente señalar aquí la relevancia que deben tener los principios señalados en la LOGSE de Comprensividad (enseñanza general para todos) y de Diversidad. La Atención a la Diversidad pretende la igualdad de oportunidades para todos los alumnos y educar en el respeto de las peculiaridades de cada persona, teniendo en cuenta las diferentes motivaciones, intereses y capacidades de aprendizaje de los alumnos. Considera que todas las dificultades de aprendizaje tienen un origen fundamentalmente interactivo. La respuesta educativa de apoyo ante la diversidad contempla principalmente tres aspectos:

- Las adaptaciones curriculares temporales, continuadas, metodológicas, de acceso, etc.
- La diversificación en secundaria.
- La intervención con las necesidades educativas especiales.

Las ayudas que se necesitan pueden ser personales, ambientales (equipamientos, instrumentos, etc., de acceso al curriculum y de acceso físico a las distintas dependencias del centro educativo. Estas ayudas han

de proporcionarse, siempre que sea posible, en el marco escolar ordinario y estar reflejadas en los proyectos curriculares de los centros docentes.

La implantación de la LOGSE en España supuso principalmente en cuanto a los alumnos con necesidades educativas especiales (acnees), tres retos importantes: La integración de acnees en la Educación Secundaria, la organización de los Centros Específicos y la Formación Profesional Especial (Casado Muñoz, 2000; Hernández Sánchez, 1993).

1.3.5.1. Desarrollo de la LOGSE

En 1994 se realizó un seguimiento de la LOGSE al objeto de valorar su consecución y sus necesidades, se publicó entonces, el informe “La Educación Especial en el Marco de la LOGSE. Situación Actual y Perspectivas de Futuro”, en el mismo se pone de manifiesto el progreso y las dificultades encontradas (Coll, en Giné, 1995) :

- La escasez de recursos en algunos centros educativos.
- La tendencia de algunos colegios a derivar a los acnees a otros centros de integración.
- La alta concentración de acnees en algunos centros.
- La falta de claridad en los criterios de escolarización de los acnees y en las decisiones para escolarizarlos en centros ordinarios o en centros de educación especial.
- La situación de indefinición de los centros de Educación Especial en el marco de una estrategia global de atención a los acnees.
- La escasa participación de los padres en la toma de decisiones sobre la escolarización de los hijos.

- Las carencias de formación de los profesores de apoyo.
- La ausencia de una respuesta educativa adecuada en el nivel de Formación Profesional Especial.
- Las dificultades para asegurar una correcta incorporación a la vida adulta y laboral de estos alumnos, etc..

En conformidad con la Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo, con la Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos y el Real Decreto del 6 de Marzo de 1985 se han ido vertebrando medidas en torno al programa de integración escolar.

La actualización de la ordenación académica de los alumnos con necesidades educativas especiales, constituyó una exigencia planteada por las propuestas elaboradas a partir de la Evaluación del Programa de Integración (1994), y las planteadas por la actual Configuración del Sistema Educativo.

Teniendo en cuenta que no todas las necesidades educativas especiales son de la misma naturaleza, tienen el mismo origen o requieren ser atendidas de forma similar, en desarrollo de los Artículos 36 y 37 de la LOGSE y al amparo de la disposición final primera 2 de dicha Ley, surgió el Real Decreto 696/1995 de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales que regula los aspectos relativos a la ordenación, planificación de recursos y la atención educativa de los alumnos con necesidades especiales, temporales o permanentes, cuyo origen puede atribuirse a la discapacidad sensorial, motora, psíquica y también a la historia educativa y escolar y condiciones de sobredotación.

Dicho documento establece entre otras medidas generales: la escolarización; las garantías para la calidad de la enseñanza; la formación profesional; el proyecto curricular; las adaptaciones curriculares; los recursos y medios y la participación de los padres.

En cuanto a los Alumnos con Necesidades Educativas Asociadas a la Discapacidad propone para los alumnos escolarizados en Centros y Programas Ordinarios: la detección precoz y la atención educativa inicial, la escolarización en los diferentes niveles obligatorios y en bachillerato, la formación profesional reglada, los programas de garantía social y los estudios universitarios. Y para los alumnos escolarizados en Centros de Educación Especial: la organización de las enseñanzas; la educación obligatoria; los programas de formación para la transición a la vida adulta y la normativa aplicable a los centros de Educación Especial.

En este documento se aportan novedades entre las que destacan:

- La generalización del principio de integración de acnees asociadas a condiciones personales de discapacidad en los centros que les corresponden, esto supone la eliminación de los centros de integración.
- En la Educación Secundaria, se propone la escolarización preferente en aquellos institutos que cuenten con los recursos adecuados para atenderlos.
- La organización de la oferta educativa de Formación Profesional para los acnees: FP reglada con adaptaciones, Programas de Garantía Social generales. Programas de Garantía Social para

acnees, Programas de Transición a la Vida Adulta con componentes de Formación Profesional.

Posteriormente en la Orden del 22 de marzo de 1999 (BOE, 10 de abril de 1999), se regulan los Programas de Formación para la Transición a la Vida Adulta destinados a los alumnos con necesidades educativas especiales escolarizados en Centros de Educación Especial propuestos en 1995 (R. D. 696/1995). Estos programas tienen como objetivos:

- Afianzar y desarrollar las capacidades de los alumnos en sus aspectos físicos, afectivos, cognitivos, comunicativos, morales, cívicos y de inserción social, promoviendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración social.
- Fomentar la participación de los alumnos en todos aquellos contextos en los que se desenvuelve la vida adulta: la vida doméstica, utilización de servicios de la comunidad y disfrute del ocio y tiempo libre entre otros.
- Promover el desarrollo de las actitudes laborales de seguridad en el trabajo, actitud positiva ante la tarea y normas elementales de trabajo, así como la adquisición de habilidades laborales de carácter polivalente.
- Favorecer los conocimientos instrumentales básicos, adquiridos en la educación básica afianzando las habilidades comunicativas y numéricas, la capacidad de razonamiento y resolución de problemas de la vida cotidiana, así como el desarrollo de la creatividad en los alumnos.

- Potenciar hábitos vinculados a la salud corporal, la seguridad personal y el equilibrio afectivo, para desarrollar su vida con el mayor bienestar posible.

Para cumplimentar estos objetivos se propone a través de la Resolución de 20 de mayo de 1999 (BOE 3 de junio de 1999), un Modelo de Programas de Formación para la Vida Adulta, con el fin de orientar la respuesta educativa dirigida a alumnos con necesidades educativas especiales, escolarizados en centros de Educación Especial.

Gráfico I.7: Marco legislativo de la Formación de Personas con Retraso Mental en España. Fuente: Casado Muñoz, 2000. p. 65.

I.3.6. La Carta para los Años 80 de Rehabilitación Internacional

En el XIV Congreso Mundial de la Organización de ámbito mundial sobre Rehabilitación Internacional, celebrado en junio de 1980 en Winnipeg, Canadá se redactó el texto de la llamada "Carta para los Años 80". INSERSO, la presentó en España, como contribución al Año Internacional de las Personas con Discapacidad en 1981.

En este documento se marcan las prioridades de acción para la década de los años 80. Tomando las terminologías y los conceptos de la Clasificación Internacional de la OMS, considera prioritarios los ámbitos de prevención, rehabilitación, máxima participación posible y partición igualitaria.

En consecuencia con estos conceptos, los objetivos que persigue la Carta son (Rehabilitación Internacional, 1982; Real Patronato, 1997a):

- Iniciar en todos los países la elaboración y consiguiente aplicación de un plan de prevención de deficiencias, favoreciendo el acceso del máximo número de personas a los servicios de prevención.
- Arbitrar los medios idóneos para que las personas con discapacidad y sus familias accedan a los servicios de rehabilitación y de apoyo que mejor respondan a sus necesidades.

- Adoptar las medidas para posibilitar y favorecer la máxima integración y participación de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida social.
- Difundir información sobre discapacidad, su prevención y su tratamiento, así como sobre las posibilidades de participación social que, contando con los medios más idóneos, puede desarrollar una persona con discapacidad, con objeto de promover una labor de concienciación y de cambio de las actitudes sociales.

I.3.7. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (PAMPD).

La Asamblea General de Naciones Unidas, aprueba el 3 de diciembre de 1982, Resolución 37/53, el World Programme of Action Concerning Disabled Persons. Este programa ha sido traducido por el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía en 1988 bajo el nombre de Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, y mantiene el esquema conceptual que sobre enfermedades, consecuencias y traumatismos propuso la OMS en el Manual de Clasificación de Enfermedades CIE.

Dicho programa considera que los estados miembros deben tomar medidas para la prevención de deficiencias y discapacidades y para asegurar la divulgación de los conocimientos y las tecnologías pertinentes (Párrafo 95).

La década dedicada a las personas con discapacidad, que hemos citado en los anteriores párrafos, se concibió como medio para ejecutar este programa. Encuentra su fundamento en las Declaraciones de Derechos del Deficiente Mental y de los Impedidos, pero puede afirmarse que va más allá, pues además de examinar las cuestiones de rehabilitación, el Programa enuncia el principio de igualdad de oportunidades, no sólo en el ámbito de la salud, la educación o el trabajo, sino también en el ocio, la religión, la cultura y el deporte (Saulle, 1995).

El propósito general del Programa es "promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de la igualdad y la plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo" (PAMPD, párrafo 1). El programa tiene en su base conceptual unas medidas de acción o estrategias de intervención (Verdugo, 1995a).

Las propuestas para la ejecución del Programa incluyen medidas de ámbito nacional e internacional, investigación y control de la investigación:

A) Dentro de las medidas nacionales se indican las siguientes:

1. Participación de las personas con discapacidad
2. Prevención de la deficiencia, discapacidad y minusvalía
3. Rehabilitación
4. Equiparación de oportunidades: legislación; medio ambiente; mantenimiento del ingreso económico y seguridad social; educación y formación; empleo; recreo; cultura; religión y deporte
5. Acción comunitaria

6. Formación del personal
7. Información y educación del público

B) En cuanto a las acciones en el ámbito internacional, se centran en los derechos humanos, la cooperación técnica y económica, la educación y la información al público.

C) Se destaca la necesidad de estimular y controlar la investigación para poder desarrollar mejores ayudas y equipos que favorezcan a las personas con discapacidad.

A pesar de haber sido concebido para su aplicación durante un periodo determinado de tiempo, este Programa sigue siendo un marco de indudable validez para todo lo relacionado con la prevención, la rehabilitación y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad (Casado Muñoz, 2000; García Viso 1994, 1996). Esta postura también es apoyada por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (Real Patronato, 1996) justificando la publicación conjunta de este Programa (PAMPD) y las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (NORUM).

Podemos afirmar, sintetizando, como expresan diversos autores (Casado Muñoz, 2000; García Viso 1994 y Verdugo, 1995a), que de los grandes documentos que aparecen en la década de los 80 relacionados con la discapacidad destacan, entre todos, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías y el Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad.

I.3.8. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para la Personas con Discapacidad (NORUN).

En 1987, se celebró en Estocolmo la Reunión Mundial de Expertos para evaluar los resultados del Programa de Acción Mundial. En dicha reunión se consideró la necesidad de incluir, por su importancia, el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. Este reconocimiento debería regir las acciones futuras.

Posteriormente en diciembre de 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. En dicha Asamblea se elaboró el Documento del 20-12-1993, Resolución 48/93, por el cual se establecen recomendaciones tales como la participación plena en la comunidad de las personas con discapacidad y la igualdad de oportunidades.

El hecho de que las Normas estándar de las Naciones Unidas sean recomendaciones y no impliquen obligatoriedad ha llevado a ciertos autores a realizar algunas críticas como la que Grifo presentó en las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad (Salamanca, 1999):

“Las Normas presentan las directrices políticas de cambio social que deberían permitir a todos los ciudadanos, sin excepción el participar de forma igual en la vida de la sociedad, son un instrumento internacional de orientación metodológica, cultural y política y pueden ser un método de control para garantizar el respeto de los derechos humanos y civiles. También si no son una

obligación legal por los estados, debería devenir progresivamente un estándar internacional aceptado también a nivel nacional por los países que lo han aprobado. Efectivamente, necesitan de una fuerte implicación política y técnica para que la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad lleguen a ser reales" (Griffo, 1999. p.72).

Siguiendo al Real Patronato (1996), el contenido de estas normas se divide en dos partes según las recomendaciones que se realizan: Recomendaciones sustantivas, en las que se incluyen todos los derechos y servicios necesarios en la vida de las personas con discapacidad y recomendaciones sobre planificación y actividades, para hacer efectivos estos derechos.

El Consejo de Europa elabora en 1996 la Carta Social Europea que es aprobada por el Comité de Ministros en la 562ª sesión de Delegados (1-4 de abril de 1996). Dicho documento se adhiere a las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para la Personas con Discapacidad (NORUN) y recoge en uno de sus principios el derecho de las personas con discapacidad a la autonomía, a la integración social y a la participación en la vida de la comunidad.

La Comisión Europea el 27 de julio de 1994 lo adopta y lo publica en 1994 en el libro Blanco sobre la Política Social Europea (Cap. VI, párrafo 23).

El Parlamento Europeo el 11 de abril 1997, adopta igualmente la Resolución de la Comunicación sobre Igualdad de Oportunidades para Personas Discapacitadas.

1.3.9. La Declaración de Salamanca y el Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales

En 1990, la Conferencia Mundial sobre Educación, propone como consigna “una educación para todos”. Cuatro años más tarde, se realiza en Salamanca, España, del 7 al 10 de junio la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad, organizado por la UNESCO y el Ministerio de Educación y Ciencia, en la que se dieron cita 92 gobiernos y 25 organizaciones internacionales.

En esta Conferencia se reafirmó el compromiso de una educación para todos y reconoció la urgencia de impartir una enseñanza para los niños con necesidades educativas especiales dentro del sistema común de la educación.

La Conferencia se centra en cuatro aspectos:

- Política y Legislación
- Perspectivas escolares
- Perspectivas comunitarias y
- Asociación y redes.

La Declaración de Salamanca propone un decálogo de recomendaciones a desarrollar y, siguiendo a Casado Muñoz (2000), los contenidos más característicos se resumen en los siguientes puntos:

1. Expresa la necesidad y urgencia de facilitar el acceso a la educación a todos los niños, jóvenes y adultos con necesidades

educativas especiales, respaldando el marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales.

2. Proclama el derecho de cada niño/a a recibir una educación que atienda a sus características y necesidades, en el marco de las escuelas regulares.
3. Insta a los gobiernos para que incluyan en sus sistemas educativos a todos/as los/as niños/as; a adoptar con carácter de ley el principio de educación integrada; a fomentar la participación de los padres y organizaciones de personas con discapacidad en la planificación y toma de decisiones; a que los programas de formación del profesorado (inicial y continua) se orienten a la atención de las necesidades educativas especiales.
4. Solicita colaboración y coordinación en estos principios a las distintas organizaciones mundiales vinculadas al campo (ILO, WHO, UNESCO, UNICEF).

El Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales se inspira en la experiencia nacional de los países participantes en la Conferencia y en las resoluciones y publicaciones de las Naciones Unidas, especialmente en las Normas Uniformes.

Defiende el derecho de todos los niños a recibir educación y el de los padres a ser consultados sobre la educación de sus hijos, siendo su principal rector el que las escuelas deben recoger a todos los niños,

independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales, lingüísticas u otras (Párrafo 2).

La estructura del Documento contiene los siguientes apartados:

- I. Nuevas ideas sobre las necesidades educativas especiales.
- II. Directrices de acción en el plano nacional.
 - A. Política y organización
 - B. Factores escolares
 - C. Contratación y formación del profesorado docente
 - D. Servicios de apoyo exteriores
 - E. Áreas prioritarias
 - F. Participación en la comunidad
 - G. Recursos necesarios
- III. Directrices para la acción en los planos regional e internacional.

El objetivo principal de este Marco de Acción se concreta en el siguiente texto:

"Informar la política e inspirar la acción de los gobiernos, las organizaciones internacionales y nacionales de ayuda, las organizaciones no gubernamentales y otros organismos en la aplicación de la Declaración de Salamanca, de principios y práctica para las necesidades educativas especiales".
(Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1994, p.1).

Gráfico I.8: Estructura y contenido del Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales. Fuente: Casado Muñoz, 2000, p. 32.

I.3.10. Simposio Internacional sobre la Convención de los Derechos del Niño hacia el Siglo XXI

De nuevo fue en Salamanca, donde se celebró el Simposio Internacional con motivo del cincuenta aniversario de UNICEF. Del 1 al 4 de mayo de 1996 se reunieron más de un centenar de expertos internacionales de distintos ámbitos del conocimiento. Esta diversidad garantizó el carácter multidisciplinar del encuentro.

Se trataron, entre otros, temas relacionados con la protección judicial, la política económica y el fomento de los derechos. Ratificaron la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989 (la cual en su artículo 23 hace referencia a los derechos de los niños impedidos) y la Declaración de Salamanca.

Entre otros aspectos pidieron a las instituciones competentes lo que hoy en día entendemos como educación inclusiva:

"...que los colegios no sigan dividiéndose en centros de integración o no, sino que cualquier alumno tenga derecho a ir al colegio que desee, aunque este alumno tenga necesidades educativas especiales" (Verdugo y Soler-Sala, 1996, p. 423).

I.3.11. Plan Nacional de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002. Mejora de la Política Social en España para los Años 90

A partir de la revisión de la LISMI en 1992, y el conocimiento de los planes de Acción de índole internacional, en España se redactó en 1996, (publicado por INSERSO) el Plan Nacional de Acción para las Personas con Discapacidad, en vigor desde 1997 al 2002.

Aprobado en noviembre de 1996, en Santander, por la XVI. Reunión de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, formada por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y los consejeros de todas las Comunidades Autónomas. Tiene por objeto atender, intervenir y facilitar la vida autónoma de las personas con discapacidades. Se elaboró un documento guía en el que se señalan actuaciones que favorecen a estas personas. En dicho documento se reflejan los datos básicos que justifican el plan de actuación los destinatarios, los objetivos y los programas a realizar. El plan de Acción, se define como:

“Una propuesta de esquema común de política integral para personas con discapacidad, como una nueva estrategia para los noventa” (INSERSO, 1996).

Los cinco planes sectoriales son:

- Plan Sectorial I: Promoción de la salud y la prevención de las deficiencias. Sus propuestas van orientadas a la prevención de deficiencias perinatales, a la salud escolar y laboral y a la prevención de enfermedades crónicas e invalidantes.

- Plan Sectorial II: Asistencia sanitaria y rehabilitación integral. Sus propuestas consideran la atención precoz de las deficiencias, la rehabilitación integral de los trabajadores, de los enfermos crónicos y de los enfermos mentales.
- Plan Sectorial III: Integración escolar y educación especial. Se consideran acciones para las diferentes etapas educativas.
- Plan Sectorial IV: Participación e integración en la vida económica. Presta atención a la recuperación profesional, en los programas de empleo, e inserción laboral y en la participación económica y social.
- Plan Sectorial V: Integración comunitaria y vida autónoma. Considera el apoyo a las familias, los problemas de vivienda, la movilidad, la accesibilidad el ocio y la cultura.

La consecución de todos estos planes de acción promueven y favorecen al individuo con discapacidad de una manera integra. Podemos afirmar, siguiendo a Maravall, (1996) que el Plan de Acción tiene tres elementos centrales:

1. En primer lugar supone una concepción integral, interdisciplinar, multilateral de los problemas y propuestas de la política social hacia las personas con discapacidad, superando visiones estancas y reduccionistas. Es necesario la superación de las discontinuidades o funcionamientos paralelos entre el sistema de salud y el educativo, o entre el educativo y el empleo o de los tres con los servicios sociales.

2. Un diseño integrador de todos los recursos, programas equipamientos públicos y no públicos porque hay un volumen de recursos en funcionamiento en la actualidad de gran importancia y de lo que se trata no es tanto de aumentarlos como de optimizarlos. La coordinación de políticas horizontales y verticales es por tanto, una referencia básica del Plan. En esta coordinación estriba una de las claves decisivas para el éxito del mismo.
3. La primacía de las iniciativas de prevención, de preparación/rehabilitación para la integración en el trabajo, en definitiva de la normalización por encima de la protección pasiva.

En este trabajo tan sólo vamos a reflejar, los datos que se facilitan en el Plan Sectorial III: Integración Escolar y Educación Escolar y para el Plan Sectorial V: Integración Comunitaria y Vida Autónoma.

1.3.11.1. Plan Sectorial III: Integración Escolar y Educación Escolar

Datos Básicos:

- 29.222 alumnos con necesidades educativas especiales están integrados en centros ordinarios de Educación Infantil y Primaria.
- 1075 alumnos con necesidades educativas especiales están integrados en centros ordinarios de Educación Secundaria.

- 11429 alumnos con necesidades educativas especiales están escolarizados en 229 centros de Educación Especial.
- 587 alumnos con necesidades educativas especiales están integrados en 203 centros ordinarios de Formación Profesional y de Bachillerato.
- 3817 maestros de apoyo desarrollan programas de integración.

Destinatarios:

- Alumnos de 3 a 6 años, a los que los centros ordinarios pueden dar respuesta a sus necesidades educativas especiales.
- Alumnos entre 6 y 12 años, a los que los centros ordinarios pueden dar respuesta a sus necesidades educativas especiales.
- Alumnos con necesidades educativas especiales entre 12 y 16 años que hayan concluido la Educación Primaria.
- Alumnos con necesidades educativas especiales que han obtenido el título de Graduado en Educación Secundaria.
- Alumnos con necesidades educativas especiales permanentes que no han alcanzado los objetivos de la Educación Secundaria Obligatoria.
- Alumnos que han superado los objetivos del Bachillerato.
- Alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad psíquica severa y profunda, a plurideficiencias y a trastornos graves de la personalidad entre 6 y 18 años.

Objetivos:

- Garantizar a las personas con necesidades educativas especiales la igualdad de oportunidades en materia de educación, al amparo del Título I de la Constitución española.
- Fundamentar la atención educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales permanentes en el principio de adecuación o adaptación de las enseñanzas a las características de éstos, en el contexto de una enseñanza normalizadora, de calidad y de atención a la diversidad.
- Garantizar los recursos personales, materiales y técnicos a los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad, que están escolarizados en centros ordinarios o en centros de Educación Especial.
- Potenciar la participación de los padres o tutores en la enseñanza obligatoria.

Programas:

- De integración en la Educación Infantil y Primaria.
- De integración en la Educación Secundaria.
- De escolarización en Centros de Educación Especial.
- De Formación Profesional.

I.3.11.2. Plan Sectorial V: Integración Comunitaria y Vida Autónoma

Datos Básicos:

- La mayor parte de las personas con minusvalía viven en el entorno familiar.
- Las barreras arquitectónicas urbanísticas y de la comunicación, presentan serias dificultades para el 25% de la población.
- Ocio y tiempo libre: el 56% de los discapacitados menores de 65 años ocupan su tiempo libre en ver la TV, oír radio, leer o escuchar música. Un 5% realiza actividades deportivas un 4% actividades al aire libre y un 2,4% acude a espectáculos. "Nada" o "estar en casa" es una respuesta que engloba al 31% de los sujetos discapacitados. Más del 60% no sale de su hábitat ordinario para disfrutar de unas vacaciones.

Destinatarios:

- Personas discapacitadas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de las actividades de la vida diaria, como lavarse, vestirse, desplazarse.
- Personas con movilidad reducida de forma permanente, sordos y ciegos que tienen necesidad de adaptaciones en su vivienda o en la utilización de medios de transporte y de comunicación.
- Los destinatarios de actividades de ocio y tiempo libre son todas las personas con discapacidad, y particularmente, aquellos más gravemente afectados.

Objetivos:

- Favorecer la permanencia de las personas discapacitadas en el hogar, promoviendo su autonomía y el bienestar del entorno familiar.
- Garantizar a las personas con discapacidad el acceso a una vivienda y la adaptación a sus necesidades especiales, y promover, como alternativa al hogar familiar, fórmulas de alojamiento lo más normalizadas posibles.
- Construir para todos: Incorporar la accesibilidad a las corrientes urbanísticas actuales como un componente básico de la convivencia y de la calidad de vida.
- Incrementar la oferta cultural y deportiva adaptada a las necesidades especiales de las personas con discapacidad y fomentar la participación activa y normalizada del colectivo en actividades de ocio.

Programas:

- De apoyo a las familias.
- De vivienda y alojamiento.
- De accesibilidad y transporte.
- De ocio, deporte y turismo.

I.4.1.2 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS DISCAPACIDADES EN ESPAÑA

El Instituto Nacional de Estadística llevó a cabo un estudio a petición del INSERSO en 1989. En este estudio sociológico se proporciona amplia información sobre algunos aspectos relacionados con la minusvalía en España y hasta ahora se ha venido usando como documento básico de referencia. Se obtuvieron también porcentajes de minusvalía de acuerdo con los 6 roles de supervivencia señalados en la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías propuestos por la OMS.

Recientemente en 1999, el Instituto Nacional de Estadística ha difundido los resultados de una encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud, estos resultados se publicarán en breve y de momento se han difundido un avance de resultados con cifras provisionales en las publicaciones locales y nacionales periódicas y también a través de la página web del INE en Internet (<http://www.ine.es/discapa/discapamenu.htm>). La operación estadística se ha realizado en forma de macroencuesta (79.000 viviendas y 220.000 personas aproximadamente). De nuevo, (como ya sucediera en anteriores estudios estadísticos), se han excluido del estudio la población residente en establecimientos colectivos. La demanda de estos datos la realizaron las administraciones públicas y usuarios de organizaciones no gubernamentales.

La encuesta está orientada a cubrir las necesidades de información sobre la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España.

La discapacidad es analizada en la misma línea que la anterior encuesta llevada a cabo en el año 1986, pero adaptada a la realidad actual y ampliada en aspectos fundamentales como los tipos de ayudas, el grado de severidad de las distintas discapacidades, la formación y el empleo de los colectivos afectados y otros items que permitirán obtener indicadores esenciales como, por ejemplo, la esperanza de vida libre de discapacidad.

Según el citado texto, se ha puesto especial énfasis en los aspectos más determinantes de la dependencia, como son las ayudas de otras personas, las características de los cuidadores y el grado de severidad de las discapacidades.

También se analizan temas como la autovaloración del estado de salud, los hábitos de vida, la accidentalidad, las enfermedades crónicas, la utilización de servicios, etc.

La metodología usada recoge en sus aspectos fundamentales las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo que se refiere a la utilización de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. La discapacidad desde esta perspectiva, es entendida como las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Las discapacidades representan por tanto, trastornos a nivel de la persona.

Se han estudiado diez funciones para valorar la discapacidad de las personas: 1. Ver; 2. Oír; 3. Comunicarse; 4. Aprender; aplicar conocimientos y desarrollar; 5. Desplazarse; 6. utilizar brazos y manos; 7.

desplazarse fuera del hogar; 8. cuidarse a sí mismo; 9. realizar tareas del hogar y 10. relaciones con otras personas.

Personas con discapacidades según grupos de edad y sexo. Tasa por mil habitantes de cada grupo de edad y sexo.		
	Varones	Mujeres
TOTAL	76,60	102,67
Menos de 6 años	21,71	23,21
De 6 a 15 años	16,72	15,83
De 6 a 9 años	18,91	18,86
De 10 a 15 años	15,40	14,00
De 16 a 44 años	33,32	25,26
De 16 a 19 años	24,46	14,76
De 20 a 24 años	22,37	14,54
De 25 a 29 años	28,82	18,29
De 30 a 34 años	39,54	27,09
De 35 a 39 años	39,55	36,58
De 40 a 44 años	45,13	39,63
De 45 a 64 años	89,10	98,67
De 45 a 49 años	54,68	56,23
De 50 a 54 años	65,24	81,41
De 55 a 59 años	99,75	112,74
De 60 a 64 años	152,20	155,01
De 65 a 84 años	246,93	322,51
De 65 a 69 años	170,97	207,28
De 70 a 74 años	219,52	299,40
De 75 a 79 años	325,16	399,15
De 80 a 84 años	428,94	573,73
De 85 y más años	591,64	656,58

Cuadro I. 5. Personas con discapacidades según grupos de edad y sexo. Fuente: INE, 2001, Internet: (<http://www.ine.es/discapa/discapamenu.htm>).

La recogida de los datos se ha llevado a cabo en tres fases que se identifican con distintos cuestionarios y los resultados obtenidos se muestran en el cuadro I.5.

Los resultados manifiestan que hasta los 24 años no se observan diferencias significativas entre ambos sexos. En edades más altas existe un mayor número de mujeres con discapacidad. No obstante, si la comparación se hace en cifras relativas, las tasas tienden a igualarse.

Para los niños menores de 6 años, las encuestas no hablan de discapacidades sino de limitaciones. En esta población los datos observados han encontrado limitaciones en el 2,24% de los niños.

El total de personas de 6 a 64 años con discapacidades en España supone el 4,6 por cien habitantes y en cuanto al estudio por Comunidades Autónomas en Castilla y León se obtiene el mismo porcentaje 4,6%.

El porcentaje medio obtenido por la personas con discapacidad de entre 0 y 19 años es del 1.9%.

También se realizan estadísticas específicas con los alumnos escolarizados en Enseñanza Obligatoria. Vamos a reflejar las llevadas a cabo en Burgos por el Área de Programas Educativos de la Dirección Provincial de Educación de Burgos. Junta de Castilla y León (con fecha 13 de febrero de 2001) al objeto de conocer las necesidades educativas especiales.

Total de alumnos escolarizados en Primaria: 26.623.
Total de alumnos escolarizados en Secundaria: 14.251.
Total de alumnos escolarizados: 40.874.

Alumnos con necesidades educativas especiales. TOTAL: 725.

- En Primaria: 517.
- En Secundaria: 208.

En el desglose que se realiza a continuación se observa que

• En Primaria existen:

- Retrasados mentales: 360.
- Motóricos con y sin retraso mental: 104.
- Graves alteraciones del comportamiento (incluidos los autistas): 36.
- Discapacidades sensoriales y otros acneos: 17

• En Secundaria existen:

- Retrasados mentales: 149
- Motóricos con y sin retraso mental: 22
- Graves alteraciones del comportamiento (incluidos los autistas): 4.
- Discapacidades sensoriales y otros acneos: 33

Nota: Desglosando de todos los motóricos (126), los que tienen retraso mental, se obtiene un número de 72 alumnos.

Aglutinando los datos referidos por el área de programas educativos se obtiene una cifra de alumnos con necesidades educativas especiales de 725, lo que indica un 1,77% de la población escolar en Burgos.

I.5. CONCEPTOS Y CONSIDERACIONES ACTUALES QUE FAVORECEN LA COMPRENSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Los últimos años han supuesto un cambio importantísimo en la concepción de las discapacidades. Exponemos a continuación los grandes campos de estudio abiertos, que creemos tienen mayor relevancia en la actualidad. Para comenzar, nos adherimos a Schalock (1999c), quien considera que en la nueva forma del ver el concepto de discapacidad se incluyen diferentes aspectos:

- La discapacidad de una persona resulta de la interacción entre ésta y el ambiente en el que vive.
- La visión de la discapacidad supone considerar la autonomía (self determination) la interacción, la igualdad y las capacidades de la persona.
- Se establece un paradigma de apoyos que esté centrado en la vida, en el empleo y en la educación integrada.
- El concepto de calidad de vida de las personas con discapacidad está basado en la mejora, en el mantenimiento de la calidad, y en la gestión. Focalizado principalmente en la evaluación de los resultados.

- Se valora en las personas las conductas funcionales y las necesidades de apoyo sin tener en cuenta los diagnósticos categorizantes y clínicos.

Esta forma de comprender la discapacidad posibilita numerosos cambios, por un lado mejora la vida de las personas con discapacidad y por otro cambia la forma en que los profesionales se implican e intervienen.

La evaluación tiene como objetivo principal valorar los puntos fuertes y débiles de funcionamiento de las conductas adaptativas, y llevar a cabo, en su caso, un seguimiento de los logros conseguidos (valorar si las limitaciones se han visto reducidas, si han mejorado las conductas y habilidades adaptativas que necesita la persona, etc.) para que con posterioridad, se lleven a cabo la previsión o revisión de los apoyos y servicios que se necesitan.

Comprender el desarrollo de los niños, adolescentes y adultos con discapacidades es importante para definir el impacto de la discapacidad en el ajuste y funcionamiento psicosocial.

Para reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad es necesario proveer apoyos y servicios que favorezcan las conductas adaptativas en el rol que la persona desempeña en la sociedad.

Hemos de adoptar una visión evolutiva para comprender a las personas con discapacidad. La discapacidad afecta al desarrollo de modos muy variados y en especial quienes presentan discapacidades

cognitivas tendrán experiencias evolutivas específicas a lo largo del ciclo vital.

La investigación en psicología de la salud es aun reducida si comparamos con la investigación que se realiza en psicología clínica y en psicología conductual. Para muchos autores tan sólo es un paradigma a través del cual se favorece la comprensión de los distintos conceptos, para unos pocos la importancia y necesidad es tal que lo consideran su modelo teórico y práctico de cara a la intervención en diferentes problemáticas. Si duda, el modelo actual de salud tiene muchas posibilidades, es actual, acorde con las necesidades comprensivas y contextualiza la comprensión teórica y práctica de las personas con discapacidades psíquicas.

El marco actual que proporciona la OMS en el que diferencia entre deficiencias, discapacidades y minusvalías es útil relativamente. Por un lado, ofrece hoy en día una clasificación de la que pueden hacer uso los servicios sociales que realizan planificaciones y gestiones de prestación de apoyo, pero no sirve de mucho a la hora de esclarecer las problemáticas, la mayor dificultad estriba en el establecimiento de factores etiológicos y en la explicación causal que establece entre deficiencias y discapacidades y minusvalías. El Borrador Beta-2 de la CIDDM-2, cuya publicación está prevista para este año, puede aportar nuevos avances en este terreno.

En cuanto a la terminología de la CIDDM de 1980, se observa en la actualidad que no existe un grado aceptable de consenso. Uno de los conceptos con más problemas de aceptación unánime se refiere al conjunto de consecuencias permanentes de las enfermedades.

Actualmente, en muchas ocasiones, se utiliza el segundo de los niveles de la clasificación, discapacidad. Cuando el término se expresa en plural, por regla general se refiere al conjunto de conceptos.

Es el tercer nivel considerado por la OMS en el Manual de Clasificación de la Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías el que plantea más problemas conceptuales y terminológicos a nivel internacional. En España hablamos de minusvalía, en otros países prefieren usar otros conceptos, por ejemplo, Canadá, prefiere el término de hándicap, en Portugal, se habla de desvantagens y en Inglaterra, el concepto de minusvalía, tiene una connotación bastante más peyorativa y limitadora que en otros países.

La discapacidad se comprende mejor dentro del contexto de los modelos biopsicosociales y ecológicos. Las personas con discapacidad actúan a varios niveles en diferentes sistemas. Estos incluyen el desarrollo y el funcionamiento psicológico y debemos ser conscientes de las complicadas relaciones entre tales niveles y sistemas.

Las tendencias actuales al considerar las discapacidades desde estos modelos, tendrán implicaciones importantes y necesarias, en todos los campos de la discapacidad.

Además de los problemas terminológicos, en la actualidad se siguen manteniendo problemas conceptuales, por ejemplo, en muchos documentos falta la referencia explícita de la importancia que el ambiente y el medio social tiene en las distintas situaciones en las que se desenvuelve la persona, y esto es importante para el individuo, ya que en muchas ocasiones, es el propio medio social el que no pone los medios

para permitir la accesibilidad de las personas, es decir es el ámbito social el responsable de muchas discapacidades. No es de extrañar que ante todas estas nuevas inquietudes surja la idea de revisar los conocimientos y proponer nuevas vías que sigan favoreciendo la comprensión de las personas con discapacidad.

En estos momentos estamos pasando por una etapa de transición, y como expresa Schalock (1998), nos estamos alejando de la visión patológica que ofreció la OMS en 1980, y nos dirigimos hacia una perspectiva contextual en la que la discapacidad de las personas resulta de la interacción entre las limitaciones y el entorno físico y social de las personas.

Numerosos organismos e instituciones subrayan que desde el momento en que la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre la enfermedad, el entorno y los recursos físicos y sociales, necesitamos centrarnos en el déficit de habilidades funcionales (conductas adaptativas) y los apoyos del entorno que atenúan el déficit y por tanto, potencian la competencia general del individuo (Bradley, 1995; Instituto de Medicina, 1991; Organización Mundial de la Salud, 1995).

El enfoque que en la actualidad está tomando más fuerza, y a la que nos adherimos, se basa en los factores ecológicos y habilidades adaptativas funcionales. Este enfoque nos sugiere que la discapacidad se define mejor como algo que implica limitaciones funcionales en la competencia general. Esta sugerencia tiene una serie de implicaciones en la comprensión de las discapacidades. Entre las más importantes están:

- La discapacidad no es fija ni dicotómica; al contrario, es fluida, y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y los apoyos disponibles en su entorno.
- Si se proporcionan intervenciones, servicios y apoyos que se centren en la prevención, conductas adaptativas y estatus de rol se atenúan las limitaciones funcionales, y por lo tanto, la discapacidad de la persona, (Schalock, 1999a).

II.1. ACERCAMIENTO A LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL RETRASO MENTAL

No se debe confundir el retraso mental con la discapacidad intelectual, ya que esta última incluye también a las personas con discapacidad intelectual que no tienen un retraso mental. El retraso mental se define como una condición de desarrollo intelectual que se manifiesta antes de los 18 años de edad, caracterizada por un funcionamiento intelectual inferior a la media (menor de 70 puntos en la prueba de cociente intelectual) y por limitaciones en el comportamiento adaptativo en áreas como la comunicación, el autocuidado, la vida independiente y la interacción social (American Psychiatric Association, 1994; Organización Mundial de la Salud, 1992; Pérez, 1978, 1980; Pérez, 1982; Pérez, 1984; Pérez, 1986; Pérez, 1988; Pérez, 1990; Pérez, 1992; Pérez, 1994; Pérez, 1996; Pérez, 1998; Pérez, 2000; Pérez, 2002; Pérez, 2004; Pérez, 2006; Pérez, 2008; Pérez, 2010; Pérez, 2012; Pérez, 2014; Pérez, 2016; Pérez, 2018; Pérez, 2020).

Perú: Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo, 2020.

CAPÍTULO II:

EL RETRASO MENTAL: COMPRENSIÓN HISTÓRICA. CONCEPTO Y MODELO ACTUAL DE EVALUACIÓN. IMPLICACIONES. EPIDEMIOLOGÍA.

II.1. ACERCAMIENTO A LA COMPRENSIÓN HISTÓRICA DEL RETRASO MENTAL.

No se pretende en este estudio llevar a cabo una revisión histórica que analice e integre pormenorizadamente la evolución del concepto del retraso mental. Este trabajo ya lo han realizado algunos profesionales, (Aguado, 1995; Carpintero, 1979, 1986, 1987, 1996, 1998; Castilla del Pino, 1978, 1987; Domènech y Corbella, 1997; Fierro, 1984; Ingalls, 1982; Pelechano, 1995; Rosen, 1976; Scheerenberger, 1984; etc.) y otros en la actualidad continúan su labor.

Pero consideramos junto a Alfredo Fierro que

"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, 1984, p. 403).

Partiendo de esta idea, consideramos oportuno analizar algunos momentos históricos que han tenido lugar en España, por varios motivos. Por un lado estudiar la evolución de los conocimientos sobre el tema del retraso mental en nuestro país desde los ámbitos de la psicología, la educación y la evaluación diagnóstica, marcando los hitos y las líneas más características, y por otro, 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 retraso mental.

Naturalmente, se observa una gran interconexión e influencia de otros países que van configurando los aspectos sociales y culturales propios, por ello se hace referencia en algunas ocasiones a hechos y datos cronológicos universales.

La historia del retraso mental no ha seguido un curso lineal ni acumulativo (Aguado, 1995). Por regla general, en las distintas épocas históricas han coexistido los planteamientos y las prácticas más novedosas con otros planteamientos anteriores y más anticuados.

En algunas ocasiones, España se ha mostrado pionera en ciertos temas, mientras que en otros momentos históricos se observa un gran retraso en las concepciones y actuaciones predominantes. En este resumen, vamos a referirnos a los hechos positivos que realizaron el avance y la comprensión de las personas con retraso mental. Por esto en los autores que se citan se reflejan sólo algunas de sus ideas.

Desde el origen de la humanidad han existido personas con retraso mental, pero la comprensión y las actitudes que la sociedad ha manifestado hacia estas personas no siempre han sido las mismas. El concepto de retraso mental ha surgido, se ha mantenido y ha cambiado con el tiempo. Los conocimientos y las técnicas que en cada momento se utilizaban han estado determinadas por el momento histórico.

Este desarrollo histórico no ha sido uniforme ni constante, ha variado a lo largo de la historia, 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.

Estas ideas referidas al campo concreto del retraso mental son expresadas por Scheerenberger, cuando escribe:

"El retraso mental es en esencia un fenómeno determinado socioculturalmente que sin duda empezó a manifestarse desde los albores de la humanidad. Cualquier sociedad, comprendidas las tribus más primitivas, ha estado constituida incuestionablemente por miembros más capaces y por otros menos capaces... La importancia de la debilidad individual, sin embargo, ha variado con las necesidades de la sociedad, sus expectativas y la conciencia social" (Scheerenberger, 1984, p. 5).

II.1.1. Comprensión del Retraso Mental hasta el Siglo XIX.

Hasta el siglo XIX, y siguiendo a Scheerenberger (1984), a nivel mundial se puede hablar de tres tendencias históricas en la definición del retraso mental:

1. Las primeras tendencias generales surgieron de una necesidad social. Era necesario proteger los derechos de propiedad de los ricos y así por ejemplo, al considerar que los denominados 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.

2. Posteriormente comenzaron a hacer distinciones entre las personas con retraso mental. En un momento dado se hablaba de los "idiotas" sin posibilidad de curación y de origen congénito y los "lunáticos" que era un estado transitorio. Para diferenciar ambas definiciones la habilidad mental deficitaria era la que establecía tales distancias. Se

realizaron descripciones funcionales como la de Sir Fitzherbert en 1534. Finalmente, se consideró necesario evaluar y diagnosticar lo que eran las habilidades mentales. Esta labor se comenzó a principios del siglo XX con los trabajos de Binet, quien definió principalmente a estas personas por su falta de habilidad cognitiva general.

3. Posteriormente los profesionales se interesaron por las causas. Consideraron que la etiología era orgánica, pero no supieron encontrar signos o manifestaciones anatomofisiológicas. La medicina se encargó principalmente de evaluar el retraso mental haciéndolo en función de las diferentes causas. No supieron distinguir el retraso mental de las enfermedades mentales ni de otras deficiencias, todas eran variantes de lo que se consideraba entonces la demencia, y todas tenían sus causas en factores orgánicos, biológicos o innatos.

Pero vayamos más despacio. Durante la Edad Media, primer Renacimiento y Reforma, se sabe que las personas con deficiencias tuvieron que soportar unas condiciones realmente duras. A nivel mundial existía una corriente negativa, pesimista y pasiva con ideas demoníacas y diabólicas (Aguado, 1995, p. 26). La deficiencia mental estaba considerada como inmutable e inamovible. Poco a poco, con el tiempo, surge frente a esto y en pugna con lo anterior, el humanitarismo cristiano que comienza a provocar cambios y aporta algunas ideas innovadoras.

En España, en el siglo XIV, 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.

Juan Gilaberto Jofré (1350-1417), con el apoyo del rey de Aragón, fundó en 1409 el primer hospital de Europa: El Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes en Valencia. Fue iniciador de una terapia comprensiva con los enfermos mentales, realizó terapias para establecer el lenguaje y desmutizar a los sordomudos con el método de Ponce de León. Se retiran las cadenas a los enfermos, avanza la técnica protésica, se instaura la terapia ocupacional y el tratamiento moral.

Poco después, comienza la época de la creación de hospitales psiquiátricos. Al de Valencia, le siguen el de Sevilla, Palma, Barcelona, Toledo, Valladolid, Granada, etc.

Las instituciones manicomiales al principio estaban constituidas por centros públicos pequeños 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.

Desde finales del siglo XVI hasta finales del XIX, se produce a nivel mundial la "Primera Revolución en Salud Mental" (Aguado, 1995, p. 71) que viene caracterizada por la creación de manicomios y la incorporación de los conceptos de neurosis y locura. Los cambios que se producen en este periodo¹ son importantes, pues se pasa del modelo demonológico al modelo biológico y orgánico del concepto, y de la idea de pecado al de enfermedad.

¹ Montoro (1991), articuló también su historia de los ciegos bajo los criterios de las tres grandes revoluciones en salud mental.

Las alteraciones y los trastornos mentales (gracias al modelo naturalista) fueron conceptualizados como enfermedades, a las personas se las trataba como pacientes, se habla del concepto de locura. Comienzan a producirse avances universales en su comprensión atribuibles a algunos personajes concretos, como los médicos suizos Paracelso y Felix Plater.

Paracelso (1493-1541) se interesó por la deficiencia mental, que la distinguió de los trastornos mentales y observó que el cretinismo estaba asociado a la deficiencia mental.

Felix Plater (1536-1614) formula una primera clasificación psicopatológica, siendo pionero en describir la deficiencia mental en distintos niveles y en señalar el cretinismo endémico.

En la evolución de estas nuevas ideas, tuvo también relevancia España, en donde estos problemas preocuparon y fueron objeto de interesantes iniciativas. Se inventó y se exportó a Europa toda una serie de medidas revolucionarias, como las de Luis Vives, San Juan de Dios y Juan Huarte (Aguado, 1995, p.76 y 291).

Luis Vives (1492-1540) 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. Escribió "De Subventiones Pauperum", donde propuso suprimir la mendicidad.

Vives 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).

San Juan de Dios (1495-1550) fundó en Granada uno de los primeros hospitales de inválidos en 1540 y en 1548 otro en Toledo.

Juan Huarte de San Juan (1530-1589) se preocupó por los asuntos sociales y culturales de la época, 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).

Con el tiempo se produjo una masificación y acumulación de pacientes en las instituciones manicomiales debido, entre otros factores, a la miseria existente en las ciudades. En cuanto esto sucede, se dejan de cumplir los objetivos de atender adecuadamente a las personas y se produce lo que se ha venido a llamar "el gran encierro" (Aguado, 1995, p. 76).

El concepto hipocrático y posteriormente gálenico de la naturaleza humana, la teoría de los humores siguió perdurando en nuestro país hasta bien entrado el siglo XVIII, pero esto no impidió que con el paso del tiempo surgieran nuevas inquietudes, como los trabajos realizados con personas sordomudas de los siguientes autores:

Ponce de León (1520-1584) es considerado el primer educador de la historia y autor del Método "La Doctrina para los Mudos-Sordos".

Juan Pablo (1579-1633), autor en 1620 de "Reduction de las Letras y Arte de Enseñar a Ablar a los Mudos".

Manuel Ramírez de Carrión (1584-1650), continuador del Método de Ponce.

Jacobo Rodríguez Pereira (1715-1780), añadió el aprendizaje a través del tacto y difundió en Francia el Método de Ponce de León, y

Pedro de Castro (¿ -1663) que difundió el Método de Ponce en Italia.

Durante el siglo XVIII se continuó a nivel mundial con la expansión y el avance en los métodos educativos para los sordomudos, estos avances hacen cambiar la educación impartida a los alumnos normalizados y a los retrasados, por lo que se consideran la base de los estudios sobre retraso mental (Carpintero y del Barrio, 1979).

A nivel universal comienzan a aparecer concepciones sobre la deficiencia mental. Se observan nuevos planteamientos teóricos y asistenciales que revolucionan los conocimientos y actitudes que hasta entonces la sociedad y el poder habían mantenido. La concepción de deficiencia mental comienza a tener entidad propia y a diferenciarse del resto de las deficiencias. Podemos citar entre otros a los siguientes autores:

Walter Harris (1647-1732) es uno de los primeros en llamar la atención sobre la herencia.

Philippe Pinel (1745-1826) fundador de la Psiquiatría en Francia, publicó en 1789 el "Tratado Médico-Filosófico sobre la Alienación Mental". En su obra nos habla de términos como demencia e idiocia distinguiendo entre formas congénitas y adquiridas y los niveles de funcionamiento intelectual. 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, Voisin², 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, 1984, p.140).

Rousseau (1712-1852), J. Pestalozzi (1746-1827) y Friedrich Fröbel (1782-1852) ofrecieron orientaciones en la educación de los deficientes mentales, proponiendo para las personas con discapacidad métodos globalizantes y desarrollo armónicos.

² Voisin, F. (1843), con su trabajo, *De l'idiote chez les enfants*. Paris: Bailliére, está considerado el primer autor que llevo a cabo el registro y medición de conductas adaptativas. (AAMR, 1993, p. 2)

II. 1.2. Comprensión del Retraso Mental en el Siglo XIX.

El siglo XIX fue la época considerada como la "época del progreso, de las reformas y tragedias" (Scheerenberger, 1984, p. 75). Trajo consigo un gran avance médico que revirtió directamente en el mundo de las deficiencias. Existió mucho interés por describir, clasificar y reconocer los distintos trastornos, y se diferenció entre enfermedad y trastorno mental. Se preocuparon por la escolarización y se desarrolló la Educación Especial. Los modelos eran predominantemente organicistas, a los que se le añade la poco acertada corriente frenológica, concebida por Franz Joseph Gall (1758-1828). Sin embargo, de forma simultánea, fueron surgiendo modelos sociales comenzando una perspectiva más humanitaria.

El francés Jean Itard (1774-1836) influido por las ideas del filósofo inglés John Locke, fue el primero que trabajó en la educación y el tratamiento de las personas con retraso mental. Fue Director Médico del Instituto Imperial de Sordomudos de París. Trabajó la instrucción de Víctor, niño salvaje de Aveyron, encontrado en 1798, con 11 o 12 años de edad, en estado semisalvaje, que no daba muestras de haber tenido ninguna instrucción ni de haber tenido tratos con seres humanos. La intervención dio como resultado que con un entrenamiento sistemático de capacitación, esta persona, diagnosticada de idiota en su época, fue capaz de aprender algunas habilidades sociales.

En 1835, uno de los discípulos de Itard, Onésime Edouard Seguin (1812-1880), 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 al retraso mental: 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 (1984) le considera el padre de la educación especial³. Trabajó con un niño diagnosticado de idiocia. Después de su “adiestramiento”, pudo usar mejor sus sentidos, pudo hablar, escribir y contar. Este éxito le dio un renombre extraordinario, por lo que enseguida comenzó a perfeccionar su método, trató a más niños retrasados 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 retraso mental 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, 1984, 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.

³ 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).

Estos trabajos tuvieron gran importancia al considerar la posibilidad de educación de estas personas a través del entrenamiento.

A mediados de siglo XIX adquiere especial relevancia el Darwinismo Social, que defiende la eugenesia, o reproducción selectiva en busca de rasgos deseables y considera que cualquier intento por mejorar la suerte de los débiles sería destructivo para la especie y, además, contrario a la evolución. Estudios como el de Goddard, 1912 en EEUU sobre la familia Kallikak, ofrecieron armas muy poderosas a los defensores de la eugenesia.

A las personas con retraso mental se les guardó en asilos y otras instituciones en las que se le proporcionaban los cuidados más básicos. Como dato significativo, la Escuela de Jóvenes Idiotas y Débiles Mentales de Massachussets creada en 1824 por Samuel Howe, médico por Harward, que inicialmente tenía sólo 10 estudiantes, llegó a tener en el año 1917 más de 1500 personas, desviándose ya de las metas que se habían asignado.

Simultáneamente a esto, comenzó un estudio más científico del retraso mental, se intentó estudiar con más profundidad las causas, entendiéndolas como variadas y con muchos niveles (W. Ireland, citó en su libro de 1877, "Sobre Idiotas e Imbéciles", doce niveles según su etiología). Se utilizaron medios de diagnóstico y se comenzó a separar el retraso mental de los trastornos mentales. Se fueron creando aulas específicas para estas personas.

Por lo tanto, se observan dos líneas paralelas en lo que se refiere al trato de los retrasados mentales: una línea continuista y asistencial que propone la inutilidad de la educación para los idiotas, para los que sólo tenía sentido proporcionar recursos a sus necesidades primarias, y una línea educativa que, a pesar de los fracasos de las experiencias anteriores, defiende la posibilidad de educación y desarrolla métodos adecuados. En esta segunda línea se encuentra Seguin.

Hay autores que destacan por su interés por la descripción y clasificación en la deficiencia mental como:

Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840) en su obra "Enfermedades Mentales: Tratado de la Locura", diferenció entre la demencia (enfermedad mental) y la amencia (deficiencia mental), estableciendo grados y niveles.

Esquirol definió la amencia como "una afección cerebral, por lo general crónica y no acompañada de fiebre, caracterizada por el debilitamiento de la sensibilidad, el ingenio y la voluntad. La incoherencia de ideas y la tendencia a la espontaneidad intelectual y moral son signos de esta afección. El hombre en estado de demencia ha perdido la facultad de percibir correctamente los objetos, de advertir sus relaciones, de compararlos y de guardar un recuerdo diferenciado de ellos" (Esquirol, 1845, citado por Scheerenberger, 1984, p. 80).

La demencia implicaba una gran pérdida de funcionamiento intelectual que en la amencia nunca había existido. Esquirol, posee el mérito de haber proporcionado la primera definición científica en 1818 del

retraso mental, este concepto aunque poco optimista, fue mantenido durante muchos años.

Jhon Langdon Down (1826-1896), conocido por el síndrome que lleva su nombre, calificó la idiocia en tres grupos: congénita, accidental y del desarrollo. El término imbecil lo reservó para el enfermo mental. Se preocupó por la prevención del retraso mental, "hijos que practiquen la templanza e hijas comedidas" (Down, 1887, citado por Scheerenberger, 1984, p. 85). Fue partidario de impartir adiestramientos precoces y educación especial.

En la segunda mitad del siglo XIX proliferan en EEUU las asociaciones profesionales y así en 1876 se crea, bajo la presidencia de Seguin, la Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles Mentales de Estados Unidos, la cual tras varios cambios en la denominación llegará a ser la actual Asociación Americana sobre el Retraso Mental.

En esta época se llevaron a cabo tratamientos asistenciales, con resultados no excesivamente buenos en la práctica. La concepción social dominante de las personas con retraso mental estaba basada en el negativismo visto desde la perspectiva de la enfermedad y la curación; aún así, aparecieron nuevas corrientes pedagógicas como las de María Montessori y Decroly que intentaron luchar contra las concepciones y actitudes negativas.

Muchos de los principios vigentes en la actualidad fueron propuestos y desarrollados durante este periodo, como la instrucción

individualizada o el entrenamiento en destrezas funcionales. Para expresarlo con palabras textuales:

"Buena parte de lo que es vital en la educación especial contemporánea tuvo su origen en la segunda mitad del siglo XIX". (Scheerenberger, 1984, p. 127).

Esta época de progreso mundial, según Scheerenberger, es considerada como una época primitiva en España (Fierro, 1984, p. 404), en la cual tan sólo se dieron los primeros pasos incipientes. Para Alfredo Fierro, fueron las escuelas y autores franceses las que dominaron todo el siglo XIX.

En 1822, en España se promulgó la Ley de Asistencia, que no tuvo ninguna repercusión práctica. Los representantes más característicos de estos momentos fueron:

Pedro Mata y Fontanet (1811-1877) que revisó y refundió el Tratado Completo de las Enajenaciones Mentales de Esquirol (1856). Se planteó el problema de la determinación científica de la normalidad y la locura como cuestión esencial a la práctica jurídica. Escribió, entre otros, varios volúmenes bajo el título "Criterio Medicopsicológico".

José Rodríguez Villargoitia (181?-1854) se esforzó por elevar la asistencia en los hospitales y manicomios. Publicó en 1846 "De los Medios de Mejorar en España la Suerte de los Enajenados".

Antonio Pujadas y Mayans fue discípulo de Esquirol. Se formó en París, Edimburgo y Londres, escribió en 1865 "La Razón de la Sinrazón".

Juan Bautista Peset y Vidal (1821-1885), escribió libros como la "Patología Psicológica" (1859) y "la Historia de las Neurosis llamadas Digestivas" (1869).

Emilio Pi y Molist (1824-1892) se decantó por la frenopatía y por la asistencia en los manicomios. Se mantuvo en el terreno claramente psicologicista y rechazó los modelos organicistas. Escribió "Apuntes sobre la Monomanía" (1864) y "Proyecto Médico Razonado para la Construcción del Nuevo Manicomio del Hospital de Santa Cruz de Barcelona" (1860).

Ya en el último tercio del siglo, podríamos decir que, el prestigio social alcanzó lo científico. Los representantes más destacados son en Madrid, Esquerdo y en Barcelona, Giné.

José María Esquerdo Zaragoza (1842-1922), discípulo de Mata, fundó en 1877 el manicomio privado de Carabanchel. Se preocupó por los problemas de la demencia y la medicina legal en general.

Juan Giné y Partagás (1836-1902), seguidor de la escuela francesa, de corte organicista. Escribió entre otros en 1876 el "Tratado de Frenopatología".

Jaime Vera López (1858-1918) trabajó en el Manicomio de Esquerdo. Fue un positivista, continuador de las ideas de Mata, que mantenía el origen socio-genético de algunas alteraciones psíquicas y del comportamiento.

Rafael del Valle y Aldabadle (1863-1936) realizó la primera lectura crítica sobre psicoanálisis que se hacía en España.

Arturo Galcerán y Granés (1850-1919), continuador de Giné, tuvo criterios puramente organicistas. Fue el fundador en 1903 de los Archivos de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales.

II. 1.3. Los Primeros Cincuenta Años del Siglo XX.

La “Segunda Revolución en Salud Mental” (Aguado, 1995, p. 139), se inicia a finales del siglo XIX. Supuso un avance en la comprensión e identificación de las formas clínicas asociadas a la deficiencia mental. Existió una gran preocupación por descubrir la etiología, siguieron preocupados en la clasificación y surgieron medidas legales e institucionales a favor de los deficientes. Se desarrollaron nuevas disciplinas: las ciencias sociales, la psiquiatría, la psicología clínica, la psicología experimental y la evaluación psicológica; y nuevos modelos explicativos como el psicoanálisis y el conductismo. Hubo un gran desarrollo de las técnicas de evaluación psicológica, especialmente de la inteligencia. Interesó evaluar las aptitudes escolares y detectar las dificultades a los alumnos, para ello se utilizaban pruebas que evaluaban la coordinación general, la fisonomía, el aspecto según la edad cronológica, etc.

Una de las figuras más destacadas por su contribución al estudio de las personas con retraso mental fue Alfred Binet (1857-1911), quien junto con Theodore Simon (1873-1962), elaboró en 1905 la primera escala Binet-Simon de inteligencia.

También en estos años se publicaron otras pruebas, en este caso proyectivas, por ejemplo, el Test de Rorschach o el test de Goodenough.

A nivel mundial se acentuó el interés por los aspectos sociales y evolutivos y los movimientos de higiene mental. Comenzaron a surgir las primeras críticas contra los tests (se cuestionaron su validez práctica, ya que no distinguían entre casos leves y normalizados, etc.).

En 1930, la Conferencia de la Casa Blanca sobre los Niños Disminuidos diferenció deficiencia y debilidad mental en función de la competencia social. La deficiencia mental sería el retraso intelectual con competencia social; y la debilidad mental el retraso intelectual sin competencia social.

En cuanto al retraso mental se observa una doble orientación, por un lado desde una corriente biologicista, se intenta comprender la etiología y se ofrecen clasificaciones. Por otro lado desde los modelos sociales, se acentúa el interés por la modificabilidad y se asientan las tres condiciones de la deficiencia mental: 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 los retrasados mentales (idiota imbecil y morón).

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. El retraso mental 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 al Retraso Mental 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 tres características de la deficiencia mental: la inadaptación social, como causa de una baja inteligencia y cuyo desarrollo se ha detenido.

En 1941 y 1953, Doll ofreció una definición 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, y que comentaremos en el capítulo III.

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 numerosas críticas pues se observaba que la falta de adaptación social podía variar dependiendo del ambiente, por lo que en un contexto podría ser considerado como retrasado 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).

Simultáneamente desde la perspectiva social, la idea del retrasado mental fue muy distinta, se utilizaron términos como deficiencias comportamentales, déficits de ejecución, detección de conductas problema, comportamientos ausentes, etc., que contribuirían de forma decisiva posteriormente en el tema de clasificación y de apoyos.

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.

En España el concepto de la deficiencia mental siguió sin adquirir la suficiente identidad. Existieron instituciones que trabajaron en el campo del retraso mental como el Patronato Nacional de Anormales desde 1914 y los Institutos de Psicotecnia.

Como personajes a finales del siglo XIX citamos entre otros, a Nebreda, en Madrid y Rius, en Barcelona, pioneros de la educación de los retrasados mentales, con su Instituto médico-pedagógico y Francisco Pereira y Anselmo González, a comienzos de siglo XX.

Francisco Pereira fue maestro de Parla en Madrid. 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).

Escribió varios folletos, entre ellos "De la Organización de las Clases Especiales para Niños Mentalmente Anormales"; "La Infancia Degenerada"; "Necesidad de que el Estado Atienda a los niños Mentalmente Anormales" y un volumen titulado "Por los Niños Mentalmente Anormales" publicado en Madrid en 1907. En el prólogo de esta obra, señaló:

"Más que un libro de estudio, deseo se le considere como libro de propaganda" (y concluyó con un) "...llamamiento a los pedagogos, médicos, sociólogos y a toda persona de ideas humanitarias" (Domènech y Corbella, 1997, p. 149).

En la contraportada del folleto de información de su escuela figuraba:

"Primera Institución de su Género en España. Tratamiento Psiquiátrico, Pedagógico, Individualizado y Continuo" (Domènech y Corbella, 1997, p. 149).

Anselmo González, profesor de la Escuela Superior de Magisterio. Se dedicó a la evaluación psicológica. Publicó "El Diagnóstico de Niños Anormales", con este libro, que posiblemente se editó en 1915, pretendió que se evaluara correctamente a los niños con retraso mental. Expuso una serie de instrumentos evaluadores y concluyó que ningún método era

superior al Test de Binet. También publicó "Técnica de Psicología Experimental sin Aparatos", "Manual de Investigación Psicológica" (se ha encontrado una segunda edición de 1925), (Doménech y Corbella, 1997, p.149). Escribió algunos folletos como "Nacimiento y Evaluación de la Inteligencia" y otro sobre Alfredo Binet.

Anselmo González, marcó un hito en la exploración psicológica de los niños con deficiencias psíquicas.

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 en España, la colaboración entre médicos y pedagogos fue probablemente lo que produjo el impulso de la paidología. La ciencia médica 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.

Se trabajó principalmente en temas generales de la salud mental. El interés no estaba focalizado en las personas con retraso mental, sin embargo también publicaron trabajos en este campo. La incorporación de estos profesionales en este trabajo de tesis es una muestra de reconocimiento a su multidisciplinalidad, a su investigación y su interés

por avanzar en los conocimientos de salud mental. Aunaron contenidos de psiquiatría, psicología, pedagogía y sociología, y cambiaron actitudes de la población. Entre otros autores de este momento podemos señalar a:

Luis Simarro Lacabra (1851-1921) estudió en París con Charcot y Magnan. Obtuvo en 1902 la Cátedra de Psicología Experimental de la Universidad de Madrid, la primera en España (Pelechano, 1988). Enseñó Psicopatología, utilizando como manual el Compendio de Psicología de Wundt. Le interesó la Neurohistología y la Psicología Experimental conforme al modelo alemán. A partir de él la influencia alemana es importante, se comienza a conseguir que la ciencia en España vaya al mismo paso que en el resto de Europa. Simarro, con su orientación experimental, histológica y clínica tiene continuadores que pertenecen a la psiquiatría actual. Diseñó un test de inteligencia empleado luego por alguno de sus discípulos (Carpintero, 1996, p. 437).

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 Peláez y Huertas García-Alejo, 1986).

Alrededor de 1916, una nueva generación de científicos comenzaron a preocuparse por la patología mental. Sus principales representantes son:

Achúcarro (1880-1918), y Rodríguez Lafora (1886-1971), junto con otros profesionales como José Miguel Sacristán, Sanchis Banús, Santos Rubiano, Villaverde, Prados, etc., siendo receptivos a las novedades

intelectuales, dándose una curiosa mezcla de enfoques somáticos, psicológicos y psicoanalíticos 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. Estas mezclas de orientaciones fueron significativas y pioneras en el campo de la salud mental en España.

Los médicos de esta generación, introdujeron el Psicoanálisis en España, practicándolo y difundiendo como un método más de investigación psicológica. Tuvieron una formación psiquiátrica y neurobiológica importante. La mayoría viajaron al extranjero y tradujeron las obras psiquiátricas más importantes. Algunos trabajaron con Ziehen en Berlín, con Alzheimer en Alemania, con Pierre Marie, en París. Además de esto, pusieron en marcha instituciones que facilitaban los aspectos asistenciales, de docencia y de investigación.

En 1914, se creó el Patronato Nacional de Subnormales con Achúcarro como secretario técnico. En 1916 se fundó, dependiente de la Junta para Ampliación de Estudios, el Laboratorio de Fisiología Cerebral a cargo de Rodríguez Lafora. Se creó también, el Instituto Médico Pedagógico de Carabanchel y el Sanatorio Neuropático, también en Carabanchel, dedicado al trabajo con subnormales y desde donde se inició la psicología española, usándose principalmente 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, con Cajal y Lafora como directivos.

Se escribieron numerosos libros relacionados con el retraso mental entre ellos cabe destacar "Los Niños Mentalmente Anormales" de Lafora, en el que manifestó sus ideas y ofreció alternativas pedagógicas y formulas de incorporación social. Se relacionaron con la Revista de Pedagogía y la Institución Libre de Enseñanza (creada en 1876 por Giner de los Rios), de espíritu laico, en la que primaba la importancia de la razón, el interés por las ciencias y mantenían la fe en la educación como instrumento para el cambio de mentalidad. El Krausismo, también tuvo su importancia, este movimiento intelectual defendió la ciencia positiva, la investigación de los hechos, sin renunciar al planteamiento metafísico de Dios y del fundamento del universo (Carpintero, 1996). España alcanzó en esta época cotas de calidad y prestigio hasta entonces desconocidas.

Juan Vicente Viqueira y López (1886-1924), psicólogo español de orientación krausopositivista. Ligado por vínculos familiares al Institucionismo, recibió las influencias de la Psicopedagogía de Giner, del Funcionalismo centroeuropeo y las ideas psicológicas de Simarro durante su período de formación académica. Pensionado por la Junta para Ampliación de Estudios (JAE), trabajó en el laboratorio de Psicología Experimental de G. E. Müller sobre memoria de reconocimiento, como consecuencia de lo cual se convirtió en el primer español en publicar un artículo experimental sobre este tema en una revista extranjera. A su vuelta de Alemania llevó a cabo algunos trabajos de corte experimental sobre cuestiones psicopedagógicas y ganó una cátedra de Filosofía en el Instituto de Segunda Enseñanza de Santiago de Compostela. Muere

prematuramente en 1924 como consecuencia de una infección ósea (Rosa y cols., 2000).

En 1920, se publicó "Archivos de Neurobiología, Psicología, Fisiología, Neurología y Psiquiatría" bajo la dirección de Ortega y Gasset, Rodríguez Lafora, y José Miguel Sacristán, esta publicación difundió la labor española, tanto dentro como fuera de nuestro país, y en torno a él se aglutinó toda una serie de profesionales, teniendo tal relevancia que ha llegado a denominarse "La Generación del 16" (Lain Estralgo, citado por Álvarez Peláez y Huertas García-Alejo) o bien "La Generación de los Archivos de Neurobiología" (Gracia Guillén, citado por Álvarez Peláez y Huertas García-Alejo). Se estructuró a nivel nacional un organismo que sirviera de punto de encuentro de las distintas escuelas psiquiátricas locales y desde el que se reivindicara las reformas en materia de asistencia, legislación y formación.

En 1924, tiene lugar la Primera Sesión Inaugural de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y pronunció el discurso Emil Kraepelin. Desde allí se pidió la adopción oficial de los conocimientos kraepelianos, y se llevaron a cabo numerosos cursos sobre enfermedades mentales. En su Congreso de 1935 se pidió la reforma de los manicomios.

Existían dos focos decisivos que hicieron avanzar los conocimientos psicológicos en España. Gracias a Mira, en Barcelona, y a Germain, en Madrid, se consigue el desarrollo e institucionalización de la Psicología en España, promoviéndola como ciencia y como profesión.

Mira, consiguió introducir la Psiquiatría como materia específica en la Facultades de Medicina y la materia de Psicología en la Facultad de

Pedagogía (se encargó de impartir la Psicología Infantil y Psicotecnia Educativa), y creó el Instituto de Observación Psicológica "la Sagueta" para Niños y Jóvenes en Barcelona. Trabajó con numerosos temas, entre ellos, trastornos de conducta, la capacidad escolar, y el lenguaje. Realizó trabajos de Psicología en el Secretariat d' Aprenentatge en la Diputació de Barcelona desde 1918. Creó el Primer Instituto de Psicología de España, 1928 y dos revistas de Psicología. Colaboró y tuvo contactos con Germain.

El objeto de revisar la comprensión científica y los intereses y actitudes que en estas primeras décadas del siglo XX se producían en España, se facilita si seguimos las actuaciones y trabajos realizados por Germain.

José Germain nació en Málaga en 1897, creó el Instituto de Psicología en Madrid. Ocupa la primera Cátedra Española de Psiquiatría en la Facultad de Medicina con contenidos psicológicos.

A él debemos prácticamente todo el desarrollo de la Psicología como ciencia en España. Antes de comenzar la carrera de Medicina, ya había estudiado en Bélgica y en París. En España también cursó el doctorado y se interesó especialmente por la Psicología Experimental (materia introducida para el doctorado por Simarro en 1902).

Discípulo de Lafora, se formó en los principales centros psicológicos y psiquiátricos de Europa, con Claperade en Ginebra, con Kohler en Berlín y con Dumas y Janet en París.

Lafora y Germain, trabajaron juntos en el Sanatorio Neuropático de Carabanchel, siguiendo el movimiento iniciado por Binet. En 1924 se celebró el Congreso de Madrid de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Germain presentó una exposición de dibujos y trabajos de enfermos mentales.

Durante la Segunda República, el objetivo profesional era rectificar lo tradicional por lo racional. Estas ideas sociales tuvieron repercusión en Germain que intentó difundir y provocar los cambios actitudinales de intervención social.

En 1929 fue director de la Revista "Archivos de Neurobiología, Psicología, Fisiología Neurología y Psiquiatría". La revista tuvo gran prestigio y colaboraron en ella profesionales de Psicología de primera línea: Pierón, Buhler, Myers, Piaget, etc.

En 1930 se celebró el I Congreso Internacional de Higiene Mental, donde surgió la idea de crear la Liga Europea y Germain fue el secretario general de la misma.

Germain tiene entre otras publicaciones, "Psicología e Higiene Mental en el Niño", e "Higiene Mental en la Vida Escolar".

En 1932, se creó el Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica y en él se establecieron monitores de laborterapia y enfermeras psiquiátricas.

Simultáneamente Germain, dedicaba tiempo al Instituto de Rehabilitación de Inválidos del Trabajo, creando una sección de Orientación y Selección Profesional, y siendo el director en 1932.

Promovió los Servicios de Orientación Escolar y Profesional en España (1934), futuro Instituto Nacional de Psicología. Abandonó poco a poco el ejercicio de la Psiquiatría y comenzó a hacer estudios de eidetismo, comparó niveles de inteligencia con estudios realizados, y los presentó al Congreso de Psicología de Estocolmo.

En 1934 fue a Cambrigde y estudió la personalidad, dejando a Mercedes Rodrigo y José Mallart y Cuto ejerciendo las funciones de Dirección del Instituto de Psicología y Psicotecnia (XII Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología, 1999, p. 37, 41). Impulsó la creación de la "Revista de Psicología General y Aplicada".

Alrededor de este Instituto se fueron aglutinando el primer grupo de psicólogos españoles (Villar, Monasterio, García Moreno, José Luis Pinillos, Mariano Yela, etc.).

Organizaron a lo largo de distintos lugares de España semanas de higiene mental, charlas para la radio en la que difundieron sus ideas. Temas como "Causas y Tratamientos de las Enfermedades Mentales" (1933), "Dónde y Cómo Deben Tratarse las Enfermedades Mentales" (1936), o "Higiene Mental, Escuela y Juventud" (1936), nos dan una idea de los intereses de Germain. Se trataba de provocar un cambio en la actitud social respecto a los trastornos mentales. Su intención y repercusión fue muy bien acogida.

Desde 1925, colaboró con Mercedes Rodrigo, psicopedagoga y con Mallart, psicotécnico, -ambos formados por Claparède-, en adaptación de tests, entre ellos el Terman-Merril (1937), de inteligencia, personalidad, atención y otras aptitudes; aplicaron el test de Ballard a los

niños de las escuelas madrileñas e hicieron estudios sobre superdotados, presentando las conclusiones en la Conferencia Internacional de Psicotecnia celebrada en Barcelona en 1930.

Desde 1932 a 1936 fue profesor de Psicología y Psiquiatría de La Escuela Nacional de Sanidad y Jefe del Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental en la Dirección General de Sanidad.

En 1936 tuvo que exiliarse y viajó por Suiza, Viena, Lovaina, Michote y París, destacando en estos lugares más como psicoterapeuta que como psicoanalista.

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:

"Germán 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).

Al regreso de Germain a España, el panorama estaba empobrecido. En 1948 dirigió el Departamento de Psicología en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, un despacho pequeño alrededor del cual se aglutinaron unos pocos colaboradores (Yela, Pinillos, Siguan, Pretejo, etc.).

En 1952 se creó la Sociedad Española de Psicología, en 1953 la Escuela Universitaria de Psicología de Madrid. Se creó la Revista de Psicología General y Aplicada y paralelamente se reconoció la Psiquiatría como especialidad de la Medicina.

En 1956, Germain fue repuesto como Director del Instituto de Psicología⁴, instalándose en la Ciudad Universitaria de Madrid. Retomó los estudios sobre personalidad y reunió entre otros a Úbeda, Siguán y Secadas.

En 1953 se creó la Escuela de Psicología y Psicotecnia en la Universidad de Madrid y en 1969 comenzó la licenciatura de Psicología.

II.1.4. Los Últimos Cincuenta Años del Siglo XX.

Las décadas de la Segunda Guerra Mundial fueron nefastas para la Evaluación Psicológica. A nivel mundial se evaluaba con criterios de selección para formar parte de las contiendas y en algunos momentos y países para practicar a los discapacitados la eutanasia, eso sí, muchos países elogiaron la labor y el valor patriótico de las personas con retraso mental. Fue la primera ocasión histórica en la que se confía en los deficientes, se les valora, se les asignan responsabilidades, se les exige y se les remunera como a los demás, es un hecho a señalar, como bien explica el profesor Aguado:

⁴ Posteriormente se llamaría Instituto de Psicología Aplicada y Orientación Profesional, e Instituto de Psicología Aplicada y Psicotecnia, creándose delegaciones en diversas provincias.

"...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, ps.183, 184).

En 1952 la Asociación Americana de la Deficiencia Mental, AAMD crea un Comité para la definición y la nomenclatura de la que forma parte Heber cuyas propuestas son aceptadas y dadas a conocer oficialmente en 1959 y con ligeras modificaciones en 1961:

"Retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general inferior a la media que tiene su origen el periodo de desarrollo y que va asociado a un menoscabo de la conducta adaptativa" (Heber, 1961).

Esta definición, que comentaremos más adelante, tiene un interés especial, puesto que incluye criterios importantes para el diagnóstico: El periodo de desarrollo, que se consideró entonces hasta los 16 años, el funcionamiento intelectual reducido y la adaptación social empeorada.

Se establecieron entonces cinco categorías en la clasificación del retraso mental dependiendo de la capacidad intelectual, medida a través de las normas de Stanford-Binet: Límite (83-67); Leve (66-50); Moderado (49-33); Grave (32-16) y profundo (<16). Además de esta clasificación oficial, se aprobó una clasificación etiológica que incluía ocho categorías (Scheerenberger, 1984, p. 317).

En 1960 se realiza el Primer Congreso Multidisciplinar celebrado en Londres sobre el Estudio Científico de la Deficiencia Mental.

La "Tercera Revolución en Salud Mental" (Aguado, 1995. p.207) comenzó a principios de los años sesenta y se mantiene hasta los

ochenta. Es el periodo que se ha venido a llamar "las décadas donde se sentaron los cimientos de lo que habían de deparar los años venideros" (Scheerenberger, 1984. p. 360). Se produce un salto cuantitativo y cualitativo en la atención a las deficiencias. El interés generalizado por la educación especial surge cuando se hace expansiva la obligatoriedad de la enseñanza. Se siguen desarrollando los modelos sociales y aparecen con más nitidez los conceptos de prevención, y los aspectos socio-comunitarios. Desaparecen prácticamente las instituciones psiquiátricas, aparecen los centros de salud, se critican las técnicas psicodiagnósticas por su falta de relación con la intervención y el tratamiento.

De los modelos biológicos, psiquiátricos o intrapsíquicos se pasa a los socioambientales y psicosociales en los que tienen relevancia los ejes bio-psico-sociales. Este nuevo enfoque tiene gran importancia en los temas de las ciencias de la salud.

Se observa en estos años un pluralismo conceptual y técnico (Aguado, 1995; Pelechano, 1988), una complejidad de perspectivas y proliferación de áreas estudiadas que se refleja muy bien en el siguiente texto:

"La deficiencia mental 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, 1972/77; Eysenck, 1960/83) 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, 1981/90 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).

A nivel mundial, se comienzan a considerar los derechos universales de los deficientes, discapacitados y minusválidos. Entre las muchas reglamentaciones importantes citamos cuatro, por considerarlas de máximo alcance:

En 1959 el Gobierno Danés aprueba la Ley relativa al "Cuidado de los Retrasados Mentales y de Otras Personas Excepcionalmente Retrasadas", cuyo objetivo es normalizar sus vidas, lo cual dará lugar más adelante al Principio de Normalización.

La ONU aprueba en 1971 la Declaración de Derechos de las Personas Deficientes Mentales y la Declaración de los Derechos de la Personas Minusválidas. Comenzaron entonces los grandes avances humanitarios, se reconocieron los derechos, la defensa legal, la normalización, se establecieron subvenciones locales, estatales comunitarias, etc.

En 1978 se redacta en el Reino Unido la publicación "Special Educational Needs: Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and young people", conocido como el Informe Warnock que tiene mucha influencia en España y en otros países.

Introduce el concepto de Necesidades Educativas Especiales y ofrece un estudio amplio de las necesidades educativas, de servicios sanitarios y sociales de los niños con discapacidad. Su contenido se estructura en cuatro grandes apartados (Real Patronato, 1997a): las necesidades educativas de los niños menores de cinco años, la educación especial en escuelas ordinarias, la educación especial en centros especiales y las necesidades educativas especiales que pueden presentar las personas en el periodo post-escolar de transición entre la escuela y la vida adulta.

Los años de 1983 a 1992, se han denominado el Decenio de la Naciones Unidas para las personas con discapacidad, Acabado el decenio se evalúan los resultados y se establecen a nivel mundial unas Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad (actualmente en vigor).

Podemos decir que desde la década de los ochenta en España, el retraso en la investigación de las personas con retraso mental se aminora: Se realizan tesis, másters, estudios y artículos especializados; se potencian los servicios públicos en todas su dimensiones; comienza el programa de integración; se crean empleos especiales a través de subvenciones; surgen revistas especializadas y, lo más importante, se publican leyes gubernamentales favorables a las personas con retraso mental, que son en definitiva, la manifestación del sentir social y de la comprensión que se tiene hacia estas personas.

Dicha comprensión queda expresada de una manera patente en palabras de Aguado:

"La Tercera Revolución en Salud Mental, nos descubre unos determinantes, los psicosociales y socioambientales, y una nueva forma de tratamiento, la intervención comunitaria. Con el tiempo se habla de lo bio-psico-social y de pluralismo conceptual y técnico. Paralelamente, el campo de las deficiencias encuentra uno de los momentos de mayor conexión con las corrientes dominantes en la sociedad y en las ciencias de la salud, no exento incluso de cierto protagonismo" (Aguado, 1995, p. 259).

II.1.4.1. Legislaciones y Hechos más Recientes en España relacionados con el Ámbito Socio-Educativo.

Los avances recientes han sido enormes, pero son los más difíciles de interpretar y valorar su verdadera significación. Para abordar lo sucedido en estos últimos cincuenta años en España, respecto a los ámbitos sociales y educativos del tema que nos ocupa, nos parece adecuado hacer uso de las referencias legislativas y de algunos hechos significativos que han ido surgiendo, ya que reflejan de forma clara el momento histórico y responden a las diferentes ideologías, conocimientos, inquietudes, intereses y motivaciones profesionales y comunitarias.

Hay que considerar una fecha, por ser la más característica, nos referimos al año 1985-86, en que se produce la integración de las personas deficientes en los centros ordinarios de educación. A partir de ese momento la comprensión, la educación, la evaluación, los sistemas de apoyo y las respuestas sociales e institucionales han posibilitado un mayor acercamiento a esta realidad.

Por orden cronológico van surgiendo acontecimientos en España, creándose instituciones y apareciendo nuevas legislaciones; entre otras las más relevantes han sido:

- Ley de 17 de julio de 1945. Se aprueba la Ley de Educación Primaria, por la que se crean escuelas de Educación Especial. En su Artículo 3 se contemplan los instrumentos oficiales para la enseñanza elemental de los retrasados mentales.
- Ley Moyano (9-9-1957). Considera la obligatoriedad de la enseñanza entre los 6 y los 9 años, se crean escuelas para niños sordos. Esta ley no se aplica rigurosamente hasta bastante más tarde.
- Se crea en 1953 el Patronato de Educación de la Infancia Anormal.
- 1956, se crea el Patronato Nacional de La Educación Especial, y la mayoría de los centros de Educación Especial que existen en la actualidad, muchos de ellos de iniciativa privada.
- En 1960 surgen en Valencia y San Sebastián las primeras asociaciones para deficientes mentales que consiguieron el estatus de Federación en 1964.
- Se imparten Jornadas de Estudio sobre Subnormales (1963, 1967, 1969, y 1972). Se instauro la especialidad de Pedagogía Terapéutica en las Escuelas de Magisterio.

- En Octubre de 1967 se publica el primer boletín por la FEAPS (Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales) que en su nº 24 de 1972 pasa a denominarse Siglo Cero y que proporcionará continuidad a la revista de retraso mental que actualmente edita la FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Retraso Mental).

- En 1968 se publican en Orden Ministerial las ayudas a Centros de Empleo Protegido. Posteriormente en 1973 se regulan los talleres y centros de trabajo y se establecen porcentajes: 2% en reserva de puestos de trabajo para minusválidos.

- En la Ley General de Educación, 14/1970 de 4 de agosto, se incluye la definición de la Educación Especial. Considera dos tipos de centros: los Ordinarios, en los que se crean Aulas de Educación Especial para los "deficientes débiles" (Capítulo VII, Título I, Artículos 49-53), y los Centros Especiales en los que asistirán alumnos sólo cuando la profundidad de las anomalías que padezcan lo hagan absolutamente necesario. En el Art. 4º. 1 está explícito que la finalidad de la Educación Especial es "la incorporación a la vida social, tan plena como sea posible".

En el Art. 52, se expone que el Ministerio de Educación y Ciencia en colaboración con los organismos competentes establecerá los objetivos, estructuras, duración, y programas que estos niños necesiten.

- Como consecuencia de esta ley, se crea en 1975 el Instituto Nacional de Educación Especial (I.N.E.E.). Decreto 1.151 de 23 de mayo.

- La revista Análisis y Modificación de Conducta comienza a publicarse en 1975 y en su número "0" ya aparecen artículos sobre la deficiencia mental.

- En 1975 se crea el Instituto de Educación Especial (actualmente suprimido).

- En 1976 se crea el Real Patronato de la Educación Especial, (RD.1.023 de 9 de abril, que en 1978 (RD. 2828 de 1 de diciembre, BOE del 7 de diciembre) se viene a llamar Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, con el fin de fomentar y coordinar la acción del Estado y la sociedad en materia de Educación Especial. Su Majestad la Reina es quien ostenta la Presidencia de Honor.

- En 1977, López Sepúlveda realiza y aplica la primera "Adaptación Curricular " basada en los Programas Renovados.

- En 1978, La Constitución Española (B.O.E., 19-12-78) reafirma el derecho de todo ciudadano a la educación, "La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales" (Art. 27). Y el Art. 49 dice "los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos".

- En 1978 se legisla el Plan Nacional de la Educación Especial, (PNEE, 1978) en la que aparecen los conceptos de Normalización,

Integración, Sectorización e Individualización. Entrará en vigor en 1982 (Fierro, 1984; Aguado, 1995).

- En 1978 se aprueba también el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. R. D. 2176/1978, de 25 de agosto, que entra en vigor en 1982.

- En el prolífico 1978, también se crea el Instituto de Servicios Sociales, (INSERSO) que asume las funciones del antiguo Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, (SEREM) creado en 1970.

- En los años 80 se intensifica el activismo social. Destacan las asociaciones de profesionales y de padres.

- En 1980 la OMS elabora la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías que se traduce al castellano por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de INSERSO en 1983.

- 1981 Año Internacional para los Disminuidos Psíquicos, Físicos y Sensoriales, bajo el lema "Participación e Igualdad Plenas".

- En 1982, se aprueba la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982), Ley 13/1982 de 7 de abril (BOE de 30 de abril). Marca las directrices que se han de seguir para lograr la perfecta integración social basándose en: los principios de normalización de servicios; de integración escolar; de sectorización de la atención educativa; e individualización de la enseñanza. Con estas medidas comienza a desaparecer la Educación Especial como subgrupo

diferenciado para constituir un servicio de apoyo a la Educación Especial (aun subsistiendo centros específicos de educación especial para casos extremos o profundos). Esta ley marcó un gran impulso para la integración escolar, social y laboral de las personas con discapacidad.

- También en 1982 y como consecuencia del desarrollo de la LISMI, se publica el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (R.D. 2630/1982 de 15 de octubre, BOE 22-10-82), donde se establecen tres modalidades de Formación Profesional en el ámbito de la Educación Especial: Ordinaria, Adaptada, y Aprendizaje de Tareas.

- En 1983, el MEC publica el Diseño Curricular para la Evaluación del Desarrollo Individual de los Niños Deficientes, basado en un Marco-Guía de la Sistemática del Aprendizaje. Se proponen programas y recursos.

- El R.D. 334/1985 del 6 de marzo de 1985 de Ordenación de la Educación Especial (BOE de 16 de marzo de 1985), que sustituyó al anterior Decreto de Ordenación de la Educación Especial de 1982, dota a los centros de recursos para facilitar la integración: profesores de apoyo; reducción de la ratio; orientaciones a los equipos multiprofesionales y a los Servicios de Orientación Educativa y Vocacional; etc. y establece las coordinaciones entre Centros Ordinarios y Específicos. Ofrece gratuidad y obligatoriedad a los mismos niveles del sistema educativo ordinario. Con este Real Decreto se inició un profundo proceso de transformación y cambio de la Educación Especial.

- El R.D. 2273/1985 aprueba el Reglamento de los Centros Especiales de Empleo.

- El R.D. 2274/1985 de 4 de diciembre se regulan los Centros Ocupacionales para Minusválidos.

- En el curso 1985-86 comienza el Programa de Integración en los Centros Escolares.

- Los avances son tan importantes que se va tejiendo una auténtica red de apoyos a la Educación Especial (Hernández Sánchez, 1993). Se constituye el Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial (R.D. 969/1986 de 21 de mayo), se crean Equipos Multiprofesionales Específicos, Asesores en los Centros de Profesores, Maestros Especialistas, etc.

- El 21 de febrero de 1986 se publica el Real Decreto por el que se deroga el término subnormalidad.

- El 8 de octubre de 1987 aparece una Circular con las Instrucciones de Escolarización de los Alumnos con Deficiencias Sensoriales, Motoras, Mentales y Problemas Graves de Personalidad.

- La Resolución del 15 de junio de 1989 transforma las Unidades de Educación Especial y sienta las bases para integrar a los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

- La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, LOGSE, 1/1990 de 3 de octubre, promulga un Sistema Único de

Enseñanza. Con fines generales obligatorios para todos los alumnos y con los mismos principios.

Art. 3.5: "Las enseñanzas se adecuarán a las características de los alumnos con necesidades educativas especiales".

Art. 36.1: "Se dispondrá de recursos para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes puedan alcanzar dentro del sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos".

Se establecen ratios de alumnos-aula para la integración de los alumnos deficientes psíquicos, plurideficientes y alumnos con problemas graves de personalidad y autismo.

- El MEC elabora Documentos de Apoyo (1989, 1991): "Las Necesidades Educativas Especiales en la Escuela Ordinaria", y "Evaluación".

- El MEC (1991, 1994) edita: "El Alumno con Retraso Mental en la Escuela Ordinaria"; "La Evaluación Curricular del Alumno" y "La Evaluación de la Situación de Enseñanza-Aprendizaje".

- En 1992 se publica el Marco de Acción sobre las Necesidades Educativas Especiales (comentado en el Capítulo anterior), en el que se ofrecen recomendaciones del Consejo de Europa estableciendo una política coherente sobre personas con discapacidad.

- La Orden del 2 de octubre de 1993, regula los Programas de

Garantía Social. Con un apartado para la modalidad de los alumnos con necesidades educativas especiales (esta modalidad aún no se ha desarrollado en su totalidad).

- Del 7 al 10 de junio de 1994 se reúne en Salamanca la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, bajo la organización del MEC y de la UNESCO. En ella se elaboran documentos básicos para la educación y se publica la Declaración de Salamanca, también llamada de Integración Escolar. Aporta un Marco de Acción sobre las Necesidades Educativas Especiales, que ha sido comentado en el Capítulo anterior.

- En 1994, Siglo Cero se redenomina como específica de las personas con retraso mental y publica trabajos sobre la calidad de vida de estas personas. En 1998, en el número 178, cambia el término de deficiencia mental por el de retraso mental.

- 1995 Primeras Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, celebradas en Salamanca (que continúan celebrándose bianualmente y reúnen a expertos de este y otros países).

- Real Decreto de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales del 28-4-95, en el que se establecen tres categorías de acnees: Por un lado, los deficientes físicos, psíquicos y sensoriales; por otro, los alumnos con problemas en su historia educativa y escolar; y finalmente, los acnees con dificultades asociadas a condiciones personales de sobredotación intelectual.

- El 20 de septiembre de 1995, se publica la LOPEG, Ley Orgánica de Participación, Evaluación y Gobierno de los Centros Educativos, que establece con carácter normativo la definición de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, entendiéndolo como aquellos alumnos que requieren una serie de apoyos especiales. En esta ley aparecen los siguientes términos: discapacidad, trastornos graves de conducta y situaciones sociales culturales desfavorecidas.

- Orden del 14 de febrero de 1996, por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicológica y el dictamen de la escolarización. También establece los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales.

- Resolución de 12 de abril de 1996 de la Secretaría de Estado de Educación, por la que se regulan los Programas de Diversificación Curricular en la Etapa de Educación Secundaria Obligatoria.

- Resolución del 30 de abril de 1996 de la Dirección General de Renovación Pedagógica, por la que se dictan las Instrucciones sobre el Plan de Actividades de los Departamentos de Orientación de los Institutos de Educación Secundaria.

- En 1996, se aprueba el Plan de Acción para las Personas con Discapacidad para los Años 1997-2002, en el que se establece una propuesta de política común a través de cinco planes sectoriales: I. Promoción de la salud y prevención de deficiencias; II. Asistencia sanitaria y rehabilitación integral; III. Integración escolar y educación especial; IV. Participación e integración en la vida económica; V. Integración comunitaria y vida autónoma.

- Orden de 22 de marzo de 1999 (BOE, 10-4-99), por la que se regulan los Programas de Formación a la Transición a la Vida Adulta destinados a los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales escolarizados en Centros de Educación Especial. En esta Orden se establecen cinco objetivos con el fin de promover: 1. El mayor grado de autonomía personal en la vida diaria; 2. La integración social y comunitaria; y 3. Favorecer la orientación y formación laboral. Los programas se organizan en un ciclo de dos años de duración que podrá ser ampliado si el proceso educativo del alumnado lo requiere. Están destinados a los alumnos que tengan cumplidos los dieciséis años de edad y no hayan superado los veinte, hayan cursado Enseñanza Básica en Centros de Educación Especial o en Centros Ordinarios con adaptaciones significativas para los que se aconseje la continuidad de su proceso formativo a través de estos programas.

- Resolución de 20 de mayo de 1999, BOE 3-6-99, por la que se propone un Modelo de Programas de Formación para la Transición a la Vida Adulta, con el fin de orientar la respuesta educativa dirigida al alumnado con necesidades educativas especiales, escolarizados en centros de Educación Especial. Está organizado por ámbitos de experiencia y por módulos.

- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, BOE 26-1-2000. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales establece el Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía. En el Capítulo XV, establece normas generales para la valoración de la discapacidad derivada del retraso mental, definido como: "capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones de la capacidad adaptativa referidas a cómo

afrontan los sujetos las actividades de la vida diaria y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria" (BOE 26-1-2000. Cap.15. p. 3398).

Se mantiene en este Real Decreto, sorprendentemente, la clasificación anterior a 1992 para el retraso mental: límite, leve moderado y grave o profundo. Para su evaluación, se agrupan rasgos relativos a áreas definidas como: psicomotricidad, lenguaje; habilidades de autonomía personal y social; proceso educativo; proceso ocupacional laboral y aspectos de conducta.

II.1.5. A modo de Síntesis.

El conocimiento de los cambios históricos habidos es esencial para situarnos en el momento presente y en el futuro inmediato. A pesar de la presencia de personas con retraso mental a lo largo de toda la historia de la humanidad, la comprensión de la naturaleza del retraso mental y su diagnóstico pertenece al siglo XX.

De las concepciones orgánicas o biologicistas se pasó a las exclusivamente psicométricas. Posteriormente se ha avanzado lentamente a una concepción multidimensional desarrollada por primera vez en 1992 por la Asociación Americana sobre el Retraso Mental, AAMR.

Hemos visto a través de las legislaciones y hechos más recientes en España que, durante las últimas décadas han surgido numerosas inquietudes en la sociedad que se han visto reflejadas en las legislaciones y actuaciones relacionadas con los alumnos con necesidades educativas,

entre los que se encuentran las personas con retraso mental.

Los cambios en cuanto a la atención prestada a los alumnos han sido extensos y muy positivos. En los últimos años se ha generalizado con normalidad la integración educativa en los centros públicos, atendiendo a las normativas vigentes; se han establecido criterios de valoración diagnóstica muy interesantes (MEC, 1996); y se han proporcionado recursos materiales, personales y de acceso para los alumnos con necesidades educativas especiales.

Si hacemos un análisis de las terminologías y conceptos que se han ido utilizando podemos observar claramente que, con el paso del tiempo, se han usado términos cada vez más amplios y menos etiquetantes. Poco a poco se han ido sustituyendo los conceptos más propios del modelo médico: enfermedad, subnormalidad, deficiencia,... por otros más acordes con el modelo socio-educativo, es el caso del concepto de necesidades educativas especiales, que principalmente es un indicador de apoyos necesarios y lleva consigo implícito ideas relacionadas con el ambiente, discapacidad, minusvalía, situaciones de desventaja cultural, etc.

Todo esto nos ha equiparado a las actuaciones del resto de Europa. Sin embargo, se observa que la década de los 90, ha sido algo menos prolífico en cuanto a normativas o desarrollos de éstas. Así podemos observar como algunas normativas propuestas con anterioridad, (como los programas de Garantía Social en su modalidad para acnees, elaborados en 1993), aún no se han desarrollado en su totalidad en el ámbito del MEC; la Atención a la Diversidad no se está utilizando en todo su potencial, en ocasiones, los profesionales expertos en el tema,

consideran que existen claras limitaciones en la atención y en el establecimiento de oportunidades específicas y no se cubren las necesidades de todo el alumnado.

En ocasiones, la práctica de algunos profesionales responde a concepciones anticuadas, en el que el criterio únicamente psicométrico de la inteligencia, ocupa el interés exclusivo y sirve para definir y clasificar a la población con retraso mental. Este diagnóstico de retraso mental tiene un carácter estigmatizador sobre las personas, y no da respuesta a las necesidades de intervención individual.

El proceso de desarrollo de la comprensión del retraso mental no ha sido ni sigue siendo lineal, se producen algunos altibajos en su evolución. El uso mayoritario de los conceptos más actuales y adecuados aun no se ha asumido por todas las instituciones ni por la sociedad en general (véase el R. D. 1971/1999, en el BOE 26 de enero de 2000, en el que todavía se especifican las cuatro categorías diagnósticas propuestas en las anteriores clasificaciones del retraso mental), lo que pone en evidencia aspectos como la falta de instrumentos que faciliten la clasificación; la dificultad de cambiar las actitudes y prejuicios sociales; y la poca relación existente entre dichos valores y los conocimientos.

Es de esperar que con la entrada de este nuevo milenio los avances prosociales se sigan produciendo a fin de facilitar la calidad de vida de las personas con discapacidad mental y funcionamiento limitado.

II.2. Conceptualización Histórica del Retraso Mental según la Asociación Americana sobre el Retraso Mental.

La confusión y las falsas interpretaciones existentes en la comprensión del concepto de retraso mental han sido debidas principalmente a la confusión del concepto de inteligencia. A menudo la sociedad en general y los profesionales han considerado a la inteligencia como algo fijo, inamovible. Esta antigua concepción ha provocado la idea de que una vez que se diagnostica a un sujeto de retrasado mental, siempre tendrá esta condición. La concepción de inteligencia como capacidad global ha llevado a la consideración de que estas personas eran incapaces de aprender.

Los intentos tradicionales por definir el retraso mental se pueden reducir en líneas generales a tres categorías: "definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia; definiciones basadas en un mal rendimiento social; y definiciones basadas en la causa o naturaleza esencial del retraso" (Ingalls, 1982, p. 52).

No vamos a exponer en este trabajo las numerosas definiciones aportadas en distintos momentos por autores u organismos expertos en el tema (Wechsler, 1979 ;Tredgold, 1937; Benda, 1954; Kanner, 1957; Luria, 1963), nos vamos a centrar en la concepción que la Asociación Americana sobre el retraso mental ha ido manifestando desde sus comienzos hasta llegar a exponer la comprensión más actual del concepto de retraso mental.

II.2.1. Fundación de la Actual Asociación Americana sobre el Retraso Mental y Cambios Producidos en la Denominación.

En la segunda mitad del siglo XIX proliferan en EEUU las asociaciones profesionales y así, en 1876, se crea bajo la presidencia de Seguin la Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles mentales de Estados Unidos la cual, tras varios cambios históricos en la denominación, llegará a ser la actual Asociación Americana sobre el Retraso Mental.

Cambios en la Denominación de la Actual Asociación Americana sobre el Retraso Mental AAMR.	
1876	Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles Mentales de Estados Unidos.
1906	Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales.
1933	Asociación Americana de la Deficiencia Mental AAMD.
1988	Asociación Americana sobre el Retraso Mental AAMR.

Cuadro II.1. Cambios Terminológicos producidos en la Denominación de la Actual Asociación Americana sobre el Retraso Mental AAMR.

La American Association on Mental Retardation (Asociación Americana sobre el Retraso Mental) se fundó, como vemos en el cuadro, hace más de cien años, en 1876. El primer objetivo de la recién creada Asociación, según se estipula en la constitución, era el “estudio de todas las cuestiones relacionadas con las causas, condiciones y estadísticas de

la idiocia, así como el tratamiento, la instrucción y la educación de las personas idiotas y débiles mentales” (Martí Ibáñez, 1959, Tomado de Scheerenberger, 1984, p.172). Desde sus comienzos ha ido difundiendo información y elaborado documentos para orientar la conceptualización, clasificación y los apoyos que las personas con retraso mental necesitan. Sus conceptos han tenido mucha aceptación en la comunidad científica y profesional.

En un primer momento, 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).

II.2.2. Definiciones de la AAMR.

La primera definición de retraso mental la editó junto con el Comité Nacional para la Higiene Mental en 1921. Esta primera definición formulada por la Asociación en 1877 decía:

“La idiocia y la imbecilidad son condiciones en las que el individuo presenta una carencia del desarrollo natural o armónico de sus facultades mentales, activas o morales, asociada generalmente a un defecto visible o trastorno de la organización física y a anomalías funcionales, que se expresan en diversas formas y grados de actividad vital desordenada, en el defecto o la ausencia de uno o más sentidos especializados, en una volición irregular o

incierta, y en el torpor o ausencia de sensibilidad y percepción". (Wilmarth, 1906. Citado por Scheerenberger, 1984, p.159).

De la primera definición a las posteriores en 1910, 1933 y 1941, el avance en la comprensión del retraso mental ha sido progresivo.

1959 es una fecha relevante, a partir de la cual la Asociación Americana de personas con Deficiencia Mental marcaría nuevas pautas en cuanto al concepto y comprensión de las personas con retraso mental.

En 1952 la AAMD creó un Comité para estudiar la definición y la nomenclatura, en respuesta a una demanda de Yepsen en 1941, (Scheerenberger, 1984, p. 316), al objeto de aclarar muchos de los problemas que se planteaban desde el punto de vista social, educativo, legal y de investigación y, en último extremo, beneficiar a la sociedad y al individuo.

De este Comité formó parte Heber, cuyas propuestas fueron aceptadas. Se publicó entonces, un Manual sobre Terminología y un Sistema de Clasificación Etiológica. Estos documentos fueron dados a conocer oficialmente en 1959 y con ligeras modificaciones en 1961:

"El retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo de desarrollo y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo" (Heber, 1959, rev. 1961. Citado por Verdugo, 1995d, p. 520).

Como se puede observar esta definición pone acento en la conducta adaptativa, pero el problema era su medición. Se puede afirmar,

junto a Scheerenberger que: "La tecnología psicológica no estuvo a la altura de las nuevas ideas" (Scheerenberger, 1984, p. 318).

En este manual se consideraba que la persona tenía deficiencia mental si obtenía un CI inferior de una desviación típica por debajo de la media (un CI aproximado de 85 o inferior). Introdujo también criterios de conducta adaptativa, asociados al retraso mental, y consideró que se originaba en el primer periodo del desarrollo (hasta los 16 años). Esta definición no daba por hecho el carácter constitucional de la deficiencia.

Junto con la definición se establecen cinco categorías para la clasificación:

Límite (CI= 83-67),
Leve (CI=66-50,
Moderado:(CI=49-33),
Grave (CI=32-16) y
Profundo (CI=<16).

Además de esta Clasificación Oficial, se aprobó una Clasificación Etiológica que incluía ocho categorías (Scheerenberger, 1984. p.317):

- Retraso mental asociado a condiciones debidas a infección,
- Retraso mental asociado a condiciones debidas a intoxicación,
- Retraso mental asociado a condiciones debidas a traumatismo y agente físico, retraso mental asociado a condiciones debidas a desorden del metabolismo,

- Retraso mental asociado a condiciones debidas al desarrollo o la nutrición,
- Retraso mental asociado a condiciones debidas a neoplasias,
- Retraso mental asociado a influencia prenatal (desconocidas),
- Retraso mental asociado a causa desconocida e incierta con evidentes reacciones estructurales y,
- Retraso mental asociado a condiciones debidas a causa incierta (supuestamente psicológica) con sólo reacción funcional evidente.

La Sexta Edición, 1973, incluyó numerosos cambios: rebajó el límite del CI a dos desviaciones típicas por debajo de la media (CI de 70 o inferior) y cambió la frase de "funcionamiento intelectual general inferior a la media" por el de "significativamente inferior a la media". Se amplió el periodo evolutivo de los dieciséis a los dieciocho años y se omitió el grado límite del retraso (entre en CI de 70 a 85). Quedaron únicamente cuatro niveles de retraso dependiendo del CI que el sujeto obtuviese: ligero, medio, severo y profundo.

"El retraso mental se refiere al funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe concurrentemente con déficits en conducta adaptativa y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo" (Grossman, 1973. Citado por Verdugo, 1995d, p. 520).

La Séptima Edición, 1977, incluyó cambios relativamente pequeños. La definición se mantiene y tan solo se indican por parte de Grossman las dificultades que existen para su clasificación. Estas

dificultades están basadas en la consideración del retraso mental como trastorno único, en razones que demuestran claramente la existencia de múltiples causas del retraso y la falta de acuerdos para distinguirla de otras problemáticas como autismos, dificultades de aprendizaje, trastornos emocionales, etc.

La Octava Edición de 1983, publicó una definición que tenía más utilidad y claridad que las anteriores. Consideró que el límite superior del CI para el diagnóstico era orientativo y que podría ampliarse hasta aproximadamente un CI de 75 en combinación con evaluaciones clínicas. El concepto de conducta adaptativa comenzó a tener más importancia y, dada la dificultad de evaluarlo y considerarlo como criterio, se realizaron en esta década muchos debates en torno a este tema.

"El retraso mental se refiere a un funcionamiento general significativamente inferior a la media que resulta o va asociado con déficits concurrentes en la conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo". (Grossman, 1983. Citado por Verdugo, 1995d, p. 521).

Según Landesman y Ramey, 1989 y recogido por Verdugo, (1995d), los principales cambios en la concepción y definición del retraso mental de los años sesenta a ochenta han supuesto:

- La incorporación del concepto de conducta adaptativa como parte de la definición.
- La reducción del límite de la puntuación de CI, quedando excluidas de la definición aquellas personas con un CI entre 70 y 85, que se consideran con inteligencia baja y no con retraso mental.

- La extensión del límite superior de edad para el diagnóstico inicial.
- Desechar la noción de permanencia a lo largo de toda la vida como parte del concepto

Por los cambios que se han podido observar a lo largo de los diferentes momentos históricos, el retraso mental es una categoría diagnóstica definida arbitrariamente y ha cambiado sustantiva y frecuentemente a lo largo de los años. Ha ido evolucionando muy lentamente y posteriormente, en el siglo XX, los avances se han ido sucediendo cada vez más rápidamente.

Todo este proceso evolutivo ha hecho posible una concepción más positiva y optimista en los últimos años. Se han tenido en cuenta conceptos tales como normalización, desinstitutionalización, integración, diversidad, comprensividad, autodeterminación, redes de apoyo, calidad de vida, etc., estos términos dan idea de un enfoque optimista, favorecedor y proactivo que repercute positivamente en estas personas, favoreciendo para todos un mundo más humano.

II.3. COMPRENSIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL.

En 1992 se publicó la novena y última edición, "Mental retardation. Diagnosis, classification, and systems of support". Fue elaborada por el Comité de Clasificación y Terminología de la Asociación Americana sobre

el Retraso Mental, 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 numerosos ámbitos relacionados con el retraso mental: investigadores, profesionales, asociaciones, familias e individuos.

La traducción al castellano la realizaron Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, y fue publicada en 1997, con el título " Retraso mental. Definición clasificación y sistemas de apoyo". De la mano de este manual vamos a recorrer los contenidos que se exponen.

II.3.1. Definición Actual de Retraso Mental (AAMR, 1992).

“El retraso mental 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 retraso mental se manifiesta antes de los 18 años” (Luckasson y cols., 1992. p.1).

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

1. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación y en factores comportamentales.
2. Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los iguales en edad y reflejan la necesidad de apoyos individualizados.
3. Junto con limitaciones adaptativas específicas existen a menudo capacidades en otras habilidades adaptativas u otras capacidades personales.
4. Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de las personas con retraso mental mejorará notablemente.

En esta última definición se mantiene el término de retraso mental, pero aparece un nuevo paradigma, que implica una serie de cambios significativos de especial relevancia e implicaciones en la comprensión de esta discapacidad en cuanto a la definición, clasificación, prácticas profesionales y sistemas de apoyo de las personas con retraso mental.

Por una lado supone un cambio en la conceptualización ya que, no solo basta con que se observe en el individuo un CI, significativamente inferior a la media, sino que se amplía el campo diagnóstico a la evaluación de los comportamientos adaptativos, entendidos anteriormente a nivel global, al campo de las habilidades adaptativas específicas, considerando éstas como áreas particulares capaces de diferenciar (al igual que el CI) a los distintos individuos. Da importancia al entorno en el que se desenvuelve la persona y a su interacción y plantea los sistemas de apoyo que requieren estas personas.

Este cambio de modelo comprensivo facilita el entendimiento entre los profesionales, es más adaptado a las necesidades de las diferentes personas, evita la homogeneización de los individuos con esta problemática, ayuda a cubrir sus necesidades y facilita la evaluación de estas problemáticas al tiempo que, sigue considerando importante el juicio clínico para el diagnóstico y la clasificación.

Entiende al individuo como único, con características propias e individuales, protege sus derechos y le facilita una mayor calidad de vida.

II.3.2. Fundamentación de la Definición de Retraso Mental.

"El retraso mental, 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 y está caracterizado por limitaciones cognitivas y limitaciones en la capacidad adaptativa; El retraso mental refleja el impacto entre las capacidades de los individuos y las demandas y expectativas de su ambiente" (AAMR, 2001).

No está considerado hoy en día como un rasgo absoluto del individuo, sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el entorno que le rodea. Este estado de funcionamiento deficiente es un concepto fundamental para entender por qué se amplía el concepto de retraso mental, y cómo modifica el énfasis otorgado previamente a la medición de los rasgos, para entender el funcionamiento real de una persona en la vida diaria.

La última definición de la AAMR (1992) está enmarcada bajo la estructura de funcionamiento general que aparece en el gráfico II.1. Este modelo refleja la interacción entre los cuatro aspectos claves que se encuentran remarcados: Capacidades, Entornos, Apoyos y Funcionamiento.

El funcionamiento de las personas con retraso mental se relaciona específicamente con las limitaciones en las capacidades señaladas: inteligencia y habilidades adaptativas. Sólo algunos tipos de inteligencia están necesariamente afectados en el retraso mental: la inteligencia conceptual, práctica y social (de las que hablaremos en el siguiente capítulo), y dos o más áreas de habilidades adaptativas.

Esto es lo que distingue al retraso mental con otros estados de funcionamiento limitado. Comprender estas relaciones es importante, pero no es suficiente. Necesitamos además considerar los entornos o lugares en los que la persona se relaciona, juega, aprende, trabaja se socializa e interactúa. De esta manera, vemos como el entorno se relaciona específicamente con el funcionamiento de la persona. El estudio del entorno y de las capacidades del sujeto también se encuentran relacionadas ya que promueven o dificultan el funcionamiento del individuo.

GRÁFICO II.1. Estructura General de la Definición de Retraso Mental. Fuente: Luckasson y cols., 1997, p. 27.

Si existiendo limitaciones en las capacidades del individuo no se viera afectado el funcionamiento real de la persona, entonces no podríamos hablar de persona con retraso mental.

Los apoyos no forman parte de la definición del concepto de retraso mental, si bien, debemos de considerarlos como algo sumamente importante, al ser las respuestas que debemos ofrecer a sus necesidades para favorecer el funcionamiento general de la persona.

En el gráfico II.1. vemos el enfoque multidimensional, que pretende describir a las personas con retraso mental de un modo comprensivo y global. Las cuatro dimensiones tienen por objeto analizar, a través de una evaluación ecológica, las características y necesidades de la persona con retraso mental y determinar los apoyos y los programas de intervención.

El proceso de evaluación del retraso mental se organiza a través de una serie de pasos (cuadro II.2.). Comienza con el diagnóstico diferencial, la clasificación y descripción según las capacidades y limitaciones que manifiesta la persona en las distintas dimensiones, y finaliza con la determinación de los apoyos necesarios en cada una de ellas.

II.3.3. Dimensiones y Pasos del Proceso de Evaluación del Retraso Mental.

<p>DIMENSIÓN I</p> <p>Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas</p>	<p>Diagnóstico del retraso mental si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El funcionamiento intelectual del individuo es aproximadamente de 70 a 75 o inferior. 2. Existen discapacidades significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas. 3. La edad de comienzo es inferior a los 18 años.
<p>DIMENSIÓN II</p> <p>Consideraciones psicológicas /emocionales</p> <p>DIMENSIÓN III</p> <p>Consideraciones físicas/ salud/ etiológicas</p> <p>DIMENSIÓN IV</p> <p>Consideraciones ambientales</p>	<p>Clasificación y Descripción. Identifica las capacidades, limitaciones, y la necesidad de apoyo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir las capacidades y limitaciones del individuo en referencia a los aspectos psicológicos / emocionales. 2. Describir el estado general físico y de salud del sujeto e indicar la etiología de su discapacidad. 3. Describir el entorno habitual del sujeto y el ambiente óptimo que podría facilitar su continuo crecimiento y desarrollo.
	<p>Perfil e intensidades de apoyos necesarios. Identifica el tipo y la intensidad de los apoyos en cada una de las cuatro dimensiones citadas anteriormente.</p>

CUADRO II.2. El Proceso de Tres Pasos: Diagnóstico, Clasificación y Sistemas de Apoyos. Fuente: Luckasson y cols., 1997, p. 43.

II.3.3.1. Primera Fase del Proceso: Diagnóstico del Retraso Mental.

Dimensión I: Funcionamiento Intelectual. Habilidades Adaptativas y Edad de comienzo.

Funcionamiento Intelectual: Para evaluar el funcionamiento intelectual, la principal medida, y la más usada, es el rendimiento de la persona en inteligencia conceptual. Usando instrumentos estandarizados de media 100 y desviación típica de 15, la determinación se basará en una puntuación típica de aproximadamente 75-70 ó inferior.

Habilidades Adaptativas: Se refieren a un conjunto de competencias necesarias para el desenvolvimiento personal y social de la persona. Las habilidades adaptativas se van adquiriendo a través del proceso de desarrollo del niño y del adolescente, por lo que debe prestarse atención al nivel evolutivo del niño, y valorarlas sólo cuando sean relevantes para su edad. Es necesario para el diagnóstico de Retraso Mental que existan limitaciones en dos o más áreas de habilidades adaptativas.

Las diez áreas de habilidades adaptativas propuestas son:

1. COMUNICACIÓN.

Incluye las actividades relacionadas con la comprensión y expresión de la información, pensamientos y sentimientos. Abarca conductas que reflejan las habilidades de un individuo para recibir y expresar la información, la escucha, el habla, la lectura, la escritura e incluye además el lenguaje simbólico a través de la expresión facial o el movimiento del cuerpo.

2. CUIDADO PERSONAL.

Habilidades de autocuidado y bienestar. Incluye el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia personal.

3. VIDA EN EL HOGAR.

Son habilidades que posibilitan a la persona funcionar dentro del hogar. Estas habilidades son importantes al favorecer la vida independiente, incluye preparación y cocinado de comida, presupuesto, cuidado de la casa, seguridad en el hogar. Son importantes también el uso de las habilidades académicas funcionales, uso del dinero, escritura, lectura de advertencias de las etiquetas, etc.

4. HABILIDADES SOCIALES.

Posibilitan el desarrollo de relaciones interpersonales apropiadas en una variedad de situaciones. El amplio rango de habilidades incluye proporcionar realimentación positiva y negativa, habilidades de autorregulación de la propia conducta, reconocimiento y respuesta a las diferentes situaciones, habilidad de decisión, etc.

5. UTILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD.

Habilidades relacionadas con la utilización adecuada de los recursos de la comunidad. Incluyen saber de la existencia de recursos disponibles y mostrar habilidad en estos ambientes (iglesias, consultas médicas, profesores...) Además se incluyen aquellas habilidades académicas funcionales asociadas con la interacción social adecuada.

6. AUTORREGULACIÓN.

Las habilidades de autorregulación ayudan a las personas a elegir, iniciar o resolver problemas en situaciones de demanda e interés personal. Las habilidades asertivas y de autodefensa también están incluidas en esta área.

7. SALUD Y SEGURIDAD.

Las habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud y la seguridad son necesarias. Se incluyen entre otros aspectos, conocimientos acerca de los primeros auxilios, información sexual y consideraciones básicas de seguridad.

8. HABILIDADES ACADÉMICAS FUNCIONALES.

Son habilidades funcionales aprendidas en los centros escolares y que se aplican también en la vida diaria, como por ejemplo, leer advertencias de peligro, escribir su propio nombre, operaciones con números, escribir cartas. Están consideradas habilidades básicas importantes.

9. OCIO.

Hace referencia al desarrollo de intereses variados recreativos que reflejan las preferencias y elecciones personales, incluye la interacción con otros, elegir entre opciones recreativas, y hacer actividades apropiadas a su edad.

10. TRABAJO.

Las habilidades en el trabajo son necesarias para tener o mantener un empleo. Se incluye el ir y volver del trabajo, trabajar adecuadamente

con los iguales, aceptar las críticas, seguir instrucciones, ser puntual, y completar las tareas.

Al aunar la información aportada por el CI con la aportada con las habilidades adaptativas, se reduce la posibilidad de diagnóstico erróneo, y se observa que el impacto es tan evidente que da lugar a una discapacidad generalizada con necesidad de apoyos.

Edad de Comienzo: Antes de los 18 años.

En síntesis, el diagnóstico de persona con retraso mental se realiza cuando en el estudio del individuo se ha obtenido una capacidad intelectual por debajo de 70 y limitaciones en dos o más áreas de las habilidades adaptativas expuestas. La edad de manifestación es anterior a los 18 años.

II.3.3.2. Segunda Fase del Proceso: Clasificación y Descripción.

Dimensión II: Consideraciones Psicológicas y Emocionales.

Para llevar a cabo la clasificación y descripción de las personas con retraso mental se identifican las capacidades y limitaciones en la inteligencia y en cada una de las habilidades adaptativas.

De igual manera, debemos describir las consideraciones psicológicas y emocionales. Desde la clasificación de Grossman, 1983 se

ha ampliado sustancialmente el concepto de conductas desadaptativas, incluyendo algunos trastornos mentales que anteriormente no se consideraban (Bruininks, Hill y Morreau, 1988; Borhwick-Duffy y Eyman, 1990, citados en Luckasson y cols., (1997).

La mayoría de las personas con retraso mental se encuentran emocionalmente sanas y no manifiestan problemas de conducta, sin embargo, en ocasiones coexisten junto con el retraso mental trastornos psicopatológicos que intervienen de forma negativa en la persona impidiendo la adquisición de ciertos aprendizajes y conductas o no manteniendo las conductas ya aprendidas. Existen pocas investigaciones al respecto, pero es importante señalar que las existentes indican una mayor vulnerabilidad a los trastornos emocionales en las personas con retraso mental.

Alrededor del 20-35% de la población con retraso mental, (Luckasson y cols., (1997) frente al 15-19% de la población en general (Revuelta y cols., 1994), están diagnosticadas de forma dual con trastornos mentales. Entre todos los trastornos mentales, las alteraciones del comportamiento son las más habituales y las que más intervenciones han requerido por parte de educadores y otros profesionales (Franco, 1998a).

En cuanto a otros trastornos psicopatológicos, no han existido tantos estudios en esta población, los trastornos de ansiedad, la depresión, los trastornos de personalidad, la esquizofrenia etc, han sido considerados hasta hace poco tiempo problemáticas asociadas o consecuentes al propio retraso mental; en otras ocasiones se ha producido el eclipse del diagnóstico (Reiss, Levitan y Szysko, 1982,

citados en Luckasson y cols., 1997), limitando la atención e intervención dual que requerían ambas problemáticas.

La AAMR aconseja utilizar manuales de clasificación para establecer un diagnóstico formal de los aspectos psicológicos y emocionales (AAMR, 1997, p. 48). Los manuales de clasificación de los trastornos mentales que más se utilizan en la actualidad en España son el DSM-IV o el CIE10. Sirven principalmente para facilitar el entendimiento entre diferentes profesionales. Su uso actual está garantizado principalmente por el manejo asiduo que se hace de ellos. También es posible describir las capacidades y limitaciones de estos aspectos usando observaciones conductuales o evaluaciones clínicas.

Hay que tener en cuenta que también se recomienda fiarse más de los signos (conductas observadas) que de los síntomas (disfunción o ansiedad informada verbalmente), lo que exige que para realizar un diagnóstico global es necesario recoger información multidisciplinar de diferentes situaciones que incluyan en distinto grado estas dos condiciones.

Los diagnósticos realizados bajo estas consideraciones explican y posibilitan la intervención individualizada de las personas con retraso mental.

En coherencia con la definición, clasificación y sistemas de apoyo, el manual ofrece unos principios básicos y aconseja el uso de la tecnología de apoyo conductual (AAMR, 1997, p. 82.): control de instrucciones; análisis funcional de la conducta; intervenciones multicomponentes; importancia de eventos ecológicos y ambientales;

enseñanza de habilidades sociales; creación de ambientes con consecuencias eficaces; minimización de la utilización del castigo; y diferenciación entre procedimientos de urgencia y programación de cara al futuro. Todas estas actuaciones no aversivas, propias de la tecnología del apoyo conductual, pueden ser muy útiles para facilitar la intervención y los servicios de estas personas.

Dimensión III: Consideraciones Físicas de Salud y Etiológicas.

Para describir y clasificar al individuo también es necesario valorar el estado físico y la salud física. Los problemas de salud que pueden padecer las personas con retraso mental no son diferentes a los de las personas sin retraso mental, pero sus efectos y consecuencias pueden ser distintas, posiblemente debido a sus limitadas habilidades de afrontamiento, a los ambientes que estas personas se desenvuelven y a las dificultades que pueden darse al no interpretar bien los síntomas o no saber colaborar con los médicos.

De no existir alteraciones, ya sean físicas, de salud física o mental, ha de quedar constancia de ello en esta dimensión III.

Etiología del Retraso Mental.

La etiología del retraso mental es compleja, de naturaleza multifactorial y a menudo intergeneracional. Este enfoque causal es también nuevo en esta edición de 1992.

Descubrir en un sujeto la etiología concreta que es la principal responsable del retraso mental es de vital importancia por varias razones: No sólo para una mayor comprensión y clasificación del individuo, sino también porque de esta manera se pueden poner en juego las necesarias técnicas de prevención tratamiento y rehabilitación. Además conocer la etiología puede ayudarnos a establecer grupos con mayor grado de homogeneidad y a asociar, en su caso, otros problemas de salud que influyan en el funcionamiento físico.

En numerosas ocasiones, se tienen dificultades para la identificación de la etiología de una persona con retraso mental, lo que es debido a la falta de conocimientos actuales. Pero desconocer la causa, no quiere decir que no exista, por lo que es necesario seguir investigando en la etiología de los casos hasta ahora clasificados como desconocidos. También es conveniente reconocer que "la etiología no siempre es un destino" (Luckasson y cols., 1997, p. 99). Una persona puede tener una condición considerada como una etiología de retraso mental y sin embargo su nivel de funcionamiento puede excluirle de tal diagnóstico.

El enfoque multifactorial de la etiología pone el énfasis en la multiplicidad de los factores de riesgo que interactúan entre sí originando el retraso mental. En esta edición se aumenta la lista de factores según el tipo y el momento de aparición de los mismos.

Según el tipo de factores etiológicos pueden ser: biomédicos, sociales, conductuales y educativos. Por lo tanto es necesario llevar a cabo una evaluación clínica biomédica y también una evaluación desde el punto de vista psicosocial.

Los factores causales, según el momento de aparición, se describen en función de si éstos afectan a los padres de las personas con retraso mental, a la persona con retraso mental o a ambos. Esto es lo que la AAMR llama causalidad intergeneracional. A menudo, factores ambientales adversos, evitables y reversibles en las vidas de esas familias (como por ejemplo, una mala nutrición durante la infancia de uno de los progenitores) fueron los responsables del retraso mental en los descendientes (Luckasson y cols., 1997, p. 98).

De lo expuesto en los anteriores párrafos se desprende la necesidad de llevar a cabo historias médicas en las que se recojan y analicen primero las posibles causas en los periodos prenatales, perinatales y postnatales y en segundo lugar la necesidad de establecer servicios tendentes a realizar: prevenciones primarias con los futuros padres en diferentes fases de su vida; prevenciones secundarias con la persona con riesgo o en riesgo de retraso mental; y prevenciones terciarias con la persona con retraso mental.

Los datos analizados de valor etiológicos se han de registrar también en la III Dimensión de esta segunda fase de la Clasificación y Descripción de la persona con retraso mental. Si no tenemos suficientes datos para asignar a un sujeto en una determinada categoría etiológica, garantizando la necesaria objetividad, puede ser que nos encontremos con etiologías posibles o con causas sin determinar. Todos estos posibles aspectos han de quedar reflejados en los informes emitidos de los sujetos con retraso mental.

En ocasiones hay que establecer un listado de factores etiológicos múltiples, es estos casos se ordenan de mayor a menor importancia

según sea la contribución que tengan en el retraso mental.

En el manual de retraso mental, "Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo" de 1992, traducido al castellano por Verdugo y Jenaro (1997), se encuentra la tabla 7.2 (que no vamos a detallar), en la que se establecen hipótesis y estrategias para determinar la posible etiología del retraso mental de un individuo (Luckasson y cols., 1997, p. 104-118).

Dimensión IV: Consideraciones Ambientales.

Existen numerosos trabajos e investigaciones que consideran el entorno como un factor muy importante, ya que, si son entornos saludables, pueden fomentar el crecimiento y el desarrollo de conductas adecuadas. En el gráfico II.2. expuesto a continuación, se observan las características de estos entornos:

GRÁFICO II.2. Características de los Entornos Saludables Luckasson y cols., 1997, p. 120

Existen varios modelos para analizar los entornos y describir sus características. El modelo propuesto por la AAMR evalúa el entorno de acuerdo a las oportunidades que ofrece para incrementar la productividad, independencia/interdependencia, integración comunitaria y satisfacción de la persona. "Las características ambientales óptimas a evaluar son: presencia en la comunidad, elecciones, competencia, respeto y participación en la comunidad" (Luckasson y cols., 1997. p.124).

II.3.3.3. Tercera Fase del Proceso: Apoyos Apropriados.

Siempre ha existido interés por prestar apoyos adecuados a las personas con discapacidades, pero en los últimos años este interés se ha incrementado, considerándose los apoyos como facilitadores del incremento de la independencia/interdependencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción de la persona.

La AAMR en esta última edición pone especial énfasis en los apoyos. Toda la información recogida a través del proceso de evaluación de las personas con retraso mental y aquella que es recogida a través del proceso de clasificación (identificación de capacidades y limitaciones) tiene por objeto identificar la necesidad de apoyos y llevar a cabo un perfil considerando la intensidad de los mismos.

Los apoyos se definen como:

"Recursos y estrategias que promueven los intereses y metas de las personas con y sin discapacidad que les posibilitan el acceso a recursos, información, y relaciones propias de ambientes de trabajo y de vivienda"

integrados, y que dan lugar a un incremento de su independencia /interdependencia, productividad, integración comunitaria y satisfacción" (Luckasson y cols., 1997, p. 128).

El proceso seguido al objeto de delimitar los ayudas necesarias se muestra totalmente coherente con una de las ideas básicas y novedosas de la definición:

"Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental mejorará generalmente" (Luckasson y cols., 1997, p. 17).

Estos apoyos tienden a realizarse en los entornos más naturales posibles. Con esta forma de actuar, se pretende:

- Una revolución cualitativa, que enfatiza la satisfacción personal con la vida y las técnicas para incrementar y garantizar la calidad de vida.
- Un proceso orientado al consumidor, cuya meta es el crecimiento y desarrollo personal, dando importancia a las elecciones, decisiones, y enriquecimiento.
- Una necesidad creciente de responsabilidad en la gestión y programación.
- La provisión de servicios en entornos naturales, basada en los principios de trabajos y hogares auténticos, los beneficios que proporciona la comunidad y los apoyos naturales.

Como se ha comentado, los apoyos se determinan en función de las cuatro dimensiones propuestas en el enfoque multidimensional, y en función de los resultados del proceso. Según la intensidad de estos apoyos se pueden clasificar en:

- Apoyos intermitentes.
- Apoyos limitados.
- Apoyos extensos.
- Apoyos generalizados.

Para hacer funcional y operativo el concepto de apoyos la AAMR propone el cuadro II.3., que se explica y se desarrolla a continuación, considerando tres aspectos:

- A) Recursos de apoyo, funciones, intensidades y resultados deseados.
- B) Determinación de las intensidades de apoyo requeridas; y
- C) Implicaciones de la utilización de los apoyos.

A) Recursos de Apoyo, Funciones, Intensidades y Resultados Deseados.

El uso de los apoyos se extiende a distintas disciplinas y áreas de habilitación (educación, familia, empleo, medicina, etc.). El modelo propuesto por la AAMR para comprender este aspecto (Modelo de Apoyos-Resultados, gráfico II.3.), utiliza los siguientes componentes:

- Las fuentes de apoyo (personales, otras personas, tecnología y servicios).
- Las funciones de apoyo (amistad, planificación económica, ayuda

al empleado, apoyo conductual, ayuda en el hogar, acceso y utilización de la comunidad y atención sanitaria).

- La intensidad de los apoyos (intermitente, limitada, extensa y generalizada).

Otros resultados del apoyo son: Facilitar el desarrollo personal social y emocional; fortalecer la autoestima y el sentimiento de valía personal y ofrecer oportunidades para poder contribuir en la sociedad.

GRÁFICO II.3. Modelo de los Resultados del Apoyo. Fuente: Schalock, 1999a, p. 9

Los tres aspectos han de estar en coherencia con: los resultados deseados, es decir tienen que mejorar el nivel de habilidades adaptativas, y las capacidades funcionales; maximizar las metas de habilitación relacionadas con la salud, el bienestar físico psicológico o funcional y

fomentar las características ambientales en presencia de la comunidad, elección, competencia, respeto y participación en la comunidad.

B) Determinación de la Intensidad de los Apoyos Necesarios.

Para determinar los tipos y las intensidades de apoyos requeridos se propone el cuadro II.3. que ha de ser cumplimentado por el equipo de profesionales y educadores que atienden a la persona con retraso mental. En él aparecen las áreas centrales de apoyo: las diez áreas de habilidades adaptativas, las metas de habilitación y las características ambientales.

C) Implicaciones para la Utilización de Apoyos.

- Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la persona con retraso mental mejorará generalmente. Hay que evitar retiradas prematuras de los apoyos y reconocer que la persona puede cambiar, según los momentos de su vida, de tipos, de intensidades y de sistemas de apoyos.
- La capacidad o competencia de si se desarrolla o restaura un entrenamiento o tratamiento pertenece en gran medida al individuo y, hay que distinguirlas de las adaptaciones ambientales y sociales que reducen las consecuencias de su condición.

	Recurso de apoyo			Intensidades de apoyo				Bases para su determinación			
Área central de apoyo	Personal	Otras personas	Tecnología	Intermitente	Limitado	Extenso	Generalizado	Información del sujeto	Observaciones conductuales	Evaluación Clínica	Apoyos específicos
Habilidades adaptativas											
Comunicación											
Autocuidado											
Vida en el hogar											
Habilidades sociales											
Utilización de la comunidad											
Autorregulación											
Salud y seguridad											
Habilidades académicas funcionales											
Tiempo libre											
Trabajo											
Metas de habilitación											
Psicológicas/ emocionales											
Salud											
Físicas											
Características ambientales											
Presencia en la comunidad											
Elección											
Competencia											
Respeto											
Participación en la comunidad											

CUADRO II.3. Matriz de Planificación de Apoyos. AAMR, 1997. P.132

- Existen factores que son críticos en una tecnología de apoyo: las fuentes de apoyo han de ser manejables y coherentes; deben abarcar todas las facetas de la vida; han de fomentar las oportunidades de integración y participación y; deben valorarse en función de los beneficios y resultados individuales.
- En necesario reconocer el papel importante que cumplen las creencias espirituales y su expresión en la vida de las personas con retraso mental (pues constituye una fuente de apoyo que suele pasarse por alto).
- Es necesario considerar los criterios que guíen el desarrollo y la utilización de los apoyos, asumiendo programas de habilitación actuales y estructurados de forma multidisciplinar.

II.4. IMPLICACIONES DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN Y DE APOYOS.

Como hemos ido viendo, la comprensión de las personas con retraso mental se ha visto favorecida enormemente con la última publicación que la AAMR ha realizado en 1992. Podemos resumir, siguiendo en parte a Verdugo y Bermejo (1998), las principales implicaciones del sistema de clasificación :

- o Se diagnostica retraso mental en función de las tres condiciones: funcionamiento intelectual, habilidades adaptativas y comienzo antes de los 18 años.

- Es necesario comenzar a evaluar las diez áreas de habilidades adaptativas para realizar diagnósticos de retraso mental.
- Las habilidades adaptativas manifiestan con mucha claridad el funcionamiento básico de la persona, y las limitaciones operativizan los necesarios apoyos.
- Se sustituyen las etiquetas clasificatorias tan generalizadas basadas en las puntuaciones de CI: ligero, medio, grave y profundo, por otras terminologías más funcionales relevantes y orientadas a la prestación de servicios. Como por ejemplo, persona con retraso mental que requiere apoyos limitados en comunicación, ocio y tiempo libre.
- El CI ya no es el indicado para asignar programas o servicios a las personas con retraso mental. Forma parte del diagnóstico pero, por sí sólo, no tiene el peso determinante que tenía anteriormente (Luckasson y cols., 1992; Verdugo y Bermejo, 1998).
- La concepción del sistema orientada en la intervención y en los apoyos constituye uno de los mayores cambios aportados respecto a la concepción anterior (Carulla y cols., 1995; Verdugo y Bermejo, 1998; Schalock, 1995b).
- La prestación de servicios no se basa en una orientación asistencial sino de desarrollo y crecimiento personal. Esta perspectiva fomenta la independencia y la integración social (Casado Muñoz, 2000).
- Permite describir los cambios que se producen en el sujeto con el tiempo debidos a su crecimiento personal, al ambiente, a la educación

y a la intervención terapéutica, de manera que, si en un momento dado sus limitaciones intelectuales y adaptativas no afectan al funcionamiento, no podríamos seguir hablando de retraso mental (Verdugo y Bermejo, 1998).

- o Se centra en las posibilidades del entorno de la persona como proveedor de servicios y apoyos (Luckasson y cols., 1992; Verdugo y Bermejo, 1998).
- o El retraso mental ya no se entiende como un rasgo exclusivamente del individuo. El entorno actúa como variable facilitadora o desfavorecedora del comportamiento o conducta adaptativa (Schalock, 1995b).

II. 4. 1. Implicaciones en el Ámbito Educativo.

Verdugo y Bermejo (1998), destacan numerosas implicaciones en educación, entre ellas, podemos señalar las siguientes:

- Necesidad de evaluar principalmente el desempeño actual del alumno, no su potencial.
- Los resultados de la evaluación sirven para describir un perfil individualizado de apoyos necesarios, que indiquen, además, su intensidad en cada dimensión.
- La evaluación ya no estará basada en criterios únicamente psicométricos, sino que se basará también en: la observación directa;

el juicio clínico de profesionales expertos y la interacción con el estudiante (por ejemplo, mediante entrevistas al sujeto o a terceras personas).

"La evaluación de lo apoyos necesarios requerirá a menudo de métodos prácticos, informales y referidos a un criterio, más que formales y basados en la norma. Una evaluación que pretenda servir para diseñar un programa efectivo individualizado ha de ser necesariamente, informal, continuada y multifacética y ha de contemplar la recogida y análisis de datos provenientes de diferentes vías. Los métodos de evaluación incluyen: a) interacción con el estudiante; b) observación directa; c) entrevistas con los proveedores de cuidado; d) entrevistas y observaciones para evaluar la actividad del estudiante, así como sus preferencias y su capacidad para decidir o elegir; y e) técnicas alternativas para evaluar los progresos. Asimismo se han de evaluar los efectos de los apoyos proporcionados" (Verdugo y Bermejo, 1998. p.41).

- Las etiquetas diagnósticas anteriores no sirven para ubicar educativamente a los alumnos con retraso mental.
- Se insiste en la necesidad de apoyos naturales, menos intrusivos y más eficaces, en la necesidad de incluir al alumno en el mayor grado posible, en las actividades educativas, sociales y recreativas con iguales sin discapacidad, evitando los programas segregados.
- Es necesario desarrollar programas individualizados en los que esté implicado todo el equipo educativo.
- Los aprendizajes de las habilidades adaptativas se han de integrar con el resto de los aprendizajes rutinarios, pues favorecen una mayor generalización y retención de las mismas. Esto constituye el principio

denominado "instrucción integrada", y ha de extenderse a todos los servicios que atienden a la persona.

- En los primeros años de escolarización se debe primar la inclusión plena en las clases ordinarias, con las adaptaciones curriculares pertinentes.
- Las áreas de habilidades adaptativas se van aprendiendo a lo largo del desarrollo de la persona, por lo tanto, se han de enseñar y trabajar las habilidades propias de cada edad. Por ejemplo, cuanto mayor edad tenga el estudiante más relevancia tendrán las áreas de habilidades adaptativas referidas a las habilidades laborales, actividades académicas funcionales y habilidades para la vida independiente.
- En la medida que sea necesario, se considera como una opción válida, la instrucción individualizada fuera del contexto del grupo de iguales.

II.5. ESTUDIOS ACTUALES SOBRE RETRASO MENTAL QUE PERMITEN ACERCARNOS AL FUTURO MÁS INMEDIATO.

El concepto de retraso mental y su definición han sufrido numerosos cambios en su terminología, en los niveles de categorización del C.I., y en el papel diagnóstico de la conducta adaptativa en las cuatro últimas décadas. Basta recordar las últimas definiciones de la AAMR, las de Heber, 1959, 1961; Grossman, 1983; Luckasson, 1992.

La publicación de la última definición y el sistema de clasificación ha supuesto una gran reflexión a nivel teórico y a nivel práctico (Montero, 1999b; Perera, 1997; Verdugo, 1999a). Este impacto se ha ido e irá exponiendo a lo largo de este trabajo. En este momento creemos conveniente recoger investigaciones y opiniones de profesionales, familias y personas con retraso mental.

II.5.1. Consideraciones en cuanto al Término "Retraso Mental".

El término "retraso mental", tal y como propone en su último manual la AAMR, parece poco probable que se mantenga por mucho tiempo. Si bien, el concepto que le sustituya se tendrá que estudiar muy seriamente, pues el tema es sumamente complejo a juzgar por lo que dicen los expertos de numerosos países.

En España, se usa el término de Retraso Mental de forma más generalizada desde 1998⁵. La idea general de él hace suponer que el sujeto se retrasa en los procesos del desarrollo evolutivo ordinario. Este concepto terminológico no refleja adecuadamente las características de la definición actual.

Por otro lado, parece que este término tiene unas connotaciones negativas. La expresión "retraso mental" supone retomar una antigua expresión que parecía superada (Verdugo, 1999a) y son las propias

⁵ Fecha en que la Revista Siglo Cero (publicación específica de retraso mental) comenzó a usar el término "retraso mental" en la portada, abandonando el término "deficiencia mental".

personas afectadas y sus familiares quienes la rechazan por sus connotaciones peyorativas (Baroff, 1999; Schalock, 1999c).

“... sobre las vidas de los adultos con retraso mental ligero, se indica su gran deseo de quitarse de encima el estigma del retraso y de “pasar” por “normales” en sus ambientes y vecindarios. No cabe la menor duda de que para muchas personas con discapacidades las cargas de la incapacidad misma se ven agravadas por la percepción negativa que sus discapacidades despiertan en la gente. Realmente, se encuentran sometidos a una doble carga, y se merecen que nuestros esfuerzos alivien esa carga tan dolorosa” (Baroff, 1999, p. 22).

Los profesionales del retraso mental se han decantado desde hace años por dos terminologías clásicas: la deficiencia mental y el retraso mental. Cada una de las cuales es aceptada dependiendo de la comprensión que sobre estos sujetos tienen los distintos profesionales.

Fundamentalmente son dos las teorías acerca de los procesos cognitivos en el retraso mental: la teoría del desarrollo y la del déficit (Fierro, 1990, 1999; Molina y Arraiz, 1993).

La primera, ha estudiado las características del desarrollo de la persona con retraso mental en comparación con el desarrollo evolutivo normal, buscando las diferencias entre uno y otro, y sostiene que los deficientes mentales pasan por las mismas etapas del desarrollo cognitivo que las personas sin retraso mental, aunque con evidentes retrasos.

En cambio, la teoría del defecto, sostiene que las personas con retraso mental se caracterizan por alguno o algunos defectos específicos en uno o en varios de los procesos mentales, lo cual implica que el

deficiente mental, como consecuencia de tales defectos específicos, procesa la información de manera diferente que el sujeto normal.

La adscripción a una u otra teoría implica importantes repercusiones en el plano terminológico, pero también pedagógico. Por ejemplo, si se acepta la teoría del desarrollo, se impartirían contenidos curriculares semejantes a los del alumno normal y estrategias de aprendizaje similares, pero eso sí, respetando el estadio cognitivo global del individuo. Por el contrario, si se acepta la teoría del defecto específico, habría que diagnosticar, con la mayor claridad posible, el defecto cognitivo de cada sujeto y en consecuencia, adaptar el currículum y las estrategias de enseñanza aprendizaje e implementar los programas individuales más adecuados.

No es fácil optar por una u otra teoría. Algunos autores como por ejemplo, Fierro (1990) y Molina y Arraiz (1993), consideran que en la actualidad el estudio de los procesos cognitivos en los sujetos sin retraso no se plantea de forma global, sino más bien se afronta a partir del análisis de procesos cognitivos muy concretos, que se podrían estudiar a través del procesamiento de la información. Según este modelo, se observa en las personas con deficiencia mental, diferencias en las funciones cognitivas en la fase de entrada de la información, en la fase de elaboración y en la fase de codificación y comunicación del mensaje (Fierro, 1990).

La pugna existente entre partidarios de la teoría del defecto y la teoría del desarrollo, varía su peso dependiendo de los distintos momentos, de las investigaciones que se realizan y de los avances conseguidos en la comprensión del retraso mental.

El asunto no está resuelto, la pregunta de Landesman y Ramey, 1989 (citados por Verdugo, 1995d, p. 523), añade más interrogantes y sigue vigente: ¿El retraso mental es o no es una categoría diagnóstica única con diferentes grados de afectación diferenciadas a lo largo de un continuo?. Estos autores recomiendan la desaparición del retraso mental como categoría diagnóstica clínica y consideran que debe ser reemplazada por evaluaciones y descripciones que reflejen una visión más íntegra de la historia del sujeto: ambiental; biosocial; de competencias ordinarias; de cognición; adaptación social; y estatus emocional de los niños. Para ello, se crearían unos perfiles de desarrollo en los que se reflejarían las competencias que el sujeto tiene al igual que de las dificultades, en relación con su ambiente biosocial.

Baroff (1999) propone el término "Discapacidad del aprendizaje", pues para él la discapacidad fundamental del retraso mental consiste en un trastorno que afecta tanto a la velocidad como a la profundidad del aprendizaje y contribuye a las dificultades en la vida diaria. Este amplio alcance del trastorno de aprendizaje encuentra su apoyo en Greenspan y Granfield (1992a), en su definición del retraso mental como una condición marcada por déficits en tres áreas de la inteligencia: social, práctica y conceptual.

Estas discapacidades de aprendizaje, no son exclusivas de la persona con retraso mental, ya que comparten problemas de aprendizaje con otros dos grupos de discapacidad cognitiva.

Para comprender mejor la estructura organizativa, propone una clasificación de las discapacidades del desarrollo. Los trastornos

referentes a las discapacidades cognitivas se observan en el siguiente cuadro:

Estructura organizativa para las discapacidades del desarrollo	Cognitiva	*Trastornos específicos de aprendizaje académico (discapacidad de aprendizaje) *Trastorno amplio de aprendizaje académico (aprendizaje lento) *Trastorno general de aprendizaje (retraso mental)
	Lenguaje	
	Físicas	
	Personalidad	

GRÁFICO II.4. Clasificación de las Discapacidades del Desarrollo. Fuente: Baroff, 1999, p. 23.

Compartimos con Baroff (1999) y Verdugo (1999a) la propuesta del uso del término “personas con discapacidad” en consonancia al uso que se está haciendo de esta expresión a otros tipos de afectación (sensorial y física, principalmente), añadiendo el adjetivo de “cognitiva”, “psíquica”, “intelectual” o “mental”. Su uso parece que se está generalizado en algunos países. Pero quizás, lo importante no sea el término que usemos, como dice Verdugo, sino las actitudes que mantengamos ante la problemática de estas personas.

II.5.2. Consideraciones en cuanto a las Dimensiones Propuestas.

La descripción y clasificación a través de las dimensiones propuestas ha provocado reflexiones y cambios no sólo en los

profesionales que les atienden sino también en ellos mismos y en sus familias. Entre otras, podemos citar las siguientes:

La manera de entender y organizar la evaluación y los apoyos constituye un gran reto, ya que afronta a las personas desde una perspectiva integral, viéndolas en su globalidad. Partiendo de las dimensiones, se pueden abordar las necesidades en los diferentes ambientes: educativo, laboral y comunitario.

Dimensión I: Para concretizar de alguna manera la multitud de posibles conductas adaptativas que se pueden evaluar, las diez habilidades adaptativas propuestas, parecen adecuadas y lógicas. El hecho de hacer constar las más básicas y necesarias para el desenvolvimiento de la vida diaria de las personas es importante. Pero siendo conscientes que entre ellas existen multirrelaciones, quizá se necesitan más estudios de investigación para evitar algunos solapamientos y organizar su jerarquización (Schalock, 1998; McMillan y cols., 1993).

La falta de instrumentos en España, para evaluar las habilidades adaptativas hace imposible realizar el diagnóstico propuesto, con la consiguiente repercusión al no poder planificar sus necesidades.

Las áreas han de reflejar su importancia atendiendo a la edad del sujeto, ya que no todas las áreas tienen igual importancia en distintos momentos evolutivos, ni se adquieren a las mismas edades.

El área de Salud y Seguridad, por ejemplo, podría separarse, pasando la primera a formar parte de la dimensión II, ya que es una área

que se relaciona con el resto de las habilidades propuestas (Casado Muñoz, 2000). La seguridad sí se puede mantener (distribuyéndolas quizá como manifiesta Verdugo, 1999b) en el resto de las áreas de habilidades adaptativas.

En la dimensión II parece adecuado pensar, de cara a valorar su funcionamiento, evaluar también el bienestar emocional de las personas (Verdugo, 1999a).

En la Dimensión III se sugiere que se deben dar orientaciones al personal no médico para identificar necesidades y plantear la programación diaria desde perspectivas de salud (Casado Muñoz, 2000; Verdugo, 1999a).

II.5.3. Consideraciones en cuanto a los Apoyos.

Los apoyos hoy son difíciles de concretizar en España, principalmente por no tener operativizados y a nuestra disposición todos los instrumentos y mecanismos de evaluación necesarios en el Paso 1 y 2 (aspecto que de alguna manera intenta investigar y facilitar esta tesis). Aun solventando estas carencias, se observa que es conveniente operativizar más las orientaciones que ayuden a la práctica profesional diaria y que favorezcan los cambios de apoyo necesarios para cada persona porque, si esto no se consigue, puede que caigamos de lleno en una nueva terminología de etiquetamiento.

La importancia que se da al contexto y a la interacción del sujeto con el medio clarifica la idea de que el problema no es sólo del individuo

con retraso mental. Es necesario cambiar los conocimientos, las actitudes sociales y el planteamiento que se tiene de estas personas para ofrecer los apoyos que necesitan.

El impacto de la definición es tan importante que los investigadores están considerando y modificando la concepción de lo que constituyen las variables independientes y las dependientes. Enfatizando la importancia del ambiente y de los apoyos que una persona puede conseguir en él, se puede pensar en considerar estos aspectos como variables independientes. Por su parte, las variables dependientes podrían ser, entre otras variables (a un nivel conductual aplicado) el nivel de calidad de vida, el nivel de satisfacción, el tipo de vivienda y la inclusión en la comunidad (Schalock, 1995b)

El paradigma de apoyos da mucha relevancia a la atención multidisciplinar, lo que facilita y mejora la práctica. Pero son necesarios programas muy bien planificados y organizados para conseguir los efectos deseados.

Los centros educativos y las instituciones que atienden a estas personas están preocupados intentando ofrecer programas, actividades y apoyos más adecuados. Pero en ocasiones faltan instrucciones más precisas, materiales e instrumentos que faciliten este interés manifiesto.

Para finalizar, decir con las acertadas palabras, de nuevo, escritas por Miguel Ángel Verdugo:

"El cambio real, el indicador real de ese cambio, vendrá identificado por asumir el paradigma de apoyos" (Verdugo, 1999b. p.30).

Tras estas consideraciones, urge manifestar de nuevo la importancia de un adecuado diagnóstico que favorezca las intervenciones y por ende, los apoyos que las personas necesitan.

II.5.4. Propuestas de Diferentes Profesionales que estudian el Retraso Mental.

El movimiento hacia una definición contextual y funcional del retraso mental también se refleja en la definición de 1992 de la AAMR. El sistema de 1992 ha supuesto un cambio significativo en la concepción del retraso mental, en el que la condición se contempla no como un rasgo absoluto expresado únicamente por la persona, sino como una expresión del impacto funcional de la interacción entre la persona con habilidades adaptativas e intelectuales limitadas y su propio entorno.

Otra característica importante de la definición, que algunos autores han enfatizado, se refiere al interés que se ha demostrado con esta definición. No se ha intentado cambiar quien es y quien no es considerado persona con retraso mental (como critican algunos profesionales, entre otros, McMillan, Gresham y Siperstein, 1993), los esfuerzos han ido dirigidos 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.

En España se ha generado un amplio debate profesional sobre la última conceptualización de retraso mental. Algunas ideas ya han sido comentadas en párrafos anteriores (Franco, 1998b; Montero, 1999b;

Verdugo, 1995c). Todo apunta a que la definición de la AAMR se mejorará atendiendo a las críticas que está recibiendo. Los cambios guardarán relación con otra forma de entender el concepto de inteligencia (Montero, 1999b) y con las investigaciones que se lleven a cabo para entretrejer las distintas habilidades.

Como hemos adelantado y veremos con más detenimiento en capítulos posteriores, la comprensión de las personas con retraso mental está pasando por momentos de transición (Schalock, 1999a). Con el intento de entender mejor este importante constructo, están trabajando actualmente autores reconocidos a nivel mundial, entre ellos Greenspan, McGrew; Schalock, etc.

Schalock (1999a) y McGrew y cols., (1996), reconsiderando el concepto, han observado que estas personas están limitadas en su competencia general. El modelo de competencia general que se propone a continuación se ha comprobado mediante análisis de confirmación de factores, incluyendo las áreas de competencia física y emocional (McGrew y cols., 1996; Bruininks, McGrew y Maruyana, 1998).

En dicha competencia general se ven involucrados factores relacionados con las habilidades de desempeño prácticas, conceptuales y sociales. En la comprensión de dichos factores sabemos que están incluidos los aspectos intelectuales y los aspectos de habilidades adaptativas.

El modelo de competencia general sugiere la necesidad de reconceptualizar el constructo de retraso mental, para que sea

consistente con esta noción de limitaciones funcionales en los dominios de desempeño de habilidades prácticas, conceptuales y sociales.

Esta sugerencia tiene que ver con varios intentos recientes de reformular o reconceptualizar el constructo de retraso mental en el contexto de la aproximación multifactorial de la inteligencia y de la conducta adaptativa (Greenspan y Granfield, 1992b). Dentro de este movimiento se encuentran los siguientes puntos clave:

- La definición de retraso mental debería incorporar lo que se sabe sobre la conducta y el desarrollo de las personas con retraso mental.
- Las personas con retraso mental han demostrado déficits en inteligencia cotidiana (Greenspan y Granfield, 1992a).
- La clave para crear una definición adecuada del retraso mental es basarse en un modelo más amplio de inteligencia, que se base fuertemente en la inteligencia cotidiana (social y práctica) y no exclusivamente en medidas de inteligencia académica (Greenspan y cols., 1992b).
- De las diez áreas de habilidades adaptativas propuestas en el sistema, ocho tienen que ver con la inteligencia práctica; una, habilidades académicas funcionales, es una medida de inteligencia conceptual; y otra, habilidades sociales, es una medida de inteligencia social (Greenspan, 1997.).

-
- Los déficits sociales dan cuenta de muchos problemas que las personas con retraso mental experimentan en el trabajo, en la comunidad, y en la escuela (Schalock 1991).
 - Los déficits en inteligencia social están en el corazón de la taxonomía del retraso mental (Schalock 1991), y puede, de hecho, proporcionar una base más justificable para hacer el diagnóstico de retraso mental.
 - El constructo de retraso mental, está inmerso en una perspectiva histórico-contextual. Esto implica que los humanos estamos incluidos 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.

Las ventajas de operar con esta concepción según Schalock, se sintetizan en que:

- Enfatiza las bases cognitivas y con el mismo énfasis la competencia social, conceptual y práctica.
- Incluye la competencia general que es un concepto en el que se mezclan capacidades cognitivas y no cognitivas.

- Combina el componente intelectual con otros aspectos de la competencia personal y social.
- Refleja el hecho de que las limitaciones en inteligencia social y práctica dan cuenta de muchos de los problemas encontrados por personas con retraso mental que viven y trabajan en la comunidad.

En síntesis, algunos expertos del campo del retraso mental proponen un esquema organizativo centrado en la multidimensionalidad de la inteligencia y la conducta adaptativa. Basado en un enfoque ecológico y contextual que minimice el enfoque de rasgos en la conceptualización y medida del retraso mental y se centre 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.

Un enfoque que integre la inteligencia y las conductas adaptativas, que posibilite la investigación de fundir estos dos constructos en un modelo jerárquico, multidimensional de competencia general, y que identifique las capacidades y conductas (es decir, las habilidades) necesarias para adaptarse con éxito a cualquier contexto del entorno.

Schalock (1998), considera al menos cinco factores contextuales que actúan como variables mediadoras en el retraso mental: la edad y la experiencia; los puntos fuertes y las limitaciones emocionales; el estado de salud; el entorno; y los apoyos. El gráfico II.4 expone el modelo heurístico del retraso mental propuesto por el autor.

GRÁFICO II.4. Modelo Heurístico del Retraso Mental. Fuente: Schalock, 1998. p.18

Existen autores que piden la revisión del concepto de retraso mental, así por ejemplo, Haywood, en su discurso de apertura de la 121 Conferencia Anual de la American Association on Mental Retardation, retó al campo del retraso mental, pidiendo que seriamente se considere la redefinición y se tenga en cuenta el relativismo cultural. De igual manera consideró que era necesario separar de esa categoría de diagnóstico a las personas que no son cualitativamente diferentes de las consideradas ahora dentro del rango "normal" de inteligencia, y reservar el diagnóstico de retraso mental para las personas que están funcionando, en virtud de una variación extremadamente más grande o una severa alteración del sistema nervioso, de un modo cualitativamente distinto (Schalock, 1998, p.13 y 15).

De igual manera, autores como Switzky (1997) opina que si tomamos un enfoque funcional/ecológico veremos el uso de evaluaciones

más funcionales; aceptaremos el juicio clínico junto con los resultados de las evaluaciones funcionales, como parte del proceso de diagnóstico; nos centraremos en las concordancias y discordancias persona-entorno y en su mejora; definiremos la discapacidad y el retraso mental en el contexto de los factores del entorno cultural y de apoyo; cambiaremos de lo que la gente es a lo que necesita; y consideraremos el rol dinámico que la cognición y la motivación juegan en el retraso mental.

Polloway 1997, (citado en Schalock, 98, p. 16) considera a las personas con retraso mental como afectadas de forma significativa por variables como el bienestar físico, factores psicológicos y conductuales, apoyos familiares y comunitarios, y condiciones médicas.

Greenspan (1997), concibe a las personas con retraso mental como personas que claramente son percibidas como necesitadas de apoyos a largo plazo, adaptaciones o protección debido a las limitaciones persistentes en inteligencia social, práctica y conceptual y a la incapacidad resultante para afrontar las demandas de una variedad de situaciones y roles. Estas limitaciones (se asumen, en la mayoría de los casos) resultan de anormalidades o hechos que ocurren durante el período de desarrollo, y que tienen efectos permanentes en el desarrollo y funcionamiento del cerebro.

Las personas con retraso mental pueden dividirse en tres subcategorías que indican el grado de discapacidad general: limitada, extensa y generalizada (AAMR, 1992). Estos niveles están determinados por la intensidad y grado de generalización de los apoyos necesarios más que por el grado de minusvalía intelectual.

Sin duda estas consideraciones posibilitarán cambios a importantes niveles, Parece cierto que nuestra época, es una época de transición. Las nuevas tendencias continuarán impactando de forma significativa en el trabajo con las personas con retraso mental, surgirán continuos avances en su comprensión, y como expresa Schalok:

"Es un momento excitante para quien está en el campo del retraso mental. En cierto sentido, estamos en este momento donde estuvieron Binet y Doll: el futuro de un constructo está delante de nosotros. En otro, tenemos mucha historia que intentar borrar. A corto plazo, será un tiempo caracterizado por una evolución teórica y conceptual, desarrollo de medidas, falsación de hipótesis, y discurso académico. El futuro del constructo está delante de nosotros" (Schalock, 1998, p.16).

II.6. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE RETRASO MENTAL.

Llevar a cabo estudios epidemiológicos de las personas con retraso mental no es una tarea fácil. Existen numerosos estudios que reflejan dichos datos, pero hemos de tener en cuenta que su validez y relevancia está asociada 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, p. 37.):

- Las modificaciones que de forma continuada afectan a la comprensión de las personas con retraso mental (definiciones y criterios diagnósticos).

- Los porcentajes epidemiológicos del retraso mental están determinados principalmente por la metodología usada para la recogida de datos. En los momentos históricos anteriores, cuando se utilizaba una definición unidimensional del retraso mental (el funcionamiento intelectual por debajo de la media de más de una desviación típica) y se asumía que la inteligencia se distribuía según la curva de Gauss, se estimó que el retraso mental tenía una prevalencia del 3% de la población.

- Cuando en 1973 la Asociación Americana de la Deficiencia Mental, AAMD, cambió el punto de corte de la capacidad intelectual y consideró no una desviación típica, sino dos desviaciones típicas por debajo de la media, eliminando por consiguiente el retraso mental límite, se redujo automáticamente la prevalencia en alrededor de un 80%.

- La inclusión de déficits en los comportamientos adaptativos tuvo y tiene en la actualidad efectos similares.

- El diagnóstico de retraso mental, es dependiente de la edad. Por definición, el retraso mental se diagnostica antes de los 18 años. Si un sujeto con estas limitaciones en su funcionamiento no ha sido diagnosticado con anterioridad a dicha edad, no se debe hacer posteriormente. Algunos especialistas consideran que son una minoría, (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 el retraso mental no es permanente, también afecta a las estadísticas, puesto que existen niños y adolescentes que, siendo diagnosticados en los periodos escolares como

personas con retraso mental, dejan de serlo al llegar a adultos, por conseguir adecuadas habilidades sociales, laborales y personales.

- A mayor presencia de alteraciones físicas y complicaciones asociadas, mayor es la mortalidad. Existen estudios que demuestran una tasa diferente de mortalidad en los sujetos con retraso mental más limitado.

- En cuanto a 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 con la población. Esta forma metodológica es adecuada, pero puede carecer de normas generales y unánimes de evaluación, con el consiguiente riesgo que eso comporta.

Somos conscientes de la dificultad de cuantificar y censar a las personas con discapacidad mental y aunque se ha observado que los diversos intentos han obtenido diferentes resultados, en razón principalmente a los aspectos comentados en los párrafos anteriores, consideramos necesario que se sigan elaborando estadísticas europeas, nacionales, autonómicas y locales, pues en el momento actual, con los datos que se elaboran, se planifican los servicios y los programas sociales (Verdugo, 1995a). Por ello, exponemos a continuación los resultados de las estadísticas realizadas a nivel nacional y a nivel provincial.

II.6.1. Datos Epidemiológicos de Personas con Retraso Mental del Instituto Nacional de Estadística.

El Instituto Nacional de Estadística, INE (2000) llevó a cabo el estudio a petición del IMSERSO en 1989, que hemos reflejado en el Capítulo I y que se puede concretar un poco más si nos centramos en el campo del retraso mental.

De los resultados globales estadísticos se pueden desglosar las personas con retraso mental. Según este Instituto, el grupo de deficiencias mentales supone el 16,77% de todas las discapacidades.

En las deficiencias mentales incluyen no sólo las personas con retraso mental sino también los individuos con retraso madurativo, las demencias y los trastornos mentales, como se observa en el cuadro II.5. Diferenciando al grupo de personas con retraso mental de otros trastornos mentales nos encontramos con una cifra de 4,39 por cada mil habitantes.

Es característico el hecho observado por el Instituto Nacional de Estadística relacionado con la etiología, ya que, de todas las deficiencias originadas por el parto, el 52,81% son deficiencias mentales.

Para los niños menores de 6 años, las encuestas no hablan de discapacidades sino de limitaciones. En esta población los datos observados han encontrado discapacidad en el 2,24% de los niños.

Total de Personas con Discapacidad	45,94
Deficientes Mentales	9,39
Retraso Madurativo	0,26
R. M. Profundo y Severo	1,05
R.M. Moderado	2,01
R.M. Leve y Límite	1,33
Demencias	0,23
Otros Trastornos Mentales	4,58

Cuadro II.5. Personas de 6 a 64 años con discapacidades según el tipo de deficiencia que las ha originado. Tasa por cada 1000 habitantes. Fuente: INE (2000).

II.6.2. Datos Epidemiológicos de los Alumnos con Retraso Mental en la Provincia de Burgos.

En las estadísticas específicas (expuestas en el primer Capítulo), con los alumnos escolarizados en Burgos, llevadas a cabo por el Área de Programas Educativos de la Dirección Provincial de Educación de la Junta de Castilla y León (con fecha 13 de febrero de 2001), se observa que de los 725 alumnos con necesidades educativas especiales escolarizados en Burgos y su provincia (1,77% de la población escolar), 621 personas están diagnosticadas con retraso mental, lo que indica un porcentaje del 1,52% de la población escolarizada.

La cifra refleja un porcentaje más alto al obtenido en las estadísticas nacionales. Los siguientes cuadros con los datos poblaciones obtenidos en ambos estudios revelan de forma esquemática los diferentes porcentajes

	Cifras Nacionales INE 6-19 años	Cifras Provinciales MEC-BURGOS 3-18 años
Personas con Discapacidad	1.9%	1,8%

	Cifras Nacionales INE 6-65 años	Cifras Provinciales MEC-BURGOS 3-18 años
Personas con Retraso Mental	0.4%	1.5%

Encontramos diferencias en cuanto al segundo cuadro. Este hecho puede ser debido a numerosas causas, entre otras posibles, podemos citar las siguientes:

- En primer lugar las estadísticas del INE no han organizado los datos relativos a la discapacidad mental por rangos de edades, es decir en las comparaciones expuestas, no hay equivalencia entre las poblaciones estudiadas.

- La detección en los centros educativos de las personas con retraso mental es prácticamente total, mientras que en las estadísticas del INE aunque haya utilizado una muestra muy amplia, resulta más difícil detectar todas las posibles limitaciones.

- El ámbito educativo es el entorno donde posiblemente se observen las mayores discapacidades que tienen las personas con retraso mental. Bien pudiera ser que fuera de este campo las discapacidades que manifiesten estos sujetos sean menos relevantes.

- El Retraso Mental no tiene porque durar toda la vida, se manifiesta principalmente en los aspectos académicos, pero fuera de ellos puede no haber limitaciones y/o pasar desapercibidas socialmente.

- En los estudios provinciales existen sujetos pluridiscapacitados. Posiblemente en los estudios del INE pueden alguno de estos sujetos figurar en otros tipos de discapacidad, por considerarlas más discapacitadoras.

A pesar de poder llegar a comprender las diferencias encontradas en ambos resultados de los sujetos con retraso mental, creemos conveniente manifestar que, a la hora de llevar a cabo estudios epidemiológicos de este tipo, es necesario concretar y homogeneizar lo más que se puedan los criterios metodológicos.

CAPÍTULO III:

LA EVALUACIÓN DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL: CONCEPTOS DE INTELIGENCIA Y DE CONDUCTA ADAPTATIVA. RELEVANCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE LAS CONDUCTAS DESADAPTADAS. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

III. 1. LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Según Robert Glaser:

Los procesos de evaluación que a los psicólogos se les exigen influyen en el desarrollo de nuestra concepción de cómo se forman, se miden y se aplican los conocimientos y habilidades. La evaluación es un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida y que se relaciona con la conducta y el aprendizaje. (Glaser, 1988, p. 30)

Evaluar desde el punto de vista más amplio, consiste en aplicar un método sistemático para describir fenómenos u objetos. En ocasiones se refiere a evaluar la conducta humana. En otros casos se refiere a evaluar la conducta de los animales. En otros casos se refiere a evaluar la conducta de las plantas. En otros casos se refiere a evaluar la conducta de los minerales. En otros casos se refiere a evaluar la conducta de los seres vivos. En otros casos se refiere a evaluar la conducta de los seres inanimados. En otros casos se refiere a evaluar la conducta de los seres vivos y de los seres inanimados. (Fernández Ballesteros, 1992)

CAPÍTULO III:

Muchos autores distinguen el proceso de evaluación usando tres terminologías de significado diferente: el término de medición se refiere a la evaluación de la conducta humana. El término de evaluación se refiere a la evaluación de la conducta humana. El término de diagnóstico se refiere a la evaluación de la conducta humana. (Fernández Ballesteros, 1992)

**LA EVALUACIÓN DE LAS PERSONAS
CON RETRASO MENTAL:
CONCEPTOS DE INTELIGENCIA Y DE
CONDUCTA ADAPTATIVA. RELEVANCIA DE
LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE LAS
CONDUCTAS DESADAPTADAS.
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.**

III. 1. LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

Según Robert Glaser:

"Los sistemas de evaluación que establecemos dependen íntimamente de nuestro conocimiento de cómo los humanos aprenden y adquieren conocimientos y habilidades; la investigación y los nuevos desarrollos parten de los hallazgos conseguidos acerca de la naturaleza de la actuación humana."
(Glaser, 1998, p. 36).

Evaluar, desde el punto de vista más amplio, consiste en aplicar un método sistematizado para describir fenómenos u objetos. En ocasiones se diferencian dos términos: medición, que sería el proceso de recogida de la información y evaluación, que se consideraría la interpretación de resultados (Fernández Ballesteros, 1992).

Muchos autores distinguen el proceso de evaluación usando tres terminologías de significado conceptual diferente: el de medición (measurement), de evaluación (assessment), y de valoración (evaluation). Estos conceptos usados también en España, han sido estudiados por Silva (1982, 1985) y Pelechano (1988).

Existe una tendencia general a considerar la evaluación como el conjunto de un proceso con numerosos pasos en el que está incluido desde la medición de los fenómenos hasta su análisis e interpretación.

El concepto de evaluar es complejo y diverso. Se pueden llevar a cabo evaluaciones con fines educativos, clínicos, laborales, etc., cada

ámbito profesional establece unos criterios prioritarios de evaluación dependiendo de los diferentes objetivos que se persiguen.

En ocasiones, el objetivo es establecer una categoría diagnóstica a un sujeto, es decir clasificamos y posteriormente establecemos distintos servicios, ubicaciones, apoyos, ayudas, pensiones etc. En otras circunstancias el objetivo es la orientación. Cuando actuamos con esta intención, proporcionamos ayuda en la toma de decisiones y establecemos planes de acción de futuro. También se puede usar la evaluación para seleccionar, es el caso de elegir personas para una determinada actividad, ocupación o determinados programas. Y por último, se puede hacer evaluación para intervenir, o entrenar a las personas en determinadas áreas o conductas (Espinosa, Márquez y Rubio, 1985; Fernández Ballesteros, 1980, 1992; Rubio y Zaldivar, 1991).

Se han usado términos como psicodiagnóstico, tests psicológicos, diagnóstico educativo, exploración psicológica, etc., dependiendo de los modelos psicológicos predominantes. La influencia del modelo médico, por ejemplo, contribuyó a popularizar el término psicodiagnóstico (Verdugo 1994), utilizado por primera vez en 1921 por Rorschach (Pelechano 1988) y se extendió también a la evaluación psicológica en educación.

Nosotros preferimos usar el término de evaluación por considerar, al igual que Verdugo (1994, p. 171), que nos referimos a un tipo de información amplia sobre la persona, que no se centra exclusivamente en el individuo sino también en su ambiente y en la interacción entre ambos. Estamos de acuerdo con Fernández Ballesteros, cuando habla de evaluación psicológica (1992, p. 27), considerándola un estudio científico

que utiliza una serie de procedimientos de recogida de información de las actividades psicológicas de una persona o un grupo de ellas, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos; y con Forns (1993, p. 20 y 21) por considerarla el estudio, análisis y valoración de la complejidad del ser humano desde su globalidad y en interacción con la realidad, y con Pelechano (1988, p. 166) al considerarla una disciplina básica y aplicada que tiene pasos, fases y requisitos.

III. 1.1. Periodos Históricos de la Evaluación Psicológica.

Desde los inicios de lo que hoy entendemos como evaluación psicológica, los avances han sido grandes. No sólo por la cantidad de instrumentos utilizados, sino porque éstos se han ido desarrollando en interconexión con los conceptos propios de cada modelo psicológico. De esta forma, según se avanzaba en la comprensión de los modelos psicológicos, se fueron desarrollando las técnicas de evaluación.

La evolución histórica de la evaluación psicológica la podemos recorrer siguiendo los periodos que explica Pelechano, (1988) de la manera siguiente:

- o Entre los antecedentes lejanos de la evaluación está la Carta Fundacional del Hospital Psiquiátrico de Valencia (1409), que contiene una coherente comprensión de la enfermedad mental con especificación de variedades e indicaciones sobre criterios diagnósticos. También se pueden citar las recomendaciones de Vives (1493-1540), aconsejando que a los desequilibrados se les efectúe diagnóstico y tratamiento, el "Examen de los Ingenios para las

Ciencias” de 1575 de Huarte de San Juan, y a Fitzherbert, quien en “New Natura Brevium” de 1534, esbozó un primitivo test de inteligencia para detectar la idiocia congénita, diagnóstico necesario para que la ley King Act tuviera efectividad y pudieran pasar las propiedades de las personas con retraso mental a la corona inglesa.

- El Primer Periodo se desarrolló desde la primera mitad del siglo XIX hasta 1921. A lo largo del siglo XIX surgió un importante interés por la evaluación psicológica. Esta evaluación estaba directamente relacionada con las personas con retraso mental. Galton, Spearman, Cattell y Binet son sus creadores más representativos. Se trata del modelo que identifica la evaluación psicológica con la medida. El interés se centró en medir de forma psicométrica y esto se tradujo en la elaboración y uso de los tests mentales. En 1921, Yerkes publica “Psychological Examining in the United States Army” y Rorschach publica “psychodiagnostik”, lo que marcaría el siguiente periodo.
- El Segundo Periodo de la Evaluación Psicológica se ubica entre 1921 y 1945, Entre sus características destacan la formulación del modelo psicométrico básico, la potenciación del uso de los tests y la generación de una alternativa cualitativa: las pruebas proyectivas. Surgieron dos polémicas centrales: la estructura factorial de la inteligencia y el psicometrismo-proyectivismo. Tuvo como autores representantes a Doll, Bender, Thurstone, Thomson, Bender, Hathaway y McKinley. En 1945, termina la Segunda Guerra Mundial que representó una ruptura con la estructura y dinámica social.
- El Tercer Periodo de la Evaluación se produce desde 1946 a 1965. Tiene como representantes a Anastasi, Cronbach, Gulliksen, Sidman,

Skinner, Eysenck, Kanfer y Saslow. Se caracteriza por el predominio en evaluación de EEUU. Surge la psicología clínica, la terapia y modificación de conducta, con los correspondientes modelos de evaluación. En estas épocas comienzan a surgir las polémicas en torno al uso social de los tests y a la entidad científica que tienen las pruebas proyectivas. En 1965, Kanfer y Saslow publican un modelo complejo de análisis funcional en la Revista Internacional de Psiquiatría.

- El Cuarto Periodo abarca desde 1966 a 1975 y se caracteriza por la expansión del análisis funcional de conducta, la refundición del modelo psicométrico clásico, la búsqueda de alternativas, el situacionismo, pragmatismo y la pérdida del purismo en los planteamientos teóricos. Tiene como representantes a McReynolds, Bandura, Cronbach, Wiggins, Wahler, Cook y Barker.
- El Quinto Periodo de la Evaluación Psicológica se desarrolla a partir de 1976. Se define por la coexistencia de modos plurales de actuación, la proliferación de áreas estudiadas y la preocupación por los estudios de valoración de instrumentos y de intervención, etc. Todo esto da lugar a una amplitud, variedad y dispersión hasta entonces desconocida.

III.1.2. Modelos de Evaluación Psicológica

Existen gran variedad de modelos en evaluación en que se enfoca en cada uno los procesos de una determinada manera. Esta complejidad se amplía, al observar que, en ocasiones, se utilizan dentro de un mismo

modelo diferentes procesos dependiendo de los distintos autores (Verdugo, 1994), lo cual da una idea de la variedad y complejidad del concepto de evaluación. Por regla general, esta diversidad está representada por la concepción que se tenga de las alteraciones psicológicas, por los paradigmas explicativos predominantes y por el papel que se desempeñe profesionalmente.

Entre otros modelos, siguiendo a Fernández Ballesteros (1992), a Forns (1993) y a Verdugo (1994), podemos citar los siguientes:

- Modelo de atributo, procedente de la psicología diferencial y de la teoría de los rasgos que utiliza métodos correlacionales y tiene como objetivos la predicción, la descripción y la pseudoexplicación. Se ha utilizado mucho en el ámbito escolar y en el de las organizaciones.

- Modelo médico, en cuya clave están representados los signos y síntomas de una enfermedad o alteración mental. Utiliza el método correlacional y tiene como objetivos la descripción, el diagnóstico, el pronóstico y la explicación desde el ámbito clínico.

- Modelo dinámico, que realiza análisis de los mecanismos intrapsíquicos, estudiando los trastornos latentes u ocultos, a través de técnicas proyectivas, con el objeto de ofrecer una explicación y comprensión de las estructuras de la personalidad.

- Modelo conductual, con sus dos formulaciones teóricas: la conductual radical y la cognitivo conductual que utilizan técnicas de observación, autoinformes y registros. Tienen como objetivo la explicación

funcional y el control de las conductas. Se han utilizado en el ámbito clínico, escolar, de las organizaciones y en laboratorios.

➤ Modelo cognitivo, que utiliza conceptos tales como representación, fases del procesamiento de la información, estrategias, habilidades, etc. Utiliza métodos experimentales y correlacionales, el objetivo es describir, predecir y explicar. Se utiliza en ámbitos educativos, clínicos y en laboratorio.

➤ Otros modelos que pretenden ser más integradores: el comunitario, expuesto por Carroble (1985), el contextual de Fernández Ballesteros (1987) o el de ecopsicológico de Pelechano (1988).

Como se puede ver la evolución que ha caracterizado la evaluación psicológica es de tipo centrífugo, copernicana (del interior del sujeto como punto central, al análisis de sus contextos) e integrativa. Ninguna posición ha desplazado por completo a la anterior, tal evolución ha sido expansiva a partir del individuo, incorporando a través del tiempo tres tipos de análisis de la realidad (Forns, 1993):

-Análisis de las contingencias externas como entidades, que por su relación funcional con el individuo provocan cambios o mantienen la conducta de un sujeto.

- Análisis de los aspectos interactivos y constructivos, procesos de mutua determinación entre la dialéctica sujeto y objeto.

- Análisis de los contextos y de las incidencias de las acciones psicosociales sobre la conducta de los individuos, tratamientos y programas ejercidos desde el exterior.

III. 1.2.1. Modelos de Evaluación Centrados en las Personas con Retraso Mental.

Algunos autores (Fierro, 1990; Sternberg, 1987a), centrándose un poco más en el campo que nos ocupa, consideran que en la evaluación de las personas con retraso mental han predominado y coexistido cuatro corrientes: la psicometría clásica, la evaluación cognitiva, la evaluación conductual y la evaluación a través del potencial de aprendizaje.

➤ La psicometría tradicional es el modelo clásico de análisis del retraso mental. Trata de evaluar típicamente la "inteligencia" ya sea una inteligencia general, ya sean las denominadas aptitudes básicas, (razonamiento, discriminación, asociación, etc.). Son conceptos psicométricos, por ejemplo, la edad mental y el cociente intelectual.

➤ La evaluación cognitiva, ha tenido a su vez, cuatro enfoques principales interesados en comprender las habilidades mentales:

- El de correlatos cognitivos, que relaciona la ejecución de tests con tareas que considera que ahondan en las habilidades básicas de procesamiento de información (atención, discriminación, codificación, memoria, formación de conceptos, metacognición, toma de decisiones).

- El de componentes cognitivos, que construye modelos de procesamiento cognitivo de las tareas procedentes de tests psicométricos estándar.

- El de entrenamiento cognitivo, que entrena a los individuos en una habilidad particular y examina la ejecución posterior.

- El de contenidos cognitivos, que examina las diferencias en estructuras de conocimiento entre expertos y principiantes.

Estas categorías ni son mutuamente excluyentes ni exhaustivas con respecto a los enfoques de la investigación actual en Psicología Cognitiva (Sternberg, 1987a).

➤ La evaluación conductual surgió como alternativa a los enfoques puramente psicométricos, a los que reprochó el ser meramente descriptivos, no explicativos y, sobre todo, de no proporcionar técnicas ni orientaciones para la modificación de la conducta retrasada. Para el conductismo, la conducta retrasada, como cualquier conducta, es susceptible de un análisis funcional que examina los antecedentes, consecuentes, estímulos discriminativos y reforzadores de los que la conducta constituye función (Fierro, 1990).

➤ La evaluación a través del potencial de aprendizaje. Es un procedimiento que puede operacionarse con el siguiente proceso: test → entrenamiento → retest. Integra distintos momentos y objetivos de la actividad evaluadora, así como de ésta con la intervención (Fierro, 1999).

Existen además otros modelos que están surgiendo con mucha fuerza, si bien "se encuentran en proceso de evolución" (Verdugo, 1994, p. 66). Nos referimos a los enfoques ambientales, ecológicos o bio-psico-sociales. Todos ellos evalúan al sujeto desde la interacción con otras variables externas, y tienen una finalidad integradora. Están estrechamente relacionados con las concepciones psicológicas más actuales, al considerar aspectos como el contexto, la situación, las relaciones interpersonales, etc.

En estas últimas formas de evaluar, cabe el trabajo de otros profesionales y de equipos, al considerar también las variables físicas, sociales, comportamentales, psicológicas, pedagógicas, etc. Sus objetivos tienen clara relevancia a nivel comunitario, pues se relacionan en gran medida con todos los ámbitos de prevención y de intervención que son saludables para la sociedad.

III.1. 3. Concepto de Evaluación Psicológica.

Desde el punto de vista global de la evaluación vamos a considerar el concepto desde tres ópticas distintas. Comenzaremos con la exposición de las ideas y el modelo de Pelechano (1988). Para este autor, la evaluación se diferencia de la valoración, pues esta última lleva consigo una toma de decisión y enjuiciamiento acerca del fenómeno que se está evaluando.

"La evaluación se refiere a la recogida sistemática de información y articulación sistemática de un modelo de funcionamiento personal, teórico en función de los datos recogidos. Incluye procedimientos cuantitativos y no cuantitativos. Insistencia originalmente en estudio de caso individual. Incluiría

tanto las actividades de "medida" (tests) como de "psicodiagnóstico" (pruebas proyectivas), así como observaciones de campo y entrevistas. El resultado final es una imagen del funcionamiento del individuo" (Pelechano, 1988, p.61).

La articulación del modelo y sus relaciones se reflejan en el gráfico:

GRÁFICO III.1. Esquema de Relaciones Posibles entre los Términos: Medida, Evaluación, Psicodiagnóstico y Valoración. Fuente Pelechano (1988, p. 61).

En segundo lugar, revisamos la conceptualización y el modelo que propone Fernández Ballesteros, (1992). Para esta autora, el concepto de evaluación psicológica es el siguiente:

"La evaluación psicológica es aquella disciplina de la psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad que sean necesarios) de un sujeto (o un grupo especificado de sujetos) con el fin de describir, clasificar, predecir, y en su caso, explicar y controlar tal conducta" ...

"Tal estudio debe llevarse a cabo mediante un procedimiento reglado, con fases establecidas coincidentes con las del método científico-positivo, de tal forma que pueda ser replicado, como ocurre en toda investigación científica. Por

ello, este procedimiento o proceso evaluador cobra un interés prioritario" (Fernández Ballesteros, 1992, p. 58-59).

Por lo tanto, la evaluación por ella planteada, es un procedimiento científico, ya que utiliza siempre hipótesis y deducciones, y su procedimiento puede ser correlacional o experimental, según las metas planteadas en la evaluación.

El modelo conceptual que propone, ha surgido tras llevar a cabo una labor de integración y síntesis de los modelos de evaluación existentes. Se ha basado en la teoría general de sistemas, integrando a través de ella los distintos niveles de complejidad de la evaluación y "teniendo en cuenta tres sistemas: el biológico, el conductual y personal y el socioambiental" (Fernández Ballesteros, 1992, p.53).

Considera asimismo que dicho modelo puede evaluar psicológicamente a un individuo sin embargo, consideramos junto con la autora anteriormente citada, que no es el más adecuado para evaluar contextos, programas o intervenciones, pues "estos nuevos campos de aplicación presentan características específicas" (Fernández Ballesteros, 1992, p.58).

Para explicar su modelo, diferencia entre las metas que el evaluador quiere conseguir. Si tenemos en cuenta lo que perseguimos cuando hacemos una evaluación, podemos distinguir entre objetivos dirigidos a hacer diagnósticos, orientaciones, selección, y objetivos encaminados al tratamiento y cambio del comportamiento objeto de estudio.

“Si lo que nos interesa es describir, clasificar, orientar o recomendar un tratamiento, el enfoque a utilizar sería el correlacional” (Fernández Ballesteros, 1992, p. 62). Es decir, nos interesa recoger la información pertinente y a través de esto, llegar a cumplir el objetivo usando unos niveles de probabilidad determinados. En este caso utilizaríamos el esquema propuesto en el gráfico III.2.

GRÁFICO III.2. El proceso Correlacional en Evaluación Psicológica. Fuente: Fernández Ballesteros 1992. p. 72).

Los pasos que se dan en este proceso descriptivo tienen por objeto localizar las variables relevantes (al igual que en la investigación científica) para verificar los supuestos que se han formulado. Continuando con el desarrollo que propone Fernández Ballesteros, se utiliza un proceso con tres diferentes fases de la que forman parte:

- La observación y primera recogida de información,
- La formulación de hipótesis,
- La deducción de conclusiones y la verificación de los supuestos.

Además de estas fases propias de la investigación científica, es necesario añadir una más:

- La cuarta fase del proceso, que está relacionada con la información de resultados sobre los objetivos y metas propuestas.

Sin embargo, si lo que pretendemos y/o la demanda de evaluación es planificar programas de intervención, o producir modificaciones en las conductas, tenemos que continuar el proceso emprendido usando el enfoque experimental interventivo-valorativo.

La evaluación, en su enfoque interventivo y valorativo, facilita la explicación de la conducta y requiere un proceso con actuaciones diferentes. Con la inclusión de esta meta se introduce la idea de evaluar para intervenir. Es el caso del psicólogo, educador o terapeuta que evalúa a un sujeto de cara a planificar una intervención, de producir cambios positivos en las conductas de los sujetos evaluados o de valorar los avances producidos después de llevar a cabo una intervención.

Esta forma de evaluar está basada en un planteamiento experimental en el que las técnicas de evaluación son utilizadas e, incluso, manipuladas al servicio de las hipótesis planteadas y los objetivos de evaluación. (Fernandez Ballesteros, 1992, p.73).

GRÁFICO III.3. El Proceso en el Enfoque Experimental Evaluativo-Interventivo. Fuente: Fernández Ballesteros (1992, p. 74).

Además de los cuatro pasos del proceso anterior, se añaden otros cinco:

- La formulación de hipótesis funcionales,
- La recogida de datos pertinentes a la hipótesis y aplicación de tratamiento,
- La valoración el tratamiento,
- Los resultados finales (informe) y
- El seguimiento.

Este es el procedimiento más extenso y completo de evaluación, intervención y valoración psicológica. Ambos procesos pueden ser aplicables y compatibles. Tan sólo hay que elegir el objetivo específico de la evaluación que queremos realizar.

La tercera conceptualización que vamos a exponer es la propuesta por María Forns (1993). Para esta autora el objeto actual de la evaluación psicológica es:

"El estudio, análisis y valoración de las características de un sujeto, de sus formas de acción, reacción e interacción con los demás y con la realidad, y de sus procesos de cambio. Todo ello se analiza en el seno de un sistema que está configurado por sujetos (como seres bio-psico-sociales) sometidos a unos procesos (internos y externos) que afectan y determinan funcionalmente las formas de contacto del sujeto con la realidad (y viceversa) y cuyos efectos se expresan en productos o manifestaciones conductuales (de orden motor, fisiológico, cognitivo y emocional) Todas las variables influyentes están sometidas a mecanismos de covariación o de interrelación recíproca" (Forns, 1993, p. 20).

Considera que si tenemos en cuenta la complejidad del ser humano, la importancia a la globalidad de la conducta y su interacción con la realidad contextual del sujeto, se deberían adoptar propuestas multimétodos, pluritécnicas, ecológicas y de análisis causales, así como metodologías de triangulación. Estas características podrían constituirse en el marco integrador idóneo para el trabajo pluridisciplinar que atiende a los contextos de desarrollo de un sujeto.

GRÁFICO III. 4. Contenidos de Análisis Propios de la Evaluación Psicológica Infantil.

Fuente: Forns (1993, p. 46).

Propone un marco conceptual general de la evaluación psicológica infantil basado en el modelo bio-psico-social, que se esquematiza en el gráfico III.4., con un afán didáctico por cuanto sus elementos constituyen un conjunto borroso (Forns, 1993), en el que incluye los contenidos del análisis propios de la evaluación.

Considera que cada uno de los contenidos que se incluyen en los ejes, hay que entenderlos como prioritariamente cargados de variables pertenecientes a tal eje.

Este modelo propuesto, al que nosotros nos adherimos, es de inmenso valor, ya que realiza una integración evaluadora que aúna los saberes procedentes de las variables del sujeto con los que se derivan de las acciones psicosociales, programas educativos, los tratamientos, etc. y nos configura las decisiones a tomar.

III.1.4. Modelo de Evaluación Psicopedagógica.

Otro ejemplo de modelo evaluador en el que predomina el carácter interactivo y contextual es el propuesto por el Ministerio de Educación y Cultura (1996).

Dado que nuestra investigación tiene como referente a las personas con retraso mental de edades comprendidas hasta los 18/20 años, y que hoy en día, de forma obligatoria han de estar escolarizados todos los niños y adolescentes hasta los 16 años, no podríamos pasar por alto las propuestas y orientaciones de evaluación psicopedagógica, que el Ministerio de Educación y Cultura (1996) ha facilitado a los Equipos de

Orientación Educativa y Psicopedagógica (E.O.E.P.) y a los Departamentos de Orientación (D.O.).

Partiendo del Marco de la LOGSE (1990), en el que están presentes los conceptos de comprensividad, atención a la diversidad, necesidades educativas especiales, integración escolar, y el concepto de enseñanza- aprendizaje, se establecen unas orientaciones y consejos, no prescriptivos, para facilitar el cambio de la evaluación tradicional de los alumnos con necesidades educativas especiales (basada únicamente en las deficiencias internas del sujeto) a una evaluación que responde mejor a la realidad. Lo exigen las nuevas demandas sociales y es un índice de calidad educativa.

Expone que las prioridades del alumno, no deben ubicarse en este, individualmente considerado, sino en las condiciones y oportunidades que se le brindan en el centro educativo y que las condiciones personales de los alumnos no son atributos inmutables ("estados") del individuo, por lo tanto, no pueden considerarse al margen de su historia de relación con el medio físico y social.

Como dato característico, en cuanto al tema que nos ocupa, el documento hace referencia explícita a la actual definición de retraso mental:

"Constituye un magnífico ejemplo la nueva definición de retraso mental acabada de proponer por la Asociación Americana de Retraso Mental (A.A.M.R.) (1992), institución, que como es sabido, goza de un amplio reconocimiento profesional en todo el mundo... Los elementos claves de la definición que están relacionados como los lados de un triángulo, son las capacidades, el entorno y los apoyos necesarios para funcionar en la vida social. Es decir las capacidades deben valorarse en función de las exigencias del entorno y de las ayudas

disponibles para facilitar el nivel general de funcionamiento del individuo" (MEC, 1996, p. 24).

En el cuadro III.1, se exponen las diferencias clave entre la forma tradicional de evaluación diagnóstica (llevada cabo de forma prácticamente generalizada en el ámbito educativo) y la pretendida nueva forma de evaluación psicopedagógica de los alumnos.

	Evaluación Diagnóstica	Evaluación Psicopedagógica
En relación a la finalidad	Obtener la mayor información posible sobre los alumnos	Obtener información sobre todos los elementos que intervienen en el proceso enseñanza-aprendizaje (profesores, alumno, contenidos)
En relación a los instrumentos y procedimientos	Utilización generalizada y descontextualizada de pruebas y test	Utilización de pruebas, pautas de observación, instrumentos basados en el currículo, guiones de entrevista, etc., contextualizados y todos ellos referidos a los elementos básicos del proceso de enseñanza y aprendizaje.
En relación al uso	Obtener información del alumno para orientar el tratamiento: -Capacidades -Personalidad -Adaptación -Intereses	Obtener información referida al proceso en su globalidad para tomar decisiones en relación a la propuesta curricular y a las ayudas requeridas
En relación a las personas que intervienen	En general se contempla exclusivamente la intervención de profesionales externos al proceso de enseñanza –aprendizaje (psicólogo, pedagogo y trabajador social) y del propio alumno/a.	Intervienen además los profesionales implicados en el proceso de enseñanza y aprendizaje
En relación al referente de la evaluación	Evaluación básicamente referida a norma.	Evaluación básicamente referida a criterio (currículo)

CUADRO III.1. Comparación entre la Evaluación "Diagnóstica" y la Evaluación Psicopedagógica. Fuente: MEC (1996 p, 23).

Desde esta perspectiva de Evaluación Psicopedagógica, el concepto de evaluación se entiende como:

"El proceso de recogida y análisis de información relevante, relativa a los distintos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza y aprendizaje, para identificar las necesidades educativas de determinados alumnos o alumnas, que presentan dificultades en su desarrollo personal o desajustes respecto al currículo escolar por diferentes causas y para fundamentar y concretar las decisiones respecto a las propuesta curricular y el tipo de ayudas que precisan para progresar en el desarrollo de las distintas capacidades". (MEC. 1996, p.27.).

Para comprender la naturaleza de la evaluación psicopedagógica se exponen seis consideraciones:

1ª) No se pretende de manera prioritaria establecer clasificaciones diagnósticas, ni comparar al alumno con un grupo de referencia, sino que principalmente, pretende centrarse en la interacción del alumno con el contexto escolar, pues considera que las dificultades y capacidades dependen no sólo del sujeto, sino también de las características del contexto y de la respuesta educativa que se le ofrece. Considera además, que se lleve a cabo la evaluación del contexto familiar, con la intención de poder compensar sus posibles dificultades en el ámbito educativo.

2ª) A la evaluación se la atribuye un enfoque contextual y curricular, por lo tanto, debiera haber relación entre la evaluación psicopedagógica y la evaluación que los profesores llevan a cabo en su aula, considerándose ambas evaluaciones complementarias. La evaluación es algo compartido entre el psicólogo o pedagogo, como asesores, y el maestro o profesor, al servicio del progreso del alumno.

3ª) Se considera que los instrumentos evaluadores a utilizar se ajusten a los procesos de desarrollo y a los particulares de enseñanza y aprendizaje de los alumnos, prácticas educativas, organización del espacio y del tiempo, contenidos curriculares y ayudas que se ofrecen.

4ª) La evaluación ha de facilitar las propuestas de cambio en el mismo contexto en el que se realiza la evaluación, favoreciendo así la adopción de medias generales, particulares o funciones preventivas.

5ª) Vincular la evaluación con decisiones en el profesorado y en el centro educativo. No ha de ser nunca una intervención puntual, sin posibilitar cambios ni toma de decisiones.

6ª) El proceso de evaluación es un proceso continuado no restringido sólo a momentos determinados, sino sujeto a revisiones sucesivas. Al margen de esta consideración, se debe tener en cuenta que pueden existir momentos específicos en los que los cambios de ubicación o la oferta educativa lo requieran más especialmente.

La evaluación psicopedagógica considera tres ámbitos específicos: el alumno /a; el contexto escolar, y la familia.

- Al alumno se evalúa, entre otras cosas, el desarrollo personal y social y el nivel de adquisición de las capacidades en relación a los criterios de evaluación del currículo.

- Al contexto escolar, podemos evaluar, el aula, la práctica educativa, las características del grupo, la interacción del alumno con el

contexto del aula y el centro escolar como dimensión institucional de la respuesta educativa.

- A la familia, en una dinámica de colaboración, se pueden evaluar los aspectos de la vida familiar y social que puedan estar afectando al proceso de enseñanza y aprendizaje del alumno.

III.2. DIAGNÓSTICO DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL.

Una de las metas posibles existentes en la evaluación es el diagnóstico. Normalmente, los diagnósticos se realizan principalmente para establecer, o no, una categoría diagnóstica. En la última definición de las personas con retraso mental se expone, como hemos comentado en el capítulo anterior, que para diagnosticar el retraso mental en las personas es necesario que la capacidad intelectual sea aproximadamente de 70/75 o inferior, que existan limitaciones al menos en dos de las áreas de habilidades adaptativas y que la persona tenga menos de 18 años de edad (Luckasson y cols., 1992).

Para estudiar todas estas características es necesario reflexionar sobre los conocimientos que se poseen, por lo que a continuación exponemos una revisión bibliográfica e investigadora de ambas capacidades.

III. 2.1. El funcionamiento Intelectual

El concepto de inteligencia ha evolucionado con el paso del tiempo, adquiriendo nuevos significados, nuevas implicaciones y matices. A nivel popular se ha utilizado ampliamente y han sido muchas las disciplinas, además de la psicología, que han usado el término: la filosofía, la medicina, la educación, la biología, etc. (Anastasi, 1992).

La psicología históricamente ha realizado esfuerzos para identificar criterios en base a los cuales explicar o evaluar la inteligencia de una persona, el CI, la rapidez mental, el registro encefalográfico etc.

El término inteligencia puede implicar muy diversos significados:

"Pocos fenómenos psicológicos presentan tantas dificultades para su comprensión como el de la inteligencia" (Sternberg, 1992, p.15).

Si tenemos en cuenta las diferentes concepciones, se observa cómo, por regla general, se toma por base que las personas inteligentes son más capaces para emplear los recursos de su ambiente de lo que son las personas menos inteligentes. Al margen de esta clara distinción, comúnmente aceptada, se observa que las diferentes concepciones representan visiones distintas de la inteligencia.

Para algunos autores, el interés, principalmente, se centra en estudiar su estructura desde el punto de vista psicométrico, tal es el caso de Vernon, Jensen, Eysenck, Horn, Humphreys y otros, que proponen una organización jerárquica a partir de uno o dos factores generales hasta concretar las destrezas más particulares. Esta forma de entender la

inteligencia ha satisfecho a numerosos profesionales, especialmente del ámbito de la educación.

Otros, consideran como importante y decisivo para la comprensión de la inteligencia entender las fuentes de la variabilidad individual. Sostienen que alrededor del 50% de la variabilidad encontrada en las personas puede ser debida a la experiencia individual.

Autores como Sternberg y otros teóricos del modelo cognitivo utilizan para su explicación procesos mentales para conceptualizar su teoría del procesamiento intelectual. Este último enfoque está ofreciendo, en la actualidad, nuevas oportunidades para la comprensión de la naturaleza de la inteligencia y para su entrenamiento e intervención, por lo que le comentaremos con posterioridad.

En este capítulo no pretendemos revisar todas las teorías de los autores que han contribuido al desarrollo y avance del concepto de inteligencia. Su exposición sería muy extensa y no es el objetivo de este estudio por lo que nos limitaremos a hacer un breve resumen de los acontecimientos históricos más relevantes. Plantearemos también, de una manera breve, las teorías y definiciones más actuales, y expondremos con algo más de concreción el modelo cognitivo de Sternberg, ya que en la actualidad es uno de los que se barajan con más fuerza para explicar la capacidad intelectual de las personas con retraso mental.

III.2.1.1. Comienzos en la Comprensión de la Inteligencia.

A lo largo del siglo XIX la evaluación de la inteligencia siguió caminos diferentes dependiendo del país. Así por ejemplo, en Inglaterra se trabajaron más los análisis estadísticos; los alemanes estudiaron el campo de la psicopatología y las funciones mentales más complejas; los estadounidenses se ocuparon de las ideas de Binet y los análisis estadísticos y los franceses investigaron principalmente la experimentación clínica.

Entre los precursores de la comprensión de la inteligencia, podemos citar a Jean Esquirol que, en 1838, fue uno de los primeros en dejar clara una distinción entre incapacidad mental y enfermedad mental. Sus descripciones de las características verbales en varios niveles de idiotez, aunque muy toscas, pueden considerarse como el primer instrumento de diagnóstico mental.

Los trabajos de los psicofísicos Weber (1795-1878), Fechner (1801-1887) y los estudios estadísticos que llevó a cabo Galton (1822-1911) fueron los antecedentes de gran parte del trabajo que tendría lugar en el siglo XX.

Con Galton surgieron dos conceptos estadísticos importantes, la correlación y la regresión a la media. Esto permitió el estudio de la inteligencia a través del tiempo. Su "laboratorio antropométrico" en el South Kensington Museum de Londres, proporcionó al menos 6.500 registros individuales, con medidas de capacidades físicas y supuestamente mentales. Sugirió que en una diversidad de campos, las personas intelectualmente capaces se caracterizan por notables niveles

de energía. Además, aquellas personas con mayor inteligencia tenían también las mejores capacidades sensoriales. Todas estas consideraciones le llevaron a evaluar las capacidades de la discriminación sensorial para estudiar el funcionamiento mental:

"La facilidad discriminativa de los idiotas es curiosamente baja; apenas distinguen entre calor y frío, y su sentido del dolor es tan obtuso que algunos de los más idiotas apenas parecen saber qué es. En su opaca vida, todo el dolor que se pueda provocar en ellos es aceptado literalmente con bienvenida sorpresa" (Galton, citado en Sternberg, 1997, p.56).

Si bien la conceptualización de las personas con retraso mental no fue muy acertada, Galton, está considerado como el fundador de la orientación psicométrica en psicología (Seona y Rechea, 1987, p. 8) y padre de la psicología diferencial (Fernández Ballesteros, 1992, p. 28).

Karl Pearson (1857-1936) desarrolló para la evaluación las fórmulas de correlación producto-momento para la correlación lineal, el coeficiente de correlación múltiple y parcial, el coeficiente phi y la prueba de chi cuadrado.

James McKeen Cattell (1860-1944) se interesó por las diferencias individuales. Estudió la experiencia inmediata e investigó el contenido de la conciencia a través de las técnicas de autoobservación e introspección. Influenciado por Galton evaluó, al igual que éste, las capacidades sensoriales y motoras y utilizó el término de prueba mental en 1890. Su contribución a la psicología fue valiosa, porque si bien es verdad que en la actualidad las pequeñas diferencias en las capacidades sensoriales no son un factor importante en la evaluación de la inteligencia. Utilizó la

medición de la capacidad mental fuera de la filosofía abstracta y mostró que ésta puede estudiarse de manera práctica y experimental.

Kraepelin (1855-1926), psiquiatra y alumno de Wundt, trabajó en el campo de la psicopatología. Incluyó en las pruebas la percepción, la memoria, las funciones motoras y la atención. Muchos de sus enunciados se basaron en las capacidades necesarias para la vida cotidiana.

Münsterberg (1863-1916), evaluó la aptitud académica de los niños a través de pruebas de cálculo, memoria y complementación de oraciones. Utilizó la variable tiempo para la realización de las pruebas.

Carl Wernicke (1848-1905), elaboró un conjunto de preguntas pensadas para valorar el retraso mental, dando importancia al pensamiento conceptual, como por ejemplo “¿en qué se diferencia una escalera y una escalera?”.

T. Ziehen (1862-1950), publicó una batería de pruebas en las que aparecían preguntas similares a las que se utilizan hoy en día, tales como, “¿Qué tienen de común el águila y el pato?”.

Alfred Binet (1857-1911), psicólogo francés, consideró la inteligencia como un complejo cambiante de funciones interrelacionadas. Su trabajo surgió con un doble sentido. Por un lado, un deseo de ayudar y proteger a los niños y por otro, el predecir y seleccionar qué niños podían tener éxito en el sistema de enseñanza convencional pudiéndose realizar estadísticas fiables con criterios objetivos (Molina, 1994; Wittrock, 1998b).

Junto con Victor Henri (1872-1940) y Theodore Simon (1873-1961) desarrollaron métodos para estudiar los procesos mentales superiores en lugar de las funciones sensoriales simples. Publicaron la escala Binet-Simón en 1905. Está considerada como la primera escala métrica de la inteligencia. Tenía como objetivo evaluar los grados de retraso mental y se convirtió en prototipo de las escalas que evaluaban la capacidad mental. A través de esta prueba se asignaba a los niños una calificación que correspondía a su edad mental.

La concepción de inteligencia de Binet y Simón y de cómo medirla era muy diferente a la de Galton y Cattell, se refirieron al núcleo de la inteligencia en términos de juicio, sentido común, sentido práctico, iniciativa, facultad de adaptarse a las circunstancias, juzgar, comprender y razonar bien. Según estos autores, éstas eran "las actividades esenciales de la inteligencia" (Binet y Simon, 1916, citado en Sternberg, 1997, p. 59).

Binet tenía una teoría de la inteligencia: sugirió que el pensamiento inteligente tiene tres elementos distintos que llamó dirección, adaptación y crítica (Sternberg, 1987b, p. 65). La dirección implica saber qué hay que hacer y cómo hacerlo. La adaptación se refiere a la creación de una estrategia para realizar una tarea, luego conservar la huella de la estrategia y adaptarla al mismo tiempo que se la aplica. La crítica es la habilidad para reflexionar sobre los pensamientos y acciones propias.

Las ideas de Binet tuvieron sentido en el contexto para el que fueron propuestas, es decir, fundamentalmente sus pruebas estuvieron preparadas para predecir el rendimiento académico (Sternberg, 1997).

Toda esta interacción de fuerzas hizo nacer en el siglo XX la psicología aplicada y se incorporó a esta ciencia el campo de la psicometría.

William Stern (1871-1938), utilizó el término de cociente intelectual, C.I. (medida de inteligencia que toma en cuenta la edad mental y la edad cronológica de un individuo) y Lewis Terman lo adoptó en 1916 al volver a revisar en la Universidad de Stanford la escala de Binet-Simon. Fue la primera escala que se estandarizó con población estadounidense.

En años sucesivos (1937, 1960, 1972 y 1986), se revisaron y publicaron nuevas revisiones de la Escala de Inteligencia Stanford-Binet.

Estos comienzos, en donde se colocaron los pilares de la evaluación de la inteligencia, son considerados por Pelechano el primer periodo de la evaluación, que hace llegar hasta 1921¹ (fecha en que, curiosamente, también se celebró el Simposio "La Inteligencia y su Medición"). El desarrollo de la evaluación, hasta entonces, estuvo interconexionado con el desarrollo de los test mentales, ya que se identificó evaluación con medida mental (Pelechano, 1988).

III.2.1.2. Comprensión de la Inteligencia en la Primera Mitad del siglo XX.

A lo largo del siglo XX se produjeron numerosos avances, se fue completando la base matemática de las técnicas estadísticas, y comenzaron a aparecer test y estudios que valoraban en el individuo

diferentes capacidades, desarrollos y formas de personalidad. Todo ello desde la perspectiva de los distintos modelos psicopatológicos que fueron surgiendo.

En esta época aparecieron autores que elaboraron pruebas que hoy en día se siguen usando. No podemos dejar de citar a David Wechsler (1896-1981) quien seleccionó diferentes subpruebas y elaboró en 1939 una escala que inicialmente se llamó Escala de inteligencia Wechsler-Bellevue, forma I, en la que, entre otras cosas, renunció al uso del concepto de edad mental como medida básica de la inteligencia, introducido por Binet, y utilizó los C.I., por primera vez, en una batería de aplicación individual (Wechsler, 1979).

Wechsler consideró que la medición de la inteligencia a través de esta Escala "es parte de un todo más amplio, de la personalidad misma". Por esto, la teoría que subyace al WISC es que "la inteligencia no puede ser separada del resto de la personalidad" (Wechsler, 1979, p. 15). Partió del modelo tripartito (inteligencia social, concreta y abstracta) de la inteligencia propuesta por Thorndike en 1920 y observó que "sus escalas median únicamente cultura, expresando que debieran de desarrollarse test que evaluaran la inteligencia social y practica" (Greenspan y Grandfield, 1992, p. 447). Después de algunas revisiones, ha dado lugar a las que actualmente se denominan Escalas WISC-R, WIPPSI Y WAIS-R.

Durante la primera mitad del siglo XX, los psicólogos considerando la inteligencia como una importante facultad y pusieron su confianza en la existencia de un único determinante o de un número reducido de determinantes en la inteligencia. Por ejemplo, en el Simposio de 1921

¹ Fecha en la que Rorschach publicó "Psychodiagnostik".

titulado "La inteligencia y su medición"², Colvin describió la inteligencia como la "capacidad de aprender"; Pintmer la definió como "la aptitud para adaptarse adecuadamente a situaciones relativamente nuevas" y como "la facilidad de formar nuevos hábitos"; Terman describió al hombre inteligente como "aquel que es capaz de adquirir fácilmente información o conocimiento; Dearborn, llamó a la inteligencia "capacidad de aprender o aprovecharse de la experiencia" y Woodrow la consideró "la capacidad de adquirir capacidad" (Brown y Campione, 1992, p. 57-58).

A pesar de la variedad de conceptos explicativos para el entendimiento de la inteligencia Sternberg, entiende que en el citado Simposio existieron dos temas comunes:

- La capacidad para aprender de la experiencia y
- La capacidad para adaptarse al medio.

"Estos dos temas comunes son importantes, la capacidad para aprender de la experiencia implica, por ejemplo, que las personas inteligentes no son las que no cometen errores, sino más bien las que aprenden de ellos y no siguen incurriendo una y otra vez en los mismos errores... La adaptación al medio significa que ser inteligente trasciende al hecho de obtener puntuaciones altas en los tests o buenas calificaciones en la escuela, para incluir cómo manejarse en el empleo, entenderse con los demás, y llevar la vida en general" (Sternberg, 1997, p. 93-94).

Dentro de estos planteamientos, la medida más común de la eficacia del aprendizaje era el número de ensayos reforzados que necesitaba cada individuo para alcanzar un criterio o la cantidad de mejora que podía lograr mediante la práctica.

² Organizado y publicado por los editores de la revista Journal of Educational Psychology en 1921, reunió a 13 de los más eminentes psicólogos teóricos que investigaban en el área de la inteligencia

Surgió en 1920, un enfoque tripartito de la inteligencia, que comprendía componentes abstractos, prácticos y sociales (Schalock, 1998), este enfoque de competencia personal y social, fue propuesto por Thorndike, y tras su desarrollo en épocas posteriores, ha dado lugar a uno de los conceptos más característicos de la última definición del retraso mental. "las dificultades adaptativas en el retraso mental derivan de limitaciones en la inteligencia social y práctica" (Luckasson y cols., 1997, p. 32).

Entre 1921 y 1945 se destaca la formulación de la psicometría básica, la potenciación del uso de los tests y la generación de una alternativa cualitativa: las pruebas proyectivas (Pelechano, 1988). Los primeros teóricos de la inteligencia supusieron que existía un factor general llamado Factor G (Spearman lo difundió en 1927), conocido como el Factor G de Spearman. Por aquella época, el análisis factorial se acababa de inventar y al coger la fuente más fuerte de diferencias individuales, englobaron toda esta información en el primer factor y le consideraron el más general. Se creyó que este factor subyacía al desempeño de la inteligencia en todos los aspectos y esto era lo que presumiblemente se medía en las pruebas de inteligencia.

Spearman consideró, la naturaleza fundamental de dicho factor, a través de lo que él llamó "educación de correlatos y de relaciones" (Carroll, 1992, p. 71). El factor "G" entiende la inteligencia en términos de un único factor general que impregna el rendimiento en todos los tests de habilidad mental. El conjunto de factores específicos, si existen, sólo presentan un interés accesorio debido a su limitada aplicabilidad.

Durante el periodo de 1940 a 1970 surgió la polémica en torno al uso social de los test y el cuestionamiento de la entidad científica de las pruebas proyectivas. Se siguieron desarrollando instrumentos de evaluación para valorar la capacidad cognoscitiva. El uso de estos instrumentos fue una práctica usual en los centros educativos y empresas e influyeron en numerosos aspectos de la vida individual y social de las personas, a pesar de las críticas que estaban recibiendo. (Pelechano, 1988).

Como ejemplo de lo que estaba ocurriendo hubo autores que teorizaron sobre la evaluación de forma global, proponiendo modelos para evaluar:

Cronbach y Glesse, publicaron en 1957 "Psychological Testing and Personnel decision", donde se propuso una teoría formalizada a aplicar en el proceso de evaluación y Kanfer y Saslow con la publicación de su trabajo de 1965, "Behavior Analysis" desarrollaron un nuevo modelo de evaluación conductual (Fernández Ballesteros, 1992).

La ruptura con los planteamientos anteriores, basados únicamente en los clásicos test mentales y en las clasificaciones, llegó hacia 1966 de la mano de Ellis, director de las publicaciones Handbook of Mental Deficiency en 1963 e International Review of Research in Mental Retardation en 1966. A partir de estas publicaciones se comenzó a considerar la deficiencia mental como un problema estricto de retraso en el desarrollo. Sus trabajos iniciaron una nueva línea de investigación menos molar que las anteriores (Molina y Arraiz, 1993).

Los primeros trabajos de esta época se deben a Zigler en 1962. Posteriormente, aparecieron las ideas de Luria y su tercer sistema funcional, Spitz con sus estudios preceptuales y de hospitalismo, y Ellis que inició los estudios relacionados con la memoria, como multialmacén de la información. Todas estas teorías alcanzaron gran repercusión en su día.

III.2.1.3. Planteamientos Actuales de la Naturaleza de la Inteligencia.

En 1986, Sternberg, Detterman y cols., llevaron a cabo un proyecto ambicioso. Con la idea de replicar, sesenta y cinco años después del Simposio de 1921 sobre la Inteligencia y su Medición (publicado en el *Journal of Educational Psychology*) solicitaron, de nuevo, la colaboración a numerosos autores prestigiosos en el estudio del constructo de la inteligencia. Para ello se les pidió que explicaran su definición y comentaran la estructura de la inteligencia.

A continuación, se exponen las ideas más características de algunos de los expertos de la inteligencia que participaron en dicho Simposio:

Edward Zigler, Profesor de la Universidad de Yale y teórico de las etapas evolutivas, subraya la naturaleza arbitraria de las definiciones. Estudia un modelo mental de enfoque evolutivo centrado en las diferencias individuales, de enfoque interaccionista, que se observa en el gráfico III.5.

La flecha vertical representa el paso del tiempo, las flechas horizontales indican acontecimientos que actúan sobre el individuo, simbolizado por un par de líneas verticales. El desarrollo cognitivo se representa como una espiral ascendente, en el que las vueltas numeradas indican etapas sucesivas del crecimiento.

Gráfico III.5. Modelo Cognitivo Evolutivo del Crecimiento Mental. Fuente: Zigler (1992, p.178).

Defiende que el retraso mental es un conjunto de defectos específicos en el funcionamiento cognitivo y que los sujetos retrasados mentales sin lesión cerebral tienen base cultural, motivacional y no estrictamente intelectual. Subraya el papel de la experiencia y de la relación entre el individuo con el ambiente. Para este autor, el concepto de inteligencia:

"...se asemeja más al modelo poligénico de los genetistas de la conducta, quienes en su definición interaccionista de la inteligencia, incluyen los efectos de la experiencia tanto como las características biológicas, constitucionales y genetistas del individuo" (Zigler, 1992, p.177-178).

Considera que probablemente la medida de la inteligencia no es el único medio a tener en cuenta para evaluar el nivel de funcionamiento. Los resultados de un test de inteligencia permiten identificar y cuantificar los determinantes genotípicos de la inteligencia: a) los procesos cognitivos formales; b) los logros informativos, es decir los contenidos; y c) los factores motivacionales.

A estos tres elementos hay que añadir uno más si queremos medir el funcionamiento mental: La competencia social, es decir "la aptitud para responder a las expectativas de la sociedad" (Zigler, 1984, p. 180).

Estas consideraciones, propias de un psicólogo evolutivo, entran en colisión con los planteamientos que entienden el retraso mental como un conjunto de defectos específicos en el funcionamiento cognitivo. Su postura "obliga a dejar los modelos taxonómicos globales y analizar los defectos para poder implantar un programa de intervención psico-pedagógica individualizado" (Molina y Arraiz, 1993, p. 97).

Muchos teóricos actuales, sostienen que existen tipos o clases de inteligencia. Por ejemplo, Howard Gardner, plantea un modelo basado en las capacidades. Entiende por inteligencia:

"La aptitud o destreza para solucionar problemas o diseñar productos que son valorados dentro de una o más culturas" (Gadner, 1992, p. 93.).

Tiene en cuenta tanto los aspectos biológicos de la inteligencia como los culturales. Revisando las aptitudes encontradas en los niños de altas capacidades y en los niños con lesión cerebral, sostiene que poseemos siete inteligencias distintas, cada una de ellas relativamente independiente de las otras:

- La inteligencia musical.
- La inteligencia cinestésica-corporal.
- La inteligencia lógico-matemática.
- La inteligencia lingüística.
- La inteligencia viso-espacial.
- La inteligencia interpersonal.
- La inteligencia intrapersonal.

Gardner considera, desde esta teoría de amplia base, que la lista propuesta de inteligencias constituye un conjunto razonable para explicar los objetivos valorados en diferentes culturas. El modelo es conocido con el nombre de "inteligencias múltiples". Considera además, que una capacidad es una competencia demostrable en algún ámbito, que se manifiesta en la interacción del individuo con el entorno.

En la concepción predominan los componentes cognitivos. Este modelo de inteligencias múltiples presenta la ventaja de ampliar el concepto de inteligencia a ámbitos poco estudiados como el interpersonal y el intrapersonal. Considera, además, que la comprensión de estas inteligencias aumentará solamente si nos alejamos de los estudios de laboratorio y nos acercamos a una comprensión de la interacción del individuo con el ambiente cotidiano.

Ann L. Brown, fue profesora de la Universidad de Harvard y Joseph Campione, de la Universidad de Illinois, trabajaron en el ámbito cognitivo y de dificultades en el aprendizaje, desde un enfoque derivado de la construcción sociocultural del conocimiento. Conscientes de la complejidad de múltiples inteligencias o de cualidades polimórficas se

interesaron por una, la inteligencia académica (al objeto de poder manejarla), y los mecanismos de aprendizaje.

"Hemos decidido concentrar la atención sobre una forma de inteligencia y sobre un proceso subyacente a la misma: la inteligencia académica y los mecanismos de aprendizaje" (Brown y Campione 1992, p. 57).

Bajo esta consideración, investigaron en 1984 la relación existente entre la inteligencia y el rendimiento académico obteniendo resultados opuestos a los manifestados por Woodrow en 1921 y 1946³. Es decir, encontraron que los "niños normales" superaron a los que tienen retraso mental y que la magnitud de esta diferencia aumentaba conforme era menor la semejanza de los contextos de aprendizaje. Las medidas de aprendizaje correlacionaban significativamente con el C.I. y las diferencias individuales en rendimiento en el aprendizaje eran importantes predictores del rendimiento dentro del área cognitiva.

Estos autores dan gran énfasis al rol de las actividades metacognitivas, para quienes "metacognitivo se refiere a la consciencia del sujeto acerca de su maquinaria y operaciones cognitivas" (Campione y Brown, 1987, p. 48).

Aportan una definición de inteligencia en términos de funcionamiento ejecutivo. Afirman que el fracaso para generalizar, observado en las personas con retraso mental, es un indicador claro en la conceptualización de la inteligencia (Campione y Brown, 1987). Por tanto,

³ En 1921, 1938 y 1946 Woodrow consideró que no había relación entre inteligencia y aprendizaje (en contra de la opinión generalizada de la época), y afirmó que "la inteligencia, lejos de poderse identificar con la cantidad de mejora conseguida con la práctica, en realidad no tiene nada que ver con esa materia" (Brown y Campione, 1992, p. 58).

el objetivo es utilizar el modelo de generalización y relacionar los procesos dentro de él con las variaciones en la inteligencia. Para ello, es necesario el entrenamiento.

Estos autores han reunido una serie impresionante de datos para demostrar que poner el énfasis en las bases metacognitivas del aprendizaje, en el aprendizaje real, en el ambiente cotidiano, da resultados muy útiles (Brown y Campione, 1992, p. 27).

Distinguen entre capacidad y ejecución (distinción propuesta por Chi en 1976). Esta distinción la basan en que no hay datos que consideren que la capacidad varíe con la edad, mientras que la ejecución de tareas (por ejemplo, el uso de memoria) varía claramente con la edad y la inteligencia, (Brown y Campione, 1987).

Para Douglas Detterman, la inteligencia es un sistema complejo de procesos distintos. Estos procesos son independientes pero se interrelacionan entre sí dando lugar a lo que él denomina "totalidad" del sistema. La mente humana es un sistema bien integrado con un alto grado de totalidad, y ésta se manifiesta en medidas complejas de aptitud humana, lo cual explica las altas correlaciones que se registran entre los tests de inteligencia. Las medidas más simples, más moleculares, correlacionan menos con las medidas complejas, pero nos proporcionan una información más específica sobre el funcionamiento del sistema intelectual. Con palabras del propio Detterman:

"Lo que espero resulte evidente es que las partes del sistema están relacionadas, pero son teóricamente independientes en su actividad específica. La única forma de demostrar esta independencia es conseguir medidas menos

complejas de los resultados de esa determinada parte del sistema, que estén libres de los efectos de las otras partes" (Detterman, 1992a, p.80.)

El punto de vista de Cynthia Berry, psicóloga transcultural de la Universidad de Queen, Canadá, considera que la inteligencia es el producto final del desarrollo individual en el campo cognitivo-psicológico. Concibe la inteligencia como un constructo condicionado por la cultura, etnocéntrico y excesivamente limitado. Incluye el funcionamiento sensorial y perceptivo pero no el motor, ni el motivacional, ni el emocional.

"Considero que la inteligencia es adaptativa para el grupo cultural, en el sentido de que evoluciona para permitir al grupo actuar eficazmente en sus contextos culturales y ecológicos" (Berry, 1992, p. 53).

John Carroll considera la inteligencia como un concepto en la mente de la comunidad, por lo tanto la explicación de la naturaleza exacta de dicho concepto, puede depender de la sociedad. Afirma que existen tres campos en los que se aplica la inteligencia: el académico, el técnico y el social dependiendo de los tipos de problemas con los que las personas nos enfrentamos y según el grado en que somos capaces de resolverlos con éxito.

"Hay pruebas muy contundentes de la existencia de un factor general de inteligencia, que está implicado en una gran variedad de tareas cognitivas... muchos de los problemas académicos, técnicos, prácticos y sociales de la vida real suponen la aplicación de esta clase de inteligencia.

Después de una minuciosa consideración de las diversas teorías, de las pruebas de las mismas y de la solidez de sus fundamentos matemáticos, estoy convencido de que la más aceptable y válida es la que postula la existencia de un número relativamente reducido de aptitudes importantes, quizá no más de dos o tres docenas, que difieren, sin embargo, considerablemente en su grado

de generalidad, es decir en el grado en que pueden aplicarse a diversas clases de tareas y de rendimientos" (Carroll, 1992, p. 71).

Sandra Scarr de la Universidad de Virginia, concibe la inteligencia en términos de adaptación de las personas a su vida cotidiana. La inteligencia exige formas amplias de adaptación personal en la formulación de estrategias para la solución de los grandes y pequeños problemas con los que nos enfrentamos en la vida cotidiana. Con sus propias palabras nos dice:

"Para ser un humano eficaz, 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, p.144).

Anne Anastasi, nos ofrece su versión de la inteligencia que por su importancia con el tema que nos ocupa no podemos pasar por alto. Para la autora la inteligencia es un concepto pluralístico. La conducta inteligente es también esencialmente adaptativa, en cuanto representa modos eficaces de satisfacer las demandas de los cambios ambientales. Esta conducta varía según las especies y según el contexto en el que vive el individuo. La conducta inteligente se ve influenciada por el aprendizaje y según sus propias palabras:

"Se ha visto extraordinariamente intensificada mediante la transmisión cultural intergeneracional del rápido incremento de los conocimientos acumulados. Esta influencia, se ha visto reforzada por la transmisión organizada de conocimientos que proporcionan los sistemas de escolarización formal. Dentro de la especie humana la inteligencia implica esa 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, p. 38).

Las diferencias individuales en inteligencia pueden medirse en diferentes niveles de generalidad o de especificidad según el propósito que tenga la evaluación. Existen datos que apoyan la idea de que los test actuales que miden inteligencia utilizan criterios académicos que demuestran que la particular combinación de destrezas cognitivas y de conocimientos medida por los tests desempeñan un importante papel en las sociedades modernas, tecnológicamente avanzadas (Anastasi, 1992).

Robert Sternberg y Cynthia Berg (1992c) recogieron todas las ideas y reflexiones de los veinticuatro ensayos que se expusieron y sintetizaron las valoraciones. Por citar algunas de las características más relevantes de su exposición de interés para este trabajo, diremos que una vez más los expertos enfocaron los temas de la inteligencia con conceptos tales como el aprendizaje a partir de la experiencia y la adaptación al medio, se concedió mucha importancia a ciertas terminologías aparecidas en las definiciones, por ejemplo, la metacognición, entendida como conocimiento y como control de la cognición que jugó un puesto importante en este último Simposio.

Se observa igualmente una mayor insistencia en el papel que tiene el conocimiento y su interacción con los procesos mentales. También se consideró el papel del contexto, particularmente la cultura en la definición de la inteligencia (aspecto ausente en el anterior Simposio), que indica que el estudio de la inteligencia se sitúa en un contexto social mucho más amplio. Se reflejó también, un menor interés por la predicción y un mayor interés por comprender el campo del constructo de la inteligencia.

En cuanto a las líneas futuras necesarias para la investigación, los autores mantuvieron la idea de que es necesario seguir investigando el desarrollo de la inteligencia tal como se aplica a los campos concretos y a sus manifestaciones en la vida real. Lo que indica que la inteligencia se observa no sólo en las aulas, sino también en otros lugares distintos a ellas.

“Aunque las definiciones aportadas en el simposio de 1986 son más refinadas y mas elaboradas” que en el realizado en 1921, se sigue, como era de esperar, sin aceptar una única definición” (Detterman, 1992b, p. 196).

III.2.1.3.1 Teoría de la Inteligencia desarrollada por Sternberg.

Sternberg, Conway, Ketron y Bernstein encontraron en las investigaciones llevadas a cabo en 1981 tres componentes esenciales en la inteligencia: en primer lugar la habilidad para resolver problemas, (razonar lógicamente e identificar soluciones a los problemas), en segundo lugar, consideraron que las habilidades verbales ejemplifican la inteligencia y, por último, supusieron que la inteligencia estaba indicada por las capacidades sociales (la habilidad para mostrar interés por los demás e interactuar eficientemente con ellos).

Sternberg en 1985, ofreció una conceptualización de la inteligencia basada en el modelo cognitivo, más amplia que la mayoría de las teorías convencionales. Puesto que “la inteligencia no funciona en el vacío” (Sternberg, 1992, p. 25), sino en estrecha interacción con el mundo cuya

complejidad resulta creciente, consideró que era necesario explicar las relaciones existentes entre:

a) La inteligencia y el mundo interno del individuo, entendida esta, como los mecanismos mentales subyacentes en la conducta inteligente, facilitando dicha inteligencia la respuesta a la cuestión de cómo se genera el comportamiento (subteoría componencial o individual);

b) La inteligencia y la experiencia, o aplicación de los mecanismos mentales para solucionar problemas que van desde los muy novedosos, hasta los muy familiares, lo que permite poner en relación la inteligencia con el mundo interno y externo y responder a la pregunta de cuándo el comportamiento es inteligente (subteoría experiencial);

c) La inteligencia y el mundo externo del individuo, o uso de esos mecanismos mentales para lograr la adaptación al medio, y a su vez plantear cuestiones de qué comportamientos son inteligentes, para quién y dónde (subteoría contextual).

Con todo ello, Sternberg (1988), propuso el modelo triárquico de la inteligencia y sostiene, por lo tanto, que existen tres aspectos principales de la inteligencia: el componencial, el experiencial y el contextual.

- El aspecto componencial se centra en los componentes mentales implicados en el análisis de la información para resolver problemas, particularmente en aquellos procesos que operan cuando una persona exhibe un comportamiento racional.

- En contraste, el aspecto experiencial se centra en la forma en que las experiencias previas de una persona afectan su inteligencia y en la forma en que estas experiencias se aplican a la solución de problemas.
- Por último el aspecto contextual toma en cuenta el éxito que tienen las personas para satisfacer las demandas de su ambiente cotidiano.

Entiende que la mejor caracterización que puede hacerse de la inteligencia es a través de la diferenciación entre los macrocomponentes y los microcomponentes. Los seis macrocomponentes son:

- Inteligencia general.
- Inteligencia académica.
- Inteligencia práctica.
- Inteligencia fluida.
- Inteligencia cristalizada.
- Motivación.

Los microcomponentes (en algunos momento las denomina como componentes propiamente dichos) según su función se dividen al menos en:

- Metacomponentes. Que se utilizan para planificar, controlar y tomar decisiones durante la ejecución de la tarea.
- Componentes de ejecución, son los “hacedores” o ejecutores de la tarea, en razón a las instrucciones de los metacomponentes y

- Componentes de conocimiento, son los procesos que tienen como misión aprender y transferir lo adquirido a contextos diferentes.

Sternberg considera que el déficit cognitivo esencial de los sujetos deficientes mentales se manifiesta principalmente en la subteoría componencial y más concretamente en los metacomponentes, si bien dado el alto grado de generalización de estos, el déficit se extiende al resto de los componentes.

Dentro de estos componentes unos son de alta generalización (componentes generales), otros considerados como generalización de tipo medio (componentes de clase), y otros son de una mínima generalización (los componentes específicos de ejercicio o tarea). Cada componente se subdivide en subcomponentes y entre todos existe una gran relación.

Los problemas del funcionamiento cognitivo de los sujetos con retraso mental, los estudiaron Sternberg y Spear en 1985 y Sternberg (1998), según estos autores los problemas de funcionamiento cognitivo pueden deberse a:

- Una activación deteriorada de los metacomponentes y del resto de componentes.
- Una retroalimentación deteriorada entre los metacomponentes y los microcomponentes.
- Un funcionamiento deteriorado de uno o varios componentes, debido a la indisponibilidad de los mismos, a su inaccesibilidad, a su lentitud de ejecución o a la inexactitud de su ejecución.

- La automatización deteriorada de los subsistemas componenciales.
- La descoordinación funcional entre los subsistemas componenciales.
- Una base de conocimientos pobre o deteriorada.
- Carencia, escasez, o inadecuación de la motivación.
- Limitaciones estructurales del sistema componencial.
- Déficits atencionales.

A partir de esta concepción, Sternberg y colaboradores creen haber superado la clásica controversia entre los dos grandes paradigmas relativos a la deficiencia/ retraso mental (desarrollista-motivacional, por un lado y defectiva-específica, por otro) y entre las cuatro grandes corrientes para su evaluación: psicométrica clásica, cognitiva analítica, conductual y potencial de aprendizaje.

"Nuestra postura es de carácter tanto evolutivo como diferencial: a una edad cronológica determinada, los individuos retardados se diferencian de los normales cuantitativamente y posiblemente cualitativamente; a una edad mental determinada, se diferencian en el universo de ejercicios que definen la edad mental sólo como una función de diferencias en la muestra de ejercicios. Una vez que se está fuera del universo de ejercicios, por supuesto, pueden surgir otras diferencias también" (Sternberg, 1998b, p. 313).

En 1992, Sternberg y Hunt consideraron, además, que el funcionamiento inteligente representa un equilibrio entre los dos modos fundamentales de afrontar los problemas: la flexibilidad y el procedimiento. El buen funcionamiento intelectual necesita ser bastante flexible para asimilar nuevas informaciones y enfocar nuevas situaciones, pero además hace falta buenos procedimientos que hagan referencia a procesos y estrategias anteriores para la solución de nuevos problemas.

La inteligencia está implícita en la persecución de cualquier meta. No es primordialmente un problema de cantidad sino de equilibrio, de saber cuándo y cómo usar las habilidades analíticas, las creativas y las prácticas:

"La inteligencia exitosa es más efectiva cuando equilibra el aspecto analítico, el creativo y el práctico. Es más importante saber cuándo y cómo usar estos aspectos de la inteligencia exitosa que simplemente tenerlos. Las personas con inteligencia exitosa no sólo tienen habilidades sino que reflexionan sobre cuándo y cómo usar esas habilidades de manera efectiva" (Sternberg, 1997, p. 131-132.).

III.2.1.4. Consideraciones a modo de Síntesis.

Las investigaciones acerca de la naturaleza del conocimiento humano y de la inteligencia han ido posibilitado el progreso en este campo, centrándose actualmente, en investigar y valorar las tareas y destrezas complejas desde un punto de vista más ecológico. Pero aun es necesario continuar pues queda gran cantidad de trabajo por hacer.

Diversos autores teóricos han propuesto definiciones de la inteligencia basadas en la capacidad de aprendizaje, en la memoria, en las aptitudes para resolver problemas, en los razonamientos, en la adaptación al medio, en la comprensión y en otros muchos conceptos.

Todos estos determinantes parecen estar interviniendo de una u otra manera pero, posiblemente, ninguna de las definiciones propuestas abarquen la naturaleza compleja de los procesos intelectuales, por lo que no sirven para definir con exactitud el concepto.

Existe mayor consenso cuando se considera la inteligencia en relación con el contexto (sostienen que determina la consecución de ciertas conductas, facilitándolas o merendolas). También se está dando importancia a los estudios transculturales (estos nos advierten de la necesidad de tener en cuenta valores y contextos culturales) y al valor que tienen las conductas emocionales y motivacionales con las variables cognitivas propiamente dichas.

La tendencia iniciada por Sternberg, puede proporcionarnos un modelo teórico acerca de los procesos mentales mediante los cuales las personas reúnen y utilizan la información para resolver problemas y adquirir conocimientos. Posibilita una comprensión de la naturaleza de la inteligencia. Su enfoque de los procesos ha sido admitido y considerado como adecuado por un número considerable de profesionales del tema. Además, ofrece nuevas posibilidades para la comprensión de los procesos cognitivos del retraso mental y para diseñar programas de intervención que mejoren el funcionamiento intelectual de las personas con estas u otras dificultades (Schalock, 1999a)

Aunque las definiciones de la inteligencia en términos de aprendizaje a partir de la experiencia y de adaptación al medio nos indican que ésta no tiene que ver con una inteligencia inerte y pasiva, desgraciadamente, los instrumentos de evaluación no se inspiran en este espíritu, no miden quién aprende de la experiencia ni quién se adapta al medio, tan sólo enfocan el aprendizaje y la adaptación académica, importantes para la vida, pero no básicos en la totalidad del ciclo vital de la persona en el mundo real.

En nuestra sociedad se valora primordialmente las conductas intelectuales relacionadas con el aprendizaje académico. Por tanto no es de extrañar que, por regla general, el interés se haya centrado y se centre en evaluar la inteligencia académica, y ésta se haya configurado como el prototipo del concepto de inteligencia.

Sin embargo, hay un acuerdo bastante generalizado entre los especialistas, en cuanto a la validez predictiva de los tests mentales psicométricos clásicos, ya que se consideran válidos de cara al rendimiento académico de la persona, aunque muchos autores consideran que es conveniente ampliarlos con contenidos inteligentes de la vida cotidiana o complementar estos con otros métodos e instrumentos, relativizando su validez predictiva para determinados grupos sociales y culturales.

Es previsible que el progreso en la clarificación de los múltiples determinantes de las diferencias individuales que explican la conducta inteligente, pueda llevarse a cabo bajo modelos de teorías más comprensivas e interactivas que entiendan la inteligencia como un sistema cognitivo en su totalidad. Si bien parece que los mecanismos ya se han puesto en marcha, hay que pensar en la frase con la que termina Hunt su ensayo "El heffalump de la inteligencia"

"Tal vez el estudio de la inteligencia se ha visto perjudicado por el énfasis en la aplicación. Más que escoger una determinada clase de contenidos para investigarlos, yo prefiero terminar este trabajo pidiendo un análisis teórico mejor y más ordenado. En lugar de intentar elaborar enfoques filosóficos cada vez más amplios y más generales, hemos de escoger el tedioso pero necesario trabajo de construir modelos precisos, verificarlos y seguidamente, unificar las teorías de la inteligencia con las teorías de la cognición". (Hunt, 1992, p.129-130).

III. 2.2. La Conducta Adaptativa.

La conducta adaptativa se ha convertido en los últimos años en un concepto central para la evaluación de las personas con retraso mental, aunque hoy en día, como veremos, se está en vías de conseguir una definición aceptada por todos los profesionales y existen importantes interrogantes sobre su naturaleza.

No se dispone de una definición admitida unánimemente para referirse a la conducta adaptativa ni un acuerdo sobre la terminología, de manera que, cada autor o enfoque enfatiza diferentes aspectos de este término y así se habla de destrezas, competencias, conductas, habilidades, etc. Esto es debido a su compleja naturaleza (Bruininks, 1993; Montero, 1993; Dolado y cols, 1998; Schalock, 1999c).

Sin embargo, este término de conducta adaptativa tiene una larga tradición en psicología. Como señala Montero (1993) ha sido utilizado principalmente por los estudiosos de la conexiones entre los aspectos biológicos y psicológicos.

De las bases de datos extraídas (WebSPIRS, 2000) se deduce también la amplitud de uso de este término, abarcando numerosas disciplinas, y poniendo el énfasis principalmente en la adecuación social.

En este estudio se va a considerar las conductas adaptativas desde el punto de vista de las necesidades que tienen las personas con discapacidad, y más concretamente, las personas con retraso mental.

III.2.2.1. Concepciones y Estructuras Históricas de la Conducta Adaptativa.

Desde principios del siglo XIX han sido considerados los aspectos adaptativos en las personas con retraso mental. En los primeros momentos se hablaba de "competencia social" (Luckasson y cols., 1997, p. 51). Con el paso del tiempo, el concepto ha ido evolucionando y adquiriendo la significación actual. El desarrollo de investigaciones, en las cinco últimas décadas del siglo XX, se han debido principalmente a la inclusión, desde 1959, del concepto de conducta adaptativa por la actual American Association on Mental Retardation (AAMR), dentro de los criterios definitorios del retraso mental.

La mayor parte de las primitivas investigaciones se centraron en la conceptualización y en la medición, trabajándose menos el tema de la estructura o dimensiones de la conducta adaptativa, a excepción de algunos autores como Doll, Meyers, Nihira. En las últimas décadas, el interés por averiguar su estructura ha sido muy extenso, realizándose numerosos estudios (Bruininks, McGrew, 1993; Harrison, 1987; Nihira, 1975, 1993; Widaman y cols., 1991; etc.).

Haciendo un breve recorrido por los profesionales que han aportado su ideas al respecto no podemos olvidarnos de:

Voisin, quien en 1843 desarrolló el primer registro de medida de la conducta adaptativa (Lambert y cols., 1993), una entrevista estructurada que estableció un precedente histórico al valorar la conducta adaptativa como parte de la valoración, identificación y clasificación de las personas con retraso mental, discapacidades de desarrollo y trastornos asociados.

El trabajo de Voisin subraya la importancia de la conducta adaptativa y su medición, considerando importante

"Identificar lo bien que las personas con deterioros mentales se enfrentan con las demandas naturales y sociales de su entorno" (Voisin, 1843, citado en Lambert et cols. 1993, p.2.).

Charles Darwin en su libro "El origen de la especie", publicado en 1859, proponía que la evolución de las especies y el desarrollo de los seres humanos podía remontarse a un proceso evolucionista de selección natural. Consideró, además, la capacidad del organismo para ajustarse al medio. La publicación afectó profundamente a numerosos campos de la investigación científica, uno de los cuales fue la investigación de la inteligencia y del comportamiento humano. Sir Francis Galton, primo de Darwin, fue el primero en explorar las implicaciones del libro en el comportamiento humano.

Durante los periodos de Renacimiento y Reforma en EEUU, el retraso mental fue considerado en términos de inadecuación adaptativa (Harrison, 1987). Las personas que no se adaptaron a su ambiente fueron consideradas como insuficientes intelectualmente. Este enfoque de la adaptación continuó hasta principios de 1900, cuando el uso de los tests de inteligencia se convirtió en la principal forma de medida y de diagnóstico del retraso mental.

Desde los comienzos del siglo XX, la evaluación de la conducta adaptativa ha sido reconocida como un aspecto a considerar en la valoración psicológica del individuo. Binet y Simon en 1905, incluyeron algunos ítems de adaptación en su escala clásica, y posteriormente, otros tests de habilidad mental han seguido su ejemplo desde entonces,

(Kaufman y Kaufman, 1983; Thorndike, Hagen y Sattler, 1986; Wechsler, 1992, etc.).

Tredgold postuló en 1922 la importancia de la competencia social en el retraso mental, al considerar esta competencia de primera necesidad a "través de la cual estas personas se adaptan a las exigencias del ambiente" (Greenspan y Grandfield, 1992b, p. 443). En 1937, propuso una de las concepciones clásicas al concebir a la persona con retraso mental como incapaz de llevar una vida adulta independiente. Considera que la competencia social es "el concepto más lógico y científico de la deficiencia mental" (Siperstein, 1992, p. III).

El enfoque basado en los resultados del test de inteligencia continuó hasta 1936, cuando Edgar Doll, presidente de la Asociación Americana de la Deficiencia Mental, argumentó que la madurez social, ahora vista como una competencia de conducta adaptativa, solía ser la principal característica para un diagnóstico del retraso mental. Sugirió algunos conceptos esenciales para una adecuada definición del retraso mental, entre ellos consideró que la incompetencia social era debida a la "subnormalidad" (Siperstein, 1992). Pero fue más lejos: "desafiando al uso de los test de inteligencia como único criterio para la realización del diagnóstico argumentó que el concepto de edad mental no reflejaba los aspectos sociales del funcionamiento individual" (Greenspan y Grandfield, 1992b, p. 443).

Doll, en 1953, destacó la relación entre retraso mental y competencia social, presentando especial atención a la edad y afirmando, además, que la conducta adaptativa del sujeto debía ser evaluada a partir de la ejecución real de las personas, más que a partir de la habilidad que

se pueda inferir. Es decir, si un individuo puede llevar a cabo una actividad pero es muy raro que lo realice, su conducta adaptativa, en esa habilidad, debe considerarse deficiente. Define conducta adaptativa como:

“La eficacia de una persona en alcanzar los niveles normales de maduración, aprendizaje, independencia personal y/o responsabilidad social que se esperan del grupo de su edad” (Bruininks y Mc Grew, 1993, p.13).

Doll consideró en la definición, dos conceptos clave en la estructura de la conducta adaptativa:

- Independencia Personal
- Responsabilidad Social

Las expectativas de conducta adaptativa, según Doll, varían dependiendo de las diferentes edades. Por ejemplo, en la infancia y primera etapa de la niñez los déficits se podrían reflejar en las habilidades sensoriomotrices y el desarrollo, las habilidades de comunicación, las habilidades de ayuda personal, la socialización, la aplicación de las habilidades académicas básicas en las actividades de la vida diaria, la aplicación del razonamiento y juicio apropiados en el dominio del entorno y las habilidades sociales.

Durante la etapa de la adolescencia y en la edad adulta, además de considerar las anteriores áreas, Doll manifiesta que hemos de añadir las responsabilidades y las actuaciones profesionales y sociales (Bruininks y Mc Grew, 1993).

También Kanner en 1957, consideró que el grado de debilidad mental estaba relacionado con el grado de dependencia social de sujeto.

Y Edgerton en 1967, investigando con personas con retraso mental observó que las necesidades prioritarias de atención, que consideraban los cuidadores y los profesionales de la escuela, eran las incompetencias sociales (Siperstein, 1992).

Dada la atención creciente que las conductas adaptativas (en especial las sociales) estaban recibiendo, la Asociación Americana de la Deficiencia Mental manifestó especial interés en introducir el concepto de conductas adaptativas en la evaluación de las personas con retraso mental, y en 1959, dicha Asociación, publicó su primer manual oficial sobre diagnóstico. Formalmente, declaró que el diagnóstico de la persona con retraso mental debería estar basado en una combinación de los bajos resultados del test de inteligencia y un pobre funcionamiento adaptativo.

Desde entonces, todas las definiciones sobre el retraso mental realizadas por esta Asociación han incluido formalmente la consideración de las conductas adaptativas unido a la medida de la inteligencia.

Una de las definiciones más relevantes y más ampliamente aceptada fue la de Heber en 1961. Según este autor, el comportamiento adaptativo se define como el modo en que los individuos se enfrentan a las demandas naturales y sociales de su entorno. Esta perspectiva se mantendrá por la AAMR a lo largo de sucesivas revisiones, hasta llegar a la propuesta definitoria más reciente de la AAMR (1992).

En las últimas décadas, los estudios de la conducta adaptativa en el campo del retraso mental han aumentado. Los factores que más han influido para ello son los cambios en el ámbito legislativo; la necesidad de evaluar y entrenar conductas que ayuden en la transición de los

individuos con discapacidades al aprendizaje integrado, en el trabajo, en la comunidad, y en los entornos para vivir; la necesidad de incrementar la implicación familiar en el plan educacional y la inclusión de la conducta adaptativa en la definición formal del retraso mental (Bruininks y McGrew, 1993).

Leland, Shellhaas, Nihira y Foster (1967) definieron la conducta adaptativa como la capacidad de adaptación al entorno. Nihira, un poco más tarde, en 1969, la definió como la eficacia del individuo para adaptarse a las demandas naturales y sociales de su entorno. Estos autores caracterizaban su estructura por la conjunción de tres factores. La AAMR las asumió hasta la divulgación de la definición de retraso mental propuesta por Grossman en 1983.

- Autonomía Personal
- Responsabilidad Personal
- Responsabilidad Social

Nihira, ha sido uno de los autores que más investigaciones ha realizado para estudiar la estructura de la conducta adaptativa, ha observado distintos factores, así por ejemplo en un primer momento, buscando la multidimensionalidad de las conductas adaptativas en 1969, consideró la existencia de un solo factor, "Posiblemente, fue el primero en identificar un único factor en la Escala ABS de 1975, el de Independencia Personal" (Widaman y cols., 1991, p. 8). En todos los estudios restantes, ha obtenido múltiples dimensiones de la conducta adaptativa.

Identificó también, junto con Meyers y Zetin, en 1976, la existencia de "dos factores: La Independencia Personal (Para comer, vestirse,

higiene personal, etc.) y la Responsabilidad (motivación social, destrezas de autonomía en la comunidad, etc.)" (Bruininks y McGrew, 1993, p.17).

- Independencia Personal
- Responsabilidad

Posteriormente, junto con Lambert y Leland (1993) consideró tres factores que se expondrán más detalladamente en este trabajo, con posteridad.

Mercer en 1978, concibió la conducta adaptativa como 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. Pone énfasis en la interacción entre el individuo y su contexto (Montero, 1993) y más en concreto, en el funcionamiento fuera de los centros escolares, restando atención a las competencias escolares de orientación (Bruininks y McGrew, 1993).

Meyers y colaboradores siguieron estudiando la estructura de la conducta adaptativa y, en 1979, consideraron que los factores de Autonomía y Responsabilidad eran dimensiones que estarían definidas de un modo universal en cualquier estudio competente que emplease la escala normal de amplio alcance de conducta adaptativa (Bruininks y McGrew, 1993; Bruininks, McGrew, y Maruyama, 1998).

- Autonomía
- Responsabilidad

Con la definición de retraso mental propuesta por Grossman en 1973 se intentó dar una conceptualización más exacta. A la vez que se hizo referencia al funcionamiento significativamente inferior a la media, se consideró que este funcionamiento intelectual general existía concurrentemente con déficits en conducta adaptativa.

En la revisión que se hizo en 1983, Grossman, consideró que 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, así, el significado de los dos conceptos se solapa. Sin embargo, teniendo en cuenta el énfasis de la definición de la conducta adaptativa en el afrontamiento diario, el comportamiento adaptativo hace referencia más a lo que las personas hacen para cuidar de sí mismas y para relacionarse con otros en la vida diaria, más que al potencial abstracto implícito en el concepto de inteligencia" (Luckasson, 1997, p. 59).

La American Association on Mental Deficiency (AAMD) define, por tanto, la conducta adaptativa como aquella conducta que es efectiva para satisfacer las demandas naturales y sociales del propio ambiente (Grossman, 1983). La evaluación de la conducta adaptativa se enfoca en dos factores principales:

- a) el grado en que los individuos están en posibilidad de funcionar y mantenerse de manera independiente y
- b) el grado en el que satisfacen las demandas culturalmente impuestas de responsabilidad personal y social.

- Funcionamiento Independiente
- Responsabilidad Personal-Social

Las dificultades o discapacidades en la conducta adaptativa son descritas por Grossman (1983), como limitaciones significativas de la eficacia 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. Estas limitaciones pueden ser determinadas a través de valoraciones clínicas y/o con la aplicación de pruebas estandarizadas.

A partir de estas consideraciones, se realizaron estudios para dar consistencia al concepto y definición de la conducta adaptativa ya que se consideraron imprecisas, debido a que no existía modo de conocer los ambientes en que se requeriría que los individuos funcionasen.

Para Grossman (1983), la conducta adaptativa ha de considerarse dentro de un contexto de desarrollo: por lo que sugiere una clasificación de la conducta adaptativa en tres etapas:

- Maduración durante los años infantiles, desarrollo de habilidades sensoriomotoras, de comunicación, de autoayuda y de socialización.
- Ejecución académica durante los años escolares, habilidades académicas básicas, uso de juicio y razonamiento aplicados en el dominio del ambiente, y habilidades sociales e independencia social y económica.

- Y durante la edad adulta temprana, ejecuciones y responsabilidades sociales y profesionales (Bruininks y McGrew, 1993); Sattler, 1996).

Esta clasificación incluye grandes campos de habilidades tales como desarrollo físico, del lenguaje, competencia académica, funcionamiento independiente, etc. Dado lo amplio del concepto es difícil medir los dominios relevantes de la conducta adaptativa. En las investigaciones identificaron los dos factores, citados en los párrafos anteriores, que explican, según estos autores, gran parte del contenido del constructo.

En 1987, Widaman, Gibbs y Geary llevaron a cabo otro estudio encontrando cuatro factores que representaban dimensiones definidas en la conducta adaptativa. El primer factor se denominó Desarrollo Motor, que medía las habilidades motoras gruesas y finas, la locomoción y las destrezas básicas de alimentación y aseo. El segundo factor le denominaron Habilidades de la Vida Independiente, que incluían capacidades para llevar la casa, hacer la comida, limpiar, vestirse, lavarse, etc. El tercer factor era el de Competencia Cognitiva, que incluía, entre otras cosas, el lenguaje, la lectura y escritura, el uso del dinero, etc. Al cuarto factor, lo conceptualizó la Competencia Social (Widaman y cols., 1991).

- Desarrollo Motor
- Vida Independiente
- Competencia Cognitiva
- Competencia Social

Por su parte, Sparrow y Cicchetti en un estudio que llevaron a cabo en 1984, encontraron tres factores (Widaman y cols., 1991):

- Factor Psicomotor,
- Factor Cognitivo
- Factor Social

Lambert y Nicoll en 1976, investigaron a través de la Escala ABS, tres muestras de estudiantes con y sin retraso mental, y concluyeron la existencia de dos factores (Widaman y cols., 1991):

- La Autonomía Funcional
- La Responsabilidad Social

Bruininks y McGrew en 1987, lo relacionan con "términos como habilidades sociales e independencia personal" (Montero, 1993, p. 21). Para estos autores el término de conducta adaptativa hace referencia a la capacidad de la persona para encontrar de forma efectiva expectativas sociales y de la comunidad que le permitan la independencia personal, el mantenimiento de sus necesidades físicas, normas sociales aceptables y relaciones interpersonales para un eficaz ajuste al entorno.

Estos autores, añaden además, al igual que otros autores (Nihira, Foster, Shellhaas y Leland, 1975) que la ausencia de graves problemas de conducta es uno de los requisitos para que se dé la conducta adaptativa.

La definición, con sus propias palabras, expresa lo siguiente:

"...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" (Bruininks y McGrew, 1987. Citado por Montero, 1993, p. 21).

Estudiaron también su estructura y durante años revisaron todos los estudios con ella relacionados. Encontraron en las investigaciones, por regla general, de uno a cinco tipos diferentes de factores, observando por un lado, que las diferencias metodológicas habían sido las causantes de los distintos resultados y, por otro, que el uso de pocos instrumentos disponibles de medición imposibilitaban una mayor comprensión de los factores (Bruininks y McGrew, 1993).

Bruininks y McGrew, destacan la existencia de un primer factor que aparece en prácticamente todos los estudios y se ha llamado con diferentes términos: Independencia Personal, Independencia Funcional, Autonomía Funcional, Autosuficiencia, etc. Siempre que aparecía un segundo o tercer factor, su peso en la varianza fue comparativamente menor.

En un estudio reciente con personas con y sin retraso mental observaron que "el factor independencia personal acumulaba el 64% de la varianza y el factor responsabilidad y el factor profesional o social acumulaban tan sólo el 10% de la varianza" (Bruininks, McGrew, y Maruyama, 1998, p. 269-270). Consideran además que la estructura y su peso varía y "está en función de la edad y de las limitaciones del funcionamiento" (Bruininks, McGrew, y Maruyama, 1998, p. 265).

En sus estudios identificaron en 1989 cinco factores en la estructura de la conducta adaptativa. (Bruininks y McGrew, 1993; Montero, 1993):

- Independencia Personal
- Responsabilidad
- Un factor de tipo Cognitivo y de Conocimientos Académicos
- Factor Profesional o Social
- Un factor de tipo Físico o Evolutivo

Y llegaron a la conclusión de que los avances en la comprensión de la estructura teórica de la conducta adaptativa

“Exigirán investigaciones que utilicen una variedad de medidas de conducta adaptativa, así como también estudios que incluyan medidas de afecto, inteligencia, logro y conducta inadaptada” (Bruininks y McGrew, 1993, p. 19).

Langone y Burton (1987) consideran que el concepto de conducta adaptativa pierde bastante su vaguedad conceptual si se concibe en términos de habilidades necesarias para ser miembros funcionalmente activos de una sociedad. Señalan además la modificabilidad de la conducta adaptativa (Montero, 1993).

Lambert, Nihira y Leland (1993) aplicando la importante consideración citada anteriormente de Voisin, consideran que para identificar cómo se enfrentan las personas con retraso mental a las demandas del entorno, se requieren dos tipos de información:

Primero, se necesita considerar las conductas adaptativas específicas que permiten a los individuos sobrevivir en su propio entorno (por ejemplo, casa, escuela, vecindario, etc.).

Segundo, se debe examinar la habilidad individual que indique la capacidad de sobrellevar la tensión personal y usar las relaciones interpersonales, manifestando responsabilidad social y lograr a su vez lo que se ha llamado "invisibilidad social" (Es decir, cuando en situaciones sociales, las personas hacen uso de las habilidades específicas que permiten asumir responsabilidad de su propia conducta y a su vez esa conducta es suficientemente predecible y típica, lo que les hace socialmente invisibles en términos de contraste con los otros (Lambert, Nihira y Leland, 1993, p. 2).

Lambert y cols., encontraron a través del ABS, Escala de Conductas Adaptativas, editada por la AAMR en 1975, tres factores estructurales (Lambert y cols., 1993, p. 21-22):

La Autosuficiencia Personal comprende las habilidades de cuidado de sí mismo en situaciones cotidianas y se incluyen además cuidado de su propia casa, preparación de comidas, limpieza, vestirse, uso de baño, desenvolvimiento en la comunidad, y disponer de unas condiciones adecuadas. Son habilidades fundamentales e instrumentos que facilitan la vida en grupo o en comunidad.

El Factor de Autosuficiencia Comunitaria que indica las habilidades que tiene la persona para funcionar en la sociedad, la interacción con otros y el uso que se hace de los recursos que tiene la comunidad. Las conductas comunicativas son vitales, así como el uso de dinero y el conocimiento del reloj. Las habilidades medidas en este Factor son

importantes para la integración plena de una persona en su propio ambiente.

La Responsabilidad Personal y Social, incluye habilidades que tienen que ver con el cuidado de si mismo y con la interacción de su ambiente. Debe ser adecuada para satisfacer el lado interpersonal de la conducta adaptativa, es decir, las personas que son vistas como responsables, realizan un trabajo, cuidan de otros, participan en actividades de grupo,... tienden por ello a ser vistas como socialmente competentes.

- Autosuficiencia Personal
- Autosuficiencia Comunitaria
- Responsabilidad Personal-Social

Widaman, Stacy, Sharon y Borthwick-Duffy en 1993, valoraron a través del procedimiento de la matriz multitratada-multimétodo de Campbell y Fiske de 1959, la validez de constructo de las grandes dimensiones de la conducta adaptativa (competencia cognitiva y competencia social) y de conducta inadaptada (inadaptación social e inadaptación personal).

Usando tres instrumentos de evaluación estandarizados encontraron "una gran validez convergente y una clara validez discriminativa en las medidas utilizadas" (Widaman, Stacy y Borthwick-Duffy, 1993, p. 219 y 229). Ha sido el primer estudio multimétodo que ha tratado ambas conductas a la par (adaptativa e inadaptativa).

Dolado y cols. (1998) y Montero (1993) llevaron a cabo un análisis del contenido de las diferentes definiciones y pudieron observar que casi todas ellas coinciden en señalar tres áreas como factores críticos de la conducta adaptativa:

1. Funcionamiento Independiente o Autosuficiencia, satisfacción de las propias necesidades básicas.

2. Relaciones Interpersonales, ser un miembro activo de la sociedad.

3. Responsabilidad Social, mantener relaciones sociales responsables (Dolado y cols., 1998).

- Funcionamiento Independiente o autosuficiencia
- Relaciones Interpersonales
- Responsabilidad Social

Además, también consideraron como elementos centrales y definitorios de la conducta adaptativa, la influencia de la edad en las expectativas sociales que se tienen de los individuos. Estas características dan al constructo un fuerte carácter evolutivo e incluyen también el reconocimiento del papel del entorno social en las variaciones encontradas en estas expectativas.

A modo de conclusión, podríamos decir que gran parte de las concepciones de la conducta adaptativa presentan de forma implícita una visión situacional más que de rasgo aunque a menudo ha estado evaluada como tal (Montero, 1993). En este mismo sentido, Nihira (1985), al hablar de la evaluación del comportamiento adaptativo en el diagnóstico y la clasificación de las personas con retraso mental, señala

que la utilización de este tipo de evaluación significa implícitamente que la deficiencia mental no es una situación permanente, afirmando que un individuo puede responder a los criterios de deficiencia mental en un momento de su vida y dejar de responder a estos criterios en otro momento.

Como se ha comentado, la conducta adaptativa se define por la ejecución habitual y no por la capacidad, como comentó Doll en 1930. Considerándolo como ejecución, es posible que un individuo pierda su estatus de persona con deficiencia o cambie de grado, debido a modificaciones del comportamiento adaptativo o a las exigencias del medio (AAMR, 1992).

Para Montero (1993), y compartimos su opinión, las dificultades existentes para conseguir un encuadre teórico mínimamente preciso de la conducta adaptativa tiene sus causas en la dificultad de conjugar elementos tan dispares como los citados en las líneas anteriores.

La naturaleza compleja de dicho constructo dificulta el establecimiento de una noción unificada del término conducta adaptativa y, por esta razón, autores como Zigler, Baila y Hodapp en 1984 argumentan a favor de abandonar el concepto de conducta adaptativa como una parte más de la definición de retraso mental. Afirman que el concepto de adaptación social es simplemente demasiado ilusorio y pobremente definido para ser un criterio de retraso mental, comentando también que existe un acuerdo mucho más amplio en lo que se refiere a las definiciones de inteligencia. Concluyen diciendo que si tan sólo existe un ínfimo acuerdo en las definiciones de conducta adaptativa, todas las medidas de ésta quedan forzosamente invalidadas (Montero, 1993).

Ante estos argumentos, la mayor parte de los autores estudiosos del tema consideran la gran importancia que tiene el constructo para la identificación e intervención de las necesidades de las personas con retraso mental, y como dice Bruininks, Thurlow y Gilman (1987).

"El constructo de la conducta adaptativa proporciona una útil perspectiva heurística para mejorar el diseño, la selección, y la puesta en práctica de las intervenciones que priman aquellas habilidades que son necesarias para mejorar el ajuste de las personas con discapacidades a sus entornos presentes y futuros" (Bruininks, Thurlow y Gilman, 1987, p. 84).

Bruininks señaló unas conclusiones basadas en el estudio de las publicaciones realizadas sobre el constructo en las que expresó, entre otros, los siguientes puntos relacionados con la conducta adaptativa (Bruininks, 1993, p. 22-24):

1. El constructo de conducta adaptativa ha sido el centro de gran interés durante los últimos años. El concepto tiene una importancia primordial en la definición y el diagnóstico del retraso mental, en la determinación del cumplimiento de requisitos para los servicios y en la organización de programas de formación para mejorar habilidades para el empleo, condiciones de vida y la vida en la comunidad.

2. La mayoría de las definiciones de funcionamiento adaptativo contienen conceptos comunes: independencia personal y responsabilidad social, criterios de desarrollo, y dan importancia a las influencias culturales del entorno. El desacuerdo existe, en el énfasis de las dimensiones que abarca la conducta adaptativa; la importancia de las habilidades o competencias cognitivas; y la importancia del funcionamiento en el colegio frente al funcionamiento fuera del colegio.

3. Las investigaciones para llegar a comprender la estructura de la conducta adaptada son aun insuficientes. Hay pruebas constantes de la existencia de un amplio factor general de conducta adaptativa en la mayoría de las escalas, aunque todavía no se ha determinado si esta dimensión es la misma en todas las escalas.

Se han llegado a identificar cinco factores o dimensiones: Independencia personal; física / de desarrollo; profesional / comunidad; funcional académica / cognitiva; y social o responsabilidad.

El estado del tema no está aun totalmente esclarecido en lo que se refiere a la comprensión de la estructura de las conductas adaptativas, Aun no se ha conseguido, entre los diferentes investigadores, un consenso de las dimensiones que lo conforman. No es de extrañar tal situación, Como hemos visto con anterioridad, lo mismo pasa con la comprensión y la estructura de la inteligencia y en este constructo se llevan ya muchos más años trabajando. Lo que parece estar claro es que la conducta adaptativa es multidimensional, se desarrolla de forma evolutiva y tiene relación con la edad.

Los diferentes estudios realizados hasta la década de los noventa han identificado factores de conducta adaptativa en diferentes estratos pero no quedaron establecidos de una manera jerárquica.

En el momento actual numerosos autores, entre ellos, Thomson, McGrew y Bruininks; Greenspan y Grandfield; Kamphaus y Widaman, están haciendo esfuerzos para ello (Schalock, 1998), y como veremos más adelante, parece que lo están consiguiendo.

III.2.2.2 Del Estudio de las Conductas Adaptativas al Estudio de las Habilidades Adaptativas.

En la actualidad la importancia de la conducta adaptativa con relación al retraso mental encuentra una clara justificación en el manual "Definición, Clasificación y Sistema de Apoyos" de la AAMR de 1992 (Luckasson y cols., 1997). Esta definición está basada en un modelo ecológico y comportamental que pone el énfasis en el estudio del carácter interactivo del comportamiento del individuo en su relación con ambientes concretos. Por esta razón se subraya el análisis específico de distintas áreas de comportamiento adaptativo.

"El concepto de habilidades adaptativas deriva del concepto de conducta adaptativa, implica un conjunto de competencias y por ello proporciona un importante apoyo para varios de los postulados clave de la definición" (Luckasson y cols., 1996, p.59).

Como ya hemos comentado, en el sistema de evaluación y clasificación propuesto por la AAMR en 1992, diez áreas adaptativas son consideradas necesarias para un diagnóstico del retraso mental. Estas áreas son: Comunicación, Autocuidado, Vida en el hogar, Habilidades Sociales, Utilización de la Comunidad, Autodirección, Salud y Seguridad Personal, Habilidades Académicas Funcionales, Ocio y Trabajo.

Se especifica que para establecer este diagnóstico, es necesario, entre otras cosas, que la persona tenga limitaciones en dos o más de las áreas adaptativas propuestas. El criterio que se ha tenido en cuenta para que sean dos las áreas con limitaciones responde, por un lado, al intento de subrayar el impacto que estas producen en el funcionamiento de la vida cotidiana, siendo las limitaciones lo suficientemente evidentes como

para dar lugar a la discapacidad que manifiestan las personas con retraso mental, y por otro lado, se reduce la probabilidad de realizar un diagnóstico erróneo.

Las áreas de habilidades adaptativas propuestas en la definición han sido desarrolladas en parte en un sistema descriptivo desarrollado por Ford y sus colaboradores (Verdugo, 1995), aportando una concreción y clarificación del concepto. La consecución de estas habilidades están determinadas por la edad ya que tienen un carácter de adquisición y progresión evolutiva. Sólo se han de dar importancia aquellas habilidades cuya adquisición es relevante para la edad, por lo que se tienen que analizar los entornos típicos para iguales. Existen algunas áreas que sólo tienen sentido en la adolescencia o en la vida adulta, por ejemplo, el trabajo, esto nos permitirá relacionarlo con las necesidades individuales de apoyo.

Las habilidades adaptativas permiten un estilo de vida razonablemente normal. La mayor parte de las personas que funcionan en sociedad son capaces de hacer frente, exitosamente, con su experiencia a las demandas de su entorno. Sin embargo, para las personas con retraso mental las dificultades de adaptación impiden en gran medida la habilidad para interactuar socialmente y ganar la aceptación dentro del grupo mayoritario de la sociedad. Este nivel de debilidad adaptativa, combinada con funciones intelectuales contribuye a la realización del diagnóstico del retraso mental (Luckasson, 1997).

El hecho de que en la definición de 1992 se haya cambiado el concepto de conductas adaptativas por el de habilidades adaptativas responde a varias razones:

Por un lado el concepto de conductas adaptativas es muy amplio y difícil de evaluar. En los momentos actuales ningún instrumento puede medir todos los dominios relevantes del comportamiento adaptativo (Luckasson y cols., 1997; Sattler, 1988).

Por otro lado, existen escalas de conducta adaptativa que tan solo miden ciertas áreas de habilidades (habilidades académicas, habilidades para el hogar,...). Evaluando con dichos instrumentos a una persona con retraso mental podían aparecer, o no, las limitaciones; es decir, se podrían producir equivocaciones en el diagnóstico derivadas de una evaluación parcial, en cuya base está la falta de amplitud de las pruebas, la falta de concreción de las áreas de habilidades y una clara indefinición del constructo (Bruininks, 1993; Luckasson y cols., 1997; Sattler, 1988).

Las habilidades adaptativas propuestas implican un conjunto de competencias que parecen ser las responsables de lo que, por regla general, se entiende como conductas adaptativas.

Para concluir, la conducta adaptativa está compuesta por un número de habilidades de afrontamiento que, combinándose, permiten al individuo lograr la integración en la comunidad. Hasta qué punto las limitaciones de conducta adaptativa entorpecen las habilidades de una persona para hacer frente a demandas de la sociedad es una cuestión importante para los profesionales que atienden las necesidades de personas con retraso mental (Lambert y cols., 1993).

Ha habido un interesante debate histórico sobre la naturaleza de la conducta adaptativa. Frente a la concepción anterior que consideraba que un solo factor general daba cuenta de la mayor parte de la varianza, hoy

en día hay una fuerte tendencia a considerar la conducta adaptativa (Widaman y McGrew, Schalock y cols.) como multidimensional y establecida de forma jerárquica. Por ejemplo, Widaman y McGrew en 1996, afirmaron que un enfoque jerárquicamente organizado, multifactorial de la conducta adaptativa, es prometedor. Consideran que parte del debate y confusión histórica respecto a la estructura de factores de la conducta adaptativa han sido causados porque en los estudios se han utilizado diferentes niveles y amplitud de análisis de dicha conducta adaptativa (es decir, los ítems, parcelas de ítems, y subescalas empleadas) (Schalock, 1998).

III. 2. 2. 3. Vías para Incrementar el Conocimiento del Constructo de Conducta Adaptativa.

Montero (1993) cita tres vías para incrementar significativamente el conocimiento de este constructo:

- 1) Ha de estar centrada en el entorno,
- 2) Ha de estar basada en la investigación psicométrica; y
- 3) Es necesario la introducción de la conducta adaptativa en marcos teóricos más amplios.

1) A menudo se observa que las influencias del ambiente en el desarrollo y la expresión de la conducta adaptativa no han recibido la atención necesaria para entender adecuadamente el funcionamiento adaptativo. En este sentido, el concepto de normalización es una forma heurística de considerar la interacción de las características del ambiente

con la conducta de las personas con retraso mental (Bruininks, Thurlow y Gilman, 1987).

Cabe destacar la inclusión del entorno como uno de los elementos claves en el modelo funcional propuesto por la AAMR como base conceptual para definir el retraso mental (Verdugo, 1995) y, por este motivo, es necesario profundizar en el estudio de la interacción entre el ambiente y la conducta adaptativa en personas con disminución psíquica.

2) Centrándonos en la investigación psicométrica, uno de los aspectos más valiosos de la conducta adaptativa es precisamente esta vertiente aplicada, que compensa las insuficiencias conceptuales de este constructo (Montero, 1993) y que, mediante estudios de investigación analítica y correlacional, puede contribuir a definir y delimitar los factores que configuran la conducta adaptativa.

3) Por último se están realizando intentos de contextualizar la conducta adaptativa dentro de modelos conceptuales más amplios. Algunos autores como McGrew y Bruininks (1990) consideran que esta confusión alrededor del constructo de conducta adaptativa se debe en gran parte a la ausencia de un modelo comprensivo validado empíricamente.

III.2.2.4. La Multidimensionalidad de la Conducta Adaptativa Integrada en el Concepto de Competencia General.

Como se ha visto con anterioridad en el capítulo II, el futuro en la comprensión de las personas con retraso mental, tal y como lo entiende Schalock (1999a), pasa por entender el modelo integrador centrado en la competencia general.

La integración de la conducta adaptativa en un modelo de competencia general permite:

1º. Que el campo del retraso mental incorpore más fácilmente el modelo ecológico.

2º. Que el retraso mental se enfoque en un análisis persona-entorno, es decir, se tenga en cuenta las habilidades específicas requeridas en el entorno y se acentúe el uso de técnicas aumentativas para reducir la discordancia entre las demandas del ambiente y los niveles de habilidades funcionales de la persona.

3º. Centrarnos en un rango de habilidades funcionales, conceptuales y sociales, y

4º. La integración de los dos conceptos (conducta adaptativa y competencia general), serviría como una plataforma productiva para la investigación dirigida conceptualmente y para organizar el discurso académico.

III. 2. 2. 5. Implicaciones para las Investigaciones

Numerosos profesionales se han preocupado por facilitar las líneas a seguir, teniendo en cuenta los conocimientos que se poseen de la conducta adaptativa. Vamos a reflejar, de momento, las consideraciones de Bruininks y de Wideman, para contextualizar lo expresado hasta ahora.

Bruininks (1993, p. 24) piensa que la mayor parte de las investigaciones "se han llevado a cabo con un número limitado de instrumentos", y éstos no han proporcionado mayores avances, por lo que "es necesario que en las investigaciones se abarque una gama más amplia de muestras e instrumentos" (precisamente en los últimos años se han publicado y revisado amplias y sólidas medidas de conducta adaptativa, entre ellas, la Escala con la que trabajamos en esta investigación).

Las investigaciones necesitan estudios longitudinales, basados en la competencia personal. Estas, prácticamente no se realizan y aportarían claros beneficios tanto a las personas como al ejercicio de la educación especial (Widaman y cols., 1991).

Bruininks (1993) aboga por la tendencia más generalizada, que ya se ha comentado y expondremos más detenidamente a continuación, referida a la necesidad de investigaciones que relacionen de forma simultánea los constructos de conducta adaptativa con otros constructos, para especificar el grado y tipo de relaciones entre diferentes dimensiones de la competencia humana.

Por último, vamos a considerar los últimos resultados de los estudios llevados a cabo en este campo, para ello seguimos a Schalock, (2001) que realiza una síntesis de los trabajos actuales en conducta adaptativa y señala cuatro elementos comunes en las investigaciones realizadas hasta el momento:

1. La conducta adaptativa se suele definir como la realización diaria de actividades necesarias para una autosuficiencia social y personal, en lugar de la capacidad para realizar esas actividades.
2. La mayoría de las definiciones sugieren que la conducta adaptativa está relacionada con el desarrollo y su complejidad se incrementa conforme las personas crecen.
3. Destacan los ámbitos de autoayuda, habilidades interpersonales, comunicativas, vocacionales y domésticas.
4. Se acepta que el constructo depende de las expectativas de la cultura del individuo y de las exigencias de situaciones específicas y de las personas con las que interactúa.

III.2.3. RELACIONES ENTRE INTELIGENCIA Y CONDUCTA ADAPTATIVA

III.2.3.1. Enfoque Multidimensional de la Inteligencia

Como hemos visto en anteriores apartados, muchos autores han ofrecido definiciones de la inteligencia (Binet 1916; Spearman 1923;

Freeman 1955; Wechsler 1958; Das 1973; Humphreys 1979; Gardner 1983; Sternberg 1986; etc.).

Desde hace ya tiempo se viene hablando de la estructura y jerarquización de la inteligencia. En los años treinta, Spearman hablaba del factor "g" de inteligencia. Clarificó la naturaleza fundamental de dicho factor a través de lo que él llamó "educación de correlatos y de relaciones" (Carroll, 1992 p.71). Cattell en 1971 dio a conocer su teoría triádica. También Thurstone en 1947 usó un sistema diferencial de coordenadas analizando el factor "g" de Spearman y nos habló de siete vectores mentales (comprensión verbal, fluidez verbal, razonamiento inductivo, visualización espacial, memoria y velocidad perceptiva). Vernon sugirió en 1961 la existencia de un amplio factor, pero también consideró la teoría jerárquica de la inteligencia. Guilford propuso en la década de los 60, más de ciento veinte factores. Desde entonces, otros muchos teóricos de la inteligencia hicieron y hacen estudios obteniendo resultados que indican la existencia de varios factores independientes o primarios, lo que nos lleva a pensar que el concepto de inteligencia tiene dimensiones y está jerarquizado.

Muchos han sido los planteamientos sobre la conducta humana. Desde hace tiempo se viene planteando la capacidad inteligente en términos de funcionamiento, adaptación y atención al modo como las personas viven en su vida diaria. Muchos autores han trabajado principalmente en esa dirección, entre otros:

David Wechsler quien habló de la inteligencia como una parte de la personalidad, que para él era un concepto amplio de la adaptación humana:

"La inteligencia es la capacidad para entender el mundo, pensar racionalmente y emplear adecuadamente los recursos a su alcance cuando se enfrenta un desafío... mientras que la capacidad intelectual (o cualquier faceta de la misma) puede considerarse como una aptitud o rasgo unitario, la inteligencia general no lo es... la experiencia y los estudios de investigación han mostrado que no es posible identificar o equiparar la inteligencia general a la aptitud intelectual, sea cual sea la forma en que se definan" (Wechsler, 1979, p.15).

Wechsler, comprendió que la inteligencia eficaz depende de algo más que las estrategias de procesamiento de la información o de la eficacia neurológica (Sternberg, 1997).

Numerosos estudiosos del constructo de la inteligencia, consideran que ésta es adaptativa. En las siguientes citas se puede observar esta consideración:

"La inteligencia es adaptativa para el grupo cultural, en el sentido de que evoluciona para permitir al grupo actuar eficazmente dentro de un contexto ecológico particular; y es adaptativa para el individuo, ya que permite a las personas actuar en contextos culturales y ecológicos" (Berry, 1992, p. 53).

"Inteligencia se expresa en términos de conducta adaptativa, dirigida a un fin... La conducta adaptativa es una conducta que se enfrenta y satisface con éxito los desafíos que se encuentra a su paso" (Sternberg y Salter, 1987, p. 47).

"Está relacionada con las destrezas o habilidades de la vida diaria" (Butterfield, 1992, p. 68).

"La conducta inteligente es esencialmente adaptativa y se ve influenciada por el aprendizaje" (Anastasi, 1992, p, 38).

Una de las últimas definiciones la propusieron en 1994 Arvey, Bouchard, Carroll, Cattell y colab., según estos autores:

“La inteligencia es una capacidad mental muy general que, entre otras cosas, implica la habilidad para razonar, planificar, resolver problemas, pensar abstractamente, comprender ideas complejas, aprender rápidamente, y aprender de la experiencia. No consiste simplemente en aprender libros, una pequeña habilidad académica, o realizar tareas de las consideradas ingeniosas. Más bien, refleja una capacidad más amplia y más profunda para comprender lo que nos rodea- aprehendiéndolo, captando el sentido de las cosas, o entendiendo que hacer” (Schalock, (1999a, p.89).

De estas definiciones, siguiendo a Schalock (1999a), se desprende la idea de que la inteligencia tiene que ver con la comprensión y adaptación al ambiente, al explicar que en la conducta inteligente están implicadas las formas de abordar las demandas de un mundo cambiante.

III.2.3.2. Enfoque Multidimensional de la Conducta Adaptativa.

En la definición de 1992 de retraso mental propuesta por la AAMR cuando se habla de habilidades adaptativas se consideran como un conjunto de “competencias personales” (Luckasson y cols., 1997, p. 59.). El modelo de Competencia General fue propuesto por primera vez por Greenspan y Grandfield en 1979 y posteriormente en 1992. Se basa en el modelo de la competencia personal-social de la inteligencia.

Tal y como se entiende hoy en día este concepto de competencia incluye tres componentes: Inteligencia práctica, conceptual y social. Según expresa Luckasson y cols., (1992), si existen limitaciones en el funcionamiento adaptativo, éstas son debidas principalmente a la inteligencia social y práctica.

"Las dificultades adaptativas en el retraso mental derivan de las limitaciones en la inteligencia social y práctica" (Luckasson y cols., 1997, p. 32).

Con estas palabras se está indicando la relación existente entre el concepto de inteligencia y el de habilidades adaptativas.

Algunos autores y la AAMR han conceptualizado estas inteligencias, por ejemplo:

- Carroll considera la inteligencia práctica 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, p. 69)

- La inteligencia práctica para Sternberg (1992) "incluye la conducta manifiesta en las interacciones inter e intrapersonales... y la conducta que se manifiesta en el trabajo y en la vida cotidiana" (Sternberg, 1992, p. 24), es decir la capacidad para manejar los aspectos físicos y mecánicos de la vida, tales como cuidado de uno mismo, las competencias que demanda el día a día y las actividades vocacionales.

- Este concepto de inteligencia práctica, también se encuentra definido en el manual que sobre la definición, clasificación y sistemas de apoyo ha editado la AAMR en 1992, y se refiere a:

"La capacidad de mantenerse o sustentarse por uno mismo como persona independiente, en la realización de las actividades habituales de la vida diaria. Esto incluye la capacidad de utilizar las aptitudes físicas para lograr el máximo grado de independencia personal posible. La inteligencia práctica es central en habilidades adaptativas como las sensoriomotoras, de cuidado personal, (dormir, baño, aseo, comer, beber) y de seguridad (evitar peligro y prevenir lesiones) es también importante en otras habilidades adaptativas como

las académicas funcionales, trabajo, ocio autogobierno y utilización de la comunidad" (Luckasson y cols., 1997, p.32).

- La inteligencia social implica la capacidad para comprender y manejarse de forma efectiva en los acontecimientos y situaciones sociales e interpersonales, incluyendo la capacidad para actuar manifestando los deseos propios en las relaciones interpersonales, las habilidades sociales apropiadas, la empatía y la reflexión y para lograr los resultados deseados en las relaciones interpersonales (Bennett, 1993; Cantor y Kihlstrom, 1987; Greenspan, 1997; Keating, 1994; McGrew y cols., 1996; Sternberg y Wagner, 1986; Taylor y Cadet, 1989). El concepto de inteligencia emocional y el de conducta desadaptativa están recogidos bajo el más amplio de inteligencia social (Goleman, 1995, citado por Schalock, 1999a, p.90).

- El concepto de inteligencia social, se encuentra también definido en el manual que sobre la definición, clasificación y sistemas de apoyo ha editado la AAMR en 1992, y hace referencia a:

"La capacidad para entender las expectativas sociales y la conducta de los demás, así como para juzgar adecuadamente cómo comportarse en situaciones sociales. Los principales componentes son conciencia social y habilidad social, más concretamente incluyen: comprensión social intuición social, juicio y comunicación... Es fundamental en conductas adaptativas como las habilidades sociales, de comunicación, trabajo, tiempo libre, vida en el hogar y utilización de la comunidad" (Luckasson y cols., 1997, p. 32)

- La inteligencia conceptual, es un componente al que se conoce también como inteligencia académica o analítica. Para Sternberg, "implica la conducta que se manifiesta en el trabajo escolar e incluye temas como lenguaje, matemáticas, ciencias, artes... La mayoría de los investigadores

están de acuerdo en que hay una relativa generalidad en dicho campo, así como en que hay cierta especificidad en el funcionamiento mental" (Sternberg, 1992c, p. 23).

- Grenspan y Grandfield, al exponer sus estudios sobre las implicaciones del modelo de competencia social en las personas con retraso mental expresan que la inteligencia conceptual

"Se refiere a la capacidad para resolver problemas "intelectuales" abstractos y para usar y comprender procesos simbólicos tales como el lenguaje. Incluye el concepto tradicional de C.I. así como las habilidades que demandan las tareas escolares" (Grenspan y Grandfield, 1992b, p. 447)

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 descritas en la definición (Luckasson y cols., 1997 y Schalock, 1999).

Como se indicó previamente, alguna de las habilidades adaptativas reflejan a la vez, una inteligencia práctica y social, como la utilización de la comunidad y las habilidades de vida en el hogar (Schalock, 1999).

La definición actual se centra en el grado de habilidades porque este aspecto está más estrechamente reflejado con los servicios necesarios. Además, con ello se trata de destacar que un funcionamiento adecuado depende más de lo que uno hace realmente que de lo que es capaz de hacer. Por lo tanto, podríamos considerar que las habilidades adaptativas enumeradas en la definición actual son, entre todas las habilidades posibles, las que más requieren la provisión de servicios para

optimizar el funcionamiento actual del individuo en la comunidad (Lambert y cols., 1993)

Esta definición subraya, que la existencia de limitaciones en las habilidades adaptativas debe acreditarse en relación a los entornos comunitarios adecuados a la edad. Esto refleja la relatividad de la importancia de estas limitaciones, como ya se ha indicado previamente. El énfasis de los entornos comunitarios también refleja la idea de que las personas funcionan en un contexto social, y este es el aspecto del retraso mental más estrechamente relacionado con la necesidad de servicios.

“El concepto de habilidades adaptativas se deriva, como hemos comentado, de la atención histórica dada a la competencia social” (Schalock, 1998, p. 7) y en épocas más cercanas a la conducta adaptativa. Las diez habilidades adaptativas propuestas por la AAMR en 1992 son decisivas, por la importancia que tienen, en la competencia de las personas con retraso mental.

Al igual que sucede con el concepto multidimensional de inteligencia, desde hace años, se realizan estudios con las conductas adaptativas para descubrir sus factores, y muchos profesionales consideran que el concepto también es jerárquico y multidimensional (Greenspan y Grandfield, 1992b; Siperstein, 1992 y Widaman y McGrew, 1996).

Sin embargo, estos y otros autores consideran, que los factores encontrados aún no pueden considerarse definitivos, ya que observan cierto desconcierto. Esta confusión existente sobre los factores que componen la conducta adaptativa, ha dependido principalmente del nivel

de análisis realizado en las investigaciones y del rango y amplitud con la que se ha tratado el concepto de conductas adaptativas (Bruininks, 1993).

Las dimensiones generales de las habilidades adaptativas obtenidas por la AAMR corresponden en buena parte con los dos conceptos básicos nacidos de la investigación de la conducta adaptativa: la Independencia Personal y la Responsabilidad Social (AAMR 1997); (Bruininks y McGrew, 1987); (Bruininks, Thurlow y Gilman, 1987); y (Schalock, 1998).

III.2.3.3. Fusión de los Conceptos de Inteligencia y Habilidades bajo el Constructo de Competencia Personal.

Numerosos autores (Greenspan y Grandfield, 1992; McGrew, Bruininks y Jonson, 1996; Schalock, 1999, 2001; Widaman, Stacy, y Borthwick-Duffy 1993; etc.) proponen la integración de las capacidades intelectuales y las conductas adaptativas a partir del modelo de "competencia general" o "competencia personal" (Greenspan y Grandfield, 1992b, p. 442 y, McGrew, Bruininks y Jhonson, 1996, p. 564).

Bajo el gran concepto de competencia general propuesto por Greenspan y Grandfield (1992), tenemos dos grandes subdivisiones (ver gráfico III.6.): la competencia social y la competencia instrumental. Ambas subdivisiones contienen componentes intelectuales y no intelectuales.

Los componentes intelectuales de la competencia instrumental, que aparecen en la parte izquierda del Gráfico III.6., 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 la Escala ABS, Escala de Vineland u otro instrumento de conducta adaptativa" (Greenspan y Grandfield, 1992b, p. 447) y la inteligencia social.

GRAFICO III.6. Modelo Comprensivo de Inteligencia General. Fuente: Greenspan y Grandfield (1992b, p. 447).

Los componentes no intelectuales de la competencia instrumental, contienen aspectos tales como los motores, sensoriales, y el 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 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 no deben estar incluidas como aspectos relevantes en el diagnóstico del retraso mental (Greenspan y Grandfield, 1992b).

Este modelo de competencia describe el trabajo de muchos teóricos e investigadores y está basado en el modelo tripartito de inteligencia que fue propuesto por primera vez por el psicólogo educativo Thorndike en 1920, hace ya 90 años, quien postuló tres facetas de la inteligencia: inteligencia abstracta (principalmente el C.I.); inteligencia mecánica (inteligencia esencial y práctica) e inteligencia social.

Sólo los aspectos intelectuales de la competencia social (inteligencia práctica e inteligencia social) y la competencia instrumental deberán ser incluidos en el diagnóstico del retraso mental, es decir, los aspectos no intelectuales de la competencia general (Greenspan y Grandfield, 1992a, p. 447).

Schalock (1999c) realiza un análisis interrelacionando la multidimensionalidad de la inteligencia con la multidimensionalidad de la conducta adaptativa para ello presenta un modelo adaptado, basado principalmente en los estudios realizados sobre la estructura multifactorial de la competencia general de Greenspan y Grandfield (1992); y de los estudios multifactoriales sobre las conductas adaptativas de Greenspan y

cols. (1996); Ittenbach, Spiegel, McGrew y Bruininks (1992); McGrew y Bruininks (1990); Widaman, Stacy y Borthwick-Duffy (1993). Para estos autores la estructura de la conducta adaptativa incluiría:

"La Competencia o desarrollo motor o físico: que 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 (formación y mantenimiento) interacción con otras personas, participación social, razonamiento social, comprensión y razonamiento" (Schalock, 1998, p. 8-9).

Schalock considera que hay un paralelismo entre estas dimensiones y las dimensiones sugeridas anteriormente de la inteligencia, estableció, entonces, una conexión de los componentes, como se observa en el siguiente gráfico:

GRÁFICO III.7. Paralelismo entre las Dimensiones de la Inteligencia y de la Conducta Adaptativa. Fuente: Schalock (1998, p. 8).

Ante este paralelismo, el campo del retraso mental, está sufriendo transformaciones, los criterios establecidos para el diagnóstico pueden ser reformulados, pues los conceptos de inteligencia y habilidades adaptativas se comienzan a estudiar en conjunción. Partiendo de estos estudios existen autores que consideran que es necesario redefinir los criterios del diagnóstico del retraso mental, teniendo en cuenta la competencia social, la competencia conceptual y la competencia práctica.

En el gráfico III.8 se observan la relación existente entre los conceptos, englobándolos en el constructo más amplio de competencia personal.

GRÁFICO III.8. Integración de la Multidimensionalidad de los constructos de Inteligencia y Conducta Adaptativa. Fuente: Schalock (1999a, p. 118).

Las nuevas investigaciones que se están llevando a cabo en esta línea, pueden aportar cambios que proporcionen implicaciones no sólo en la definición del retraso mental sino también en la construcción de nuevas formas de evaluar, nuevas formas de intervenir, de proporcionar apoyos, servicios. En definitiva, se espera que favorezcan una mejor comprensión del concepto y de todos los aspectos implicados en el retraso mental. En cuanto a la comprensión y evaluación de las personas con discapacidad, tales cambios pueden resumirse en:

- La definición de la discapacidad como limitaciones personales de la competencia personal.
- El concepto de retraso mental, se definiría por sus limitaciones en las habilidades de actuación práctica, conceptual y social.

- Es necesaria la combinación de 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.

III.2.3.4. Indicadores de las Habilidades y de la Inteligencia Práctica, Conceptual y Social.

Como estamos viendo, en los últimos años, se está llegando a comprender mejor la estructura subyacente del constructo de competencia personal. Comienzan a existir acuerdos entre los diferentes investigadores y esto se refleja en los nuevos estudios que se realizan. Partiendo de estos hechos, a los profesionales les interesa saber cuáles son los indicadores que intervienen en los diferentes conceptos expuestos en el gráfico anterior.

De nuevo, Schalock, exvicepresidente de la AAMR, en su visita a España en marzo de 2001, invitado por las Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, es quien ha adelantado este tipo de conocimientos. Siguiendo sus ejemplificaciones, realizamos el cuadro sintético III.2. y III.3., al objeto de poder visualizarlo más claramente.

Para terminar, expresamos en este apartado las palabras con que Schalock terminó su conferencia inaugural que concretizan el interés y conocimiento actual del tema que nos ocupa:

"Si queremos mejorar la capacidad de vida de las personas con discapacidades intelectuales, 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. Con esta finalidad, hagamos que nuestras ideas tengan como resultado consecuencias productivas para las personas con discapacidades intelectuales y utilicemos nuestro intelecto para superar aquellas barreras que nos acechan en el camino" (Schalock, 2001, p. 102).

III.2.4. LOS TRASTORNOS MENTALES Y LAS CONDUCTAS DESADAPTADAS EN PERSONAS CON RETRASO MENTAL.

El concepto multidimensional de retraso mental requiere evaluar el funcionamiento psicológico y conductual de las personas afectadas. La mayor parte de las personas con retraso mental son consideradas mentalmente sanas y carentes de problemas conductuales. Sin embargo, una importante minoría puede necesitar de algún tipo de servicios de salud mental. En estos casos, es imprescindible que el tipo de problema psicológico o conductual aparezca reflejado en la Dimensión II del proceso de Diagnóstico del retraso mental (AAMR, 1992).

En los últimos años se han realizado investigaciones, al objeto de determinar si las personas con retraso mental son o no más vulnerables a presentar trastornos mentales o problemas de conducta que el resto de la población. Numerosos profesionales han contribuido con sus estudios desde los campos de las dificultades de aprendizaje, del retraso mental y de la salud mental (Bouras, 1999), al defender que la evaluación de los trastornos psicopatológicos y de conducta constituye una actividad de gran importancia, previa a cualquier tipo de intervención.

En todas las investigaciones llevadas a cabo, los porcentajes encontrados han sido superiores a los de la población general (Emerson y cols., 1999; Franco, 98; Moss, 1999; Revuelta y cols., 1994; Szymanski, 1989).

En cuanto a los porcentajes encontrados, se ha observado que, mientras en la población general los índices que se manejan están entre un 15-19%, en los sujetos con retraso mental el porcentaje está muy por

encima, "los datos revelan entre un 25-35%" (AAMR, 1992, p. 73; Revuelta y cols, 1994).

Aunque existen menos estudios realizados sobre las conductas desadaptadas, y no se ha profundizado si tienen o no relación con los trastornos mentales, algunos, como los llevados a cabo en el Reino Unido, muestran un "porcentaje entre el 10 y el 15% de sujetos con retraso mental que precisan intervenciones educativas, sanitarias o sociales especiales por sus conductas desafiantes" (Emerson y cols., 1999, p. 39).

No obstante, en estos estudios realizados, hay muchas variaciones en cuanto a los porcentajes obtenidos. Este hecho puede ser debido a numerosas causas, entre ellas podemos citar las diferencias metodológicas usadas por los investigadores y el tipo de muestra de sujetos que han utilizado.

Numerosos autores como Emerson y cols., (1999); Franco, (1998); y otros, consideran que la detección y el diagnóstico de estos problemas es más difícil y complicado que en las personas sin retraso mental.

Hasta hace relativamente poco tiempo, estos tipos de alteraciones se consideraban características propias del retraso mental. No se diagnosticaba un trastorno emocional o una conducta inadecuada en una persona con discapacidad intelectual. Los trastornos de conducta y psicopatológicos, si surgían, se consideraban asociados al retraso mental (Reiss, 1996).

Las Personas con Retraso Mental: Traducción, Adaptación y Valoración de la Escala ABS-S:2 y del Método AAA

Ejemplos de indicadores de habilidades			
Competencia Física	Habilidades de la vida independiente	Habilidades cognitivas, comunicativas y académicas	Competencia social
Fuerza	Actividades de vida diaria	Lenguaje receptivo/expresivo	Creación y mantenimiento de amistades
Flexibilidad	Actividades instrumentales de vida diaria	Habilidades de lectura y escritura	Interacción con otras personas
Movimientos motores gruesos	Vida en la comunidad	Manejo del dinero	Participación en actividades de grupo
Movimientos motores finos	Habilidades de autoayuda	Memoria a corto y largo plazo	Competencia emocional
Resistencia	Habilidades ocupacionales	Procesamiento visoauditivo	Adaptación personal y adaptación social
Velocidad	Salud y seguridad	Conocimientos cuantitativos	Resolución de problemas
Precisión de control		Comunicación no verbal	Autodirección
Locomoción- Deambulaci3n			Responsabilidad
			Socializaci3n
			Autocontrol/ autoestima
			Sensibilidad/Insight

CUADRO III.2. Ejemplos de indicadores de Habilidades. Fuente: Schalock (2001, p. 87 con adaptaciones).

Ejemplos de indicadores de la inteligencia pr3ctica, conceptual y social		
Inteligencia Pr3ctica	Inteligencia Conceptual	Inteligencia Social
Enfrentarse a los aspectos f3sicos y mec3nicos de la vida	Resolver problemas intelectuales abstractos	Comprender y manejar eficazmente objetos y situaciones sociales e interpersonales
Adaptarse con 3xito a entornos del mundo real	Utilizar y comprender procesos simb3licos (incluido el lenguaje)	Actuar prudentemente en las relaciones humanas
Ejercer al menos un grado significativo de control sobre el propio entorno	Realizar tareas escolares o relacionadas con el 3mbito acad3mico	Disfrutar de habilidades sociales apropiadas
		Alcanzar resultados interpersonales

CUADRO III.3. Ejemplos de indicadores de Inteligencia Pr3ctica, Conceptual y Social. Fuente: Schalock (2001, p. 87 con adaptaciones).

En la actualidad, se sabe que las manifestaciones conductuales inapropiadas o los trastornos mentales no son síntomas asociados al retraso mental. Tampoco son excluyentes y, en consecuencia, se comienzan a realizar estudios y diagnósticos desde el punto de vista dual. Pero, como veremos, nos encontramos con enormes dificultades, debido a la existencia de pocos instrumentos específicos que nos ayuden en el diagnóstico, ya que no tienen en cuenta las peculiaridades propias de esta población.

III.2.4.1. Concepto de Trastorno Mental

Existen autores que no creen oportuna la división en el campo de la salud de los trastornos mentales y los problemas de comportamiento, y piensan que “no se deben dicotomizar las problemáticas conductuales y psiquiátricas” (Szymanski, 1996, p. 7). Desde el punto de vista operativo y funcional, en este trabajo vamos a establecer la diferencia entre ambos conceptos por considerar, entre otros aspectos, algo que en muchas ocasiones bien las diferencia, y es la funcionalidad de ambas problemáticas.

Definir ambos conceptos no es tarea fácil. Debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del “trastorno mental” (DSM-IV, 1995), y lo mismo pasa con las conductas desadaptadas. Para contextualizar ambos conceptos vamos a partir de las definiciones más relevantes y extendidas. En primer lugar veremos la que ofrece sobre trastorno mental el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV:

"En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción" (American Psychiatric Association, 1995, p. XXI).

Se observa desde esta definición tan difundida, cierto solapamiento con la definición de retraso mental. Así, el retraso mental hace referencia a un bajo CI y a limitaciones significativas en habilidades adaptativas, mientras que la definición de enfermedad mental, que apareció dos años después, hace referencia a un diagnóstico de enfermedad mental y a deficiencias en áreas de funcionamiento. Realmente existe un solapamiento entre la definición de retraso mental y la de enfermedad mental y, por tanto, la una ha impactado mucho a la otra (Schalock, 1995b).

El hecho de incluir en los principales manuales de clasificación de los trastornos mentales el retraso mental, no lo consideramos actualmente adecuado. Por un lado, obliga a incluir las características de esta discapacidad en la definición de trastorno mental, de ahí posiblemente venga el solapamiento del que habla Schalock, y por otro consideramos, junto con Szymanski, que "Listar el retraso mental como un trastorno mental ha constituido y constituye una fuente de confusión para los

profesionales del campo" (Szymanski, 1996). Estos dos aspectos, además, suponen una falta de criterios claros diferenciales y añaden complejidad en los diagnósticos de las personas con retraso mental.

Para afirmar, como bien se expresa en las primeras páginas del Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales, DSM-IV, que no es fácil especificar adecuadamente los límites del concepto de trastorno mental, existen autores, por ejemplo Moss (1999), que desde hace algún tiempo vienen considerando la enfermedad mental como algo interactivo con el contexto en el que las personas viven. Algunas situaciones sociales pueden provocar, mantener o aumentar los síntomas patológicos.

Por ejemplo, existen personas que manifiestan síntomas como estar "al borde de" y que sin embargo, con pequeñas redes de apoyo, siguen adelante. Los puntos de vista interpersonales y los factores sociales suelen ser los que determinan si un síntoma o un conjunto de síntomas requieren la atención de un especialista o no; si es o no es un trastorno mental. Por regla general, estos síntomas que dicen manifestar, no están directamente relacionados con el grado de incapacidad o interferencia con el día a día, por lo que no podríamos diagnosticar el trastorno mental.

En contraste con la problemática expuesta en el párrafo anterior, el trastorno mental es algo más complejo y característico. Los síntomas que conforman el cuadro clínico han de tener una duración, una intensidad y una frecuencia determinada. Además, han de influir directamente en la vida de la persona o en la vida de las personas que le rodean.

La necesidad de valorar los aspectos subjetivos es relevante. Un paciente puede ir al médico, considerar éste que no tiene ninguna enfermedad, y el paciente seguir sintiéndose mal. Sin embargo, como veremos más adelante, en las personas con retraso mental, esta distinción entre lo objetivo y lo subjetivo es mucho menos impactante cuando hablamos de trastorno mental (Moss, 1999) porque los factores subjetivos, los que la gente dice sentir, juegan una parte importante de la definición y diagnóstico del trastorno. Ciertamente hay condiciones, como la demencia, que tienen asociados síntomas de trastornos mentales, pero éstas son el resultado del daño cerebral. De forma similar, los efectos de los medicamentos pueden producir síntomas de trastorno mental que suelen desaparecer cuando se deja de tomar los fármacos.

III.2.4.1.1. Concepto de Diagnóstico Dual.

Menolascino en 1983, y posteriormente otros autores, han estudiado y aportado importantes cambios positivos en la evaluación de las personas con retraso mental. Así por ejemplo, Reiss (1996) considera que, históricamente, el aspecto central en la evaluación del diagnóstico dual fue distinguir entre hándicaps primarios y secundarios. ¿La persona tiene primariamente enfermedad mental o retraso mental? Este aspecto resultó importante porque definió la gestión y financiación de los servicios. Si se determinaba que la persona primariamente tenía retraso mental, los servicios se los prestaban los centros específicos de educación y ocupacionales. Si se consideraba que en el sujeto primaba un trastorno mental, se le posibilitaban diferentes servicios clínicos, por ejemplo, los psiquiátricos.

Desgraciadamente, la distinción entre hándicaps primarios y secundarios ha dado lugar a servicios de salud mental inadecuados (Reiss, 1996). Una consecuencia práctica del etiquetamiento de los desórdenes psiquiátricos como secundarios en importancia, es la menor probabilidad de que se costeen estos servicios de salud mental. Muchos defensores de las discapacidades del desarrollo se consideran afortunados cuando obtienen servicios para todas las necesidades primarias de sus clientes. Si un clínico considera un hándicap como secundario en importancia, es más difícil que se financien los servicios indicados, dando lugar a que se aprecie una falta de recursos (Salvador, 1995; Reiss, 1996).

Otro problema con el que nos encontramos es que esta distinción entre primarios y secundarios es arbitraria. No existen criterios para realizar tal diferencia y tampoco existen pruebas psicológicas que ayuden a decidir que hándicaps son primarios y cuáles secundarios. Los estudios de Reiss, 1996; Salvador, 1995 y otros han ofrecido claridad a este campo y en la actualidad se considera que tanto el retraso mental como el trastorno mental constituyen necesidades de servicio primarias para las personas con diagnóstico dual.

Para ejemplificar este hecho, Reiss (1996) propone el caso de un hombre con retraso mental medio, que vive independientemente, pero que requiere cuidado residencial después de desarrollar un desorden afectivo (depresión). En este caso, ¿cuál es el hándicap primario?, ¿es el retraso mental el que crea la fragilidad en la adaptación del hombre a la vida independiente o, el hándicap primario es la depresión, que produjo un deterioro en el funcionamiento?. Se podría argumentar esta cuestión incesantemente, porque no hay criterios para determinar qué hándicap es

primario y cuál secundario. Mientras los clínicos y las agencias de servicio debaten el tema de hándicap primario y secundario, las necesidades del cliente permanecen desatendidas (Reiss, 1996, p. 14).

El concepto de diagnóstico dual proporciona una alternativa a los conceptos de hándicaps primarios y secundarios. En lugar de intentar determinar si el problema primario es el emocional o el intelectual, se diagnostican ambos desórdenes y se recomiendan los servicios pertinentes para cada uno.

No se ha realizado ningún trabajo que sugiera que es más importante atender a una clase de necesidades frente a otra. A la persona se le conceden los servicios necesarios tanto para el retraso como para la enfermedad mental. La filosofía que subyace al diagnóstico de la persona con retraso mental, es que debieran evaluarse todas sus problemáticas y todas las necesidades de servicio.

III.2.4.1.2. Trastornos Mentales más habituales en las Personas con Retraso Mental.

En ocasiones puede concurrir el retraso mental con trastornos mentales. Diversos estudios han revelado la existencia de los trastornos más comunes en esta población, citándolos a continuación:

Los trastornos depresivos. Se trata de un problema frecuente en la población general, que es motivo de gran demanda en los centros de salud, sin embargo, constituye una de las patologías menos valorada y diagnosticada en la población con retraso mental (Franco, 1998).

La psicosis maniaco depresiva/trastorno bipolar. Episodios maníacos. Es preciso comparar la conducta habitual del sujeto con la que aparece cuando existen cambios en el comportamiento e inestabilidad emocional para realizar el diagnóstico. Según algunos autores este trastorno afectivo es el problema más frecuente en esta población.

La esquizofrenia. En ocasiones ha estado sobrediagnosticada y se la atribuye cualquier trastorno de conducta, como los trastornos adaptativos (Revuelta y cols, 1994). Algunos autores hablan de que la prevalencia de la esquizofrenia en la población con retraso mental es del 3%, cifra que sobrepasa al 1% en la población general (Menolascino, 1988, citado por Franco, 1998).

Los trastornos de ansiedad, también frecuentes en esta población, los cuales pueden manifestarse juntamente con problemas de conducta.

Otros trastornos que suelen también observarse en esta población con cierta frecuencia son los trastornos obsesivos, los psicosexuales, las demencias, etc.

III.2.4.1.3 Dificultades para llevar a cabo el proceso de Diagnóstico de los Trastornos Mentales en Personas con Retraso Mental.

Tradicionalmente, el diagnóstico se ha centrado en la evaluación de los procesos psicológicos, en las emociones y en el afecto (Szymanski, 1996). Este diagnóstico se realiza principalmente mediante una

comunicación directa con los sujetos a evaluar quienes, por lo tanto, necesitan presentar las habilidades de lenguaje suficientes para realizar tal comunicación. Muchas personas con retraso mental, con limitaciones en su funcionamiento, tendrán dificultades para establecer tal comunicación, pudiéndose ver obstaculizado el proceso de evaluación.

Sturmey (1999) considera que el diagnóstico depende de la interacción de una variedad de factores: Lo que el sujeto dice que son sus experiencias, lo que otros dicen acerca de él, la manera de ver su comportamiento, y la historia de sus demandas. Muchos de los sujetos encuentran limitaciones en el primer punto, debido principalmente a sus reducidas habilidades lingüísticas y su frecuente silencio en la intercomunicación. Como resultado, el proceso comienza con la recogida de información de terceras personas y con las observaciones, por lo que la validez del diagnóstico para personas con dificultades comunicativas es al menos incierto.

Puesto que en muchas ocasiones, los usuarios de los servicios de diagnóstico y tratamiento no son capaces de expresar los síntomas psicopatológicos que padecen, es muy frecuente en estos servicios, tal y como hemos comentado, la necesidad de terceras personas (familiares, educadores, cuidadores) que expresan y complementan la información que ofrece el sujeto. "Estos acompañantes, posiblemente, no vayan con la intención de demandar evaluación de trastornos psicopatológicos, pero sí suelen manifestar y demandar ayuda o tratamiento para los problemas conductuales, la irritación, la disconformidad, etc." (Sturmey, 1999, p. 10).

Por lo tanto, podemos concluir que las dificultades cognitivas y de comunicación de las personas con retraso mental influyen en la

transmisión de los síntomas. A menor capacidad intelectual, más difícil resulta realizar el diagnóstico de los trastornos mentales (Strurney, 1999).

Otro motivo, que dificulta el diagnóstico, viene derivado por las diferencias en la manifestación de los síntomas de un mismo trastorno psicopatológico en los individuos de la población general (Sturmey, 1999). Si esto es así, también parece lógico pensar, que pudiera haber características comportamentales variables, en las personas con retraso mental (Salvador, 1995).

Por otra parte, no debemos olvidar que existen factores como la edad, el nivel intelectual, el tipo de entrevistador, la presentación de los síntomas,... que pueden estar interviniendo de forma inadecuada en la recogida de la información y dificultar el diagnóstico.

Así mismo, hemos de añadir la falta de habilidades de los profesionales de la salud para superar esta barrera (Moss, 1999; Franco, 1998; Szymanski, 1996), posiblemente debida a lo novedoso del campo y a la incertidumbre en algunos aspectos criterios. Los trastornos mentales son muy complejos y a menudo escasamente comprendidos (AAMR, 1992 y Emerson, 1999). El carácter dinámico y variable de las conductas hace difícil una catalogación estable de estos problemas.

Otra dificultad añadida es que, en algunas investigaciones, se ha demostrado la existencia de trastornos neurológicos que pueden estar asociados al retraso mental. Pero resulta difícil discriminar si los síntomas encontrados forman parte de un trastorno mental en sí mismo o tienen su base en el trastorno orgánico (Bodfish y Madison, 1993, citado por Franco, 1998).

La medicación que usualmente toman estas personas influye en la conducta, en la atención y en la concentración (Florez, 1994) y esto también dificulta la valoración psicopatológica.

La tendencia a atribuir todo síntoma o conducta alterada al propio retraso mental, hace que en muchas ocasiones se produzca el "diagnóstico eclipsado" o ensombrecimiento (Reiss, 1996; Matson y Barret, 1993; Sturmey, 1999). El fenómeno del diagnóstico eclipsado se refiere a situaciones en las que la presencia del retraso mental reduce la importancia diagnóstica de un problema de conducta que le acompañe (Reiss, 1996).

Aunque el concepto de diagnóstico dual sugiere que los clínicos debieran identificar ambos hándicaps intelectual y emocional como necesidades primarias, existe una tendencia a desestimar la importancia de los hándicaps emocionales en las personas con retraso mental.

Algunos problemas emocionales pueden parecer menos importantes cuando se les considera dentro del contexto de los efectos debilitantes del retraso mental. Por ejemplo, cuando un niño con una inteligencia media exhibe una conducta inapropiada se reconoce que el niño tiene un problema de conducta. Cuando un niño con retraso mental muestra la misma conducta inadecuada, la gente presupone que esa conducta se debe al retraso mental.

Aunque no hay evidencia científica que apoye estas suposiciones, existe una tendencia natural a explicar la conducta en términos de factores sobresalientes. Hay una tendencia a asumir que la conducta aberrante es más una manifestación del retraso mental que un indicador

de un trastorno mental parejo. Para la misma alteración de conducta es más posible que una persona sin retraso mental reciba un diagnóstico psicopatológico, y menos probable que lo reciba una persona con retraso mental (Reiss, 1996).

Finalmente mencionar que los manuales de diagnóstico habitualmente utilizados para la evaluación de los trastornos mentales, el DSM-IV de la Asociación de Psiquiatría Americana y la CIE 10 de la Organización Nacional de la Salud, y a pesar de ser considerados por la AAMR (1992) como instrumentos válidos y fiables, se muestran inadecuados, no contemplan criterios específicos para las personas con retraso mental, y en ocasiones aparecen criterios que difícilmente se pueden dar en las personas con esta discapacidad.

Sturmey (1999) recogió algunos de los problemas que tiene el Manual Diagnóstico DSM-IV cuando se aplica con el objetivo de diagnosticar a las personas con retraso mental con graves limitaciones. Escoge para ello, el ejemplo del trastorno de depresión mayor (Cuadro III.4.).

A través de este ejemplo, se pueden observar gran parte de las dificultades expuestas en los párrafos anteriores, lo cual nos permite afirmar, junto con los autores anteriormente citados, la gran dificultad que existe hoy en día para evaluar los trastornos mentales en las personas con retraso mental.

<i>Criterio</i>	<i>Dificultades Potenciales</i>
Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.	La recogida de información subjetiva no es posible. La información recogida (sintomática de la depresión) a través de terceras personas puede no ser suficientemente fiable.
Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades (según refiere el propio sujeto u observan los demás).	La recogida de información subjetiva no es posible. Por lo común estas personas tienen restringidos sus campos de interés. Los sujetos con autismo pueden eclipsar su diagnóstico por tener muy restringidos los campos de interés.
Peso significativamente inferior sin hacer dieta o aumento de peso, o decremento o incremento del apetito casi cada día.	Las causas medicas de la ganancia de peso deben ser descartadas. La evaluación del apetito, es algo muy subjetivo y no hay criterios definidos para inferir cuando una persona como poco o demasiado. Han de ser eliminadas las consideraciones de pobre calidad alimenticia, o las situaciones aversivas que son consecuencia de la experiencia con la comida.
Insomnio o hipersomnia.	El insomnio puede ser debido a situaciones personales, ruido, necesidad de ir al cuarto de baño, etc. El sueño durante el día puede estar relacionado con la falta de actividades, a la sedación o a problemas físicos.
Agitación o enlentecimiento psicomotor observable por los demás.	Puede ser debido a otros problemas psiquiátricos, como la manía, la hiperactividad, etc. Pueden ser conductas aprendidas.
Fatiga o falta de energía durante el día.	Dificultad para evaluar e inferir de la conducta observable la experiencia subjetiva.
Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados.	Hay personas que no son capaces de expresar por su nivel cognitivo estas experiencias.
Capacidades disminuidas para pensar o para concentrarse.	Los niveles básicos son por regla general altos para estos sujetos, la experiencia subjetiva es difícil manifestarla, y por lo tanto, inferirla. Ha de ser eliminada la influencia de otros factores, como los efectos de la medicación.
Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o planes de suicidio.	Pueden no entender la noción de muerte, suicidio o pensar un plan.

CUADRO III. 4. Algunos de los posibles problemas que se pueden encontrar aplicando el DSM-IV para el diagnóstico de la depresión mayor de sujetos con retraso mental muy afectados. Fuente: Sturmey, 1999, p. 13.

III.2.4.1.4. Estudios Epidemiológicos de Prevalencia de Trastornos Mentales en las Personas con Retraso Mental.

Reconocer la existencia de sujetos con trastorno mental o problemas de conducta es algo crucial en el proceso de evaluación de las personas con retraso mental. Los casos que no son detectados no pueden ser evaluados ni tratados (Moss, 1999).

Numerosos autores del campo de la psiquiatría se han preocupado por estudiar los trastornos mentales en la población con retraso mental. En el siguiente cuadro III.5., recogido por Franco (1998), aparecen algunos estudios llevados a cabo sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población con retraso mental.

AUTORES	AÑO	MÉTODO DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA	ENTORNO ESTUDIADO
MENOLASCINO	1965	Ev. Psiquiátrica	24%	Centros de día
WILLIAMS	1971	Ev. Psiquiátrica	58.8%	Hospitales
BALLINGER Y REID	1977	Ev. Psiquiátrica	13%	Centro Comunitario
BALLINGER Y REID	1977	Ev. Psiquiátrica	31%	Hospital
EATON Y MENOLASCINO	1982	Ev. Psiquiátrica	14%	Comunitario
DAY	1985	CIE-9 N=357	30%	Residencia de Larga Estancia
LUND	1985	DSM III-R N=302	27.1%	Comunitario
IVERSON Y FOX	1989	PIMRA n=165	35.9%	Selección aleatoria
REISS	1990	DSM III-R	39%	Programa de Día (Comunitario)
BALLINGER Y Cols.	1991	CIE-9 / SCID	64%	Hospital
CREWS y Cols.	1994	DSM III-R	15.55%	Residencia de Larga Estancia
GARCÍA y Cols.	1995	Dx Retrospectivo	17%	C.E.E.
STEFFENBUR y Cols.	1996	Ev. Psiquiátrica	59%	Población general con R.M. y epilepsia

CUADRO III.5. Algunos estudios sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en la Población con Retraso Mental. Fuente: Franco, 1998, p. 33.

En los estudios citados se observa, como hemos comentado con anterioridad, los diferentes criterios empleados para el diagnóstico y los distintos tipos de población con los que se ha trabajado. Estas dos variables pueden, con mucha probabilidad, ser las causantes de las diferencias encontradas en los porcentajes obtenidos. A pesar de ello, se

observa claramente una prevalencia mayor a la esperable en la población general (15-19%). Se deduce por ello la posible consideración de una mayor vulnerabilidad de las personas con retraso mental a padecer trastornos mentales.

Algunos autores consideran que "los estudios realizados de diagnóstico de los trastornos mentales no son lo suficientemente fiables en esta población como para hacer investigaciones de prevalencia, de manifestaciones, o de experiencias subjetivas. Estas opiniones se pueden argumentar al observar los diferentes criterios usados en las investigaciones y las distintas muestras de sujetos. Sin embargo, a pesar de esto, los autores se basan principalmente, en uno de los grandes problemas del diagnóstico anteriormente citados, las dificultades en la comunicación de la persona con retraso mental y el evaluador. Como bien se expresa en la siguiente frase: "La barrera más importante es la lingüística entre el sujeto y el clínico" (Moss, 1999, p. 19).

III.2.4.2. Concepto de Conductas Desadaptadas.

Anteriormente se ha comentado que las personas con retraso mental son más vulnerables que la población general a padecer trastornos mentales. Las distintas clasificaciones de los trastornos mentales incluyen una categoría diagnóstica a la que denominan Trastornos de Conducta, y en la que incluyen además, entre otros, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Disocial y el Trastorno Negativista Desafiante.

Habitualmente, estamos acostumbrados a usar indistintamente términos como trastornos de conducta, alteraciones comportamentales, problemas de conducta, conductas antisociales, conductas desadaptadas, conductas desafiantes, etc. sin tener en cuenta que el término "trastorno de conducta" constituye un cuadro clínico y que, por tanto, incluye a las conductas problema, las cuales de forma aislada no llegan a constituir una categoría diagnóstica de trastorno mental, aunque sí pueden interferir en el funcionamiento cotidiano del individuo.

En este apartado vamos a intentar acercarnos al concepto de trastorno de conducta (a pesar de las dificultades que esto entraña) por medio de ciertas definiciones que a nuestro modo de ver ayudan a entender qué se quiere decir cuando se habla de problemas de conducta, conductas desadaptadas o conductas desafiantes.

Escoger una definición tan ampliamente difundida, como la expuesta con anterioridad de trastorno mental, para referirnos a los problemas de comportamiento es difícil. Numerosos autores exponen sus ideas (Aluja, 1991; Brioso y Sarriá, 1991; Carroble, 1994; Garrido, 1990; Herber, 1983; Kazdin, 1987; Kazdin y Buela y Casal, 1994; Mann, 1993; Tamarit, 1997; y otros), pero en su mayoría definen principalmente los trastornos de conducta y problemas antisociales y no los problemas comportamentales, que en principio tienen como característica el no conformar un trastorno mental.

Nuestra intención tras revisar la bibliografía, es la de exponer aquellas definiciones que conceptualicen las conductas desadaptadas o los problemas de comportamiento. Para ello hemos elegido las definiciones de diversos autores:

Brioso y Sarriá (1991, p. 185) hablan de "aquellas conductas que afectan a la relación del sujeto con su entorno e interfieren negativamente en su desarrollo; que se constituyen en síntomas pero que no se organizan en forma de síndrome, sino que se presentan en forma aislada o en combinaciones muy limitadas; que no son patológicas en sí mismas sino que el carácter patológico viene dado por una exageración, déficit o persistencia más allá de las edades en las que pueden cumplir un papel adaptativo".

Mann (1993, p. 303) las define como "un patrón de repeticiones continuas que realizan niños y adolescentes, consideradas socialmente inaceptables por miembros de su familia o por miembros de la comunidad en las que la familia reside".

Kazdin y Buela y Casal (1994, p. 19-20) intentan distinguir entre conducta antisocial y trastorno de conducta. Estos autores emplean el término conducta antisocial para referirse a "cualquier conducta que refleje el infringir reglas sociales y/o sea una acción contra los demás. Incluye una amplia gama de actividades tales como acciones agresivas, hurtos, vandalismo, piromanía, mentira, absentismo escolar y huidas de casa. El término trastorno de conducta, en cambio, lo usan para hacer referencia a "los casos en que los niños o adolescentes manifiestan un patrón de conducta antisocial, bien cuando existe un deterioro significativo en el funcionamiento diario en casa o en la escuela o cuando las conductas son consideradas incontrolables por familiares y amigos".

Para Greer (1998, p. 11) la conducta inadecuada consiste en agresiones, autoagresiones, estereotipias y actos de desobediencia que a largo plazo no resultan beneficiosos ni para el sujeto ni para su

comunidad. Es un comportamiento momentáneamente útil para el individuo pero resulta perjudicial a largo plazo.

Tamarit (1997, p. 76) realiza, teniendo en cuenta los propósitos de nuestra investigación, una buena definición del concepto. Determina que una conducta es desafiante cuando causa daño o riesgo de daño físico para la persona que realiza esa conducta o para las personas y/o objetos de su alrededor, cuando interfiere con la actividad educativa o rehabilitadora y cuando produce una limitación a entornos que implican una gran restricción".

Para terminar exponemos y consideramos suficientemente adecuada, por incluir la importancia que tiene el medio en el que se produce, la conceptualización de Emerson quien, definiendo las conductas desafiantes, se refiere a:

"Aquellas conductas desadaptadas en su medio cultural, con una intensidad, frecuencia y duración que las constituye en un riesgo serio para la persona o las personas que le rodean o conductas que por su uso inadecuado es necesario limitar o conductas que limitan el acceso a los recursos ordinarios comunitarios" (Emerson, 1999, p. 38).

En esta definición es importante destacar, la importancia que tienen los aspectos culturales. La conducta desadaptada es relevante si produce impacto social. Dicha conducta viene marcada por la interacción entre aquello que la persona hace, el lugar donde lo hace y la significancia que tiene. Por lo tanto, estas conductas hay que verlas considerando una gran amplitud y variedad de manifestaciones y lo que es más importante, hay que valorar los procesos psicológicos o biológicos (implícitos o explícitos) que subyacen a la conducta desadaptada.

Una realidad con la que se encuentran los padres y los educadores, en su relación diaria con personas con retraso mental, es la manifestación de problemas conductuales que interfieren de manera importante en el individuo disminuyendo las posibilidades de aprendizaje, la realización de tareas, provocando aislamientos en el sujeto o generando riesgos para el propio individuo o el medio que le rodea (Verdugo y Bermejo, 1998).

Nos estamos refiriendo, entre otros, a alteraciones del comportamiento o conductas desadaptadas, tales como las autolesiones o heteroagresiones, las conductas estereotipadas, los problemas de conducta social, la disconformidad, los comportamientos autoabusivos, los perturbadores o las conductas sexuales inapropiadas.

Estas conductas desadaptadas pueden aparecer aisladamente, sin formar parte de una psicopatología subyacente o como síntoma más de un trastorno (Szymansky, 1996). Por este motivo, ante una conducta desadaptada se debe tratar de discriminar la etiología ambiental, de maduración, o de las limitaciones cognitivas, frente a la existencia de un trastorno mental (Franco, 1998).

III.2.4.2.1. Clasificación de las Conductas Desadaptadas.

Franco (1998) al referirse a los problemas de conducta más frecuentes en la población con retraso mental, utiliza la clasificación realizada por Achenback y cols. en 1989.

Dicha clasificación está en función de la dirección y las consecuencias de la conducta. Las conductas externalizadas son aquellas conductas cuyas consecuencias pueden observarse, se realizan y son sufridas en el ambiente social externo, las conductas internalizadas son las conductas cuyas consecuencias afectan al propio individuo y las conductas mixtas provocan consecuencias hacia el exterior y hacia el propio individuo que las ejecuta.

Por regla general, las alteraciones de conducta son más frecuentes en los sujetos que están institucionalizados y en las personas adultas, observándose que tienen más predominio cuanto más limitaciones tenga la persona (Infante y cols., 1998 y Borthwick-Duffy y cols., 1997).

CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA	
1. Conductas externalizadas	
• Heteroagresividad	
• Agitación psicomotriz	
• Conductas disruptivas	
2. Conductas internalizadas	
• Autolesiones	
• Estereotipias	
3. Conductas mixtas	
• Aislamiento social	

Cuadro III.6 Clasificación de los problemas de conducta. Fuente: Franco, 1998, p. 66.

Diversos estudios han recogido las conductas desadaptadas más relevantes por su frecuencia, entre las que podemos citar:

Las conductas autolesivas o autoagresivas, que presentan prevalencias altas en esta población no institucionalizada, constituyen uno de los problemas más resistentes al tratamiento o intervención y están consideradas prioritarias en la intervención.

Las conductas agresivas: golpear, dar patadas, romper, pinchar, arañar, tirar del pelo, etc. Es uno de los motivos de demanda también frecuente. Estas conductas constituyen un riesgo para las personas que se relacionan con el sujeto y una importante barrera para la integración comunitaria de estas personas con retraso mental.

Asimismo, se observan con frecuencia estereotipias, conductas disruptivas, hiperactividad y agitación excesiva psicomotora, y conductas de aislamiento (Franco, 1998).

III.2.4.2.2. Funciones de las Conductas Desadaptadas.

Toda conducta desadaptativa en el retraso mental no debe ser considerada como patológica (Infante y Rodríguez Sacristán, 1998). Tal afirmación no indica negar su importancia. Algunos comportamientos inadecuados que preocupan a los educadores o a los familiares, tienen un significado claramente funcional (Sturmey, 1999). Responden a conductas que el sujeto ha aprendido por diferentes procesos, pueden ser conductas que se han reforzado inadvertidamente o pueden ser comportamientos que le sirven al sujeto para demandar necesidades o más atención.

Las conductas problema no se dan porque sí, son la expresión de un déficit en el repertorio de conductas del individuo. La persona quiere comunicar algo y para ello pone en marcha la estrategia que le resulta eficaz.

Desde la perspectiva de la funcionalidad de la conducta, iniciada por Carr en 1977, el objetivo esencial es comprender la función, de modo

que podamos elaborar con la conducta en concreto, sus antecedentes y sus consecuentes una explicación evaluativa de la conducta desadaptada y organizar una intervención que sea adecuada.

En muchas ocasiones se ha observado que uno de los propósitos más generalizados es la obtención de atención por parte de otros. Ya sea para que le presten atención directamente, evitar situaciones que le resultan desagradables u obtener refuerzos en forma de actividades favoritas, juguetes o comida. Las personas aprenden que es la manera eficaz de establecer interacción o contacto social con otros. En otras ocasiones se ha comprobado que las conductas desadaptativas son intentos de comunicación (Greenspan y Grandfield, 1992b, p. 445).

Dado que la conducta problemática posee una finalidad, no se puede cambiar, con garantía de éxito a largo plazo, sin intentar descubrir cuál es el objetivo y cuáles son las razones por la que ocurre (Verdugo y Bermejo, 1998).

Emerson (1999), estudiando la funcionalidad de la conducta, considera importante comprender la motivación básica que mantienen las conductas desadaptadas. Piensa que tradicionalmente estas conductas se han valorado tan sólo a través de los antecedentes y consecuentes de dichos actos. Sin embargo, considera que es necesario evaluar las contingencias de reforzamiento, que son también responsables del mantenimiento de la conducta problema.

En el contesto de valoración funcional, se ha olvidado el tema de las contingencias. Este aspecto es necesario considerarle, puesto que la teoría de la conducta expone que el contexto personal, histórico, biológico

y de relación ejerce una influencia motivacional sobre la conducta, determinando o estableciendo potencialmente el reforzamiento o la eliminación de los estímulos neutros.

En consecuencia, tras las consideraciones de este autor, es necesario analizar de manera comprensiva dos cuestiones:

- ¿Cuál es la función que tienen las conductas desadaptadas?
- ¿Qué factores contextuales históricos y concurrentes han dotado a los sucesos y actividades personales de capacidad de reforzar o eliminar las conductas desadaptadas?.

Todos estos aspectos son importantes para la evaluación de las conductas desadaptativas y para su intervención, ya que conociéndolas podemos cambiar la funcionalidad de la conducta problema y su condición motivadora (Emerson y cols., 1999).

III.2.4.2.3. Relevancia que tienen las Conductas Desadaptadas para el Sujeto.

La presencia de conductas desadaptadas en las personas con retraso mental puede producir diversos problemas:

- Interfiere en la adquisición y/o el mantenimiento de la conducta adaptativa (AAMR, 1993).
- Limitaciones en la integración educativa, social o laboral (Reiss, 1996).

➤ Mayor riesgo de educación especializada o institucionalización (Franco, 1998), lo que repercute en la desintegración y/o no inclusión en los ámbitos comunitarios ordinarios.

➤ Menos oportunidades de aprendizaje. Al focalizar la atención en el tratamiento e intervención de los problemas conductuales, se reduce drásticamente el desarrollo de otras actividades formativas de carácter educativo o recreativo (Verdugo y Bermejo, 1998).

➤ Posible repercusión para su salud y seguridad. En el caso de las autoagresiones o hábitos y estereotipias inadecuadas se pueden producir daños, infecciones o desequilibrios corporales.

➤ Posible uso de restricciones mecánicas y aparatos protectores que interrumpen e impiden la participación del sujeto en las actividades (Franco, 1998).

➤ Se corre el riesgo de que otras necesidades del sujeto no sean atendidas, ya que puede suceder que los profesionales den por imposible su intervención y se centren en otros compañeros (Franco, 1998 y Verdugo y Bermejo, 1998).

➤ Ingesta de medicamentos y riesgos de efectos secundarios. Con mayor frecuencia a estas personas se les receta más medicamentos que en algunos casos son innecesarios o ineficaces y además, pueden tener efectos secundarios importantes (Franco, 1998).

RELEVANCIA DE LOS COMPORTAMIENTOS DESADAPTADOS PARA EL SUJETO	
	<ul style="list-style-type: none">• Interfiere en la adquisición y/o el mantenimiento de la conducta adaptativa• Limitaciones para la integración social y laboral• Mayor riesgo de institucionalización• Más medicación y riesgo de efectos secundarios• Estrés familiar y en ocasiones marginación social• Falta de respuestas terapéuticas• Menos oportunidades de aprendizaje

Cuadro III.7. Resumen de las posibles implicaciones que conllevan los comportamientos desadaptativos en el sujeto.

III.2.4.2.4. Relevancia que tienen las Conductas Desadaptadas para el Medio.

➤ Estrés familiar. Diversos estudios han concluido que para los padres existen dos presiones importantes: la excesiva dependencia del hijo y sus problemas de comportamiento. Así mismo, estudios que se han llevado a cabo sobre maltrato infantil, han considerado el papel del estrés como factor precipitante de las situaciones de abuso y abandono perpetrado por los padres (Verdugo y Bermejo, 1998).

➤ Estrés profesional que se deriva de la necesidad de responder lo antes posible y de la manera más adecuada a las necesidades que presenta el sujeto.

- En ocasiones pueden provocar daños o perjuicios a otras personas, o al entorno.
- Necesitan mayores cuidados y más especializados (Salvador, 1995), lo cual repercute en una mayor exigencia de los equipos multiprofesionales de valoración e intervención.
- Creación de centros específicos. En ocasiones ciertas instituciones no admiten a personas con alteraciones conductuales, por lo que es necesario crear centros específicos.
- Incremento de la formación de los educadores y otros profesionales, de modo que puedan detectar las alteraciones lo antes posible e intervenir con mayor posibilidad de éxito.
- Mayores costes económicos y de tiempo.

RELEVANCIA DE LOS COMPORTAMIENTOS DESADAPTADOS PARA EL MEDIO

	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés familiar y estrés profesional • Daños o perjuicios a otras personas, o al entorno • Mayores cuidados y más especializados • Creación de centros específicos • Incremento de la formación de los profesionales • Mayores costes económicos y de tiempo
--	---

Cuadro III.8. Resumen de las posibles implicaciones que conllevan los comportamientos desadaptativos para el medio.

III.2.4.3. Factores que Favorecen la Aparición y el Mantenimiento de los Trastornos Mentales y de Conducta.

Existen múltiples factores que pueden ocasionar trastornos o alteraciones conductuales en las personas con retraso mental, entre ellos figuran, según diversos autores:

- El grado de retraso mental
- La institucionalización
- Los déficits neurológicos y las alteraciones orgánicas
- La medicación
- La asociación con otras discapacidades (físicas, psíquicas o sensoriales)
- Las condiciones ambientales de carácter social y educativo
- Las condiciones ambientales de carácter familiar
- La asociación con otras discapacidades
- Los factores psicológicos.

Cuadro III.9. Factores que pueden ocasionar trastornos o problemas conductuales.

Todos estos factores pueden intervenir en mayor o menor medida, dependiendo del sujeto en concreto del que se trate.

Los factores que no parecen influir significativamente son la edad y el sexo. También se ha observado en ocasiones la falta de factor desencadenante de la alteración en algunos sujetos (Davidson, 1996).

III.2.4.4. Relación entre el Grado de Retraso Mental con los Trastornos Mentales y con las Conductas Desadaptadas.

Algunos autores opinan que a mayor retraso mayor probabilidad de que aparezcan estos trastornos (Infante y Rodríguez Sacristán, 1988; Revuelta y cols., 1994). En cambio, otros opinan que la mayor probabilidad de padecer estas alteraciones se produce en las personas con retraso mental ligero o moderado (Crews y cols., 1994).

La relación no parece estar clara, es posible que en personas con retraso mental severo y profundo sea más difícil hacer el diagnóstico dual. También puede ser que exista más diversidad de conductas alteradas cuanto mayor sea el grado de retraso mental (Borthwick-Duffy y cols., 1997).

Por lo general, parece aceptarse que a mayor nivel de retraso mental mayor posibilidad de que hagan su aparición los trastornos y alteraciones conductuales (Bourás, 1995).

III.2.4.5. Posible Relación entre las Conductas Desadaptadas y los Trastornos Mentales.

Existen autores que han intentado ver las relaciones existentes entre ambas problemáticas. Emmerson y cols., (1999) proponen para su estudio cuatro vías posibles, que se citan a continuación, a través de las cuales pueden estar asociados los trastornos mentales y las conductas desadaptativas (o "desafiantes", como estos autores las denominan):

1º. Los factores familiares pueden estar implicados tanto en la aparición y el mantenimiento de los trastornos mentales como en las conductas desadaptadas. Son indicadores de riesgo, por ejemplo:

- las discontinuidades o discrepancias educativas, los cuidados básicos, la inestabilidad o desorganización familiar.
- El pobre ajuste familiar entre padres e hijos, malas relaciones entre ambos.
- Viviendas inadecuadas.
- Bajos ingresos y desempleos familiares.

2º. Es posible que las conductas desadaptadas puedan presentar síntomas atípicos en sujetos con retraso mental, irreconocibles como trastornos mentales, por ejemplo, formas de autoofensa pueden constituir formas atípicas del trastorno obsesivo-compulsivo.

3º. Las conductas desadaptadas pueden ser un rasgo secundario de un trastorno mental en personas con retraso mental con graves limitaciones. En ocasiones, se ha comprobado que los comportamientos agresivos y autoinjuria pueden ser rasgos de segundo orden del trastorno afectivo en personas con retraso mental con severas limitaciones.

4º. Los trastornos mentales pueden establecer motivaciones básicas para la aparición y el mantenimiento de las conductas desadaptativas, a través de procesos de conducta operantes. Por lo que sería conveniente estudiar estos comportamientos relacionando los procesos conductuales y los procesos neurobiológicos.

Las implicaciones de estas posibles relaciones son determinantes para apoyar los equipos y servicios multiprofesionales de evaluación e intervención; para realizar diagnósticos más tempranos y para llevar a cabo la intervención adecuada y oportuna.

III.2.4.6. Importancia de la Metodología de la Evaluación de los Trastornos Mentales y de las Conductas Desadaptadas.

Como ya se ha comentado en otros párrafos, la AAMR considera necesario para clasificar a las personas con retraso mental en su dimensión II, evaluar las capacidades o limitaciones psicológicas y emocionales del sujeto. Esto da idea de la importancia que tienen las posibles alteraciones emocionales en estos sujetos.

La coexistencia de retraso y enfermedad mental en una persona supone, como hemos ido viendo, un reto en el diagnóstico y tratamiento. En el diagnóstico porque el concepto de enfermedad mental es escasamente comprendido, produciéndose una considerable cantidad de malentendidos por las pocas investigaciones concluyentes, por la falta de consistencia en las técnicas diagnósticas y por estar basadas en clasificaciones que en ocasiones resultan confusas.

Las necesidades de salud mental en esta población son altamente complejas, necesitando de una coordinada combinación de servicios. Por esta razón, es vital que realicemos con la mayor exactitud posible los diagnósticos al objeto de planificar bien las intervenciones o tratamientos.

La AAMR, 1992, recomienda para la evaluación el empleo de múltiples fuentes de información multidisciplinar: La observación de la conducta en el medio natural en el que se desenvuelve la persona; la realización de distintas entrevistas; la aplicación de instrumentos estandarizados adaptados para esta población; y el empleo de medios diagnósticos complementarios (AAMR, 1997).

Para realizar la evaluación de los posibles trastornos o problemas de conducta, la AAMR propone utilizar procedimientos diagnósticos generales atendiendo más a los signos (conducta observada) que a los síntomas (disfunción o ansiedad informada verbalmente).

Recomienda adoptar los principios de la información en un proceso diagnóstico global para diferentes situaciones que incluyen, en distinto grado, el funcionamiento del sujeto como persona con retraso mental y con alteraciones psicológicas y emocionales. Este proceso de evaluación puede dividirse en las siguientes fases:

- Historial
- Evaluación global
- Examen del paciente
- Evaluación
- Formulación de un diagnóstico
- Planificación de la intervención
- Reuniones informativas
- Seguimiento

Numerosos autores consideran que la evaluación clínica global del trastorno mental en esta población requiere múltiples fuentes de información recogidas de manera pluridisciplinar. Generalmente, son

necesarias la observación; las entrevistas al propio sujeto y a terceras personas; la evaluación formal con diversos instrumentos y las evaluaciones biológicas.

De lo anterior, se deduce la necesidad de llevar a cabo evaluaciones diagnósticas cuidadosas y comprensivas realizadas por clínicos entrenados y experimentados con esta población, capaces de llevar a cabo la evaluación comprensiva y global ya que se considera prerequisite para cualquier tratamiento (Dolado y cols, 1998).

Reiss (1996, p. 15-16) sugirió los cuatro principios siguientes para decidir cuando una conducta es sintomática de un trastorno mental:

- Diagnosticar patrones de sintomatología. En sí mismo, un problema de conducta no es una evidencia suficiente de psicopatología para que se haga un diagnóstico dual, la conducta problema debería constituir un síntoma dentro de un conjunto de síntomas que el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría describe como un desorden psiquiátrico.

- Diagnosticar cambios en la conducta.

- Tener en cuenta el impacto de los hándicaps intelectuales en la expresión de sintomatología.

- Limitaciones admitidas del conocimiento actual. A menudo, los problemas de conducta de una persona con retraso mental severo o profundo no se pueden diagnosticar con total certeza. En tales casos, lo mejor que uno puede hacer es reconocer la ambigüedad del diagnóstico y no realizar un diagnóstico completo. No se debiera proporcionar opiniones

diagnósticas sin basarse en el conocimiento de la psicopatología y el diagnóstico dual.

➤ Necesidad de investigar instrumentos psicométricos que permitan identificar los síntomas psiquiátricos por los cuidadores, los educadores, profesores, etc.

Weisblatt (1996, p. 24) realiza una aproximación integradora biopsicosocial. Considera importante reconocer cuanto antes la presencia de los trastornos mentales y, consciente de las dificultades del diagnóstico, opina que "hay que perfeccionar el diagnóstico diferencial para reconocer, diagnosticar y tratar desórdenes mentales".

Dentro de esta aproximación integradora biopsicosocial, opina que se puede hacer una diferenciación entre síndromes dependientes de un estado o de un rasgo. Los cuidadores de personas con retraso mental están desarrollando y perfeccionando aproximaciones prácticas. Utilizar sus consideraciones es crítico para el diseño e implementación de unos programas eficaces de tratamiento.

Existen algunos instrumentos específicos para valorar los trastornos mentales en las personas con retraso mental, en los cuales no vamos a profundizar en este trabajo, que suelen ser cumplimentados por cuidadores o profesionales de atención directa (Reiss, 1994). Entre ellos están el ABC, DASH, AIRP, PIMRA, REISS. No obstante según este mismo autor y otros autores que también lo demandan, parece que sería conveniente poder usar instrumentos de medida de una mayor validez clínica y diagnóstica.

III.2.4.7. El Análisis Funcional como Método Complementario o Alternativo de Evaluación.

Como hemos ido viendo, la clasificación psiquiatría está cambiando de posiciones. Dentro de la práctica psiquiátrica y psicológica se viene observando la dificultad que se tiene con estas personas al no ser capaces de expresarse bien con el lenguaje y al no poder usar las guías de recogida de información ordinarias. Existen autores que proponen utilizar de una forma más relevante el método de análisis funcional, considerándolo como "alternativo al tradicional método de evaluación clasificatorio" (Sturmey, 1999, p.14).

El método funcional, que es el tradicional para evaluar los problemas de comportamiento y las conductas desadaptadas, puede servir también para evaluar o al menos complementar la información que se necesita para el diagnóstico de los trastornos mentales.

Este método se encarga de identificar relaciones importantes, controlables, causales y funcionales aplicables a un grupo específico de conductas de un sujeto concreto (Sturmey, 1999).

- La identificación de variables a través de entrevistas con el sujeto, que en principio pudieran ser clínicamente significativas, puede indicar contingencias; prácticas mal adaptadas; situaciones de provocación o uso del lenguaje inadecuado.
- La observación es también un método útil para evaluar al sujeto en las distintas situaciones diarias, incluso aquellas que durante el proceso de la entrevista se identificaron como asociadas con la conducta problema.

- o La experimentación puede aportar también datos al diseñar intencionalmente y sistemáticamente ciertas situaciones para determinar si el problema de conducta se produce en esas situaciones y bajo qué condiciones.

Las características de estas variables pueden usarse como guía de intervención. Los equivalentes funcionales pueden reemplazar las conductas inadecuadas, eliminar estresores o reprogramar las contingencias medioambientales. Es decir el método funcional además de posibilitar la comprensión de la conducta-problema puede servir de guía de intervención.

III.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA Y DESADAPTATIVA

La observación es la estrategia fundamental para evaluar conductas, cualquier procedimiento de evaluación utiliza de una u otra forma las técnicas de observación para realizar el diagnóstico funcional. Observar, "supone una conducta deliberada del observador cuyos objetivos van en la línea de recoger datos, en base a los cuales se pueden formular o verificar hipótesis" (Fernández-Ballesteros, 1980 y 1992a, p. 137).

Por lo tanto, la observación es uno de los procedimientos más importantes de recogida de la información en evaluación, es un método básico de la ciencia natural y social y se puede usar de forma natural o artificial para el registro de cualquier tipo de medida. El diagnóstico funcional es absolutamente imprescindible y necesario, aunque no siempre es suficiente (Molina, 1994).

Si lo que pretendemos es evaluar las conductas tanto adaptativas como desadaptativas que realiza un sujeto, lo oportuno es observar el comportamiento del sujeto en todos su ámbitos y registrar sus actuaciones para, de este modo, poder valorarlas e intervenir con ellas. Sin embargo la observación, entre otras cosas, requiere de un método riguroso y sistemático, se necesitan conocer todos los aspectos que queremos observar, elaborarlos, anotarlos, manipularlos en su caso e interpretarlos.

Para un evaluador realizar este trabajo conlleva un tiempo excesivo de planificación y de observación directa propiamente dicha, por

este motivo es conveniente conocer la existencia y hacer uso de otros métodos que facilitan y/o complementan las observaciones que se realizan, por ejemplo: se pueden realizar entrevistas a los propios sujetos, a sus familiares o a los profesionales que les atienden y ayudan; se pueden usar técnicas subjetivas que permiten la calificación de las descripciones verbales que el sujeto realiza sobre sí mismo; técnicas de autoinforme en los que el sujeto realiza una auto-observación de sus comportamientos y; se puede usar instrumentos preparados para el fin deseado, ya que facilitan la elaboración de los aspectos que hemos de observar y permiten, por regla general, la valoración e interpretación de los resultados obtenidos.

En la actualidad, para completar la información obtenida a través de ciertos procedimientos de evaluación, por ejemplo la observación directa, la entrevista, etc., disponemos de numerosos instrumentos como son las escalas y otras pruebas estandarizadas. Estos son vistos por algunos autores como controladores en potencia frente a la excesiva confianza depositada en los tests de evaluación de la inteligencia.

Algunos instrumentos están relacionadas claramente con las conductas adaptativas, otros utilizan listados de verificación conductual y están pensadas para observar y recoger las conductas desadaptativas.

Por regla general constan de un número variable de ítems. El ítem es la unidad básica de información de un instrumento de evaluación, y suele componerse de una pregunta y de una respuesta, que suele ser cerrada, y permite la asignación de un código (Salvador y cols, 2000).

Todos los instrumentos que se han normalizado son útiles para generar información y describir las dimensiones relevantes de la conducta. Pero sólo con algunos, se pueden tomar decisiones de clasificación, de entrenamientos y de intervención .

Muchos de los instrumentos de evaluación de las conductas adaptativas, han sido preparados y están más relacionados con las personas con retraso mental. La mayoría se enfocan en la evaluación de ciertas aptitudes conductuales.

Las listas de verificación de conducta, sin embargo, como ya se ha dicho, se han centrado en la exploración de una amplia variedad de trastornos de conducta, por lo que se encargan generalmente en valorar las conductas desadaptadas (Sattler, 1996).

III.3.1 Aplicaciones de los Instrumentos que evalúan Conductas Adaptativas

Sattler, (1996), revisó gran cantidad de pruebas de evaluación de las conductas adaptativas normalizadas, y expuso las aplicaciones siguientes:

1. Identifican los aspectos fuertes, las deficiencias conductuales y en ocasiones las problemáticas afectivas de la persona evaluada.
2. Proporcionan una base objetiva para evaluar el progreso de la persona o los resultados de un programa de intervención.

3. Permiten la comparación de la conducta del evaluado en diferentes situaciones, hogar, escuela, residencia, etc.

4. Facilitan la comparación de los datos proporcionados por distintos informantes.

5. Proporcionan datos estandarizados para poder presentar entre y dentro de las organizaciones.

6. Estimulan nuevos programas de intervención e investigación.

7. Algunas escalas de conducta adaptativa y listas de verificación conductual también proporcionan programas de desarrollo.

Además de los puntos expuestos, la mayoría de los instrumentos permiten el estudio desde diferentes puntos de vista, comparando la información de los padres con la de los maestros o cuidadores.

Se han de considerar siempre las características del entorno que rodea a la persona, la cultura, el nivel social y económico, las expectativas, etc., ya que las puntuaciones obtenidas manifiestan el producto complejo de una gran cantidad de variables personales, sociales, cognoscitivas y situacionales.

III.3.2. Aplicaciones de las Listas de Verificación de Conductas

Existen numerosos instrumentos útiles, el uso de estos va a depender de la edad del sujeto que se evalúa, el entorno en el que se aplica (escuela, familia, residencia, etc.), y el tipo de resultados que ofrecen.

Algunas listas de verificación agrupan en una etiqueta factorial diferentes y variados problemas de conducta, por ejemplo, en "problema conductual" pueden estar agrupadas conductas inadecuadas tales como la hiperactividad, la agresión, las conductas sexuales inapropiadas, etc., a este tipo de listas se las suele identificar como instrumentos de gran cobertura. Mientras que en otras listas de verificación llamadas de cobertura estrecha, bajo la misma etiqueta, se valoran factores como retraimiento, autolesiones, conductas inapropiadas con los iguales, etc.

En general, los resultados obtenidos en los factores de amplia cobertura parecen ser más fiables y más valiosos para los análisis grupales, mientras que los obtenidos con instrumentos de cobertura estrecha proporcionan un información concreta acerca de los problemas específicos, por lo que tienen más valor clínico y terapéutico, y las distintas etiquetas se pueden agrupar dependiendo del interés de los profesionales.

Las personas que proporcionan los datos, al igual que sucede con los instrumentos de conducta adaptativa, pueden ser los padres, los maestros, los cuidadores, los observadores imparciales, etc. Esta diversidad de personas informantes puede facilitar el estudio desde diferentes situaciones y puntos de vista, pero también puede afectar a la credibilidad de las respuestas y a la fiabilidad de la prueba (Lambert y cols, 1993).

Los resultados obtenidos pueden diferir dependiendo de la familiaridad con el evaluado, de la sensibilidad y la tolerancia del evaluador ante las diferentes cuestiones planteadas en el instrumento. Los padres y los maestros tienden a ver diferentes aspectos del individuo,

puesto que intervienen en diferentes marcos de referencia. Por esta razón, en la mayoría de las ocasiones, será necesario utilizar ambas fuentes de información. De esta manera se pueden obtener datos de conductas que se dan únicamente en el hogar (comer, dormir, relación con los hermanos, etc.), conductas propias del mundo de la escuela (logros académicos, seguimiento de órdenes escritas, relación con los compañeros, etc. y conductas que se manifiestan en otros entornos comunitarios.

III.3.3. Criterios para Seleccionar el Instrumento a usar de entre las Escalas de Conducta o Listas de Verificación

Existen factores importantes a la hora de determinar qué tipo de instrumento se ha de utilizar y cómo se ha de evaluar al sujeto (Salvador, 2000; y Sattler, 1996). Siguiendo a este último autor, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El primer dato a tener en cuenta es la fiabilidad y validez del instrumento, prestando atención a la consistencia interna y a la fiabilidad entre calificadores. Además, hay que informarse de los datos que ofrece para su estandarización, es decir, si la prueba dispone de baremos para el sujeto según su grupo de edad y condición.

2. Conocer el índice de fiabilidad de los informantes, prestando atención y teniendo precaución de no caer en errores que pueden ser debidos a efectos de halo, errores de indulgencia, de proximidad, de deseabilidad social, de factores situacionales, etc.

3. Otro aspecto clave es conocer el campo de acción del instrumento, la estructura y su utilidad clínica. Es necesario usar el instrumento que sea apropiado para el propósito concreto del evaluador, esto supone que la prueba tiene que cubrir los dominios y contenidos que nos interesen valorar. De igual manera debemos considerar importante la forma de puntuar las respuestas, ya que éstas pueden ser específicas (sí, no), ser puntuaciones en escala (por ejemplo, de 1 a 5), u ofrecer respuestas alternativas.

4. Necesitamos considerar si se requieren situaciones controladas, tipo laboratorio, para aplicar la prueba o si llevan a cabo en su entorno natural, si se necesita sólo un informante, varios, etc.

5. Por último, tenemos que valorar la facilidad de aplicación del instrumento y su buena utilidad clínica, considerando si es o no sensible a los efectos del tratamiento.

A continuación vamos a exponer algunos de los instrumentos estandarizados que se utilizan en la actualidad. Los primeros que se citan no están adaptados a la población española, posteriormente, se expondrán los que disponemos de adaptación y validación en castellano, y por último se comentarán los instrumentos elaborados o editados por la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR). Como se ha venido comentando, algunas pruebas hacen referencia a ciertos ámbitos de la conducta adaptativa, y otras pruebas a dominios distintos de dicha conducta.

III.3. 4. Descripción de algunos Instrumentos que evalúan las Conductas Adaptativas

III.3.4.1. Inventario de Conducta Adaptativa para Niños (ABIC) (Mercer y Lewis, 1978)

Es una escala de 242 preguntas divididas en dos secciones. Los ítems del 1 al 35 son cuestiones a preguntar a todos los alumnos. Los ítems del 35 al 242 se han de elegir, para preguntar sólo los correspondientes a la edad del sujeto. Está compuesta de seis escalas:

Familia, Compañeros, Comunidad,

Escuela, Ahorrador/Consumidor, y Cuidado de sí mismo.

La aplicación se realiza entrevistando a la persona que se ocupa principalmente del niño, por lo común los padres. Se puntúan los ítems de la siguiente manera: 0 (nunca), 1 (en ocasiones), 2 (con frecuencia), N (sin oportunidad o no permitida) y NS (no sabe). Todas las puntuaciones brutas se convierten en escalares según la edad del niño.

Se ha estandarizado con 2085 niños de entre 5 y 11 años y 11 meses de edad, en su mayoría del estado de California. Los niños elegidos de forma aleatoria, pertenecían a tres grupos étnicos de aproximadamente la misma cantidad de sujetos 696 negros, 690 hispanos, y 696 blancos.

La fiabilidad encontrada (Sattler, 1996) se llevó a cabo a través de la división en mitades (pares-nones) para cada nivel de edad, tanto en la

muestra completa de estandarización como en la muestra separada para cada grupo étnico. Ambas fiabilidades obtuvieron una puntuación de .95 o superior, en las escalas individuales. Las puntuaciones de fiabilidad variaron desde .78 para Ahorrador/ Consumidor a la edad de 5 años a .92 en Comunidad a las edades de 10 y 11 años ($r_{xx\ Md} = .86$).

Las intercorrelaciones entre escalas variaron desde .66 hasta .87 ($r_{xx\ Md} = .77$).

En cuanto a la validez las correlaciones obtenidas dentro de la muestra de estandarización entre el ABIC y el WISC-R fueron bajas .16 con el CI de la Escala Verbal, .14 con la Escala Manipulativa, y .17 con la Escala Total. También se han hecho estudios con la Stanford-Binet, con el test de Bender Gestal y con escalas socioculturales, obteniéndose también bajas correlaciones.

Algunos autores como por ejemplo Oakland en 1979, citado por Sattler (1996), consideran que en este Inventario de Conducta Adaptativa para niños, (ABIC), se miden de manera bastante precisa seis áreas de conducta adaptativa. Está preparado para medir las conducta de rol en el hogar, el vecindario y la comunidad, sin embargo, la puntuación sin oportunidad o no permitido, produce una disminución de la puntuación sin una explicación de la falta de oportunidad. Algunos autores consideran que el énfasis dado a la clase media puede discriminar a los niños provenientes de otras clase socioculturales.

III.3.4.2. Escala de Conducta Adaptativa Vineland VSMS (Doll, 1935)

Fue publicado por primera vez en 1935 por Edgar A. Doll bajo el nombre de Escala Vineland de Madurez Social, con sucesivas adaptaciones en 1946 y 1953 (Salvador y cols, 2000). Tuvo como propósito evaluar el progreso en la maduración del sujeto hacia la independencia social. Se aplicó de 0 a 25 años.

Se compone de ocho subescalas: Autosuficiencia General (ASG), Autosuficiencia en la Comida (ASC), Autosuficiencia en el Vestido (ASV), Autodirección (AD), Ocupación(O), Desplazamiento (D), Socialización (S) y Comunicación (C).

La escala tiene forma de cuestionario y está compuesta de 117 items, cada uno tiene su correspondencia con la edad determinada que normalmente se adquiere. Proporciona datos referidos a la edad social de la persona y utilizando los baremos por edades, ofrece cocientes de desarrollo social.

III.3.4.3. Escala Vineland de Conducta Adaptativa VABS (Sparrow, Balla Y Cichetti, 1984).

La Escala de Madurez Social de Doll fue revisada por Sparrow y cols, pasándose a llamar Escala Vineland de Conducta Adaptativa. Estos autores definieron la conducta adaptativa como la capacidad para ejecutar las actividades cotidianas que se requieren para la suficiencia personal y

social. Por lo que el objetivo del test fue evaluar estas suficiencias en los individuos desde el nacimiento hasta la edad adulta.

Está considerada como una potente herramienta, útil para la evaluación de la conducta adaptativa. Evalúa la competencia social de los niños discapacitados y no discapacitados desde el nacimiento a los 19 años.

El VABS está disponible en tres versiones: Forma Tipo Cuestionario Breve de Reconocimiento, Forma Extensa y Edición Escolar. Se ha traducido al castellano pero aún no se ha llevado a cabo la validación y adaptación a la población española.

La Forma de Reconocimiento contiene 297 reactivos, y se aplica en un periodo de tiempo entre 20 y 60 minutos, a través de la entrevista con la persona que esté familiarizada con el sujeto a evaluar.

La Forma Extensa, 577 reactivos, requiere entre 60 y 90 minutos de aplicación, incluye los items de la Forma de Reconocimiento. Se construyó para proporcionar una medida amplia de la conducta adaptativa y para ayudar a realizar programas educativos, de rehabilitación y de tratamiento.

Las formas de Reconocimiento y Extensa, incluyen conducta desadaptativa.

La Edición Escolar, con 244 reactivos, la cumplimenta el maestro en unos 20 minutos, está pensada para niños de 3 a 12 años de edad, proporciona información sobre las conductas adaptativas en la escuela.

La revisión de 1984 mide sólo cuatro dominios: Comunicación, Habilidades Cotidianas, Socialización y Habilidades Motoras. La combinación de estos cuatro dominios forma la puntuación mixta de conducta adaptativa.

Cada dominio incluye diversas habilidades de adaptación:

- Dominio de Comunicación : comunicación receptiva, expresiva y escrita,
- Dominio de Habilidades Cotidianas: Hábitos personales, ejecución de tareas domésticas, y comportamiento en comunidad,
- Dominio de Socialización : incluye el juego, uso del tiempo libre y responsabilidad, y sensibilidad ante los demás,
- Dominio de Habilidades Motoras: coordinación motora, fina y gruesa,
- Dominio de Conducta Desadaptativa: Comportamientos no deseables que interfieren con las conductas adaptativas.

Para su estandarización en EEUU se utilizaron alrededor de 3.000 sujetos en cada una de sus formas y se tuvieron en cuenta variables de sexo, raza, región geográfica, tamaño de la comunidad y nivel educativo de los padres.

Se llevó a cabo tres procesos para obtener la fiabilidad: la división en mitades (según la fórmula de Spearman- Brown), el test-retest (con intervalos de 2 a 4 semanas), y la fiabilidad entre calificadores. Los coeficientes obtenidos son altos, varían desde .73 a .99, a excepción de la fiabilidad entre calificadores que obtiene .62 a .75.

La validez concurrente se llevó a cabo mediante correlación con diversos instrumentos: Vineland original, y diversas pruebas de inteligencia y capacidad: WISC o WISC-R, Hayes-Binet, Perkins-Binet y Escalas de Procesamiento Mental y de rendimiento K-ABC. El manual proporciona los datos obtenidos que varían entre $r = .28$ a $r = .82$.

III.3.4.4. Escala de Conducta Independiente (SIB) (Bruininks, Woodcock, Wheatherman y Hill, 1984)

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. Está compuesto de 14 subescalas que se organizan en cuatro conjuntos de habilidades de conducta adaptativa (Motora, Interacción Social y Comunicación, Vida personal y Vida comunitaria) y ocho áreas de conducta problemática que se agrupan en tres conjuntos de conducta desadaptada (Internalizada, Antisocial, y Externalizada).

De la prueba se obtiene una puntuación del Conjunto de Independencia Amplia y un Índice Desadaptativo General.

Esta Escala también puede usarse en su formato corto de 32 reactivos, pensada para personas con graves dificultades o edades de desarrollo menores a los 2 $\frac{1}{2}$ años.

El tiempo de aplicación para la forma corta está entre 10 y 15 minutos y para realizar la Escala completa alrededor de 60 minutos. Los

datos que se necesitan se obtienen de un informante que conoce al sujeto que se evalúa y, en ocasiones, se puede obtener también las respuestas del propio sujeto evaluado.

Las puntuaciones varían en una escala de 0 a 4. Las puntuaciones brutas obtenidas se pueden convertir en percentiles, o equivalentes por edad, puntuaciones estándar o equivalentes de curva normal.

Para su estandarización en EEUU se utilizó una muestra de 1764 sujetos elegidos en razón a su sexo, raza, nivel y estatus ocupacional, región geográfica y tipo de comunidad.

Los siguientes datos estadísticos se han extraído de Sattler (1996): A través de la división de mitades se obtuvo una fiabilidad mediana que va entre .83 y .96 para el área de conducta adaptativa. Obtenidos datos de fiabilidad test-retest, los resultados oscilan entre .71 y .96 y la fiabilidad entre calificadores es de .90.

La validez de constructo se llevó a cabo a través de correlaciones con la edad cronológica de los sujetos en grupos de personas discapacitadas y no discapacitadas, obteniéndose una puntuación de $r = .68$ a $r = .82$ en la muestra total.

La población con discapacidad obtuvo puntuaciones más bajas referidas a la conducta desadaptativa.

Para comprobar la validez de criterio se correlacionó este instrumento con las puntuaciones de Capacidad Cognoscitiva Amplia de Woodcock-Johnson obteniendo puntuaciones $r = .66$ a $r = .82$ y con las

Escalas de Verificación de Conducta Problemas Quay-Peterson obteniendo unas puntuaciones de $r = -.66$ a $r = .12$.

En la actualidad, este instrumento se está validando y adaptando a la población española por el Profesor Delfín Montero Centeno de la Universidad de Deusto.

III.3.4.5. Inventario de Desarrollo Battelle BDI (Newborg, Stock y Wneck, 1984)

Es una batería que evalúa las habilidades claves del desarrollo desde los 0 hasta los 8 años de edad. Establece cinco dominios: Personal-Social, Adaptativo, Motor, Comunicación, y Cognoscitivo. El Dominio Adaptativo contiene 59 reactivos, con temas de habilidades de autoayuda y habilidades relacionadas con tareas: habilidades de atención visual, auditiva, alimentación, control de esfínteres, responsabilidad personal, etc.

Las respuestas a los reactivos, que aparecen en orden de dificultad creciente, se pueden obtener a través de la observación de los niños, a través de entrevistas con los padres, o a través de un formato estructurado de la prueba. Se califica con 0, 1, 2 ó 3 puntos cada conducta evaluada.

Para su estandarización se utilizaron 800 niños de EEUU, y se clasificaron en cuanto a sexo, raza, y comunidad geográfica.

Para obtener los índices de fiabilidad se utilizó el método test-retest. Los coeficientes de correlación fueron altos r_{xx} = de .71 a 1.00. La fiabilidad entre calificadores fue también satisfactoria $r =$ de .70 a 1.00.

En el manual aparecen los datos relativos a la validez de contenido y a la validez de constructo. Se llevaron a cabo correlaciones con la Escala de Madurez Social de Vineland, el Inventario de Detección de Actividades de Desarrollo, la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet, y con la escala de Inteligencia WISC-R. Las mayores correlaciones se obtuvieron con la Escala de Madurez Social Vineland, $r = .79$ a $r = .93$.

III.3.4.6. Escalas de Aptitud Escolar para Deficientes Mentales Entrenables (Levine, Elzey, Thormahlen y Cain, 1976)

Se pensó para evaluar las habilidades sociales y personales de los niños retrasados mentales dentro del entorno escolar de 5 años en adelante. Existen dos formas distintas dependiendo de la edad (5-10 y 11 años o más). Cada una de las formas tiene 128 reactivos, 66 de los cuales son comunes. Para cada uno de los reactivos se elige una de los cuatro niveles de aptitud. La cumplimentación la lleva a cabo el maestro.

Contiene cinco escalas: Perceptivo-motora, Iniciativa-Responsabilidad, Cognición, Personal-Social y Lenguaje.

Se estandarizó con una muestra de 302 estudiantes con deficiencia mental de California. En los datos del Manual, la fiabilidad de división en mitades es adecuada. r_{xx} = .71 a 1.00. No aparecen datos en cuanto a su validez (Sattler, 1996).

III.3.4.7. Escalas de Conducta Adaptativa Balthazar (Balthazar, 1976)

Está preparada para evaluar a personas con retraso mental grave y profundo institucionalizados. Para completar la escala es necesario la observación directa de varios días y obtener además información del sujeto evaluado, de los padres y de los cuidadores.

Evalúa las capacidades funcionales y la efectividad de los programas de entrenamiento y tratamiento. Está dividida en dos partes: Escala de Independencia Funcional y Escalas de Adaptación Social.

Está considerada útil, ya que proporciona medidas finas para el propósito de los autores: evaluar los efectos de los programas de entrenamiento y los tratamientos terapéuticos (Meyers, 1978, citado por Sattler, 1996).

III.3.4.8. Escala de Calificación Conductual Wisconsin WBRS (Song, Jones, Lippert, Metzgen, Milller, y Borreca, 1984)

Evalúa la conducta adaptativa en individuos con retraso mental profundo con un funcionamiento de desarrollo por debajo de los 3 años.

Está compuesta de 11 subescalas: Motora Gruesa, Motora Fina, Comunicación Expresiva, Comunicación Receptiva, Habilidades de Juego, Socialización Actividades Domésticas, Alimentación, Control de

Esfínteres, Vestido y Arreglo Personal. Se obtiene una edad conductual para cada uno de los reactivos de la Escala.

Se estandarizó con 325 sujetos institucionalizados y está considerada como una escala con referencia al criterio y a la norma, útil para evaluar la conducta adaptativa de personas con retraso mental grave y profundo.

III.3.5. Descripción de algunas Listas de Verificación

Existen numerosos instrumentos para evaluar las conductas desadaptadas de las personas, algunas disponemos de la traducción al castellano, pero no están validadas para la población española. En este apartado se van a describir algunas de las pruebas que por su popularidad, estandarización, confiabilidad o validez han parecido más oportunas:

III.3.5.1. Escala de Calificación para Padres CONNERS (Conners, 1985)

Identifica problemáticas de conducta en niños de 3 a 17 años. Está disponible en dos versiones: ampliada y abreviada. La primera consta de 93 reactivos y la segunda de 48.

La versión ampliada esta compuesta de 8 factores: Trastorno Conductual, Temeroso-Ansioso, Inquieto-Desorganizado, Problema de Aprendizaje-Inmadurez, Psicossomático, Obsesivo, Antisocial e Hiperactivo-Inmaduro.

De la versión reducida se obtienen cinco factores: Problema Conductual, Problema de Aprendizaje, Psicossomático, Impulsivo-Hiperactivo y Ansiedad.

En el manual, aparecen datos normativos clasificados por sexo, y edad. Las respuestas se puntúan de 0 a 3 dependiendo del grado de aparición de la conducta inadecuada. Las puntuaciones brutas se pueden transformar en puntuaciones T.

Este instrumento parece tener una fiabilidad y validez adecuadas. Existe otra versión más, que tan sólo tiene diez reactivos, el propósito de ésta última sería, tan sólo, la detección y el seguimiento. Para algunos autores tiene mucha carga factorial de los síntomas de hiperactividad.

III.3.5.2. Escala de Calificación para el Maestro CONNERS (Conners, 1985)

Se utiliza con niños de 4 a 12 años. Se considera complementaria a la Escala anteriormente expuesta de Conners que cumplimentan los padres. Dispone de dos versiones con 28 y 39 reactivos. Existe una versión corta de la Escala El Cuestionario Abreviado para el Maestro, ideado para niños de 3 a 17 años. Abarca 10 reactivos y es apropiada para la detección y el seguimiento.

La versión que consta de 39 reactivos se organiza en seis factores: Hiperactividad, Problema Conductual, Demasiado Indulgente Emocionalmente, Ansioso-Pasivo, Asocial y Ensoñación-Problema de Atención. Mientras que la versión con 48 reactivos proporciona cinco

factores: Problema conductual, Problema de Aprendizaje, Psicossomático, Impulsivo-Hiperactivo, y Ansiedad.

La estandarización se llevó cabo con 9583 niños en Canadá por Trites, Blouin y Laprade en 1982. Diversos estudios han demostrado su buena fiabilidad y validez.

III.3.5.3. Lista de Verificación de Conducta Infantil (Achenbach y Edelbrock, 1986)

Contiene una lista de problemas conductuales y aptitudes que pueden calificar los padres o tutores. También puede autoplicarse o rellenarse a través de un entrevistador.

Existen diferentes versiones de este instrumento. Basándose en el análisis factorial se han desarrollado escalas separadas para cada grupo de edad. Los baremos están clasificados por edad y sexo de los sujetos.

III.3.5.4. Otras Listas de Verificación

- Escala de Calificación Conductual AML (Cowen, Trost, Lorion, Dorr, Izzo y Isaacson, 1975),
- Escala de Conducta Infantil (Lahey, Stempniak, Robinson y Tyroler, 1978),
- Escala de Calificaciones de la Adaptación al Salón de Clase CARS (Lorion, Cowen, y Caldwell, 1975),

-
- Escala de Calificación de la Conducta Adolescente Devereux (Spivack, Haimen y Spotts, 1967),
 - Escala de Calificación de la Conducta Infantil Devereux (Spivack y Spotts, 1966),
 - Escala de Calificación de Conducta de la Escuela Primaria Devereux (Spivack y Swift, 1967),
 - Inventario de Recursos de Salud (Gesten, 1976),
 - Lista de Verificación de Problemas de Kohn (Kohn, 1986),
 - Escala de Competencia Social de Kohn (Kohn, 1986),
 - Cuestionario de Conducta Preescolar (Behar y Stringfield, 1974),
 - Lista de Verificación de Problemas de Conducta (Quay y Peterson, 1983),
 - Formulario de Descripción Conductual para el Maestro (Seidman, Linney, Rappaport, Herzberger, Kramer, y Alden, 1979),
 - Formulario del Informe del Maestro (Achenbach y Edelbrock, 1986),
 - Escala de Calificación Maestro-Niño T-CRS (Hightower, Work, Cowen, Lotyczewski, Spinell, Guare y Rohrbeck, 1986),
 - Formulario de Informe del Maestro (Achenbach y Edelbrock, 1986) y
 - Autoinforme Juvenil (Achenbach y Edelbrock, 1986).

III.3.6. Instrumentos Traducidos, Adaptados y Validados a la Población Española para Evaluar las Conductas Adaptativas

III.3.6.1. Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual ICAP (Robert H. Bruininks, Bradley K. Hill, Richard W. Woodcock Y Richard F. Weatherman. 1986). Traducida, adaptada y baremada para la población española por Delfín Montero Centeno

Es un instrumento compuesto por 77 items, estructurado, que sirve para valorar diversas áreas del funcionamiento adaptativo y de las necesidades de servicios de una persona. El ICAP puede utilizarse para utilizar información descriptiva, realizar diagnósticos, valorar limitaciones funcionales, destrezas de conducta adaptativa, 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, gestión y evaluación de servicios para personas con deficiencia, discapacidades o para ancianos.

Parte de dos instrumentos previos: el SIB (Escala de Conducta Independiente de Bruininks, Woodcock, Eweatherman y Hill (1984,1985) y La Bateria Psico-educacional de Woodcock-Johnson (Woodcock y Jonson, 1977).

El cuestionario es autoadministrable, lo debe rellenar una persona que tenga contacto directo con la persona a evaluar. El tiempo requerido

no supera los 20 minutos y es aplicable a sujetos desde los 3 años a los 40 años o más.

Sus aplicaciones son:

- Evaluación y orientación
- Diseño y seguimiento de planes de intervención individual
- Facilitación de la comunicación entre profesionales
- Planificación gestión y seguimiento de servicios
- Investigación

Los 77 ítems de conducta adaptativa del ICAP provienen de las 14 subescalas que componen el SIB (Sistema de Evaluación, enseñanza y valoración), y ofrecen puntuaciones en cuatro escalas :

- Destrezas motoras
- Destrezas sociales y comunicativas
- Destrezas de la vida personal
- Destrezas de vida en la comunidad

Estos ítems se valoran de 0 a 3 dependiendo de la ayuda que necesitan para realizar las conductas.

Estas cuatro escalas se completan con una más que engloba las cuatro anteriores, la llamada escala de Independencia Personal.

El ICAP evalúa también problemas de conducta a través de ocho áreas :

- Comportamiento autolesivo o daño a sí mismo
- Heteroagresividad o daño a otros
- Destrucción de objetos

- Conducta disruptiva
- Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias)
- Conducta social ofensiva
- Retraimiento o falta de atención y
- Conductas no colaboradoras

Las puntuaciones obtenidas, evaluadas a través de su gravedad y frecuencia, se transforman en cuatro índices de problemas de conducta (Índice Interno, Externo, Asocial y General).

Los ítems se puntúan de 0 a 4/5 según sea su gravedad y frecuencia.

La puntuación de servicios, que indica el nivel de servicios que el sujeto necesita, predice el grado y la necesidad de supervisión e intervención que se requiere. Engloba un 70 % de las conductas adaptativas y un 30% de los problemas de conducta.

Para validar y adaptar el ICAP se utilizó una muestra de 903 sujetos del País Vasco.

En cuanto a su fiabilidad, los estudios muestran una elevada consistencia interna de las escalas, los índices muestran que prácticamente en su totalidad, los resultados obtenidos para muestras con discapacidad están por encima del .90.

La fiabilidad entre evaluadores independientes de un mismo servicio obtiene una alta correlación: En Independencia General 0.98. y en Puntuación de Servicio 0.95. En cuanto a la fiabilidad de los resultados

obtenidos entre evaluadores de servicios diferentes en Independencia General se obtuvo una correlación de 0.75, y en Puntuaciones de Servicio se han encontrado correlaciones bajas. Las correlaciones de la parte de problemas de conducta resultaron ser muy bajas o inexistentes.

En cuanto a su validez se han obtenido correlaciones asociadas con la edad en las distintas escalas de conducta adaptativa y puntuaciones de servicio. La correlación fue mayor en la primera infancia, y en la muestra total se obtuvieron puntuaciones mas altas al .90. Lo contrario ocurre con las correlaciones entre edades y problemas de conducta, ya que se obtuvieron correlaciones muy bajas.

Ha sido utilizado en nuestro país ampliamente por grupos de trabajo, instituciones y asociaciones (Salvador, 1995).

III.3.6.2. Sistema de Evaluación y Registro del Comportamiento Adaptativo WEST VIRGINIA (Cone, 1981)

La validación y adaptación a la población española la llevaron a cabo Martín, Márquez, Rubio y Espinosa en la Universidad Autónoma de Madrid, en 1990.

Se construyó con el propósito de evaluar el comportamiento adaptativo de personas con una amplia variedad de deficiencias, con el objetivo de programar la intervención en la mejora de las habilidades de adaptación de la persona evaluada.

Para los autores los comportamientos son producto de un aprendizaje, y por eso pueden descomponerse en repertorios de conducta simple y, así, planificar adecuadamente la secuencia de entrenamiento para facilitar su adquisición.

Se administra recogiendo la información a través de la observación en situaciones naturales y artificiales y también a través de entrevistas.

Está construida con items orientados en la evaluación criterial y al currículum,

Se compone de 20 áreas que se agrupan en seis categorías:

- Sensorial
- Motricidad
- Autonomía Personal
- Comunicación
- Aprendizajes Escolares
- Habilidades Específicas

De los resultados se puede obtener una descripción de los puntos fuertes y débiles del sujeto, así como generar programas de desarrollo individual con objetivos a corto y largo plazo. También se puede evaluar los programas de intervención que se están realizando.

El manual proporciona información amplia sobre la validez y la fiabilidad, aunque hoy en día es difícil hacerse con él, desde que desapareció la empresa MEPSA, (que era quien lo distribuía). Lo más oportuno es pedirselo a los propios autores de la traducción y validación.

III.3.6.3. Sistema de Evaluación para Personas Plurideficientes SEPP (Zaldivar Basurto, Rubio Franco y Márquez Sánchez, 1995)

Esta prueba de evaluación criterial, no corresponde a ninguna adaptación, es creación de los autores y evalúa desde el enfoque funcional a las personas plurideficientes, es decir, a aquellas que presentan una combinación simultánea de déficits psíquicos, sensoriales y/o físicos.

Por lo general las personas con plurideficiencias presentan numerosos problemas en casi todos los aspectos de su vida, presentan una suma particular de déficits que interaccionan entre sí estableciendo determinadas limitaciones en cada persona, que provocan una problemática heterogénea y compleja.

Evalúa básicamente a través de un sistema jerárquico el comportamiento adaptativo, para ello, se establecen siete grandes áreas (Zaldivar y cols 1995 p. 37): Sensorial, motora, imagen corporal, autoayuda, socialización, cognitiva y lenguaje. Estas áreas se subdividen en subáreas que integran conjuntos de dimensiones o comportamientos específicos en número variable según la dimensión.

Áreas y subáreas incluidas en el sistema (entre paréntesis el número de ítems de cada área; 620 en total.):

A. Área: Sensorial (36)

- Subárea: Visual

- Subárea: Auditiva
 - Subárea: Tactil-háptica
 - Subárea: Gusto
 - Subárea: Olfato
- B. Área: Motora (203)
- Subárea: Motricidad gruesa
 - Subárea: Motricidad fina
- C. Área: Imagen corporal (22)
- Subárea: Conocimiento del cuerpo y sus relaciones
- D. Área: Autoayuda (132)
- Subárea: Alimentación
 - Subárea: Vestido
 - Subárea: Aseo
 - Subárea: Necesidades fisiológicas
 - Subárea: Actividades diarias
 - Subárea: Manejo de dinero
- E. Área: Socialización (48)
- Subárea: Procesos básicos de socialización
 - Subárea: Actividad lúdica y social
 - Subárea: Procesos superiores de socialización
- F. Área: Cognitiva (46)
- Subárea: Clasificación y emparejamiento
 - Subárea: Categorización

- Subárea: Comprensión de relaciones
- Subárea: Letras y números
- Subárea: Desarrollo intelectual
- Subárea: Manejo de números
- Subárea: Memoria
- Subárea: Compresión del tiempo
- Subárea: Solución de problemas

G. Área: Lenguaje (143)

- Subárea: Comunicación no verbal
- Subárea: Lenguaje expresivo
- Subárea: Lenguaje receptivo

Evalúa desde conductas muy básicas hasta conductas más complejas que se supone suelen producirse normalmente hacia los 4-5 años. También evalúa otras conductas, que no tienen que ver con el desarrollo evolutivo, sino que son consecuencia de aprendizajes.

El proceso de aplicación del sistema tiene el siguiente orden: evaluación previa, Test de Screening, aplicación de test situacional u observación natural a los ítems de las áreas determinados por el Test de Screening, registro de las puntuaciones, integración de los resultados cumplimentación del perfil y elaboración de un resumen con los objetivos de intervención.

Los resultados se puntúan en una hoja prevista para cada ítem, de forma multimodal, anotando si se han evaluado a través del Test de Screening (entrevista), si ha sido a través del test situacional estándar o si se ha obtenido por observación natural. Para cumplimentar el perfil se

colorean con distintos colores los comportamientos adquiridos, los no adquiridos, los no observados o los que no tienen posibilidad física. Está enfocado principalmente de cara a la intervención y el tratamiento.

III.3.7. Instrumentos Traducidos, Adaptados y Validados a la Población Española para Evaluar las Conductas Desadaptativas

Si bien no son instrumentos que evalúen el comportamiento evidente, sino los síntomas psiquiátricos del sujeto (Salvador, 2000), hemos optado por exponerlos, aunque de forma más breve, para obtener una imagen más amplia de las pruebas existentes en España.

III.3.7.1. *Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Reiss, 1988)*

Traducida y validada al español por Rodríguez Sacristán en 1995. Es una escala de 38 ítems para evaluar síntomas psiquiátricos o categorías comportamentales de adolescentes o adultos con retraso mental. La escala está pensada para que la cumplimenten los cuidadores, profesores y otros informadores a los que se interroga sobre el grado de manifestación de cada uno de los síntomas evaluados.

Cubre todo el rango de psicopatologías y constituye un valioso método de cribado. La puntuación se establece de acuerdo con una escala de 3 puntos que deriva al final en un índice de severidad de los problemas del sujeto

III.3.7.2. Social Behaviour Schedule SBS (Wykes y Sturt, 1986)

Ha sido adaptada al castellano por Salvador y cols. en 1998. Es un inventario con 21 ítems. Se cumplimenta a través de una entrevista semiestructurada con un informador, que cubre una serie de problemas considerados por los investigadores como los más frecuentes en pacientes psiquiátricos crónicos, con interferencia en su funcionamiento diario y en su vida socio-familiar. Además del perfil descriptivo, pueden obtenerse dos tipos de puntuaciones: de problemas de conducta leves y de problemas de conducta graves. Los estudios de fiabilidad y validez ofrecieron resultados adecuados. El análisis realizado de interinformantes obtuvo unos resultados bajos.

III.3.7.3. Otros Instrumentos Clínicos Validados Recientemente o en Vías de Validación

Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD), (Moss, 1991), y el Clinical Psychopathology Mental Handicap Rating Scale, que forma parte de Assessment and Information Rating Profile (AIRP), (Bouras, 1993) ambos adaptados y validados por El Grupo de Evaluación de Medicina Psicosocial de la Universidad de Cádiz.

Pendiente de validación o adaptación al castellano se encuentra el Test Aberrant Behavior Checklist (ABC-ECA), (Aman y cols. 1985), del que se dispone de la traducción realizada por la Fundación INTRAS de Valladolid. Y a punto de publicarse se encuentran la Aplicación para la Gestión (AGES) y la Aplicación Informática para la Discapacidad (AID).

Estos dos últimos instrumentos, han sido desarrollados por la Fundación PROMI en colaboración con la Universidad de Cádiz.

III.3.8. Necesidad de Instrumentos que Evalúen la Conducta Adaptativa en España

En la década del los 80 han aparecido numerosos instrumentos en EEUU con la pretensión de evaluar las conductas adaptativas y las alteraciones conductuales de las personas, algunos de ellas se han descrito en este apartado.

Se ha observado que algunos tienen dificultades en cuanto a la normalización, validación o fiabilidad, pero a pesar de esto, se puede decir que contribuyen a la evaluación de la conducta adaptativa. Lo importante es detectar y reconocer los puntos fuertes y las limitaciones de cada herramienta, de esta manera se puede hacer un buen uso de ella. En algunos casos la limitación mayor es externa, los prejuicios, el entrevistador inexperto, las expectativas o intereses de la familia de sujeto, etc., pueden plantear dificultades añadidas.

A pesar de que es necesario una mayor información y refinamiento de las herramientas y su uso, hay que admitir que cumplen una buena función de evaluación, permiten comparaciones de las conductas a lo largo de situaciones y entre informantes, facilitan el entendimiento entre profesionales y organizaciones. En muchos casos además sirven para comprobar los efectos del tratamiento y estimulan nuevas investigaciones y programas de intervención.

Para la población española hasta la década de los 90 no han existido pruebas que evaluaran propiamente las conductas adaptativas. Los educadores trabajaban objetivos de independencia personal y social dependiendo de las necesidades observadas y de las posibilidades existentes, sin poder evaluar de forma íntegra dichos comportamientos. Esta forma de actuar era adecuada y acorde a los recursos existentes, sin embargo, desde la última década existen aunque pocos, algunos instrumentos en castellano que miden las conductas adaptativas en las personas con discapacidades, y se tiene especial interés por varios motivos, por un lado proporcionan previsión de servicios y por otro facilitan la intervención.

El ICAP, tiene unas propiedades psicométricas adecuadas, está actualizado y ofrece unas puntuaciones de servicio que lo hace especialmente recomendable para la planificación, gestión y seguimiento de servicios. Además de esto proporciona datos sobre algunas conductas adaptativas y evalúa los problemas de conducta más significativos que pueden impedir la adquisición o el mantenimiento del funcionamiento personal.

El SEPP ofrece especial interés por ser un instrumento que facilita notablemente la mejora en la intervención con personas multideficientes. La evaluación, la multiplicidad de variables y la metodología multimodal que utiliza, está especialmente cuidada y tiene implicaciones directas en la educación e intervención con estas personas, cosa especialmente difícil a juzgar por las demandas del profesorado y educadores de estas personas.

De lo dicho se desprende la necesidad de usar estos instrumentos de forma más generalizada. De esta manera, tendrían la posibilidad de ser más investigados y redundaría en la mejor calidad de diagnóstico y atención integral de estas personas.

También se desprende la inexistencia de pruebas que evalúen de forma amplia las conductas adaptativas, tampoco existen instrumentos adaptados específicos para personas con retraso mental y no se pueden valorar a través de las anteriores pruebas citadas las diez áreas de habilidades adaptativas que la definición de la AAMR considera en su última definición. Esto precisamente, es el motivo más importante de la realización de este trabajo, parece conveniente disponer de instrumentos en España que complementen los anteriormente expuestos, evalúen las diez áreas de habilidades adaptativas, y completen el diagnóstico diferencial de las personas con retraso mental, tal y como se debiera hacer ya hoy en día.

III.3.9. Instrumentos Editados por la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR). Trayectoria de las Escalas ABS

Desde que la AAMR concedió importancia a las conductas adaptativas incluyéndolas como un criterio más, necesario para la evaluación del retraso mental, esta Asociación se ha preocupado por facilitar la tarea, elaborando y/o editando este tipo de instrumentos. Por ello surgieron, a propuesta de la Asociación Americana de la Deficiencia Mental en 1969, las Escalas ABS, que después de numerosas revisiones han dado lugar a la actual Escala ABS-2 con sus dos versiones: ABS-S:2 y ABS-RC:2.

En las siguientes líneas se realiza una revisión de la trayectoria seguida por estas escalas. Para tal estudio, se han utilizado los datos aportados por Sattler (1996), los datos aportados en la versión anterior a la actual, ABS-S (traducida en la Fundación Intrás de Valladolid por los profesores Benito Arias e Inés Monjas) y la información que contienen los manuales actuales del ABS-S:2 y ABS-RC:2 sobre los antecedentes de estas escalas.

III.3.9.1. Escala de Conducta Adaptativa AAMD ABS-Versión Personas institucionalizadas (Nihira, Foster, Shellhaas y Leland 1975)

Esta escala es la primera revisión de la publicada en 1969. Se utilizó para personas de entre 3 y 69 años con retraso mental, desequilibrios emocionales o incapacidades para el desarrollo. En ella se evalúan los recursos personales y sociales mediante dos tipos de aptitudes: las aptitudes conductuales y las afectivas.

En la parte primera del ABS se miden habilidades básicas de supervivencia y hábitos importantes para el mantenimiento de la independencia personal en la vida cotidiana. Está organizada siguiendo las líneas de desarrollo. Comprende 10 dominios conductuales:

1. Funcionamiento independiente:

- a) Comer
- b) Control de esfínteres
- c) Limpieza

- d) Apariencia
- e) Cuidado de la ropa
- f) Vestirse y desvestirse
- g) Viajar
- h) Funcionamiento general independiente

2. Desarrollo físico

- a) Desarrollo sensorial
- b) Desarrollo motor

3. Actividad económica

- a) Manejo del dinero y del presupuesto
- b) Habilidades de compra

4. Desarrollo del lenguaje

- a) Expresión
- b) Comprensión
- c) Desarrollo del lenguaje social

5. Números y tiempo

6. Actividad doméstica

- a) Limpieza
- b) Deberes en la cocina
- c) Otras actividades domésticas

7. Actividad vocacional

8. Guía automática

- a) Iniciativa
- b) Perseverancia
- c) Tiempo libre

9. Responsabilidad

10. Socialización

La segunda parte el ABS cubre 14 dominios relacionados principalmente en la conducta desadaptada, trastornos de conducta y de personalidad:

1. Conducta violenta y destructiva
2. Conducta antisocial
3. Conducta rebelde
4. Conducta indigna de confianza
5. Retraimiento
6. Conducta estereotipada y manierismos extraños
7. Modales interpersonales inapropiados
8. Hábitos vocales inaceptables
9. Hábitos inaceptables o excéntricos
10. Conducta de automaltrato
11. Tendencias hiperactivas
12. Conducta sexual aberrante
13. Perturbaciones psicológicas
14. Uso de medicamentos

Se necesitan entre 15 y 30 minutos para la aplicación. Para su cumplimentación se utiliza una de las tres formas posibles de obtener la información:

- Rellenando la escala alguna persona familiarizada con el individuo (con entrenamiento suficiente para poder adjudicar las instrucciones apropiadas).
- Entrevistando a los padres, (este es el método que los autores consideran más útil) se contesta a la escala con los datos que se recogen del entrevistado.
- Recogiendo la información de más de un informante, pudiendo incluir a educadores, padres, maestros, enfermeros, etc.

Existe la posibilidad de modificar algunos dominios (por ejemplo, el 4), adaptando los métodos alternativos que correspondan (comunicación alternativa: lenguaje de signos, Braille, etc.).

El ABS se ha estandarizado con 4000 personas que pertenecen a 68 instituciones para personas con retraso mental en Estados Unidos. No se tomó en cuenta el nivel de inteligencia ni el grado de retraso mental. Los baremos están expresados en percentiles para 11 grupos de edad.

La fiabilidad entre calificadores es para la Parte I ($r M=.86$) y para la Parte II ($r M=.57$).

En los estudios de validez, se observó que la Escala ABS discrimina entre individuos:

a) Que se clasifican en diferentes niveles de conducta adaptativa mediante juicios clínicos.

b) Que difieren en cuanto al tipo de asignación dentro de una institución (Nihira y colaboradores, 1974).

c) Es sensible a los cambios producidos de programas de reeducación o tratamiento.

d) La parte primera distingue entre conductas adaptativas y desadaptadas en subgrupos de niños con retraso mental (Salagaras y Nettelback, 1983).

e) La primera parte se relaciona con la inteligencia, Roszkowski y Bean en 1980, llevaron a cabo un estudio con 244 individuos con retraso mental institucionalizados, observaron una correlación con el CI de ($r = .77$), pero no se encontró relación con la parte segunda ($r = .22$).

f) Se ha observado por diferentes investigaciones 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 válidas que cualquiera de las subpuntuaciones individuales.

Es una escala útil que proporciona información acerca de las áreas de aptitud de las personas institucionalizadas que tienen retraso mental y otros trastornos, describe la ejecución en la vida cotidiana de los individuos y lo adecuado de la conducta social e interpersonal (Sattler, 1996).

III.3.9.2. Escala de Conducta Adaptativa AAMD-Edición Escolar. (ABS-SE) Lambert, Windmiller, Tharinger y Cole, 1981)

Es una revisión de la versión de Lambert, Windmiller, Cole y Figueroa para escuelas, difundida en 1975.

Se utilizó para niños entre 3 años y 3 meses y 17 años. Ayuda a los profesionales de la educación en la determinación del nivel de conducta adaptativa del niño y de las áreas de funcionamiento dentro de las que se puede aplicar las estrategias terapéuticas.

Tiene la misma organización y los mismos dominios que el ABS-Edición personas institucionalizadas, salvo la subprueba de Actividad Doméstica para la Primera Parte y el Automaltrato y Conducta Sexual Aberrante en la Segunda Parte.

La información se recoge a través de los padres y los maestros, consiguiéndose de este modo un abanico de respuestas completo. Se obtienen rangos percentiles para los 21 dominios de la escala y cinco puntuaciones referidas a los cinco factores: Autosuficiencia personal, Autosuficiencia Comunitaria, Responsabilidad Personal-Social, Adaptación personal y Adaptación social.

Las tres primeras puntuaciones brutas se agrupan obteniéndose puntuaciones factoriales escalares con $M= 10$, $DE= 3$. En los baremos aparecen los percentiles en tres cuadros separados que se definen de la

siguiente manera: deficientes mentales educables, alumnos regulares, y retrasados mentales entrenables.

Para su estandarización se usó una muestra de 6500 niños en su mayoría del estado de California. En el manual aparece la fiabilidad de consistencia interna (coeficiente alfa) para las cinco puntuaciones factoriales dependiendo de la edad y de las tres diferentes muestras de sujetos. La fiabilidad más baja .44 es para la Autosuficiencia Personal en el grupo de alumnos regulares de 12 años de edad y la más alta de .89 para los alumnos de 6 años de edad.

Otras fiabilidades medianas :

Autosuficiencia Personal, $r_{xx} = .81$

Autosuficiencia Comunitaria, $r_{xx} = .89$

Responsabilidad Personal-Social, $r_{xx} = .88$

Adaptación Social, $r_{xx} = .94$

Adaptación personal, $r_{xx} = .65$

Algunos autores consideran la existencia de trabas importantes, ya que no se presentan coeficientes de fiabilidad para la puntuación de comparación o para las puntuaciones de dominio. Además no se informa de coeficientes de fiabilidad entre calificadores para ninguna de las puntuaciones. Esta es una omisión importante para una escala que se basa en datos que se obtienen a partir de informantes (Sattler, 1996).

Los estudios de validez se basan principalmente en la versión primera de 1975. Las correlaciones medianas entre puntuaciones factoriales y CI (no se indicaron las pruebas) fueron las siguientes para una muestra de 3737 niños y los tres grupos:

Autosuficiencia Personal, $r_{MD} = .33$

Autosuficiencia Comunitaria, $r_{MD} = .67$

Responsabilidad personal-social, $r_{MD} = .34$

Adaptación Social, $r_{MD} = -.10$

Adaptación Personal, $r_{MD} = -.18$

Estas puntuaciones indican que el CI correlaciona en gran medida con autosuficiencia comunitaria (actividad económica, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, y parte de funcionamiento independiente).

Existe poca relación entre el CI y Adaptación Social y Personal. En general se clasificó correctamente al 74% de los niños.

Mastenbrook en 1977, Sattler (1996) y otros autores consideran que los coeficientes de fiabilidad son menores a los deseados (menos de .90) para realizar decisiones diagnósticas críticas acerca de niños individuales. 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. La ABS-SE no se recomienda para clasificar a los niños. Sin embargo proporciona información acerca de los aspectos fuertes y débiles de la conducta adaptativa de los niños.

Los datos estadísticos que se han expresado corresponden a los expuestos en el Manual de Instrucciones de la prueba, y que fueron recogidos por Sattler (1996).

Posteriormente a la publicación del Manual, Lambert, en 1979 y otros autores, siguieron realizando estudios, que llegaron a las siguientes

conclusiones: Utilizando alumnos de Texas, se comprobó la validez de contenido de la Escala y se encontró que los resultados no se veían afectados por las diferentes culturas, "las diferencias encontradas no se podían atribuir a las características étnicas ni al nivel de estatus sociocultural" (Lambert y cols., 1993, p. 113). También se realizaron estudios en Australia y la India comprobando "la sensibilidad de este instrumento para diferenciar entre los diferentes niveles de retraso mental, la edad y en otros factores personales" (Lambert y cols., 1993, p. 114).

En la década de 1980 surgieron instrumentos cada vez más apropiados para la medición de las conductas adaptativas. Por este motivo, con el paso del tiempo, se ha podido contrastar la validez del ABS-S con otros instrumentos más adecuados, así, se ha correlacionado con posterioridad a su publicación de 1981 con numerosos instrumentos, entre otros, con el Inventario de Conducta Adaptativa Para Niños, ABIC (Mercer Y Lewis, 1978) y con el Vineland Adaptive Behavior Scale, VABS (Sparrow, Bulla y Cicchetti, 1984). Los resultados obtenidos manifiestan que "los factores de Autosuficiencia Personal, Comunitaria y Responsabilidad Personal-Social son válidos para medir la conducta adaptativa" (y cols., 1993, p. 114).

Para continuar demostrando la validez se llevaron a cabo estudios en diferentes condados de EEUU y en otros países, como Israel. Comprobaron la multidimensionalidad de las conductas adaptativas y encontraron la utilidad del ABS-S para otros tipos de discapacidad, por ejemplo para las personas autistas, considerándolo una herramienta importante a nivel clínico (y cols., 1993).

También se han llevado a cabo otros estudios con este instrumento, por ejemplo, valorar las secuelas de la enfermedad, usando muestras de personas que habían padecido estados de coma; se han correlacionado con la escala de Inteligencia WISC-R, comprobando en este último caso que “dicha Escala no siempre ofrece los datos más adecuados para tomar decisiones de ubicación de las personas” (Lambert y cols., 1993, p. 116).

En cuanto a su fiabilidad, Salagaras y Nettlebeck en 1983 llevaron a cabo estudios para comprobar su consistencia interna. Mayfield, Forman y Nagle en 1984 revisaron la fiabilidad interevaluadores y Givens y Ward, en 1982 la fiabilidad test-retest encontrando todos ellos puntuaciones adecuadas (Lambert y cols., 1993).

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. Con los datos obtenidos, las aportaciones realizadas y los nuevos conocimientos sobre las conductas adaptativas y desadaptativas se ha llevado a cabo la tercera y última revisión que comentamos a continuación

III.3.9.3. La Escala Actual del ABS-S:2. AAMR Adaptive Behavior Scale-School (Lambert, Nihira y Leland, 1993)

El Manual de Instrucciones y los protocolos de aplicación adaptados de la Escala se muestran en el Apéndice, por lo que en estas líneas tan sólo vamos a expresar sus aspectos más sobresalientes y característicos.

La escala ABS-S:2 está dividida en dos partes, la Primera Parte, contiene nueve dominios de conducta con 18 subdominios que ofrecen una medida de independencia personal y responsabilidad personal. Los dominios que incluye son nueve:

Independencia Funcional

Desarrollo Físico

Actividades Económicas

Desarrollo del Lenguaje

Números y Tiempo

Actividades Prevocacionales y Vocacionales

Autodirección

Responsabilidad

Socialización

La Segunda Parte contiene siete dominios referidos a la conducta desadaptada que pueden reflejar la existencia de trastornos de conducta o de personalidad. Son los siguientes:

Conducta Social

Conformidad

Confianza

Comportamiento Estereotipado e Hiperactivo

Comportamiento Autoabusivo

Comportamiento de Aislamiento Social

Comportamiento Interpersonal Molesto o Perturbador

La Escala ofrece puntuaciones para cada dominio y combinando varios dominios e ítems se obtienen puntuaciones para cada uno de los cinco factores que contempla:

Autosuficiencia Personal

Autosuficiencia Comunitaria

Responsabilidad Personal Social

Ajuste Social

Ajuste personal

Para su estandarización se recogieron datos de 1254 alumnos de entre 3 y 17 años sin retraso mental y 2074 alumnos de entre 3 y 21 años con retraso mental. Para ambos grupos muestrales se ofrecen distintos baremos.

Los estudios de fiabilidad para investigar su consistencia interna se realizaron a través del coeficiente alpha y ofrecen, por regla general, coeficientes altos, superando en muchos grupos según el dominio y la edad el .90 en las dos muestras. La fiabilidad test-retest también ofrece coeficientes altos variando la gran mayoría entre .80 y .90. La fiabilidad Inter.-scorer obtiene coeficientes favorables a la escala, entre .96 y .99. (Lambert y cols., 1993, p. 33-40).

Los estudios de validez fueron aceptables, se estudió la validez de contenido a través de la racionalidad de los ítems y su análisis. También se investigó la validez de criterio, relacionándolo con la Escala Vineland de Conducta Adaptativa VABS (Sparrow, Bulla y Cicchetti, 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 items. Todos estos estudios apoyan la validez de la Escala ABS-S:2 (Lambert y cols., 1993, p. 41-53).

Los autores de la escala sugieren que los puntos fuertes y débiles deben ser examinados considerando las puntuaciones del dominio o de factor que se obtienen en el perfil. Esta información es de gran ayuda para el evaluador al poder obtener no sólo una puntuación de los distintos dominios o factores sino además una información más precisa de los aspectos que mide el ABS-S:2

Para algunos autores, esta última revisión es "sin duda una significativa mejora del instrumento" (Stinnett y cols. 1999, p. 22) Sin embargo, es necesario seguir trabajando con ella, de esta forma los avances y mejoras se podrán seguir produciendo y repercutirá para bien en las propias personas con retraso mental.

III.3.9.4. La Escala Actual del ABS-RC:2. AAMR Adaptive Behavior Scale-Residential and Community (Nihira, Leland y Lambert, 1993)

El Manual de Instrucciones y los protocolos de aplicación de la Escala, también se han traducido en este trabajo y se muestran en el

Apéndice, por lo que en estas líneas tan sólo vamos a expresar algunos de sus aspectos característicos que la diferencian de la escala anterior ABS-S:2.

Se utiliza en sujetos mayores de 21 años que convivan en comunidad o en centros específicos. Consta de dos partes que miden conducta adaptativa y desadaptativa con un total de 18 dominios, en la Primera Parte se obtienen puntuaciones para todos los dominios adaptativos del ABS-S:2, pero se añade el referido a las Actividades Domésticas, por lo que finalmente consta de diez dominios de conductas adaptativas:

Independencia funcional

Desarrollo Físico

Actividades Económicas

Desarrollo del Lenguaje

Números y Tiempo

Actividades Domésticas

Actividades Prevocacionales y Vocacionales

Autodirección

Responsabilidad

Socialización

La Segunda Parte que refleja la existencia de trastornos de conducta o de personalidad contiene ocho dominios referidos a la conducta desadaptada, uno más que el ABS-S:2 (el dominio de conducta sexual inapropiada). Son los siguientes:

Conducta Social

Conformidad

Confianza

Comportamiento Estereotipado e Hiperactivo

Conducta Sexual

Comportamiento Autoabusivo

Comportamiento de Aislamiento Social

Comportamiento Interpersonal Molesto o Perturbador

De los resultados obtenidos en la Primera Parte se pueden sacar factores de Autosuficiencia Personal, Autosuficiencia Comunitaria y Responsabilidad Personal-Social. Y con los datos obtenidos en la Segunda Parte se obtienen los factores de Ajuste Social y Ajuste Personal (Al igual que sucede con el ABS-S:2).

El manual presenta unos datos de fiabilidad adecuados, por ejemplo, la consistencia interna para ambas partes varía de .81 a .99. Los coeficientes de correlación test-retest de .85 a .99.

En cuanto a la validez, 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.

III.3.9.5. La Evaluación de las Áreas de Habilidades Adaptativas. Assessment of Adaptive Areas. AAA (Bryant, Taylor y Rivera, 1996)

Con el objeto de tener un instrumento que evalúe concretamente las diez áreas de habilidades propuestas por la AAMR en 1992, la propia Asociación ha publicado un método a través del cual las puntuaciones obtenidas en la Primera Parte de las dos últimas versiones del ABS-S: el ABS-S:2 y el ABS-RC:2, pueden ser reconvertidas a través del protocolo AAA, obteniéndose información de cada una de las áreas de habilidades necesarias para la evaluación correcta de la persona con retraso mental.

A través de reconvertir las puntuaciones de los ítems, se obtienen datos que permiten identificar si el individuo tiene o no limitaciones en dos o más de las áreas de las habilidades adaptativas propuestas.

Además de identificar a los posibles sujetos con retraso mental tiene otras finalidades, al igual que el ABS-S:2 y el ABS-RC:2, puede determinar los puntos fuertes y débiles de la persona, documentar los progresos realizados y servir de instrumento para la investigación.

Publicar un instrumento como el AAA se estaba haciendo necesario pues lo demandaban las personas que atienden y ayudan a los sujetos con retraso mental y otras discapacidades, los evaluadores y numerosos autores, como por ejemplo, Mc Millan y cols. (1993) al expresar su opinión sobre la definición de 1992 "Diferenciar los niveles de necesidades de las habilidades adaptativas es un desafío debido a su

imprecisión y no es fácil medirla de forma fiable" (Mc Millan, Greshan y Siperstein, 1993 p. 325).

En el Apéndice se expone el Protocolo para la Reconversión de las Puntuaciones y el Manual de Instrucciones del instrumento de evaluación AAA, una vez traducido y adaptado a nuestro entorno.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN:

EQUIVALENCIA DE LOS CONSTRUCTOS.

ESTIMACIÓN DE LA FIABILIDAD, VALIDEZ Y VALORACIÓN DE LA ESCALA ABS-S:2.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN:

CAPÍTULO IV:
- **EQUIVALENCIA DE LOS
CONSTRUCTOS.**

- **ESTIMACIÓN DE LA
FIABILIDAD, VALIDEZ
Y VALORACIÓN DE
LA ESCALA ABS-S:2.**

OBJETIVOS DE

IV. 1. INTRODUCCIÓN

Desde que la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR, publicó en 1992 la definición de retraso mental, muchos conceptos han adquirido una especial relevancia. Entre ellos los aspectos relacionados con las diez áreas de habilidades adaptativas (citadas en el apartado II.3.3.1).

El manual que edita la AAMR incluye puntos fundamentales en lo que respecta a la comprensión de las personas con retraso mental. Las innovaciones producidas tuvieron como objetivo facilitar y mejorar el diagnóstico, la intervención y los apoyos a estas personas.

Uno de los temas capitales que figuran en el concepto de retraso mental es el referido al diagnóstico. Para poder diagnosticar a un sujeto de retraso mental es necesario que la capacidad intelectual, medida a través de las pruebas de inteligencia, obtenga una puntuación menor a 70; que el sujeto tenga limitaciones en al menos dos de las diez áreas de habilidades adaptativas propias y que se tenga menos de 18 años.

CAPÍTULO IV:

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Bajo estos requisitos surge en coherencia una nueva filosofía que propone la mejora de la calidad de vida de las personas con retraso mental, apoyos que favorecen el funcionamiento y la calidad de vida de las personas con retraso mental.

IV. 1. INTRODUCCIÓN

Desde que la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR, publicara en 1992 la definición de retraso mental, muchos conceptos han adquirido una especial relevancia. Entre ellos los aspectos relacionados con las diez áreas de habilidades adaptativas (citados en el apartado II.3.3.1).

El manual que editó la AAMR incluye puntos fundamentales en lo que respecta a la comprensión de las personas con retraso mental. Las innovaciones producidas tuvieron como objetivo facilitar y mejorar el diagnóstico, la intervención y los apoyos a estas personas.

Uno de los temas capitales que figuran en el concepto de retraso mental es el referido al diagnóstico. Para poder diagnosticar a un sujeto de retraso mental es necesario que la capacidad intelectual de la persona, medida a través de las pruebas de inteligencia, obtenga una puntuación menor a 70; que el sujeto tenga limitaciones en al menos dos de las diez áreas de habilidades adaptativas propuestas y que se tenga menos de 18 años.

Bajo estos requisitos surge en coherencia, una nueva filosofía que proporciona nuevas formas de intervención basadas en un paradigma de apoyos que favorece el funcionamiento y la calidad de vida de las personas con retraso mental.

De acuerdo con la teoría que orienta y guía nuestro trabajo, expuesta con anterioridad en el capítulo II, nos encontramos con un problema importante en nuestro País: La imposibilidad de realizar un diagnóstico de manera completa y adecuada a las personas con retraso mental.

Actualmente no es posible evaluar en España con criterios generalizados las diez áreas propuestas de habilidades adaptativas, uno de los requisitos ineludibles del diagnóstico de retraso mental, ya que no disponemos de un instrumento normalizado que evalúe tales capacidades. Sí existen algunas pruebas que permiten diagnosticar algunas conductas adaptativas, pero ninguna que nos ofrezca puntuaciones para las diez áreas de habilidades necesarias para la evaluación.

Para solventar este problema se puede optar por:

1ª. Elaborar nuevos instrumentos que permitan diagnosticar de forma válida las habilidades adaptativas de las personas, o

2ª. Hacer uso de los ya existentes 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, mientras que con la segunda, se facilitaría el entendimiento entre los profesionales nacionales y extranjeros al poder usar pruebas ampliamente difundidas.

Utilizar instrumentos adaptados y validados de otros países favorece que las investigaciones sean mayores tanto en cantidad como en profundidad, lo que posibilita una mayor validez en los juicios diagnósticos, que en definitiva redunda en una mejor atención y apoyo a las personas con retraso mental.

Dada la larga existencia de numerosas herramientas, en su mayor parte americanas, que evalúan las conductas adaptativas, se han realizado numerosos estudios de 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.

La Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR, en su interés manifiesto desde hace ya décadas por evaluar las conductas adaptativas, dispone en el momento actual de instrumentos que valoran estos aspectos. Una vez cumplimentados, se pueden obtener mediante un tratamiento de los resultados, puntuaciones para cada una de las diez áreas de habilidades propuestas en la definición del retraso mental.

IV. 2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A la vista de la situación actual y ante la necesidad y la demanda manifiesta por numerosos profesionales de disponer en castellano de instrumentos que sirvan para evaluar las diez áreas de habilidades adaptativas e intervenir consecuentemente con los sujetos, nos propusimos los siguientes objetivos:

1. Traducir y adaptar al castellano las Escalas Americanas de conducta adaptativa: "AAMR Adaptive Behavior Scale-School. ABS-S:2." Versión Centros Educativos. Elaborada por Nadine Lambert; Kazuo Nihira and Henry Leland y la "AAMR Adaptive Behavior Scales-Residential and Community ABS-RC:2". Versión Comunidad y Centros residenciales. Elaborada por Kazuo Nihira; Henry Leland y Nadine Lambert. Ambas editadas, en segunda edición, en 1993 por la Asociación Americana sobre Retraso Mental y distribuidas por la International Publisher PRO-ED.
2. Traducir y adaptar al castellano el instrumento americano "Assessment of Adaptive Areas. A Meted for Obtaining Scores that Correspond to the American Association on Mental Retardation's Adaptive Areas". Elaborada por Brian R. Bryant; Ronald L. Taylor y Diane Pedrotty Rivera y distribuida por la International Publisher PRO-ED en 1996. El AAA es un método de obtención de puntuaciones a través de la recodificación de los resultados del ABS-S:2 y del ABS-RC:2 haciéndolas corresponder con las diez áreas de habilidades adaptativas propuestas por la AAMR.
3. Estudiar el poder discriminatorio de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 traducida y adaptada, 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.

4. Estudiar el poder discriminatorio del instrumento de evaluación traducido y adaptado AAA, observando si con su aplicación a sujetos de habla castellana (de la provincia de Burgos), se detectan las características más sobresalientes del concepto de habilidades adaptativas.
5. Comprobar si los instrumentos de evaluación (ABS-S:2 y AAA), una vez adaptados demuestran la equivalencia de constructos con las pruebas originarias.
6. Realizar una aproximación a la validez, fiabilidad y baremación de la Escala ABS-S:2, pues pueden ser buenos estimadores de los correspondientes parámetros poblacionales.
7. Valorar si la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2, (tanto la original como la adaptada), es adecuada, según los criterios de calidad de los tests propuestos por el Colegio Oficial de Psicólogos de España a través de la Comisión de Tests.
8. Valorar si dichos instrumentos, una vez traducidos, adaptados y revisados, sirven para la población de habla castellana con y sin retraso mental.

En definitiva, intentamos llevar a cabo un estudio que nos facilite la valoración de ambos instrumentos y su posible idoneidad en la población española. La Comisión Internacional de Tests (ITC) recomienda 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". (Colegio Oficial de Psicólogos. Comisión Internacional de Tests: <http://www.cop.es/tests/Directrices.htm> p.14).

Para llevar a cabo estos objetivos, nos hemos propuesto la realización de dos estudios:

- En el primero, Capítulo V, vamos a intentar abordar los cinco primeros objetivos propuestos.

- En el segundo, Capítulo VI, estudiaremos los tres últimos objetivos citados. Valoraremos la calidad de estos instrumentos de evaluación e intentaremos acercarnos a los posibles estudios normativos, para ello se expondrán los resultados iniciales de los análisis de validez y fiabilidad realizándose si es posible, una primera baremación con la muestra disponible.

PRIMER ESTUDIO DIRIGIDO A COMPROBAR LA EQUIVALENCIA DE CONSTRUCTOS

V.1. PROBLEMAS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

V.1.1. Problemas

Las reflexiones hechas a partir de los conocimientos académicos existentes en torno al retraso mental, presentados en la revisión teórica de este trabajo, nos permiten enumerar los elementos comunes más sobresalientes en los autores, que caracterizan la conducta adaptativa y de su medición, que a su vez se convierten en premisas para la presente investigación. Estas son:

- La mayoría de las definiciones de conducta adaptativa sugieren que esta se va incrementando conforme al contexto de desarrollo de la persona. Es decir, la adquisición de la conducta adaptativa tiene carácter evolutivo.

- **PRIMER ESTUDIO: EQUIVALENCIA DE
LOS CONSTRUCTOS**

PRIMER ESTUDIO

DIRIGIDO A COMPROBAR LA EQUIVALENCIA DE CONSTRUCTOS

V.1. PROBLEMAS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

V.1.1. Problemas

Las reflexiones hechas a partir de los conocimientos actualmente existentes en torno al retraso mental, presentados en la revisión teórica de este trabajo, nos permiten enumerar los elementos comunes más sobresalientes en los autores, que caracterizan el constructo de la conducta adaptativa y de su medición, que a su vez se convierten en premisas para la presente investigación. Estas son:

- La mayoría de las definiciones de conducta adaptativa sugieren que ésta se va incrementando conforme al contexto de desarrollo de la persona. Es decir, la adquisición de la conducta adaptativa tiene carácter evolutivo.
- Sólo se han de tener en cuenta para la evaluación de la conducta adaptativa las conductas propias del grupo de iguales en edad al sujeto evaluado.

- El constructo se reconoce como dependiente de la capacidad intelectual del individuo.
- Se reconoce la importancia que tiene el ambiente y el entorno que rodea al individuo en la adquisición y uso de la conducta adaptativa.
- La gran mayoría de las personas sin retraso mental consiguen antes de los 16 años la gran parte de los dominios de conducta adaptativa.
- La ausencia de graves conductas desadaptadas es uno de los requisitos para que se dé la conducta adaptativa.

En cuanto al concepto de habilidades adaptativas, consideramos que los aspectos más característicos son:

- Dicho concepto deriva del de conducta adaptativa, bajo él están implicados un conjunto de competencias cuyas adquisiciones y usos son básicas en las personas para su desenvolvimiento corriente individual y social.
- La consecución de estas habilidades está determinada por la edad, ya que tienen un carácter y progresión evolutiva.
- Sólo tienen importancia, de cara a la evaluación, las habilidades cuya adquisición es relevante para la edad, por lo que se tiene que analizar el uso de habilidades en el entorno de iguales.
- La gran mayoría de las personas sin retraso mental consiguen antes de los 16 años un gran abanico de habilidades adaptativas básicas.

Partiendo de estos supuestos las cuestiones primordiales que se plantearon en este estudio fueron:

- *¿La Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2, Versión Centros Educativos y el Instrumento de Evaluación de las Áreas Adaptativas AAA, cumplen con el cometido que se espera de ellos?. Es decir, ¿aplicándolo a sujetos de nuestro país, responden bien a las características generales más ampliamente aceptadas de los conceptos de conducta y habilidades adaptativas?*
- *¿Discriminan ambos instrumentos entre sujetos con y sin retraso mental?*
- *¿Las conductas y habilidades adaptativas que las personas manifiestan, tienen relación con la edad de los sujetos?*
- *¿Las personas con retraso mental siguen un ritmo evolutivo en la adquisición y uso de las conductas y habilidades adaptativas? ¿El ritmo, es más lento o irregular?*
- *¿Discriminan ambos instrumentos entre sujetos con diferentes capacidades intelectuales?*
- *¿Se observan en los sujetos con retraso mental indicios de la existencia de puntos fuertes y débiles en las conductas y habilidades adaptativas?*

➤ *¿Las conductas desadaptadas interfieren en la adquisición o uso de las conductas y habilidades adaptativas?*

Todos estos interrogantes son los que constituyeron la base a partir de la cual formulamos nuestras hipótesis de trabajo.

V.1.2. Hipótesis:

Hipótesis 1:

La adquisición y el uso de las conductas y habilidades adaptativas básicas está relacionada con el desarrollo, aumenta en complejidad a medida que las personas crecen en edad .

Hipótesis 2:

Las personas con retraso mental van adquiriendo las conductas y las habilidades de adaptación en un proceso más lento e irregular que las personas sin retraso mental.

Hipótesis 3:

La adquisición y el uso de las conductas y habilidades adaptativas está 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 retraso mental coexisten puntos fuertes y débiles en el uso de las conductas y habilidades adaptativas.

Hipótesis 5:

Las conductas desadaptativas intervienen de forma negativa en el uso de las conductas y habilidades adaptativas, de tal forma que, a mayor número de conductas desadaptadas menor adquisición o uso de las adaptadas.

V.1.3. Definición de Variables

Aun siendo conscientes de que éste no es un trabajo en el que estemos manipulando variables, consideramos que como estudio de investigación que es, existen una serie de variables, principalmente la edad y la capacidad intelectual de los sujetos, que pueden estar afectando a otras variables estudiadas, por lo tanto creemos conveniente especificarlas.

Variable Dependiente 1, es la adquisición y el uso de las Conducta Adaptativa, medidas a través de los 9 dominios de la Primera Parte de la Escala ABS-S:2 (Funcionamiento Independiente; Desarrollo Físico; Destrezas Económicas; Desarrollo del Lenguaje; Números y Tiempo; Actividades Prevocacionales y Vocacionales; Autodirección; Responsabilidad y Socialización).

Variable Dependiente 2, son las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas, medidas a través del AAA (Comunicación; Autocuidado; Vida en el Hogar; Habilidades Sociales; Utilización de la Comunidad; Autorregulación; Salud y Seguridad; Habilidades Académicas Funcionales; Tiempo Libre y Trabajo).

Variable Dependiente 3, son las conductas desadaptadas, medidas a través de los siete dominios de la Segunda Parte de la Escala ABS-S:2 (Problemáticas relacionadas con la Conducta Social; Problemas relacionados con la Conformidad; Problemas relacionados con la Confianza; los Comportamientos Estereotipados e Hiperactivos; los Comportamientos Autoabusivos; la Conducta de Aislamiento Social y el Comportamiento Interpersonal Molesto o Perturbador).

Variable Independiente 1

La edad cronológica de los sujetos en el momento de la aplicación de la Escala.

Variable Independiente 2

La capacidad intelectual de los sujetos en el momento de la aplicación de la Escala medida a través de las pruebas estandarizadas más difundidas en la actualidad.

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 contaminantes 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 no necesariamente ha de ser cumplimentado por un profesional de la evaluación. En la mayoría de las ocasiones, la información necesaria para cumplimentar los reactivos se realiza a través de entrevistas con personas que conozcan al sujeto o contestando directamente la Escala las personas que le conozcan bien. Consideramos que, ante la variabilidad de posibilidades de administración, pueden estar interviniendo variables extrañas o contextuales que influyen 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 del sujeto, las expectativas, la capacidad de recuerdo y la predisposición a la respuesta.

- Con respecto al entorno: Pueden variar las respuestas obtenidas, si éstas se cumplimentan desde un centro educativo ordinario, un centro de integración, un centro específico, un centro asistencial, o el hogar, ya que estos ámbitos distintos difieren en cuanto a la finalidad, expectativas, conocimiento global del sujeto, etc.

- Las razones para la evaluación afectarán posiblemente poco en nuestro estudio, pero no debiéramos pasarlas por alto: Pueden influir los diferentes fines evaluadores, como por ejemplo: la detección, el diagnóstico, la asignación a programas, la evaluación de programas, etc.

Todas estas posibles variables contaminantes pueden mediar en las puntuaciones otorgadas. Para controlarlas en la medida de lo posible, durante el periodo de aplicación de la Escala se ofrecieron instrucciones a

los educadores y cuidadores muy precisas de forma oral y escrita sobre la forma de puntuar los protocolos, procurando de este modo, evitar las ambigüedades y favorecer la homogeneidad de criterios. En la situación concreta de este estudio, todas las personas que cumplimentaron las pruebas tuvieron conciencia del interés únicamente investigador de la aplicación.

V.2. MÉTODO

V.2.1. Procedimiento

Las primeras actuaciones estuvieron dirigidas a solicitar la Escala ABS-S:2 a la Asociación Americana de Retraso Mental. Con posterioridad, se pidió y consiguió a través de la Fundación INTRAS de Valladolid, el permiso de la Editorial PRO-ED para utilizarla en España en investigación, adaptación y validación de la Escala a la población española.

La traducción de este instrumento y la adaptación del contenido de la Escala al castellano ha pasado por diferentes fases. "Traducir un test no es una mera cuestión de conocer bien los dos idiomas implicados, es un proceso mucho más complejo, por eso más que de traducción habría que hablar de adaptación" (Muñiz, 1996, p. 64).

Primeramente, se realizó una traducción personal de las Escalas de conducta adaptativa "ABS-S:2", "ABS-RC:2" y del Protocolo de Evaluación de las Áreas de Habilidades Adaptativas "AAA" que fueron revisadas por el Profesor Doctor de Psicología Social de la Universidad de

Burgos, D. José Luis González Castro, cuyos conocimientos del idioma están avalados por su estancia en el Reino Unido a lo largo de su periodo educativo.

Posteriormente, se envió la traducción a dos profesionales de la educación bilingües, conocedores ambos de la cultura americana (Lisa Gordon, profesora de Lengua Española en Lutheran High School of Dallas nacida y residente en el Estado de Texas, EEUU y Tomás Roldán, nacido en España y residente en el mismo Estado desde 1979), para su traducción inversa. Tras hacer las modificaciones necesarias, que resultaron ser poco significativas, se presentó la oportunidad de celebrar con ellos una reunión en Burgos, donde comentamos y observamos las posibles ambigüedades que los enunciados pudieran tener.

Una vez llevado a cabo todo este proceso de cambios y modificaciones, juzgamos en función del grado de coincidencia con la versión original la adecuada bondad de la traducción. Además de estas actuaciones, se solicitaron propuestas de mejora en la comprensión de los reactivos a numerosos profesionales del ámbito educativo, entre los figuraban los equipos psicopedagógicos del MEC, diversos profesores de las áreas de psicología de la Universidad de Burgos y educadores y psicólogos de diversas asociaciones.

Fruto de todo el proceso seguido, podemos señalar que la Escala ABS-S:2 traducida sigue teniendo todos sus ítems originales, a excepción del primer enunciado del ítem 10 de la Primera Parte "Cleans dentures appropriately" y del segundo enunciado del mismo ítem "Applies toothpaste and brushes teeth with up and down motion" que se han sintetizado en un solo enunciado y traducido con la siguiente expresión

“Se lava la dentadura de manera apropiada / Utiliza pasta de dientes y cepillo con movimientos de arriba abajo”. Este cambio adaptativo creemos que es más conveniente principalmente por tres motivos, 1º en ocasiones se utilizan cepillos eléctricos que no exigen la realización de este tipo de movimientos, o también se pueden utilizar cepillos manuales con la colocación de las cerdas de tal manera que es imposible el realizar ese tipo de actividad, 2º porque nos pareció que los enunciados se solapaban y 3º porque era el único ítem de la escala que, estando ordenado en cuanto a su grado de dificultad, aparecían dos enunciados con el mismo valor (en este caso el valor más alto: 5 puntos).

También se observó desde un principio que el nuestro lenguaje no estamos acostumbrados a contestar con un “sí” o un “no” a enunciados negativos como por ejemplo el ítem 14 originariamente expresa “Does not wear special clothing (raincoat, overshoes, etc) for different weather conditions” y nosotros lo hemos adaptado como “Usa la misma ropa (chubasquero, botas, etc.) para las diferentes condiciones climáticas”. Todos los ítems negativos en los que había que dar ese tipo de respuesta fueron adaptados procurando dar el mismo sentido original a la frase.

En el tercer enunciado del ítem 31, se cambió dólar por cien pesetas y se añadió la palabra euro, por lo que quedó expresado de la siguiente manera “ Usa monedas, pero sólo hasta cien pesetas o un euro”. Este cambio se pensó para que pudiera ser utilizado antes y después de enero del 2002.

El resto de los ítems traducidos no han sido modificados o su relevancia creemos que es menor a las expresadas.

Simultáneamente a estas actuaciones se comenzaron a realizar las gestiones oportunas para la aplicación de la Escala a algunos sujetos residentes en Burgos.

Para ello se pidió la colaboración formal a la Junta de Castilla y León a través de la Jefatura de Programas de la Dirección Provincial de Educación y Cultura de Burgos. Esta Institución envió una circular a todos los Centros Educativos de Infantil, Primaria y Secundaria para pedir la colaboración en la Investigación. Del resultado de la circular, numerosos centros comunicaron su interés por participar.

De igual manera se realizaron gestiones con diferentes asociaciones de la ciudad que atienden a alumnos con retraso mental entre ellas El Centro Ocupacional de Aspanias, el Centro de Autistas "El Alba" y la Asociación "Estela" de Síndrome de Down.

Paralelamente se informó a los Equipos de Orientación Educativa de esta iniciativa, y como resultado algunos profesionales mostraron interés y aplicaron la Escala.

Los protocolos del ABS-S:2 fueron entregados en mano junto a un escrito con las informaciones concretas y necesarias de su aplicación, (que figuran en el Anexo). Se dio importancia a que contestaran los enunciados según lo que los sujetos realmente hacían, frente a lo que eran capaces de hacer. Por regla general se pidió a cada profesor/a que lo cumplimentaran con tres o cuatro niños a los que ellos atendían y conocían bien.

La recogida de datos se realizó paulatinamente y los profesionales de la educación han encontrado pocas dificultades en la valoración de los enunciados de la Escala. La mayor dificultad se manifestó en los centros educativos de primaria y secundaria en la recogida de alguno de los datos del Dominio I, que corresponde al Funcionamiento Independiente, y que comprende ítems relacionados con la comida, el uso del servicio, la limpieza personal, la apariencia, el vestirse, el viajar, etc., ya que el profesorado de las escuelas no disponían de todos los datos y tenían que entrevistarse con las familias de los alumnos. Esto no sucedía en las Asociaciones ni en los Centros Ocupacionales, ya que los educadores observaban de forma más cotidiana las actuaciones de los alumnos en estos ambientes.

En el resto de los Dominios el profesorado no manifestó especiales dificultades en cuanto a su cumplimentación.

El periodo de aplicación y recogida de datos comprendió los meses de septiembre de 1999 a junio de 2000, el número total de alumnos evaluados es de 223. Estos alumnos corresponden a 38 centros educativos y/o ocupacionales. Hubo que descartar algunos protocolos de respuesta por defectos en su cumplimentación, por lo que la muestra de sujetos quedó reducida a 207 sujetos: 67 sin retraso mental y 142 con esta discapacidad.

Teniendo en cuenta que según Datos del INE relativos a las cifras poblacionales a 1 de enero de 1999, existen en Burgos 54.149 personas con edades entre 5 y 19 años y que según la Delegación Provincial del MEC de Burgos el 1.52% de la población escolarizada está afectada de retraso mental. Los 142 sujetos que disponemos en nuestra muestra

representan alrededor del 17.25% de la población burgalesa con retraso mental.

El porcentaje puede no ser del todo exacto, pues para su obtención se han usado los datos (con rangos de edad diferentes a los del INE) facilitados por la Delegación del Ministerio de Educación y Cultura de Burgos, en los que existen 612 alumnos (el 1.52% de los alumnos escolarizados) diagnosticados de retraso mental de edades comprendidas entre los 3 y los 16 o 18 años de edad. Esperamos que esta estimación varíe a lo más en 1 o 2 puntos de la realidad.

V.2.2. Materiales Utilizados

Para la elaboración de esta tesis se ha utilizado un ordenador con procesador Windows 2000 con el paquete de programas Office, que nos ha permitido trabajar con el Procesador de textos Word y con el PowerPoint (2).

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el Paquete Informático SPSS, versión 10.0 para Windows.

Se han utilizado además, otros recursos técnicos, por ejemplo Internet. A través de esta vía hemos accedido a las bases de datos de Psicología: Academic Search Elite, Eric, Psyclit, PsycINFO, Redinet.y a documentos del INE, de la AAMR, del COP, etc.

V.2.3. Sujetos

La definición actual del retraso mental (Luckasson, 1997) hace énfasis en que éste se manifiesta en la edad temprana. Este periodo de desarrollo de las personas puede concebirse como el del ciclo vital previo a la edad adulta. En esta última definición del retraso mental el punto de corte se sitúa, (en cierto modo arbitrariamente) a la edad de dieciocho años, porque esta edad se corresponde generalmente con el final de la educación de bachillerato en los EEUU y porque también es el momento en el que muchas personas asumen papeles de adultos. En el caso de España sucede algo similar y los 18 años parecen adaptados al medio social que nos rodea.

En este estudio se delimitaron dos muestras, la de sujetos con retraso mental y la de sujetos sin retraso mental que estaban en proceso educativo y cuyas edades estaban comprendidas entre los 6 y los 21 años de edad. Al objeto de centrar más la investigación, se priorizó la recogida de datos de los sujetos con retraso mental. En la muestra de sujetos sin discapacidad nos interesó no superar los 18 años pues ya en estas edades los dominios de las conductas y las habilidades adaptativas básicas están teóricamente conseguidas y priorizar el rango de edad 15-18 para poder comprobar los niveles adquiridos en conducta y habilidades adaptativas en esta etapa de la adolescencia.

La ampliación de 19-21 años para las personas con retraso mental es debida al uso de la utilización del mismo rango de edad en los baremos ofrecidos en la Escala por la Asociación Americana de Retraso Mental, que tiene su coherencia también en España, pues existen algunos alumnos con retraso mental que a los 21 años continúan en el sistema

educativo ya que cursan Garantía Social Específica de Acnees o asisten a los Programas de Transición a la Vida Adulta.

La muestra seleccionada estuvo compuesta por los alumnos cuyos educadores estuvieron dispuestos a colaborar en la investigación, por lo que no se pudo hacerse un muestro aleatorio.

Las características de la muestra se estratificaron en función de las siguientes variables: edad, sexo, capacidad intelectual, nivel socioeconómico, localización geográfica del centro educativo o asistencial, trastornos psicopatológicos asociados y administradores de la Escala.

Con los datos resultantes se generó la Tabla N.º 1 para los sujetos sin retraso mental y la Tabla N.º 2 para los sujetos con retraso mental. En ambos se proporcionan los estadísticos descriptivos de frecuencias y porcentajes de la muestra.

Nota: Se respetó la clasificación de retraso mental otorgada en los informes de valoración de IMSEBSO y del MEC.

TABLA 1. Características de la muestra de sujetos sin Retraso Mental

		Recuento	% col.
Capacidad Intelectual	Sin Retraso Mental	65	100.0%
Sexo	Masculino	29	44.6%
	Femenino	36	55.4%
Edad	6	6	9.2%
	7	6	9.2%
	8	3	4.6%
	9	4	6.2%
	10	2	3.1%
	11	3	4.6%
	12	3	4.6%
	13	2	3.1%
	14	3	4.6%
	15	15	23.1%
	16	9	13.8%
	17	6	9.2%
	18	3	4.6%
Lugar de residencia	Urbano	50	76.9%
	Rural	15	23.1%
Nivel socioeconómico	Bajo	4	6.2%
	Medio	34	52.3%
	Alto	6	9.2%
	Se desconoce	21	32.3%
Trastornos psicopatológicos	No	64	98.5%
	Hiperactividad	1	1.5%
Administrador de la Escala	Educador, psicologo, cuidador	14	21.5%
	Padres	25	38.5%
	Autoadministración	26	40.0%

TABLA 2. Características de la muestra de sujetos con Retraso Mental

		Recuento	% col.
Capacidad Intelectual	R.M. Ligero (70-55)	85	59.9%
	R.M. Medio (54-40)	39	27.5%
	R.M. Severo (<40)	18	12.7%
Sexo	Masculino	78	54.9%
	Femenino	64	45.1%
Edad	6	5	3.5%
	7	6	4.2%
	8	7	4.9%
	9	9	6.3%
	10	10	7.0%
	11	10	7.0%
	12	10	7.0%
	13	14	9.9%
	14	7	4.9%
	15	6	4.2%
	16	6	4.2%
	17	12	8.5%
	18	14	9.9%
Lugar de residencia	Urbano	101	71.1%
	Rural	41	28.9%
Nivel socioeconómico	Muy bajo	18	12.8%
	Bajo	29	20.6%
	Medio	56	39.7%
	Alto	10	7.1%
	Se desconoce	28	19.9%
Trastornos psicopatológicos	No	105	73.9%
	Hiperactividad	4	2.8%
	Ansiedad	2	1.4%
	Enuresis	3	2.1%
	Trastorn. de comportamiento	17	12.0%
	Trast. sexuales	1	.7%
	Depresión	2	1.4%
	Otros	6	4.2%
	Múltiples	2	1.4%
Administrador de la Escala	Educador, psicólogo, cuidador	133	93.7%
	Padres	9	6.3%

Nota: Se respeta la clasificación de retraso mental otorgada en los informes de valoración de IMSERSO y del MEC.

Hemos utilizado para la recogida de información la clasificación que se establece en las definiciones de retraso mental de la AAMR anteriores a 1992, de retraso mental ligero, medio y severo, 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 MEC y con la que, debido a su larga trayectoria, están más familiarizados los profesionales.

Los datos de los sujetos con los que se había cumplimentado la Escala, vinieron marcados con una numeración. En ningún momento se accedió al nombre de las personas.

Se intentó trabajar con igual número de sujetos de ambos sexos, y aunque se han obtenido diferentes proporciones en ambas muestras, la diferencia no parece relevante.

En cuanto al lugar de residencia se tuvo en cuenta la ubicación del centro al que asistían, por lo que se estratificaron las muestras por localidades rurales (pueblos de la Provincia de Burgos) o localidades urbanas (Burgos Capital). Las localidades rurales incluyen pueblos grandes, (tal es el caso de Aranda de Duero) y pueblos pequeños (como Arauzo de Miel o Canicosa de la Sierra). En total participaron un total de 38 centros educativos de primaria, secundaria y ocupacionales.

En el protocolo de recogida de la información del sujeto evaluado se les requería que marcaran una de las cinco posibilidades de respuesta para obtener el estatus social: nivel socioeconómico muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. En ambas muestras los datos obtenidos del nivel sociocultural han obtenido un inesperado porcentaje de desconocimiento. En el grupo sin discapacidad se obtuvo un 32,3% de protocolos sin

contestación a esta pregunta y en la muestra de sujetos con discapacidad el porcentaje fue cercano al 20%. Este hecho se hizo patente a lo largo del proceso de recogida de los datos, y por más que se intentó subsanar, volviendo a contactar con los administradores de la Escala, los resultados no fueron los esperados.

Los maestros, cuidadores, o educadores consideraban que podían arriesgarse a responder, pero no lo hacían por carecer de suficientes datos objetivos que discriminaran entre los límites establecidos. Este hecho no sucedió cuando las personas que cumplimentaron la escala fueron los familiares de los sujetos. También es característico que no se señalara en ningún sujeto el nivel socioeconómico de "muy alto".

En cuanto a la valoración previa a la cumplimentación de la Escala de la existencia de o no de trastornos psicopatológicos, se les ofreció la posibilidad, si existían, de marcar algunas de las problemáticas que nos parecieron más frecuentes (hiperactividad, ansiedad, enuresis, trastornos del comportamiento, trastornos sexuales, depresión, etc.) obteniéndose los porcentajes que aparecen en las tablas 1 y 2. Se observa un predominio de los trastornos del comportamiento, 12% en la muestra de sujetos con retraso mental.

La cumplimentación de los protocolos la realizaron maestros, educadores, psicólogos, y familiares que conocían bien al sujeto. En los alumnos sin retraso mental mayores de 15 años se utilizó mayoritariamente la autoaplicación.

V.2.3.1 Análisis de las Muestras. Posible Influencia de las Variables de Estratificación

Al objeto de valorar la existencia de posibles sesgos en las características de la muestra, se ha llevado a cabo un estudio de varianza, relacionando las diferentes variables de estratificación de la muestra con la suma total de los dominios de conducta adaptativa. Como ejemplo del proceso seguido, se exponen los resultados estadísticos referidos a la variable "sexo", por ser una de las más características y reveladoras. Del resto de las variables no se exponen las tablas pero sí se comentan a continuación.

TABLA 3. Muestra de sujetos sin Retraso Mental

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Suma de los	Masculino	29	257.76	37.20	6.91
Dominios Adaptativos	Femenino	36	257.56	33.45	5.58

Prueba de muestras independientes

		Suma de los Dominios Adaptativos
		Se han asumido varianzas iguales
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	F	.004
	Sig.	.948
Prueba T para la igualdad de medias	t	.023
	gl	63
	Sig. (bilateral)	.982
Diferencia de medias		.20
Error típ. de la diferencia		8.77
95% Intervalo de confianza para la		Inferior Superior
		-17.33 17.74

TABLA 4. Muestra de Sujetos con Retraso Mental.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Suma de los	Masculino	78	189.95	62.78	7.11
Dominios Adaptativos	Femenino	64	189.69	60.64	7.58

Prueba de muestras independientes			Suma de los Dominios Adaptativos	
			Se han asumido varianzas iguales	No se han asumido varianzas iguales
Prueba de Levene para F			.502	
la igualdad de varianzas Sig.			.480	
Prueba T para la t				.025
igualdad de medias gl				136.285
Sig. (bilateral)				.980
Diferencia de medias				.26
Error típ. de la diferencia				10.39
95% Intervalo de Inferior				-20.29
confianza para la Superior				20.81

Al no encontrar diferencias significativas entre las medias (significación bilateral de .980 en ambas muestras de sujetos), este análisis apoya la inexistencia de sesgos discriminativos debidos al género, revelando una adecuada selección de los ítems en este sentido.

En el resto de análisis realizados se han obtenido los siguientes datos:

- Con relación al nivel socioeconómico, ya se ha comentado con anterioridad las causas que han motivado los casos perdidos. Sin embargo, podemos decir que con los datos que poseemos se han

encontrado diferencias significativas entre las medias obtenidas en la muestra de sujetos con retraso mental al relacionar la suma de dominios adaptativos con el nivel sociocultural muy bajo y bajo y muy bajo y medio: ($F = .521$, Sig. bilateral = 0.027; $F = 3.728$, Sig. bilateral = 0.011). Dado el alto porcentaje de sujetos de los cuales se desconoce el nivel socioeconómico, no vamos, de momento, a hacer valoraciones sobre ello, si bien los datos revelan la necesidad de profundizar en estos aspectos.

- Con respecto a la variable localidad, en sus dos vertientes, "urbano" y "rural" no se han encontrado diferencias significativas entre las medias ($F = 1.389$, Sig. Bilateral 0.552 para la muestra de sujetos con discapacidad y $F = .285$, Sig. Bilateral 0.586 para los sujetos sin discapacidad), por lo que podemos deducir que las medias de ambos grupos son similares y por lo tanto esta variable tampoco está afectando a los resultados que obtengamos en los datos.

- La variable "edad y la variable existencia de "trastornos psicopatológicos" no las vamos a examinar en estos momentos ya que por su incidencia en el estudio de esta tesis, las expondremos detalladamente más adelante.

Por los resultados estadísticos citados en los párrafos anteriores, podemos considerar que la muestra no contiene sesgos importantes que influyan de manera relevante en el análisis de los datos y en su posible normalización estadística. Si bien es cierto como se ha hecho constar que sería conveniente, y lo intentaremos hacer más adelante, ofrecer una posible explicación para comprobar en sucesivos estudios, la posible relación existente entre los niveles de conducta adaptativa y el nivel socioeconómico de las personas.

V.3 ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS Y CONCLUSIONES

V.3.1. Relación de la Edad de los Sujetos con la Adquisición y Uso de la Conducta y las Habilidades Adaptativas

En este apartado tratamos de analizar el enunciado de la hipótesis primera, formulada en el diseño de la investigación:

La adquisición y uso de las conductas y habilidades adaptativas básicas está relacionada con el desarrollo y aumenta en complejidad a medida que las personas crecen.

Para realizar el estudio, se ha seguido el siguiente proceso: los datos de la muestra que disponemos se han segmentado, obteniéndose dos submuestras: los sujetos con y sin discapacidad. Posteriormente, se ha aplicado el estadístico “comparar medias”.

Con este procedimiento hemos calculado tanto las medias de los diferentes dominios de conducta adaptativa del ABS-S:2 en cada subgrupo de edad, como los resultados obtenidos en las diez áreas de habilidades adaptativas que mide el AAA.

Para valorar la significatividad de estos datos se utilizó también la prueba ANOVA, con ella podremos observar si la diferencias encontradas entre las medias son o no significativas estadísticamente. Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

V.3.1.1. Resultados Interactivos obtenidos por los Sujetos sin Retraso Mental (Edad-Dominios de la Conducta Adaptativa)

TABLA 5. Medias obtenidas por los sujetos Sin Retraso Mental

Funcionam. Independiente		Desarrollo Físico		Destrezas Económicas	
Edad	Media	Edad	Media	Edad	Media
6.00	75.67	6.00	22.17	6.00	3.17
7.00	84.17	7.00	22.83	7.00	7.17
8.00	96.00	8.00	24.00	8.00	9.00
9.00	100.00	9.00	23.50	9.00	11.50
10.00	100.00	10.00	22.50	10.00	11.00
11.00	107.67	11.00	24.00	11.00	14.67
12.00	106.00	12.00	24.00	12.00	13.33
13.00	112.00	13.00	24.00	13.00	15.00
14.00	113.00	14.00	23.33	14.00	15.67
15.00	114.13	15.00	23.80	15.00	17.93
16.00	114.78	16.00	23.78	16.00	18.78
17.00	114.83	17.00	23.17	17.00	20.17
18.00	117.00	18.00	23.67	18.00	23.33
ANOVA: F intergrupos de 19.261, significatividad de .000. Existe diferencia significativa entre las medias.		ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 2.414, Significatividad del .014.		ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 20.059 y Significatividad del .000.	
Desarrollo del lenguaje		Números y Tiempo		Act. Prevoc. y Vocacionales	
Edad	Media	Edad	Media	Edad	Media
6.00	30.17	6.00	8.33	6.00	6.67
7.00	34.33	7.00	10.50	7.00	8.33
8.00	41.33	8.00	13.00	8.00	8.67
9.00	40.25	9.00	12.75	9.00	8.25
10.00	41.00	10.00	14.00	10.00	7.00
11.00	42.67	11.00	14.00	11.00	9.67
12.00	43.00	12.00	13.67	12.00	9.00
13.00	41.50	13.00	14.00	13.00	8.50
14.00	42.00	14.00	14.00	14.00	11.00
15.00	42.67	15.00	13.93	15.00	10.13
16.00	42.56	16.00	14.00	16.00	10.11
17.00	42.00	17.00	14.00	17.00	10.17
18.00	43.00	18.00	14.00	18.00	10.00
ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 8.028, Significatividad de .000.		ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 17.177, Significatividad de .000.		ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 3.347, Significatividad de .001.	

Auto-dirección

Edad	media
6.00	13.83
7.00	16.50
8.00	20.33
9.00	18.50
10.00	17.50
11.00	21.33
12.00	18.33
13.00	22.00
14.00	21.33
15.00	22.33
16.00	22.11
17.00	21.33
18.00	22.33

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 3.524$, Significatividad de .001.

Responsabilidad

Edad	Media
6.00	6.83
7.00	8.17
8.00	8.00
9.00	7.75
10.00	7.00
11.00	8.33
12.00	8.00
13.00	8.00
14.00	8.67
15.00	9.13
16.00	9.33
17.00	8.67
18.00	9.67

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 2.220$, Significatividad de .024.

Socialización

Edad	Media
6.00	19.33
7.00	22.50
8.00	23.33
9.00	22.00
10.00	22.50
11.00	24.33
12.00	23.33
13.00	24.50
14.00	23.67
15.00	23.60
16.00	24.89
17.00	23.33
18.00	24.33

ANOVA: Las diferencias entre medias no son significativas. $F = 1.673$, Significatividad de .100.

Suma de los Dominios Adaptativos

Edad	Media	N	Desv. típ.
6.00	186.17	6	29.56
7.00	214.50	6	40.50
8.00	243.67	3	8.02
9.00	244.50	4	21.30
10.00	242.50	2	6.36
11.00	266.67	3	14.74
12.00	258.67	3	6.81
13.00	269.50	2	13.44
14.00	272.67	3	12.86
15.00	277.67	15	8.90
16.00	280.33	9	3.87
17.00	277.67	6	14.50
18.00	287.33	3	3.51

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 15.019$, Significatividad de .000.

GRÁFICO de barras relacionando la suma total de los dominios adaptativos con la edad de los sujetos sin retraso mental.

V.3.1.2. Resultados Interactivos de los Sujetos con Retraso Mental (Edad-Dominios de la Conducta Adaptativa)

TABLA 6. Medias obtenidas por los Sujetos Con Retraso Mental

Funcionam. Independiente		Desarrollo Físico		Destrezas Económicas	
Edad	Media	Edad	Media	Edad	Media
6.00	62.00	6.00	22.20	6.00	.60
7.00	59.00	7.00	21.83	7.00	2.17
8.00	55.57	8.00	18.86	8.00	2.71
9.00	70.44	9.00	19.22	9.00	5.44
10.00	74.60	10.00	21.50	10.00	4.90
11.00	64.20	11.00	21.90	11.00	2.80
12.00	74.50	12.00	22.70	12.00	4.80
13.00	80.50	13.00	20.36	13.00	5.07
14.00	91.29	14.00	22.57	14.00	10.43
15.00	76.17	15.00	22.00	15.00	7.17
16.00	67.17	16.00	19.67	16.00	7.33
17.00	101.08	17.00	22.50	17.00	12.08
18.00	104.93	18.00	23.14	18.00	14.07
19.00	97.67	19.00	22.83	19.00	13.83
20.00	89.14	20.00	23.00	20.00	8.57
21.00	93.54	21.00	20.85	21.00	13.38

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 3872$, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias no son significativas. $F = 1.318$, Significatividad de .201.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 6.254$, Significatividad de .000.

Desarrollo del Lenguaje		Números y Tiempo		Act. Prevoc. y Vocacionales	
Edad	Media	Edad	Media	Edad	Media
6.00	22.80	6.00	4.20	6.00	5.00
7.00	23.00	7.00	5.33	7.00	5.17
8.00	18.71	8.00	4.57	8.00	4.00
9.00	28.78	9.00	7.89	9.00	5.00
10.00	27.40	10.00	7.00	10.00	4.20
11.00	25.40	11.00	6.90	11.00	4.90
12.00	27.60	12.00	7.40	12.00	5.20
13.00	27.14	13.00	7.93	13.00	5.29
14.00	28.86	14.00	10.71	14.00	7.14
15.00	25.17	15.00	7.00	15.00	5.83
16.00	24.17	16.00	7.50	16.00	4.17
17.00	36.75	17.00	11.58	17.00	8.25
18.00	37.79	18.00	11.79	18.00	9.00
19.00	36.50	19.00	11.33	19.00	8.33
20.00	30.71	20.00	8.29	20.00	8.00
21.00	32.46	21.00	10.69	21.00	7.62

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 2.735$, Significatividad de .001

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 2.802$, Significatividad de .001

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 3.871$, Significatividad de .000

Auto-dirección		Responsabilidad		Socialización	
Edad	Media	Edad	Media	Edad	Media
6.00	6.60	6.00	4.80	6.00	15.20
7.00	8.00	7.00	5.17	7.00	13.83
8.00	5.86	8.00	4.00	8.00	11.71
9.00	10.56	9.00	5.44	9.00	15.89
10.00	8.00	10.00	4.90	10.00	15.50
11.00	9.20	11.00	5.30	11.00	16.80
12.00	8.90	12.00	5.80	12.00	14.80
13.00	8.00	13.00	5.50	13.00	16.57
14.00	11.00	14.00	6.57	14.00	20.00
15.00	12.83	15.00	6.00	15.00	15.00
16.00	7.17	16.00	3.83	16.00	15.33
17.00	15.33	17.00	8.17	17.00	21.17
18.00	16.07	18.00	7.57	18.00	21.79
19.00	17.00	19.00	8.50	19.00	22.17
20.00	15.71	20.00	8.00	20.00	21.86
21.00	14.77	21.00	7.54	21.00	19.62

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 3.957$, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 3.571$, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 3659$, Significatividad de .000.

Suma de los Dominios Adaptativos			
Edad	Media	N	Desv. tip.
6.00	143.40	5	28.66
7.00	143.50	6	20.04
8.00	126.00	7	58.48
9.00	168.67	9	38.43
10.00	168.00	10	46.07
11.00	157.40	10	47.55
12.00	171.70	10	31.91
13.00	176.36	14	33.29
14.00	208.57	7	19.30
15.00	177.17	6	88.84
16.00	156.33	6	96.43
17.00	236.92	12	47.87
18.00	246.14	14	38.30
19.00	238.17	6	63.53
20.00	213.29	7	56.86
21.00	220.46	13	78.48

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F = 4.569$, Significatividad de .000.

GRÁFICO de barras relacionando la suma total de los dominios adaptativos con la edad de los sujetos con retraso mental.

Observando las tablas se ve claramente que las medias de las puntuaciones otorgadas en los nueve dominios de la conducta adaptativa van aumentando con la edad en ambas muestras, por lo que podemos deducir que la secuencia progresiva en la adquisición y uso de las conductas va aumentando conforme avanza la edad de los sujetos estudiados.

Todas las pruebas ANOVA realizadas con los resultados de los dominios de las conductas adaptativas han resultado ser significativas, a excepción del dominio de Socialización en los sujetos sin retraso mental y de Desarrollo Físico en la muestra de sujetos con retraso mental, en esta última se valora, entre otras cosas, el funcionamiento sensorial (visión y audición), y evidentemente, los resultados no nos resultan extraños, pues estos aspectos sensoriales no tienen porqué estar relacionados con la edad de los sujetos de nuestra muestra, aunque su inclusión nos parece necesaria pues los problemas relacionados con esta variable pueden condicionar de forma importante la adquisición y uso del resto de los dominios de la conducta adaptativa.

En cuanto al dominio de Socialización, que como hemos visto, no se han obtenido diferencias significativas en los sujetos sin retraso mental la explicación no resulta tan fácil. Entre los items que componen este dominio, nos encontramos con aspectos relacionados con la cooperación, la consideración hacia otras personas, la interacción con otros, la participación en las actividades de grupo y el egocentrismo. Parece claro que se están valorando en estos items conductas de adaptación, pero quizá éstos en concreto, dependan no sólo de los aprendizajes que tienen que ver con el desarrollo evolutivo, sino también de otras posibles variables como por ejemplo, los valores de las personas.

Lo que sí podríamos deducir de ello aunque de momento no sean más que suposiciones, es que existe en nuestra muestra de sujetos sin retraso mental una mayor dispersión en las puntuaciones obtenidas en el dominio de Socialización, y que las medias obtenidas no parecen estar tan relacionadas con la variable edad de los sujetos.

En los sujetos con retraso mental se observan en las edades 15-16 puntuaciones más bajas a las esperadas, posiblemente este hecho sea debido a los efectos de nuestra muestra ya que la gran diversidad existente en los sujetos con retraso mental puede manifestarse y alterar más fácilmente los resultados en las muestras pequeñas.

V.3.1.3. Resultados Interactivos de los Sujetos Sin Retraso Mental (Edad- Diez Áreas de Habilidades Adaptativas)

TABLA 7. Medias obtenidas por los sujetos Sin Retraso Mental

Comunicación		Cuidado Personal		Vida en el Hogar	
EDAD	Media	EDAD	Media	EDAD	Media
6.0	60.33	6.0	147.50	6.0	5.67
7.0	69.67	7.0	158.17	7.0	6.67
8.0	81.00	8.0	180.67	8.0	9.33
9.0	78.75	9.0	181.50	9.0	9.50
10.0	80.00	10.0	183.00	10.0	6.00
11.0	82.33	11.0	189.67	11.0	12.33
12.0	83.00	12.0	190.00	12.0	9.33
13.0	81.00	13.0	193.00	13.0	12.50
14.0	80.67	14.0	192.67	14.0	16.67
15.0	82.53	15.0	192.00	15.0	17.60
16.0	82.00	16.0	192.67	16.0	16.44
17.0	78.33	17.0	194.00	17.0	15.17
18.0	83.00	18.0	195.33	18.0	17.67
ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 5.916, Significatividad de .000.		ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 10.725, Significatividad de .000.		ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 12.556, Significatividad de .000.	
Habilidades Sociales		Uso de la Comunidad		Autorregulación	
EDAD	Media	EDAD	Media	EDAD	Media
6.0	57.17	6.0	14.83	6.0	22.83
7.0	63.83	7.0	23.83	7.0	26.17
8.0	67.67	8.0	23.67	8.0	33.67
9.0	67.00	9.0	31.50	9.0	29.25
10.0	65.50	10.0	33.00	10.0	27.00
11.0	69.67	11.0	39.33	11.0	33.67
12.0	69.33	12.0	35.00	12.0	29.33
13.0	72.50	13.0	42.00	13.0	34.00
14.0	65.67	14.0	43.33	14.0	31.33
15.0	69.00	15.0	44.60	15.0	35.47
16.0	72.67	16.0	46.33	16.0	35.33
17.0	69.17	17.0	47.50	17.0	33.67
18.0	72.67	18.0	53.00	18.0	36.67
ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 1.992, Significatividad de .044.		ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 37.810, Significatividad de .000.		ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 2.784, Significatividad de .005	

Salud y Seguridad		Hab. Académicas Funcionales		Ocio	
EDAD	Media	EDAD	Media	EDAD	Media
6.0	11.00	6.0	40.17	6.0	10.67
7.0	13.50	7.0	52.17	7.0	15.00
8.0	16.33	8.0	66.00	8.0	14.33
9.0	16.25	9.0	67.75	9.0	16.25
10.0	18.00	10.0	73.00	10.0	17.00
11.0	20.00	11.0	76.67	11.0	20.33
12.0	20.33	12.0	75.67	12.0	18.33
13.0	20.50	13.0	76.00	13.0	20.00
14.0	20.33	14.0	76.67	14.0	18.67
15.0	20.80	15.0	77.53	15.0	19.93
16.0	20.22	16.0	78.33	16.0	20.11
17.0	20.17	17.0	79.33	17.0	18.67
18.0	21.00	18.0	81.33	18.0	21.00

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F=13.472$, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F=14.629$, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F=6.248$, Significatividad de .000.

Trabajo		Suma Total de Habilidades			
EDAD	Media	EDAD	Media	N	Desv. típ.
6.0	20.50	6.0	390.67	6	60.24
7.0	25.33	7.0	454.33	6	88.68
8.0	26.00	8.0	518.67	3	16.86
9.0	25.75	9.0	523.50	4	47.65
10.0	22.50	10.0	525.00	2	18.38
11.0	30.33	11.0	589.50	2	4.95
12.0	28.00	12.0	558.33	3	12.42
13.0	27.00	13.0	578.50	2	27.58
14.0	33.00	14.0	579.00	3	35.93
15.0	31.47	15.0	590.93	15	19.33
16.0	31.56	16.0	595.67	9	10.46
17.0	31.33	17.0	587.33	6	37.88
18.0	32.00	18.0	613.67	3	4.16

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F=4.081$, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. $F=14.793$, Significatividad de .000.

GRÁFICO de barras relacionando la suma total de las diez habilidades adaptativas con la edad de los sujetos sin retraso mental.

V.3.1.4. Resultados Interactivos de los Sujetos Con Retraso Mental (Edad- Diez Áreas de Habilidades Adaptativas)

TABLA 8. Medias obtenidas por los sujetos Con Retraso Mental

Comunicación		Cuidado Personal		Vida en el Hogar	
EDAD	Media	EDAD	Media	EDAD	Media
6.0	50.60	6.0	127.00	6.0	7.20
7.0	54.83	7.0	121.33	7.0	3.67
8.0	39.29	8.0	111.71	8.0	4.43
9.0	60.33	9.0	144.44	9.0	5.78
10.0	58.30	10.0	152.60	10.0	7.00
11.0	53.70	11.0	127.70	11.0	4.70
12.0	58.10	12.0	140.80	12.0	7.40
13.0	58.50	13.0	154.29	13.0	7.00
14.0	62.86	14.0	168.43	14.0	9.29
15.0	51.00	15.0	140.17	15.0	9.33
16.0	49.83	16.0	123.00	16.0	7.33
17.0	72.83	17.0	181.08	17.0	12.42
18.0	74.21	18.0	184.71	18.0	12.57
19.0	73.67	19.0	169.33	19.0	12.33
20.0	62.86	20.0	169.57	20.0	10.57
21.0	71.17	21.0	182.58	21.0	12.92

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 2.738, Significatividad de .001.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 4.118, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 4.112, Significatividad de .000.

Habilidades Sociales		Uso de la Comunidad		Autorregulación	
EDAD	Media	EDAD	Media	EDAD	Media
6.0	47.20	6.0	7.00	6.0	9.60
7.0	46.17	7.0	11.33	7.0	13.50
8.0	37.86	8.0	11.29	8.0	9.71
9.0	49.67	9.0	15.67	9.0	16.44
10.0	47.00	10.0	17.10	10.0	12.30
11.0	50.40	11.0	11.00	11.0	14.60
12.0	46.00	12.0	18.90	12.0	14.50
13.0	51.00	13.0	19.43	13.0	13.21
14.0	55.71	14.0	29.00	14.0	16.71
15.0	43.33	15.0	20.50	15.0	20.33
16.0	44.83	16.0	20.00	16.0	12.00
17.0	63.25	17.0	33.33	17.0	25.50
18.0	64.21	18.0	39.14	18.0	25.86
19.0	64.83	19.0	35.33	19.0	28.33
20.0	63.57	20.0	24.00	20.0	24.86
21.0	61.83	21.0	35.92	21.0	25.42

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 4.044, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 5.628, Significatividad de .000.

ANOVA: Las diferencias entre medias son significativas. F= 5.036, Significatividad de .000.

Se observa en las tablas anteriores que las medias en la adquisición y uso de las diez áreas de habilidades adaptativas van aumentando progresivamente con la edad de ambas muestras de sujetos estudiados.

También en esta ocasión hay un área cuya prueba de ANOVA nos revela la no diferencia significativa entre las medias, se trata del área de Habilidades Sociales en la muestra de sujetos sin retraso mental. Este dato tampoco resulta sencillo de explicar, pero facilita la comprensión el hecho de que todos los items que pertenecían al dominio de Socialización del ABS-S:2 (cuyas medias no habían sido significativamente diferentes en los subgrupos de edad), están incluidos junto con algunos otros items en este área de Habilidades Sociales, por lo que ambas puntuaciones obtenidas manifiestan coherencia y relación.

Como conclusión, y considerando los resultados globales de los datos, creemos poder afirmar la veracidad de esta primera hipótesis.

V.3.2. Ritmos en los procesos de Adquisición y Uso de las Conductas y Habilidades Adaptativas en los Sujetos Con Retraso Mental

La hipótesis segunda expresa:

Las personas con retraso mental van adquiriendo las conductas y las habilidades de adaptación en un proceso más lento e irregular que las personas sin retraso mental.

Para comprobar este enunciado, podemos observar las tablas 6 y 8. anteriormente expuestas. En todas ellas se observa que las medias aumentan a medida que avanza la edad de los sujetos con retraso mental. Sin embargo en los distintos dominios se detectan ciertas irregularidades, en ocasiones muy marcadas, de este progreso tanto si nos fijamos en las conductas como en las habilidades adaptativas.

Para facilitar una nueva visión más global del ritmo discontinuo de las variables tratadas se han obtenido el gráfico 1 realizada con 142 sujetos con retraso mental, en la que aparecen las distintas medias obtenidas en los dominios de conducta adaptativa en relación con las diferentes edades, y el gráfico 2 con 141 sujetos con retraso mental, en la que se representan las medias resultantes en las diez áreas de habilidades adaptativas.

V.3.2.1. Resultados obtenidos por los Sujetos Con Retraso Mental

GRÁFICO 1. Medias de los Sujetos Con Retraso Mental en los Dominios de Conducta Adaptativa según la Edad.

Variables : Números y Tiempo

Variables Act. Prevoc. y Vocacionale

Variables : Auto-dirección

Variables : Responsabilidad

GRÁFICO 2. Medias de los Sujetos Con Retraso Mental en las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas según la Edad.

Variables : Vida en el Hogar

Variables : Habilidades Sociales

Variables : Uso de la Comunidad

Variables : Autorregulación

Aunque se observa el progreso de los sujetos en relación a la edad, observamos que las puntuaciones obtenidas por estos sujetos con retraso mental son más bajas que las de los sujetos sin esta discapacidad (expuestas en las tablas 5 y 7).

En todos los cuadros se observan irregularidades en cuanto a su ritmo de adquisición o en el uso de las conductas y habilidades adaptativas, por lo que podemos pensar en la veracidad de esta segunda hipótesis.

V.3.3. Relación de la Capacidad Intelectual con la Adquisición y Uso de la Conducta y Habilidades Adaptativas

En la tercera hipótesis exponemos que:

La adquisición y el uso de las conductas y habilidades adaptativas está en relación con la capacidad intelectual de la persona (medida a través de las pruebas de inteligencia actuales más difundidas).

Para contrastar esta tercera hipótesis disponemos de cuatro muestras con diferentes rangos según el C.I. psicométrico de los sujetos: sin retraso mental; con retraso mental ligero (70-55); con retraso mental medio (54-40) y con retraso mental severo (39-25).

Primeramente hemos seleccionado los descriptivos de la muestra (Tablas 9 y 12) con el número de casos, la media, la desviación típica, el error típico de la media, los valores mínimo y máximo y el intervalo de confianza al 95%, es decir, con una probabilidad de ocurrencia de una diferencia igual o menor al 5% para la media.

Realizamos una comparación de medias entre las distintas categorías y utilizamos también el procedimiento ANOVA de un factor (Tablas 10 y 13) que, a través de la Prueba de Levene, genera un análisis de varianza para cada una de las variables dependientes (dominios de la conducta adaptativa y áreas de habilidades adaptativas) y nos revela su significancia estadística.

Finalmente en las Tablas 11 y 14 se representan los resultados de las comparaciones múltiples post hoc de Bonferroni, que utiliza las pruebas T para realizar comparaciones por pares entre las medias de los grupos y controla la tasa de error global, corrigiendo así, el nivel crítico que surge cuando se realizan múltiples comparaciones. Con este estadístico además de comprobar las posibles diferencias entre las medias contrastamos cuáles medias son las que difieren y cuáles no.

Para poder visualizarlo de forma más rápida, se presentan las gráficas con las medias obtenidas en cada variable para las distintas muestras que hemos seleccionado.

V.3.3.1. Resultados obtenidos en los Dominios de Conducta Adaptativa por los Sujetos de los Diferentes Subgrupos según su Capacidad Intelectual

TABLA 9. Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Minimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Funcionamiento Independiente	Sin Retraso Mental	65	105.17	14.90	1.85	101.48	108.86	59	119
	R.M. Ligero (70-55)	85	89.52	24.03	2.61	84.33	94.70	35	119
	R.M. Medio (54-40)	39	81.56	19.63	3.14	75.20	87.93	33	118
	R.M. Severo (-40)	18	42.44	22.12	5.21	31.44	53.45	0	83
	Total	207	88.84	26.43	1.84	85.22	92.46	0	119
Desarrollo Físico	Sin Retraso Mental	65	23.45	.95	.12	23.21	23.68	19	24
	R.M. Ligero (70-55)	85	22.40	2.62	.28	21.83	22.97	11	24
	R.M. Medio (54-40)	39	21.69	3.23	.52	20.65	22.74	11	24
	R.M. Severo (-40)	18	17.44	5.18	1.22	14.87	20.02	5	23
	Total	207	22.16	3.12	.22	21.74	22.59	5	24
Destrezas Económicas	Sin Retraso Mental	65	14.57	6.20	.77	13.03	16.10	1	24
	R.M. Ligero (70-55)	85	9.79	6.94	.75	8.29	11.28	0	24
	R.M. Medio (54-40)	39	6.18	4.98	.80	4.56	7.79	0	19
	R.M. Severo (-40)	18	1.44	2.15	.51	.38	2.51	0	6
	Total	207	9.88	7.23	.50	8.89	10.87	0	24
Desarrollo del Lenguaje	Sin Retraso Mental	65	40.37	5.03	.62	39.12	41.62	24	43
	R.M. Ligero (70-55)	85	32.34	9.26	1.00	30.34	34.34	6	43
	R.M. Medio (54-40)	39	29.79	7.43	1.19	27.39	32.20	13	43
	R.M. Severo (-40)	18	13.28	8.41	1.98	9.10	17.46	4	28
	Total	207	32.72	10.58	.74	31.27	34.17	4	43
Números y Tiempo	Sin Retraso Mental	65	13.00	2.03	.25	12.50	13.50	7	14
	R.M. Ligero (70-55)	85	10.13	4.12	.45	9.24	11.02	0	14
	R.M. Medio (54-40)	39	8.10	3.70	.59	6.90	9.30	0	14
	R.M. Severo (-40)	18	1.89	2.03	.48	.88	2.90	0	6
	Total	207	9.93	4.51	.31	9.31	10.55	0	14
Act. Prevocacionales y Vocacionales	Sin Retraso Mental	65	9.28	1.86	.23	8.82	9.74	4	11
	R.M. Ligero (70-55)	85	6.75	3.13	.34	6.08	7.43	1	11
	R.M. Medio (54-40)	39	6.46	2.27	.36	5.73	7.20	0	11
	R.M. Severo (-40)	18	3.33	2.38	.56	2.15	4.52	0	8
	Total	207	7.19	3.05	.21	6.77	7.61	0	11
Auto-dirección	Sin Retraso Mental	65	20.12	4.17	.52	19.09	21.16	3	23
	R.M. Ligero (70-55)	85	12.52	6.69	.73	11.08	13.96	0	23
	R.M. Medio (54-40)	39	10.72	5.66	.91	8.88	12.55	1	23
	R.M. Severo (-40)	18	6.56	4.36	1.03	4.39	8.72	0	14
	Total	207	14.05	7.12	.49	13.07	15.02	0	23
Responsabilidad	Sin Retraso Mental	65	8.49	1.40	.17	8.14	8.84	3	10
	R.M. Ligero (70-55)	85	6.62	2.25	.24	6.14	7.11	2	10
	R.M. Medio (54-40)	39	6.41	2.47	.40	5.61	7.21	0	10
	R.M. Severo (-40)	18	3.89	2.97	.70	2.41	5.36	0	9
	Total	207	6.93	2.49	.17	6.59	7.27	0	10
Socialización	Sin Retraso Mental	65	23.20	2.80	.35	22.51	23.89	13	26
	R.M. Ligero (70-55)	85	18.67	5.28	.57	17.53	19.81	7	26
	R.M. Medio (54-40)	39	18.13	3.97	.64	16.84	19.42	9	25
	R.M. Severo (-40)	18	11.94	6.84	1.61	8.54	15.35	2	23
	Total	207	19.41	5.52	.38	18.65	20.16	2	26
Suma de los Dominios Adaptativos	Sin Retraso Mental	65	257.65	34.89	4.33	249.00	266.29	143	291
	R.M. Ligero (70-55)	85	208.74	55.85	6.06	196.69	220.79	97	287
	R.M. Medio (54-40)	39	189.05	42.95	6.88	175.13	202.97	73	284
	R.M. Severo (-40)	18	102.22	45.00	10.61	79.84	124.60	12	173
	Total	207	211.13	63.02	4.38	202.49	219.76	12	291

TABLA 10. ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Funcionam. Independiente	Inter-grupos	58181.343	3	19393.781	45.952	.000
	Intra-grupos	85674.396	203	422.041		
	Total	143855.739	206			
Desarrollo Físico	Inter-grupos	521.202	3	173.734	23.682	.000
	Intra-grupos	1489.214	203	7.336		
	Total	2010.415	206			
Destrezas Económicas	Inter-grupos	3244.903	3	1081.634	29.182	.000
	Intra-grupos	7524.315	203	37.066		
	Total	10769.217	206			
Desarrollo del Lenguaje	Inter-grupos	10953.090	3	3651.030	61.161	.000
	Intra-grupos	12118.214	203	59.696		
	Total	23071.304	206			
Números y Tiempo	Inter-grupos	1910.109	3	636.703	56.715	.000
	Intra-grupos	2278.944	203	11.226		
	Total	4189.053	206			
Act. Prevoc. y Vocacionales	Inter-grupos	587.751	3	195.917	29.802	.000
	Intra-grupos	1334.519	203	6.574		
	Total	1922.271	206			
Auto-dirección	Inter-grupos	4040.936	3	1346.979	42.681	.000
	Intra-grupos	6406.581	203	31.560		
	Total	10447.517	206			
Responsabilidad	Inter-grupos	343.640	3	114.547	24.965	.000
	Intra-grupos	931.413	203	4.588		
	Total	1275.053	206			
Socialización	Inter-grupos	2047.433	3	682.478	32.718	.000
	Intra-grupos	4234.480	203	20.860		
	Total	6281.913	206			
Suma de los Dominios Adaptativos	Inter-grupos	373636.558	3	124545.519	56.880	.000
	Intra-grupos	444490.176	203	2189.607		
	Total	818126.734	206			

TABLA 11. Comparaciones Múltiples (Dominios de Conducta Adaptativa).

Bonferroni

Variable dependiente	(I) Capacidad Intelectual	(J) Capacidad Intelectual	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Funcionamiento Independiente	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	15.65*	3.38	.000	6.63	24.67
		R.M. Medio (54-40)	23.61*	4.16	.000	12.52	34.69
		R.M. Severo (-40)	62.72*	5.47	.000	48.15	77.30
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-15.65*	3.38	.000	-24.67	-6.63
		R.M. Medio (54-40)	7.95	3.97	.280	-2.63	18.54
		R.M. Severo (-40)	47.07*	5.33	.000	32.87	61.28
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-23.61*	4.16	.000	-34.69	-12.52
		R.M. Ligero (70-55)	-7.95	3.97	.280	-18.54	2.63
		R.M. Severo (-40)	39.12*	5.85	.000	23.52	54.72
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-62.72*	5.47	.000	-77.30	-48.15
		R.M. Ligero (70-55)	-47.07*	5.33	.000	-61.28	-32.87
		R.M. Medio (54-40)	-39.12*	5.85	.000	-54.72	-23.52
Desarrollo Físico	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	1.05	.45	.120	-.14	2.24
		R.M. Medio (54-40)	1.75*	.55	.010	.29	3.22
		R.M. Severo (-40)	6.00*	.72	.000	4.08	7.92
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-1.05	.45	.120	-2.24	.14
		R.M. Medio (54-40)	.71	.52	1.000	-.69	2.10
		R.M. Severo (-40)	4.96*	.70	.000	3.08	6.83
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-1.75*	.55	.010	-3.22	-.29
		R.M. Ligero (70-55)	-.71	.52	1.000	-2.10	.69
		R.M. Severo (-40)	4.25*	.77	.000	2.19	6.30
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-6.00*	.72	.000	-7.92	-4.08
		R.M. Ligero (70-55)	-4.96*	.70	.000	-6.83	-3.08
		R.M. Medio (54-40)	-4.25*	.77	.000	-6.30	-2.19
Destrezas Económicas	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	4.78*	1.00	.000	2.11	7.45
		R.M. Medio (54-40)	8.39*	1.23	.000	5.10	11.68
		R.M. Severo (-40)	13.12*	1.62	.000	8.80	17.45
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-4.78*	1.00	.000	-7.45	-2.11
		R.M. Medio (54-40)	3.61*	1.18	.015	.47	6.75
		R.M. Severo (-40)	8.34*	1.58	.000	4.14	12.55
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-8.39*	1.23	.000	-11.68	-5.10
		R.M. Ligero (70-55)	-3.61*	1.18	.015	-6.75	-.47
		R.M. Severo (-40)	4.74*	1.73	.041	.11	9.36
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-13.12*	1.62	.000	-17.45	-8.80
		R.M. Ligero (70-55)	-8.34*	1.58	.000	-12.55	-4.14
		R.M. Medio (54-40)	-4.74*	1.73	.041	-9.36	-.11
Desarrollo del Lenguaje	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	8.03*	1.27	.000	4.64	11.42
		R.M. Medio (54-40)	10.57*	1.56	.000	6.40	14.74
		R.M. Severo (-40)	27.09*	2.06	.000	21.61	32.57
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-8.03*	1.27	.000	-11.42	-4.64
		R.M. Medio (54-40)	2.55	1.49	.539	-1.44	6.53
		R.M. Severo (-40)	19.06*	2.00	.000	13.72	24.40
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-10.57*	1.56	.000	-14.74	-6.40
		R.M. Ligero (70-55)	-2.55	1.49	.539	-6.53	1.44
		R.M. Severo (-40)	16.52*	2.20	.000	10.65	22.38
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-27.09*	2.06	.000	-32.57	-21.61
		R.M. Ligero (70-55)	-19.06*	2.00	.000	-24.40	-13.72
		R.M. Medio (54-40)	-16.52*	2.20	.000	-22.38	-10.65

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Continuación. Comparaciones Múltiples (Dominios de Conducta Adaptativa).

Bonferroni

Variable dependiente	(I) Capacidad Intelectual	(J) Capacidad Intelectual	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Números y Tiempo	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	2.87*	.55	.000	1.40	4.34
		R.M. Medio (54-40)	4.90*	.68	.000	3.09	6.71
		R.M. Severo (-40)	11.11*	.89	.000	8.73	13.49
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-2.87*	.55	.000	-4.34	-1.40
		R.M. Medio (54-40)	2.03*	.65	.012	.30	3.75
		R.M. Severo (-40)	8.24*	.87	.000	5.92	10.56
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-4.90*	.68	.000	-6.71	-3.09
		R.M. Ligero (70-55)	-2.03*	.65	.012	-3.75	-.30
		R.M. Severo (-40)	6.21*	.95	.000	3.67	8.76
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-11.11*	.89	.000	-13.49	-8.73
		R.M. Ligero (70-55)	-8.24*	.87	.000	-10.56	-5.92
		R.M. Medio (54-40)	-6.21*	.95	.000	-8.76	-3.67
Actividades Prevocacionales y Vocacionales	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	2.52*	.42	.000	1.40	3.65
		R.M. Medio (54-40)	2.82*	.52	.000	1.43	4.20
		R.M. Severo (-40)	5.94*	.68	.000	4.12	7.76
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-2.52*	.42	.000	-3.65	-1.40
		R.M. Medio (54-40)	.29	.50	1.000	-1.03	1.61
		R.M. Severo (-40)	3.42*	.67	.000	1.65	5.19
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-2.82*	.52	.000	-4.20	-1.43
		R.M. Ligero (70-55)	-.29	.50	1.000	-1.61	1.03
		R.M. Severo (-40)	3.13*	.73	.000	1.18	5.07
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-5.94*	.68	.000	-7.76	-4.12
		R.M. Ligero (70-55)	-3.42*	.67	.000	-5.19	-1.65
		R.M. Medio (54-40)	-3.13*	.73	.000	-5.07	-1.18
Auto-dirección	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	7.61*	.93	.000	5.14	10.07
		R.M. Medio (54-40)	9.41*	1.14	.000	6.37	12.44
		R.M. Severo (-40)	13.57*	1.50	.000	9.58	17.55
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-7.61*	.93	.000	-10.07	-5.14
		R.M. Medio (54-40)	1.80	1.09	.595	-1.10	4.69
		R.M. Severo (-40)	5.96*	1.46	.000	2.08	9.85
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-9.41*	1.14	.000	-12.44	-6.37
		R.M. Ligero (70-55)	-1.80	1.09	.595	-4.69	1.10
		R.M. Severo (-40)	4.16	1.60	.060	-.10	8.43
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-13.57*	1.50	.000	-17.55	-9.58
		R.M. Ligero (70-55)	-5.96*	1.46	.000	-9.85	-2.08
		R.M. Medio (54-40)	-4.16	1.60	.060	-8.43	.10
Responsabilidad	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	1.87*	.35	.000	.93	2.81
		R.M. Medio (54-40)	2.08*	.43	.000	.93	3.24
		R.M. Severo (-40)	4.60*	.57	.000	3.08	6.12
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-1.87*	.35	.000	-2.81	-.93
		R.M. Medio (54-40)	.21	.41	1.000	-.89	1.32
		R.M. Severo (-40)	2.73*	.56	.000	1.25	4.22
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-2.08*	.43	.000	-3.24	-.93
		R.M. Ligero (70-55)	-.21	.41	1.000	-1.32	.89
		R.M. Severo (-40)	2.52*	.61	.000	.90	4.15
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-4.60*	.57	.000	-6.12	-3.08
		R.M. Ligero (70-55)	-2.73*	.56	.000	-4.22	-1.25
		R.M. Medio (54-40)	-2.52*	.61	.000	-4.15	-.90

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Continuación. Comparaciones Múltiples (Dominios de Conducta Adaptativa).

Bonferroni

Variable dependiente	(I) Capacidad Intelectual	(J) Capacidad Intelectual	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Socialización	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	4.53*	.75	.000	2.52	6.53
		R.M. Medio (54-40)	5.07*	.93	.000	2.61	7.54
		R.M. Severo (-40)	11.26*	1.22	.000	8.01	14.50
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-4.53*	.75	.000	-6.53	-2.52
		R.M. Medio (54-40)	.54	.88	1.000	-1.81	2.90
		R.M. Severo (-40)	6.73*	1.19	.000	3.57	9.88
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-5.07*	.93	.000	-7.54	-2.61
		R.M. Ligero (70-55)	-.54	.88	1.000	-2.90	1.81
		R.M. Severo (-40)	6.18*	1.30	.000	2.72	9.65
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-11.26*	1.22	.000	-14.50	-8.01
		R.M. Ligero (70-55)	-6.73*	1.19	.000	-9.88	-3.57
		R.M. Medio (54-40)	-6.18*	1.30	.000	-9.65	-2.72
Suma de los Dominios Adaptativos	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero (70-55)	48.90*	7.71	.000	28.36	69.45
		R.M. Medio (54-40)	68.59*	9.48	.000	43.34	93.85
		R.M. Severo (-40)	155.42*	12.46	.000	122.22	188.63
	R.M. Ligero (70-55)	Sin Retraso Mental	-48.90*	7.71	.000	-69.45	-28.36
		R.M. Medio (54-40)	19.69	9.05	.184	-4.42	43.80
		R.M. Severo (-40)	106.52*	12.14	.000	74.17	138.87
	R.M. Medio (54-40)	Sin Retraso Mental	-68.59*	9.48	.000	-93.85	-43.34
		R.M. Ligero (70-55)	-19.69	9.05	.184	-43.80	4.42
		R.M. Severo (-40)	86.83*	13.33	.000	51.30	122.35
	R.M. Severo (-40)	Sin Retraso Mental	-155.42*	12.46	.000	-188.63	-122.22
		R.M. Ligero (70-55)	-106.52*	12.14	.000	-138.87	-74.17
		R.M. Medio (54-40)	-86.83*	13.33	.000	-122.35	-51.30

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

GRÁFICO 3. Medias de los Dominios de Conducta Adaptativa

GRÁFICO 3. Media de los Dominios de Conducta Adaptativa

En las tablas expuestas para comprobar la tercera hipótesis, se observan diferentes aspectos, primeramente, vemos que las puntuaciones medias obtenidas por los sujetos sin retraso mental son más altas que las de los sujetos que tienen un C.I. entre 55 y 70. De igual manera las puntuaciones obtenidas por estos sujetos son más altas que las conseguidas por los sujetos con un C.I. entre 40 y 54. Y éstos últimos puntúan más alto que los que presentan un C.I. menor de 40.

Es notorio también, cómo la dispersión de los resultados obtenidos por los sujetos va aumentando considerablemente en los distintos subgrupos que hemos comparado, obteniéndose más dispersión en los grupos con más limitaciones en el funcionamiento intelectual, lo que corrobora de nuevo la segunda hipótesis planteada.

Estas observaciones apoyan la veracidad de la hipótesis tercera que estamos trabajando. Sin embargo, para ver si realmente los datos son significativos hemos usado también la prueba de ANOVA, y con ella

comprobamos que las medias intergrupos difieren significativamente en todos los dominios estudiados.

Como hemos comentado, la prueba post hoc de comparaciones múltiples de Bonferroni, nos ayuda a comprobar cuáles son las medias que difieren y cuáles no. Observando sus datos comprobamos que existen diferencias significativas en la mayoría de los valores que refleja, no obteniéndose diferencias significativas en los siguientes casos:

- Dominio de Funcionamiento Independiente: No diferencia bien entre los resultados obtenidos por los sujetos con retraso mental ligero y medio.
- Desarrollo Físico: No diferencia bien entre sujetos sin retraso mental y los sujetos con retraso mental ligero, ni de estos con el retraso mental medio.
- Desarrollo de lenguaje: No diferencia bien entre los sujetos de la muestra con retraso mental ligero y medio.
- Actividades Prevocacionales y vocacionales: No hay diferencia significativa entre las medias obtenidas por los sujetos con retraso mental ligero y medio.
- Autodirección: No diferencia bien entre los sujetos con retraso mental ligero, medio y severo.
- Responsabilidad: No diferencia bien entre los sujetos con retraso mental ligero y medio.

- Suma de conductas adaptativas: No se obtienen resultados significativos en las medias obtenidas por los sujetos con retraso mental ligero y medio.

El resto de los datos revela una buena discriminación entre los diferentes grupos con un nivel de probabilidad del .05%.

V.3.3.2. Resultados Obtenidos en las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas por los Sujetos de los Diferentes Subgrupos según su Capacidad Intelectual

TABLA 12. Descriptivos (Áreas de Habilidades adaptativas).

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Comunicación	Sin Retraso Mental	65	78.35	9.04	1.12	76.11	80.59	47.00	83.00
	R.M. Ligero	85	78.35	16.17	1.75	62.39	69.37	12.00	87.00
	R.M. Medio	39	65.88	12.61	2.02	59.45	67.63	28.00	83.00
	R.M. severo	17	31.53	19.02	4.61	21.75	41.31	9.00	61.00
	Total	206	66.54	18.39	1.28	64.01	69.06	9.00	87.00
Cuidado Personal	Sin Retraso Mental	65	183.62	18.30	2.27	179.08	188.15	121	196
	R.M. Ligero	85	164.35	34.25	3.72	156.96	171.74	66	196
	R.M. Medio	39	157.00	29.81	4.77	147.34	166.66	74	196
	R.M. severo	17	96.12	42.66	10.35	74.18	118.05	15	177
	Total	206	163.41	37.49	2.61	158.26	168.56	15	196
Vida en el Hogar	Sin Retraso Mental	65	13.05	5.33	.66	11.73	14.37	0	19
	R.M. Ligero	85	9.72	5.64	.61	8.50	10.93	2	19
	R.M. Medio	39	8.49	4.24	.68	7.11	9.86	0	19
	R.M. severo	17	3.88	3.18	.77	2.25	5.52	0	11
	Total	206	10.05	5.70	.40	9.27	10.84	0	19
Habilidades Sociales	Sin Retraso Mental	65	67.83	7.65	.95	65.94	69.73	42	75
	R.M. Ligero	85	55.88	14.07	1.53	52.85	58.92	27	75
	R.M. Medio	39	55.05	11.14	1.78	51.44	58.66	28	74
	R.M. severo	17	37.00	14.47	3.51	29.56	44.44	14	61
	Total	206	57.94	14.47	1.01	55.95	59.92	14	75
Uso de la Comunidad	Sin Retraso Mental	65	37.88	11.73	1.46	34.97	40.78	8	54
	R.M. Ligero	85	28.51	15.53	1.68	25.16	31.86	1	51
	R.M. Medio	39	19.46	11.68	1.87	15.67	23.25	0	47
	R.M. severo	17	5.18	5.49	1.33	2.35	8.00	0	18
	Total	206	27.83	16.05	1.12	25.62	30.03	0	54
Autorregulación	Sin Retraso Mental	65	31.98	6.92	.86	30.27	33.70	6	38
	R.M. Ligero	85	20.15	10.44	1.13	17.90	22.40	1	38
	R.M. Medio	39	17.13	8.86	1.42	14.26	20.00	1	38
	R.M. severo	17	11.24	6.57	1.59	7.86	14.61	1	23
	Total	206	22.58	11.15	.78	21.05	24.11	1	38
Salud y Seguridad	Sin Retraso Mental	64	18.41	3.81	.48	17.45	19.36	5	21
	R.M. Ligero	85	13.74	6.43	.70	12.35	15.13	0	21
	R.M. Medio	39	10.51	5.64	.90	8.69	12.34	0	21
	R.M. severo	17	4.00	5.18	1.26	1.33	6.67	0	16
	Total	205	13.78	6.80	.48	12.84	14.71	0	21
Hab. Académicas Funcionales	Sin Retraso Mental	65	70.71	14.32	1.78	67.16	74.26	23	82
	R.M. Ligero	85	51.46	24.69	2.68	46.14	56.79	0	89
	R.M. Medio	39	40.31	18.34	2.94	34.36	46.25	5	79
	R.M. severo	17	8.76	9.27	2.25	4.00	13.53	0	28
	Total	206	51.90	25.98	1.81	48.33	55.47	0	89
Ocio	Sin Retraso Mental	65	17.89	3.93	.49	16.92	18.87	6	21
	R.M. Ligero	85	12.33	5.09	.55	11.23	13.43	2	21
	R.M. Medio	39	9.92	4.13	.66	8.58	11.26	1	20
	R.M. severo	17	7.29	3.06	.74	5.72	8.87	3	13
	Total	206	13.21	5.62	.39	12.44	13.99	1	21
Trabajo	Sin Retraso Mental	65	28.75	5.50	.68	27.39	30.12	12	34
	R.M. Ligero	85	20.34	9.43	1.02	18.31	22.38	4	34
	R.M. Medio	39	19.41	7.53	1.21	16.97	21.85	0	34
	R.M. severo	17	10.65	6.77	1.64	7.16	14.13	0	23
	Total	206	22.02	9.36	.65	20.73	23.30	0	34
Suma Total de Habilidades	Sin Retraso Mental	64	548.56	76.45	9.56	529.47	567.66	308	617
	R.M. Ligero	85	442.37	123.68	13.42	415.69	469.05	173	615
	R.M. Medio	39	400.82	91.17	14.60	371.27	430.37	155	607
	R.M. severo	17	215.65	94.27	22.86	167.18	264.12	43	374
	Total	205	448.82	135.86	9.49	430.11	467.53	43	617

TABLA 13. ANOVA (Áreas de Habilidades Adaptativas-C.I.).

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Comunicación	Inter-grupos	30297.577	3	10099.192	52.274	.000
	Intra-grupos	39025.613	202	193.196		
	Total	69323.189	205			
Cuidado Personal	Inter-grupos	105195.186	3	35065.062	38.735	.000
	Intra-grupos	182862.561	202	905.260		
	Total	288057.748	205			
Vida en el Hogar	Inter-grupos	1334.819	3	444.940	16.845	.000
	Intra-grupos	5335.593	202	26.414		
	Total	6670.413	205			
Habilidades Sociales	Inter-grupos	14498.320	3	4832.773	34.343	.000
	Intra-grupos	28425.859	202	140.722		
	Total	42924.180	205			
Uso de la Comunidad	Inter-grupos	18055.283	3	6018.428	34.988	.000
	Intra-grupos	34746.425	202	172.012		
	Total	52801.709	205			
Autorregulación	Inter-grupos	9596.843	3	3198.948	40.663	.000
	Intra-grupos	15891.414	202	78.670		
	Total	25488.257	205			
Salud y Seguridad	Inter-grupos	3412.191	3	1137.397	37.942	.000
	Intra-grupos	6025.487	201	29.978		
	Total	9437.678	204			
Hab. Académicas Funcionales	Inter-grupos	59880.503	3	19960.168	51.372	.000
	Intra-grupos	78484.707	202	388.538		
	Total	138365.210	205			
Ocio	Inter-grupos	2507.281	3	835.760	42.640	.000
	Intra-grupos	3959.321	202	19.601		
	Total	6466.602	205			
Trabajo	Inter-grupos	5651.437	3	1883.812	30.941	.000
	Intra-grupos	12298.486	202	60.884		
	Total	17949.922	205			
Suma Total de Habilidades	Inter-grupos	1654381.4	3	551460.479	52.503	.000
	Intra-grupos	2111181.0	201	10503.388		
	Total	3765562.4	204

TABLA 14. Comparaciones Múltiples (Áreas de Habilidades Adaptativas-C.I.).

Bonferroni			Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Variable dependiente	(I) Capacidad Intelectual	(J) Capacidad Intelectual				Límite inferior	Límite superior
Comunicación	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	12.47*	2.29	.000	6.37	18.57
		R.M. Medio	14.82*	2.82	.000	7.31	22.32
		R.M. severo	46.82*	3.79	.000	36.74	56.91
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-12.47*	2.29	.000	-18.57	-6.37
		R.M. Medio	2.34	2.69	1.000	-4.82	9.51
		R.M. severo	34.35*	3.69	.000	24.51	44.19
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-14.82*	2.82	.000	-22.32	-7.31
		R.M. Ligero	-2.34	2.69	1.000	-9.51	4.82
		R.M. severo	32.01*	4.04	.000	21.25	42.77
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-46.82*	3.79	.000	-56.91	-36.74
		R.M. Ligero	-34.35*	3.69	.000	-44.19	-24.51
		R.M. Medio	-32.01*	4.04	.000	-42.77	-21.25
Cuidado Personal	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	19.26*	4.96	.001	6.05	32.47
		R.M. Medio	26.62*	6.09	.000	10.38	42.85
		R.M. severo	87.50*	8.20	.000	65.66	109.34
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-19.26*	4.96	.001	-32.47	-6.05
		R.M. Medio	7.35	5.82	1.000	-8.15	22.86
		R.M. severo	68.24*	7.99	.000	46.94	89.53
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-26.62*	6.09	.000	-42.85	-10.38
		R.M. Ligero	-7.35	5.82	1.000	-22.86	8.15
		R.M. severo	60.88*	8.74	.000	37.58	84.18
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-87.50*	8.20	.000	-109.34	-65.66
		R.M. Ligero	-68.24*	7.99	.000	-89.53	-46.94
		R.M. Medio	-60.88*	8.74	.000	-84.18	-37.58
Vida en el Hogar	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	3.33*	.85	.001	1.07	5.58
		R.M. Medio	4.56*	1.04	.000	1.79	7.33
		R.M. severo	9.16*	1.40	.000	5.43	12.89
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-3.33*	.85	.001	-5.58	-1.07
		R.M. Medio	1.23	.99	1.000	-1.42	3.88
		R.M. severo	5.84*	1.37	.000	2.20	9.47
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-4.56*	1.04	.000	-7.33	-1.79
		R.M. Ligero	-1.23	.99	1.000	-3.88	1.42
		R.M. severo	4.60*	1.49	.014	.62	8.58
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-9.16*	1.40	.000	-12.89	-5.43
		R.M. Ligero	-5.84*	1.37	.000	-9.47	-2.20
		R.M. Medio	-4.60*	1.49	.014	-8.58	-.62
Habilidades Sociales	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	11.95*	1.95	.000	6.74	17.16
		R.M. Medio	12.78*	2.40	.000	6.38	19.18
		R.M. severo	30.83*	3.23	.000	22.22	39.44
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-11.95*	1.95	.000	-17.16	-6.74
		R.M. Medio	.83	2.29	1.000	-5.28	6.94
		R.M. severo	18.88*	3.15	.000	10.48	27.28
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-12.78*	2.40	.000	-19.18	-6.38
		R.M. Ligero	-.83	2.29	1.000	-6.94	5.28
		R.M. severo	18.05*	3.45	.000	8.87	27.24
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-30.83*	3.23	.000	-39.44	-22.22
		R.M. Ligero	-18.88*	3.15	.000	-27.28	-10.48
		R.M. Medio	-18.05*	3.45	.000	-27.24	-8.87

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Continuación. Comparaciones Múltiples (Áreas de Habilidades Adaptativas-C.I.).

Bonferroni

Variable dependiente	(I) Capacidad Intelectual	(J) Capacidad Intelectual	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza a al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Uso de la Comunidad	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	9.37*	2.16	.000	3.61	15.13
		R.M. Medio	18.42*	2.66	.000	11.34	25.49
		R.M. severo	32.70*	3.57	.000	23.18	42.22
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-9.37*	2.16	.000	-15.13	-3.61
		R.M. Medio	9.04*	2.54	.003	2.29	15.80
		R.M. severo	23.33*	3.48	.000	14.04	32.61
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-18.42*	2.66	.000	-25.49	-11.34
		R.M. Ligero	-9.04*	2.54	.003	-15.80	-2.29
		R.M. severo	14.29*	3.81	.001	4.13	24.44
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-32.70*	3.57	.000	-42.22	-23.18
		R.M. Ligero	-23.33*	3.48	.000	-32.61	-14.04
		R.M. Medio	-14.29*	3.81	.001	-24.44	-4.13
Autorregulación	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	11.83*	1.46	.000	7.94	15.73
		R.M. Medio	14.86*	1.80	.000	10.07	19.64
		R.M. severo	20.75*	2.42	.000	14.31	27.19
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-11.83*	1.46	.000	-15.73	-7.94
		R.M. Medio	3.02	1.72	.476	-1.55	7.60
		R.M. severo	8.92*	2.36	.001	2.64	15.20
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-14.86*	1.80	.000	-19.64	-10.07
		R.M. Ligero	-3.02	1.72	.476	-7.60	1.55
		R.M. severo	5.89	2.58	.140	-.98	12.76
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-20.75*	2.42	.000	-27.19	-14.31
		R.M. Ligero	-8.92*	2.36	.001	-15.20	-2.64
		R.M. Medio	-5.89	2.58	.140	-12.76	.98
Salud y Seguridad	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	4.67*	.91	.000	2.25	7.08
		R.M. Medio	7.89*	1.11	.000	4.93	10.86
		R.M. severo	14.41*	1.49	.000	10.43	18.39
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-4.67*	.91	.000	-7.08	-2.25
		R.M. Medio	3.23*	1.06	.016	-.41	6.05
		R.M. severo	9.74*	1.45	.000	5.87	13.62
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-7.89*	1.11	.000	-10.86	-4.93
		R.M. Ligero	-3.23*	1.06	.016	-6.05	-.41
		R.M. severo	6.51*	1.59	.000	2.27	10.75
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-14.41*	1.49	.000	-18.39	-10.43
		R.M. Ligero	-9.74*	1.45	.000	-13.62	-5.87
		R.M. Medio	-6.51*	1.59	.000	-10.75	-2.27
Hab. Académicas Funcionales	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	19.24*	3.25	.000	10.59	27.90
		R.M. Medio	30.40*	3.99	.000	19.76	41.04
		R.M. severo	61.94*	5.37	.000	47.64	76.25
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-19.24*	3.25	.000	-27.90	-10.59
		R.M. Medio	11.16*	3.81	.023	1.00	21.31
		R.M. severo	42.70*	5.24	.000	28.75	56.65
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-30.40*	3.99	.000	-41.04	-19.76
		R.M. Ligero	-11.16*	3.81	.023	-21.31	-1.00
		R.M. severo	31.54*	5.73	.000	16.28	46.81
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-61.94*	5.37	.000	-76.25	-47.64
		R.M. Ligero	-42.70*	5.24	.000	-56.65	-28.75
		R.M. Medio	-31.54*	5.73	.000	-46.81	-16.28

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Continuación. Comparaciones Múltiples (Áreas de Habilidades Adaptativas-C.I.).

Bonferroni

Variable dependiente	(I) Capacidad Intelectual	(J) Capacidad Intelectual	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Ocio	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	5.56*	.73	.000	3.62	7.51
		R.M. Medio	7.97*	.90	.000	5.58	10.36
		R.M. severo	10.60*	1.21	.000	7.38	13.81
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-5.56*	.73	.000	-7.51	-3.62
		R.M. Medio	2.41*	.86	.033	.12	4.69
		R.M. severo	5.04*	1.18	.000	1.90	8.17
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-7.97*	.90	.000	-10.36	-5.58
		R.M. Ligero	-2.41*	.86	.033	-4.69	-.12
		R.M. severo	2.63	1.29	.254	-.80	6.06
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-10.60*	1.21	.000	-13.81	-7.38
		R.M. Ligero	-5.04*	1.18	.000	-8.17	-1.90
		R.M. Medio	-2.63	1.29	.254	-6.06	.80
Trabajo	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	8.41*	1.29	.000	4.99	11.84
		R.M. Medio	9.34*	1.58	.000	5.13	13.55
		R.M. severo	18.11*	2.13	.000	12.44	23.77
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-8.41*	1.29	.000	-11.84	-4.99
		R.M. Medio	.93	1.51	1.000	-3.09	4.95
		R.M. severo	9.69*	2.07	.000	4.17	15.22
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-9.34*	1.58	.000	-13.55	-5.13
		R.M. Ligero	-.93	1.51	1.000	-4.95	3.09
		R.M. severo	8.76*	2.27	.001	2.72	14.81
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-18.11*	2.13	.000	-23.77	-12.44
		R.M. Ligero	-9.69*	2.07	.000	-15.22	-4.17
		R.M. Medio	-8.76*	2.27	.001	-14.81	-2.72
Suma Total de Habilidades	Sin Retraso Mental	R.M. Ligero	106.19*	16.96	.000	61.00	151.39
		R.M. Medio	147.74*	20.82	.000	92.27	203.22
		R.M. severo	332.92*	27.96	.000	258.40	407.43
	R.M. Ligero	Sin Retraso Mental	-106.19*	16.96	.000	-151.39	-61.00
		R.M. Medio	41.55	19.82	.224	-11.27	94.37
		R.M. severo	226.72*	27.23	.000	154.17	299.28
	R.M. Medio	Sin Retraso Mental	-147.74*	20.82	.000	-203.22	-92.27
		R.M. Ligero	-41.55	19.82	.224	-94.37	11.27
		R.M. severo	185.17*	29.79	.000	105.81	264.54
	R.M. severo	Sin Retraso Mental	-332.92*	27.96	.000	-407.43	-258.40
		R.M. Ligero	-226.72*	27.23	.000	-299.28	-154.17
		R.M. Medio	-185.17*	29.79	.000	-264.54	-105.81

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

GRÁFICO 4. Medias de las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas

De nuevo en estos datos referidos a las diez áreas de habilidades adaptativas, observamos la existencia de una mayor dispersión en todos los resultados en la muestra con mayores limitaciones cognitivas.

Las medias de las distintas áreas de habilidades aparecen en los descriptivos y se puede ver que van bajando según disminuye la capacidad intelectual del sujeto.

Al igual que observamos cuando comparamos en esta misma hipótesis la relación existente entre conductas adaptativas y capacidad intelectual, en los resultados que se acaban de exponer encontramos puntuaciones medias que siendo diferentes, no son significativas para algunos grupos. Los datos que se exponen a continuación corresponden a las áreas de habilidades que no son significativas estadísticamente con un intervalo de confianza al 95%.

Comunicación: No se observa diferencia significativa entre las medias de los sujetos con retraso mental ligero y medio.

Cuidado Personal: No se obtienen diferencias significativas entre la muestra de sujetos con retraso mental ligero y medio.

Vida en el Hogar: En la muestra de sujetos con retraso mental ligero y medio no se obtienen diferencias significativas.

Habilidades Sociales: No se obtienen diferencias significativas entre la muestra de sujetos con retraso mental ligero y medio.

Autorregulación: Los datos no reflejan diferencia significativa entre las medias con los grupos de sujetos con retraso mental ligero y medio y éste último grupo con el de retraso mental severo.

Ocio: En la muestra de sujetos con retraso mental medio y severo no se obtienen diferencias significativas.

Trabajo: No se obtiene significación entre los sujetos con retraso mental ligero y medio.

El resto de los valores, refleja una buena discriminación entre los diferentes grupos con un nivel de probabilidad del .05%.

Observamos, al igual que lo hicimos cuando valoramos las medias de las conductas adaptativas, que las diferencias no significativas se centran en la mayoría de los casos en las muestras con retraso mental ligero y medio.

Si bien en un principio los datos que revelan la no significatividad, halladas en las variables de conducta y de habilidades adaptativas pueden resultar algo sorprendentes, no lo son tanto si tenemos en cuenta las siguientes consideraciones:

- Por un lado con los datos obtenidos, no se encuentran dificultades en afirmar que la media del grupo de sujetos sin retraso mental se diferencia en gran medida de manera significativa con el resto de los grupos. Esto, además, lo hemos comprobado estadísticamente (aunque no figuran las tablas), comparando los nueve dominios con únicamente dos muestras, la de sujetos sin retraso mental y la de sujetos con retraso mental.

- Aunque se ha detallado las puntuaciones no significativas hemos de tener en cuenta que en la gran mayoría de los dominios se han encontrado diferencias significativas entre los grupos.

- Un aspecto importante que pudiera estar interfiriendo es el tamaño de la muestra. El porcentaje obtenido de sujetos en cada una de las clasificaciones de retraso mental, ligero (59%); medio (27,5%) y severo (12,7%), si bien puede ser representativo de la población con esta

discapacidad, puede no resultar totalmente adecuado para comprobar este tipo de hipótesis, pues lo más conveniente es usar igual número de individuos para cada muestra.

- Por otro lado estos resultados pueden estar manifestando u apoyando la gran dispersión existente en cuanto a las características que tienen las personas con retraso mental, y la existencia junto con limitaciones en las conductas y áreas de habilidades de puntos fuertes que coexisten juntamente.

Es favorable, en nuestra opinión que las dificultades obtenidas al relacionar la conducta adaptativa con la capacidad intelectual, se encuentren también en la relación de las habilidades adaptativas, pues esto apoya una de las premisas anteriormente expuesta, concretamente, aquella que considera que las áreas de habilidades adaptativas derivan del concepto de conducta adaptativa.

A la vista de los resultados que conciernen a los dominios de conducta adaptativa y a las interpretaciones dadas, consideramos que la capacidad intelectual esta relacionada con la adquisición y el uso de las conductas adaptativas

V.3.4. Coexistencia en las Personas con Retraso Mental de Puntos Fuertes y Débiles en el Uso de la Conducta y Habilidades Adaptativas

La hipótesis cuarta anteriormente expuesta dice:

En las personas con retraso mental coexisten puntos fuertes y débiles en el uso de las conductas y habilidades adaptativas.

Para comprobar este enunciado segmentamos el archivo de datos por las dos muestras existentes (sujetos con y sin retraso mental) y escogemos dos rangos de edad muy distantes entre sí, (el rango 6 y 7 años y el rango 16 y 17 años). Una vez preparados los datos, hallamos los principales percentiles de la distribución de ambas muestras.

Nuestra intención es observar si algunos de los sujetos con retraso mental obtienen puntuaciones similares a las obtenidas por la personas sin esta discapacidad. Para ello primeramente estudiamos los dominios que conforman la conducta adaptativa de la Escala ABS-S:2 y posteriormente realizamos el mismo proceso con las variables que componen las diez áreas de habilidades adaptativas a través del AAA.

V.3.4.1. Resultados Obtenidos que reflejan la Coexistencia de Puntos Fuertes y Débiles en las Personas Con Retraso Mental

TABLA 15. Percentiles para los dominios de Conducta Adaptativa del ABS-S:2 (Sujetos Sin Retraso Mental. Edad = 6 y 7)

	N	Error típ. de la media	Desv. típ.	Percentiles				
				5	25	50	75	95
Funcionam. Independiente	12	3.90	13.51	59.00	70.50	79.00	89.00	101.00
Desarrollo Físico	12	.44	1.51	19.00	22.25	23.00	23.00	24.00
Destrezas Económicas	12	1.32	4.59	1.00	2.00	3.00	7.50	14.00
Desarrollo del Lenguaje	12	1.91	6.62	24.00	27.00	31.50	37.75	43.00
Números y Tiempo	12	.58	2.02	7.00	8.00	8.50	11.75	13.00
Act. Prevoc. y Vocacionales	12	.76	2.65	4.00	5.00	7.00	10.00	11.00
Auto-dirección	12	1.79	6.19	3.00	9.25	17.00	20.00	22.00
Responsabilidad	12	.51	1.78	3.00	7.25	8.00	8.75	9.00
Socialización	12	1.19	4.12	13.00	17.00	22.50	24.75	25.00

TABLA 16. Percentiles para los dominios de Conducta Adaptativa del ABS-S:2 (Sujetos Con Retraso Mental. Edad = 6 y 7)

	N	Error típ. de la media	Desv. típ.	Percentiles				
				5	25	50	75	95
Funcionam. Independiente	11	4.35	14.44	38.00	47.00	63.00	73.00	80.00
Desarrollo Físico	11	.66	2.19	16.00	21.00	23.00	23.00	24.00
Destrezas Económicas	11	.37	1.21	.00	.00	2.00	2.00	3.00
Desarrollo del Lenguaje	11	2.13	7.08	14.00	16.00	20.00	30.00	34.00
Números y Tiempo	11	.69	2.27	1.00	3.00	5.00	6.00	9.00
Act. Prevoc. y Vocacionales	11	.41	1.38	3.00	4.00	5.00	6.00	8.00
Auto-dirección	11	1.25	4.15	2.00	4.00	8.00	11.00	15.00
Responsabilidad	11	.33	1.10	3.00	4.00	5.00	6.00	7.00
Socialización	11	.99	3.27	7.00	13.00	15.00	17.00	19.00

TABLA 17. Percentiles para los dominios de Conducta Adaptativa del ABS-S:2 (Sujetos Sin Retraso Mental. Edad = 16 y 17)

	N	Error típ. de la media	Desv. típ.	Percentiles				
				5	25	50	75	95
Funcionam. Independiente	15	.74	2.86	108.00	114.00	115.00	117.00	118.00
Desarrollo Físico	15	.17	.64	22.00	23.00	24.00	24.00	24.00
Destrezas Económicas	15	.69	2.69	15.00	17.00	19.00	22.00	24.00
Desarrollo del Lenguaje	15	.36	1.40	39.00	42.00	43.00	43.00	43.00
Números y Tiempo	15	.00	.00	14.00	14.00	14.00	14.00	14.00
Act. Prevoc. y Vocacionales	15	.26	.99	8.00	9.00	10.00	11.00	11.00
Auto-dirección	15	.46	1.78	17.00	22.00	22.00	23.00	23.00
Responsabilidad	15	.30	1.16	6.00	8.00	9.00	10.00	10.00
Socialización	15	.43	1.67	20.00	23.00	25.00	26.00	26.00

TABLA 18. Percentiles para los Dominios de Conducta Adaptativa del ABS-S:2 (Sujetos Con Retraso Mental. Edad = 16 y 17)

	N	Error típ. de la media	Desv. típ.	Percentiles				
				5	25	50	75	95
Funcionam. Independiente	18	7.79	33.07	9.00	72.00	103.50	115.00	118.00
Desarrollo Físico	18	.93	3.93	12.00	20.75	23.00	24.00	24.00
Destrezas Económicas	18	2.04	8.65	.00	.75	11.00	18.25	24.00
Desarrollo del Lenguaje	18	2.57	10.89	4.00	27.25	36.50	40.50	43.00
Números y Tiempo	18	1.19	5.04	.00	6.75	13.50	14.00	14.00
Act. Prevoc. y Vocacionales	18	.91	3.88	.00	3.75	7.50	11.00	11.00
Auto-dirección	18	1.83	7.75	1.00	4.00	14.50	21.00	23.00
Responsabilidad	18	.69	2.95	.00	5.75	7.00	9.00	10.00
Socialización	18	1.47	6.25	3.00	16.50	19.50	25.00	26.00

TABLA 19. Percentiles para la variables correspondientes a las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas correspondientes al AAA. (Sujetos Sin Retraso Mental. Edad = 6 y 7).

	N	Error típ. de la media	Desv. típ.	Percentiles				
				5	25	50	75	95
Comunicación	12	3.63	3.63	47.00	54.00	64.50	76.50	83.00
Cuidado Personal	12	6.53	22.61	121.00	129.25	155.00	166.50	187.00
Vida en el Hogar	12	.86	2.98	.00	5.00	6.00	8.50	11.00
Habilidades Sociales	12	3.03	10.51	42.00	49.50	62.50	68.00	74.00
Uso de la Comunidad	12	2.40	8.30	8.00	14.00	18.50	22.75	34.00
Autorregulación	12	2.45	8.48	6.00	18.25	27.00	31.50	33.00
Salud y Seguridad	12	1.19	4.14	5.00	9.25	11.50	15.25	19.00
Hab. Académicas Funcionales	12	4.36	15.09	23.00	37.00	41.50	64.25	68.00
Ocio	12	1.40	4.86	6.00	7.75	13.50	16.00	20.00
Trabajo	12	2.19	7.59	12.00	16.25	22.50	29.75	33.00

TABLA 20. Percentiles para la variables correspondientes a las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas correspondientes al AAA. (Sujetos Con Retraso Mental. Edad = 6 y 7).

	N	Error típ. de la media	Desv. típ.	Percentiles				
				5	25	50	75	95
Comunicación	11	3.83	12.72	33.00	39.00	56.00	65.00	68.00
Cuidado Personal	11	8.22	27.26	80.00	92.00	133.0	143.00	160.00
Vida en el Hogar	11	1.05	3.47	2.00	2.00	4.00	6.00	13.00
Habilidades Sociales	11	3.18	10.56	29.00	39.00	46.00	54.00	68.00
Uso de la Comunidad	11	2.41	7.98	.00	3.00	6.00	16.00	23.00
Autorregulación	11	1.87	6.20	6.00	6.00	11.00	15.00	26.00
Salud y Seguridad	11	1.29	4.27	.00	4.00	7.00	10.00	16.00
Hab. Académicas Funcionales	11	3.45	11.46	10.00	15.00	19.00	32.00	45.00
Ocio	11	.44	1.45	5.00	7.00	8.00	9.00	10.00
Trabajo	11	1.86	6.17	10.00	12.00	14.00	20.00	30.00

TABLA 21. Percentiles para las variables correspondientes a las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas correspondientes al AAA. (Sujetos Sin Retraso Mental. Edad = 16 y 17).

	N	Error típ. de la media	Desv. típ.	Percentiles				
				5	25	50	75	95
Comunicación	15	1.53	5.93	61.00	80.00	83.00	83.00	83.00
Cuidado Personal	15	.74	2.86	88.00	191.00	194.00	196.00	196.00
Vida en el Hogar	15	.86	3.33	8.00	15.00	17.00	19.00	19.00
Habilidades Sociales	15	1.03	3.99	60.00	70.00	72.00	74.00	75.00
Uso de la Comunidad	15	.60	2.34	43.00	45.00	47.00	48.00	51.00
Autorregulación	15	1.16	4.48	24.00	35.00	37.00	37.00	38.00
Salud y Seguridad	15	.37	1.42	17.00	20.00	21.00	21.00	21.00
Hab. Académicas Funcionales	15	.56	2.15	75.00	78.00	78.00	81.00	82.00
Ocio	15	.69	2.67	10.00	20.00	20.00	20.00	21.00
Trabajo	15	.70	2.70	25.00	30.00	32.00	34.00	34.00

TABLA 22. Percentiles para las variables correspondientes a las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas correspondientes al AAA. (Sujetos Con Retraso Mental. Edad = 16 y 17).

	N	Error típ. de la media	Desv. típ.	Percentiles				
				5	25	50	75	95
Comunicación	18	4.58	19.43	9.00	58.25	70.50	79.25	83.00
Cuidado Personal	18	12.02	51.00	15.00	52.25	185.0	96.00	196.0
Vida en el Hogar	18	1.46	6.20	.00	4.00	12.50	16.00	19.00
Habilidades Sociales	18	4.13	17.50	14.00	44.50	58.00	72.50	75.00
Uso de la Comunidad	18	4.55	19.31	.00	6.75	35.50	47.25	51.00
Autorregulación	18	2.96	12.56	1.00	10.00	24.00	35.00	38.00
Salud y Seguridad	18	1.79	7.61	.00	8.00	17.00	21.00	21.00
Hab. Académicas Funcionales	18	6.61	28.05	.00	32.50	67.00	79.00	82.00
Ocio	18	1.43	6.05	1.00	7.25	13.00	17.00	21.00
Trabajo	18	2.77	11.74	.00	12.25	22.00	34.00	34.00

Si observamos las tablas se puede ver como los resultados de las muestras de sujetos con discapacidad ofrecen puntuaciones en los percentiles más altos que se asemejan mucho a las puntuaciones obtenidas en el percentil 50 por los sujetos sin discapacidad.

Este hecho, que sólo puede ser explicado por las grandes desviaciones existentes en los datos de los sujetos con retraso mental, predispone a considerar sin riesgo, la existencia de sujetos con retraso mental que tienen puntos fuertes en los dominios y áreas estudiadas, por lo que podemos considerar verdadera la cuarta hipótesis planteada.

V.3.5. Relación de las Conductas Desadaptadas con la Adquisición y Uso de la Conducta y Habilidades Adaptativas

En la quinta hipótesis se expone:

Las conductas desadaptativas intervienen de forma negativa en el uso de las conductas y habilidades adaptativas, de tal forma que, a mayor número de conductas desadaptadas menor adquisición o uso de las adaptadas.

Para investigar cómo están relacionadas estas variables, hemos segmentado de nuevo los datos, obteniendo dos muestras diferentes (la de sujetos con y sin discapacidad) y llevado a cabo el estudio estadístico de correlación, a través del procedimiento correlaciones bivariadas. Hemos calculado el coeficiente de correlación de asociación lineal de Pearson.

V.3.5.1. Resultados de la relación entre las Conductas Adaptativas y las Conductas Desadaptadas

Tabla 23. Correlaciones existentes entre la Suma Total de Conductas Adaptativas y la suma total de las Conductas Desadaptativas (Sujetos Sin Retraso Mental).

		Suma de los Dominios Adaptativos	Suma de los dominios Desadaptados
Suma de los Dominios Adaptativos	Correlación de Pearson	1.000	-.207
	Sig. (bilateral)	.	.106
	N	65	62
Suma de los dominios Desadaptados	Correlación de Pearson	-.207	1.000
	Sig. (bilateral)	.106	.
	N	62	62

TABLA 24. Correlaciones existentes entre la Suma Total de Conductas Adaptativas y la Suma Total de las Conductas Desadaptativas (Sujetos Con Retraso Mental).

		Suma de los Dominios Adaptativos	Suma de los dominios Desadaptados
Suma de los Dominios Adaptativos	Correlación de Pearson	1.000	-.417**
	Sig. (bilateral)	.	.000
	N	142	129
Suma de los dominios Desadaptados	Correlación de Pearson	-.417**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	129	129

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

V.3.5.2. Resultados de la relación entre las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas y las Conductas desadaptadas

TABLA 25. Correlaciones existentes entre la Suma Total de Habilidades Adaptativas y la Suma Total de las Conductas Desadaptativas (Sujetos Sin Retraso Mental).

		Suma Total de Habilidades	Suma de los dominios Desadaptados
Suma Total de Habilidades	Correlación de Pearson	1.000	-.229
	Sig. (bilateral)	.	.075
	N	64	61
Suma de los dominios Desadaptados	Correlación de Pearson	-.229	1.000
	Sig. (bilateral)	.075	.
	N	61	62

TABLA 26. Correlaciones existentes entre la Suma Total de Habilidades Adaptativas y la Suma Total de las Conductas Desadaptativas (Sujetos Con Retraso Mental).

		Suma Total de Habilidades	Suma de los dominios Desadaptados
Suma Total de Habilidades	Correlación de Pearson	1.000	-.416**
	Sig. (bilateral)	.	.000
	N	141	128
Suma de los dominios Desadaptados	Correlación de Pearson	-.416**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	128	129

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se puede observar, en ambas muestras existe relación y ésta es inversa, es decir, cuanto más altas son las puntuaciones en una de las variables, más baja es la puntuación en la otra, pero tan sólo es significativa en los sujetos con discapacidad. La correlación de Pearson nos proporciona, en esta muestra de sujetos, datos que son altamente significativos, con una probabilidad del .01 de ocurrencia. Por lo que podemos deducir que en los sujetos en los que se observan puntuaciones más altas en conductas desadaptadas puntúan más bajo en las conductas adaptadas.

Estas consideraciones apoyan la veracidad de la quinta hipótesis planteada.

V.4. CONCLUSIONES

V.4.1. Comparación de los Resultados con las Hipótesis

Creemos poder afirmar que las cinco hipótesis planteadas se ven confirmadas por el resultados de la investigación.

Hemos visto como las medias obtenidas por los sujetos con y sin retraso mental en conducta y en habilidades adaptativas van aumentando conforme lo hace la edad cronológica de los sujetos.

También hemos observado como en la muestra de sujetos con retraso mental, estas medias obtenidas ofrecen una discontinuidad en su progresión, por lo que podemos deducir que la adquisición y uso de la conducta adaptativa y de las habilidades adaptativas de las personas con

retraso mental sigue un ritmo más irregular que el de las personas sin esta discapacidad.

Posiblemente, podríamos deducir que dicho ritmo es también más lento. En principio y a la vista de los datos que disponemos con los sujetos de 6 a 21 años, se constata que estamos en lo cierto, puesto que a una edad determinada las medias conseguidas no alcanzan el nivel medio de los sujetos sin retraso mental y sin embargo observamos también que con la edad de los sujetos estas medias van aumentando.

La relación existente entre los dominios de la conducta adaptativa y las áreas de habilidades adaptativas con la capacidad intelectual de los sujetos también se ha visto confirmada. Consideramos que a nivel general, diferencia bien entre sujetos con y sin retraso mental.

Entre los subgrupos de sujetos con retraso mental se han obtenido unos resultados que revelan diferencias significativas en muchos dominios, si bien esta confirmación no ha sido todo lo amplia que esperábamos (hemos encontrado algunos dominios cuyas diferencias de media discriminan, pero no significativamente entre las submuestras de sujetos con retraso mental ligero y con retraso mental medio).

Se ha obtenido también respuesta positiva a la coexistencia de puntos fuertes y débiles en las personas con retraso mental. Aun siendo las medias obtenidas por estos sujetos más bajas significativamente que las de los sujetos sin retraso mental, la dispersión de los datos obtenidos en los sujetos con retraso mental es grande, observándose valores en los diferentes dominios y áreas que corresponden a los percentiles 50 alcanzados por la muestra sin retraso mental. Lo cual, además de

demostrar en los sujetos con retraso mental la gran variabilidad existente en las conductas y áreas adaptativas, también demuestra la existencia, en algunos sujetos, de conductas y habilidades adaptativas totalmente adecuadas o fuertes.

La relación existente entre los dominios de las conductas desadaptadas y los dominios de la conducta o habilidades adaptativas se ha visto también comprobada, aunque sólo en los sujetos con retraso mental. A más número de conductas desadaptadas, menor cantidad de conductas y habilidades adaptativas adquiridas o usadas.

Todas estas hipótesis son premisas válidas para comprobar la equivalencia de los constructos. Dado que las hipótesis expuestas forman parte de los aspectos más básicos de los conceptos de conducta y de habilidades adaptativas, consideramos que al ser éstas válidas, podemos decir que la Escala ABS-S:2 y el AAA miden en nuestra muestra, las características más básicas del concepto de conducta adaptativa y de habilidades adaptativas.

SEGUNDO ESTUDIO

- ESTIMACIÓN DE LA VALIDEZ Y LA FIABILIDAD DE LA ESCALA ADAPTADA DE CONDUCTA ADAPTATIVA ABS-S:2.
- ESTIMACIÓN DE LOS BAREMOS POBLACIONALES.
- VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ESCALA ABS-S:2.

CAPÍTULO VI:

- Para completar el primer estudio, consideramos los primeros intentos de investigación relacionados con la fiabilidad y la validez de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 que hemos adaptado y está localizada en la provincia de Burgos, hemos considerado
- ESTIMACIÓN DE LA VALIDEZ Y DE LA FIABILIDAD DE LA ESCALA ADAPTADA DE CONDUCTA ADAPTATIVA ABS-S:2.
 - ESTIMACIÓN DE LOS BAREMOS POBLACIONALES.
 - VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ESCALA ABS-S:2.
- Nos centraremos únicamente en la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2, por considerar que es la

SEGUNDO ESTUDIO

- ESTIMACIÓN DE LA VALIDEZ Y LA FIABILIDAD DE LA ESCALA ADAPTADA DE CONDUCTA ADAPTATIVA

ABS-S:2.

- ESTIMACIÓN DE LOS BAREMOS POBLACIONALES.

- VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ESCALA

ABS-S:2.

Para completar el primer estudio, consideramos necesario realizar los primeros intentos de investigación relacionados con la fiabilidad y la validez de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 que hemos adaptado. 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 esta investigación a cabo.

De igual manera realizaremos una valoración de la Escala ABS-S:2 (de la versión originaria americana y de la versión adaptada), siguiendo las normas de valoración nacionales e internacionales, para de este modo evaluar su calidad.

Nos centramos únicamente en la Escala de Conducta Adaptativa, ABS-S:2, por considerar que es la más básica, ya que ofrece

puntuaciones sobre las cuales interviene, posteriormente, el Método de obtención de las Áreas de Habilidades Adaptativas, AAA.

Los resultados estadísticos muestrales que se puedan obtener tienen sentido, pues se considera que pueden ser buenos estimadores de los correspondientes parámetros poblacionales (Martínez Arias, 1995).

VI.1. OBJETIVOS

Aunque los objetivos de este segundo estudio figuran entre los objetivos de la investigación (Capítulo IV, p. 395), vamos a recordarlos, exponiéndolos de nuevo, para centrarnos más fácilmente en el estudio:

- Realizar una aproximación a la validez, fiabilidad y baremación de la Escala ABS-S:2, pues, como hemos comentado, pueden ser buenos estimadores de los correspondientes parámetros poblacionales.
- Valorar si la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2, (tanto la original como la adaptada), es adecuada, según los criterios de calidad de los tests propuestos por el Colegio Oficial de Psicólogos de España a través de la Comisión de Tests.
- Valorar si dichos instrumentos, una vez traducidos, adaptados y revisados, pueden adecuarse a la población de habla castellana con y sin retraso mental.

Los interrogantes que consideramos más importantes en este estudio son:

1. ¿Con los datos que disponemos, la Escala traducida y adaptada de Conducta Adaptativa, ABS-S:2 proporciona índices a través de los cuales podemos estimar una adecuada fiabilidad y validez?.
2. ¿Podemos llevar a cabo con la Escala ABS-S:2 adaptada una baremación por rangos de edades que discrimine a los sujetos con y sin discapacidad?.
3. ¿Cumplen las Escalas de Conducta Adaptativa, ABS-S:2 originaria y adaptada con los requerimientos que marca el Colegio Oficial de Psicólogos y la Comisión Internacional de Tests?.

Para intentar dar respuesta a nuestros interrogantes nos hemos planteado en el desarrollo de esta investigación una serie de actuaciones.

Primeramente, intentaremos proporcionar información sobre validez, fiabilidad y baremación Para ello emplearemos a los sujetos cuyas características se describen en el primer estudio (Pág. 414 y 415). El número total de personas con las que se va a trabajar es de 207: La muestra de sujetos sin discapacidad intelectual es de 65, y la muestra de sujetos con discapacidad intelectual es de 142.

No toda la muestra servirá para poder hacer todos los estudios de fiabilidad y validez. En ocasiones, para valorar alguna de estas características de la Escala, haremos uso de submuestras que se irán detallando.

Posteriormente, pensamos que para realizar una valoración de ambos instrumentos es conveniente revisar todos los puntos que el COP considera requisitos de calidad de las pruebas de evaluación. Por lo tanto, iremos estudiando y detallando punto por punto dichos criterios.

VI.2. ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL ABS-S.2

La fiabilidad nos proporciona datos sobre la utilidad práctica que tienen los instrumentos de medida (Lambert y cols. 1993).

El análisis de fiabilidad 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 obvio pensar en la relevancia que adquieren cuando éstos intentan evaluar las dificultades específicas de las personas con discapacidad. Si un instrumento no tiene la fiabilidad suficiente, resulta un verdadero problema, pues debido a las numerosas consecuencias negativas que de ello se pueden derivar (diagnósticos erróneos, intervenciones y planificaciones inadecuadas...), lo adecuado sería no usarlo.

VI.2.1. Consistencia Interna

Una forma de estimar cómo el rendimiento de los sujetos en el test puede generalizarse al dominio de items, 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 items, decimos que la prueba tiene homogeneidad de items. Para que un grupo de items sea homogéneo debe medir el mismo dominio de contenidos.

Esperamos que en los dominios de conducta adaptativa esta homogeneidad se cumpla. Si las respuestas obtenidas por los sujetos son consistentes en los diversos subconjuntos de items podemos tener cierta confianza en que estas respuestas puedan generalizarse a otros items posibles del mismo dominio de contenidos.

Puesto que la Escala ABS-S:2 está especialmente diseñada para ser utilizada con personas con retraso mental, nos pareció importante comprobar la consistencia interna de los diferentes dominios en el colectivo de personas con retraso mental. Para ello se escogieron tres rangos de edades, que corresponden con distintos niveles de educación (Primaria, Secundaria Obligatoria y Secundaria No Obligatoria).

Los resultados obtenidos, utilizando el procedimiento estadístico del coeficiente Alfa de Cronbach, figuran a continuación. Han sido

obtenidos trasformando las puntuaciones brutas a puntuaciones z, tal y como se realizó en la versión original de la Escala ABS-S:2 americana.

TABLA 27. Resultados de Consistencia Interna obtenidos en la Primera Parte de la Escala ABS-S:2 para la Muestra Con Retraso Mental

	Total de la Muestra Sujetos con Retraso Mental N= 142	Con Retraso Mental Edad = 6-12 N =57	Con Retraso Mental Edad = 13- 16 N = 33	Con Retraso Mental Edad = 17- 21 N = 52
Funcionamiento Independiente	.97	.94	.96	.97
Desarrollo Físico	.74	.73	.75	.75
Destrezas Económicas	.91	.66	.84	.89
Desarrollo del Lenguaje	.93	.91	.92	.91
Números y Tiempo	.89	.84	.92	.88
Act. Prevocacionales y Vocacionales	.74	.18	.71	.80
Autodirección	.87	.74	.83	.88
Responsabilidad	.81	.64	.82	.81
Socialización	.83	.74	.78	.81

TABLA 28. Resultados obtenidos de Consistencia Interna en la Segunda Parte de la Escala ABS-S:2 para la Muestra Con Retraso Mental

	Total de Sujetos con Retraso Mental N = 142	Con Retraso Mental Edad = 6-12 N =57	Con Retraso Mental Edad = 13-16 N = 33	Con Retraso Mental Edad = 17-21 N = 52
Problemas en Conducta Social	.87	.89	.81	.86
Problemas en Conformidad	.87	.86	.84	.84
Problemas en la Confianza	.84	.86	.73	.39
Comportamientos Estereotipados e Hiperactivos	.80	.84	.73	.60
Comportamientos Autoabusivos	.64	.66	.50	.34
Conductas de Aislamiento Social	.72	.74	.74	.63
Comportamiento Interpersonal Molesto o Perturbador	.72	.79	.53	.72

Los resultados expuestos en la tabla 28. ponen de manifiesto una adecuada consistencia interna de la mayoría de los dominios que componen la conducta adaptativa de la Escala ABS-S:2. A excepción del dominio de Actividades Prevocacionales y Vocacionales que obtiene unos coeficientes bajos en las edades más tempranas y aumenta considerablemente a medida que lo hace la edad de los sujetos.

Este hecho puede estar manifestando que conforme avanza la edad cronológica de los sujetos se van definiendo y homogeneizando las conductas a las que se refiere el Dominio de Actividades Prevocacionales y Vocacionales.

Es destacable, que cuando comparamos las puntuaciones obtenidas en los rangos de edad establecidos con las del total de los sujetos, se observa que estas últimas son más altas, y por lo tanto más adecuadas. Esto posiblemente sea debido a la influencia que ejerce, en el estudio de la consistencia interna, el uso de un mayor número de sujetos

También observamos puntuaciones adecuadas en el estudio de consistencia interna referida a las conductas desadaptadas (tabla 28.) que corresponden a la Segunda Parte de la Escala ABS-S:2. Sin embargo, dos dominios llaman la atención, el dominio de Comportamientos Autoabusivos, que según avanza la edad de los sujetos obtiene índices más bajos y el dominio relacionado con las problemáticas de Confianza a la edad de 17-21 años.

No conocemos el porqué de estos hechos, pero consideramos como posible la influencia de algún tipo de error muestral que sería

conveniente comprobar en próximos estudios, utilizando para ello una muestra más grande.

VI.2.2. Estimación de la Fiabilidad por el procedimiento Test-Retest

El procedimiento requiere aplicar la misma escala 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 la Escala para valorar la fiabilidad test-retest. Pasado un mes se pidió a dos centros ocupacionales de Aspanias y a dos familias, que volvieran a cumplimentar los protocolos con alguno de los sujetos anteriormente evaluados. Se obtuvieron de esta forma los resultados del retest de 9 sujetos (2 sin retraso mental, 4 con retraso mental ligero y 3 con retraso mental medio). La muestra queda reflejada en la tabla 29.

Se esperaba que los resultados obtenidos en ambas fases de la evaluación no resultaran especialmente diferentes y por tanto correlacionaran bien ambas aplicaciones entre sí.

Tabla 29. Sujetos con los que se usó el método Test-Retest.

	Sexo					
	Masculino			Femenino		
	Administró la Escala			Administró la Escala		
	Educador, psicólogo, cuidador		Padres	Educador, psicólogo, cuidador		Padres
	Lugar de residencia		Lugar de residencia	Lugar de residencia		Lugar de residencia
	Urbano	Rural	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano
	Capacidad Intelectual		Capacidad Intelectual	Capacidad Intelectual		Capacidad Intelectual
	Ligero (70-55)	Medio (54-40)	Ligero (70-55)	Ligero (70-55)	Medio (54-40)	Sin discapacidad mental
	Nivel socio económico	Nivel socio económico	Nivel socio económico	Nivel socio económico	Nivel socio económico	Nivel socio económico
	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio
	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
7.00				1		
11.00			1		1	
15.00						1
17.00	1	1				
18.00				1		
19.00		1				
21.00				1		

Se hallaron correlaciones de Pearson bilaterales entre ambas aplicaciones. Para comprobar su posible fiabilidad se analizaron los datos para cada uno de los dominios adaptativos (Primera Parte de la Escala) y de los desadaptativos (Segunda Parte). También se obtuvieron correlaciones para la suma total de los dominios de conducta de cada parte. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

TABLA 30. Resultados de las Correlaciones Test-Retest. Dominios de Conductas Adaptativas y Desadaptadas

<i>Dominios de Conducta Adaptativa</i>	
Funcionamiento Independiente	.912**
Desarrollo Físico	.823**
Destrezas Económicas	.926**
Desarrollo del Lenguaje	.813**
Números y Tiempo	.734*
Actividades Prevocacionales y Vocacionales	.719*
Autodirección	.942**
Responsabilidad	.462
Socialización	.878**
Suma Total de los Dominios de Conducta Adaptativa	.953**
<i>Dominios de Conducta Desadaptada</i>	
Problemáticas de Conducta Social	.608
Problemáticas relacionadas con la Conformidad	.655
Problemáticas relacionadas con la Confianza	.363
Comportamientos Estereotipados e Hiperactivos	.944**
Comportamientos Autoabusivos	.687*
Conductas de Aislamiento Social	.939**
Comportamiento Interpersonal Molesto y Perturbador	.907**
Suma Total de los Dominios de Conducta Desadaptada	.873**

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Como se puede observar en la tabla 30. la correlación existente en la suma total de los dominios de ambas conductas son muy altas, indicando una buena fiabilidad de la Escala.

En la gran mayoría de las correlaciones halladas en los dominios se observa significatividad al nivel 0.01 (**) o del 0.05 (*), a excepción de el Dominio de Responsabilidad que ofrece un índice de correlación bajo (.462), y cuya dato pudiera explicarse por el pequeño número de ítems del que está compuesto (3). El resto de los valores correlacionales no significativos se encuentran en los dominios de conducta desadaptada: el Dominio de Problemáticas de Conducta Social (.608) y las Problemáticas relacionadas con la Conformidad (.655), muestras puntuaciones cercanas

a la significatividad, mientras que las Problemáticas relacionadas con la Confianza, obtienen una baja correlación (.363). Este hecho puede quizá explicarse porque no en todos los casos los evaluadores del retest fueron los mismos que cumplimentaron el primer test, añadiendo una variable que ha podido contaminar y desfavorecer la puntuación observada en el dominio último al que nos referimos, pero que a su vez proporciona mayor bondad al resto de los coeficientes obtenidos.

Con estos datos, consideramos que se manifiesta una adecuada estabilidad test-retest en cuanto a la Primera Parte de la Escala, conducta adaptativa. Sin embargo y aunque la suma total de todos los dominios desadaptados, obtenga también una correlación alta (.873), consideramos que la Segunda Parte de la Escala, que mide los comportamientos desadaptados, manifiesta, aun dentro de unas puntuaciones aceptables, menor estabilidad de las puntuaciones.

VI.3. ESTUDIOS DE VALIDEZ DEL ABS-S:2

VI.3.1. Validez de Constructo

La validez de constructo se refiere al grado en el que un instrumento de evaluación está conexionado con el modelo teórico en el que está basado. Esto quedó reflejado convenientemente en nuestro primer estudio pues como expresamos en su momento, consideramos nuestras cinco primeras hipótesis con el objeto de poder demostrar que la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 y el protocolo de conversión a las Diez Áreas de Habilidades Adaptativas, cumplía las características básicas que hoy en día conforman el marco teórico de los constructos. Sin

embargo, dentro de este apartado aún podemos seguir estudiando algunos aspectos, como por ejemplo la interrelación de los valores del ABS-S:2.

VI.3.1.1. Interrelaciones entre los Items

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 nueve dominios de la Primera Parte se relacionen con los siete de la Segunda Parte.

Para comprobarlo se realizó una correlación de los datos obtenidos con la totalidad de la muestra (207 sujetos para las conductas adaptativas y 191 sujetos para las conductas desadaptadas). Los resultados obtenidos a través de la correlación de Pearson aparece en la siguiente tabla

TABLA 31. Resultados de las Intercorrelaciones entre los diferentes Dominios de la Primera y Segunda Parte del ABS-S:2

	F.I.	D.F.	D.E.	D.L.	N.T.	A.P.V.	A.D.	R.	S.	C.S.	P.C.	C.	C.E.H.	C.A.	C.A.S.	C.I.M.P.
F.I.																
D.F.	.61**															
D.E.	.86**	.44**														
D.L.	.87**	.53**	.80**													
N.T.	.85**	.46**	.83**	.90**												
A.P.V.	.76**	.44**	.75**	.71**	.69**											
A.D.	.71**	.43**	.77**	.72**	.70**	.83**										
R.	.74**	.44**	.69**	.74**	.70**	.78**	.79**									
S.	.75**	.44**	.71**	.79**	.74**	.72**	.74**	.82**								
C.S.	-.19**	-.12	-.16*	-.16*	-.12	-.31**	-.30**	-.30**	-.35**							
P.C.	-.43**	-.13	-.38**	-.43**	-.36**	-.55**	-.55**	-.54**	-.52**	.77**						
C.	-.33**	-.11	-.32**	-.30**	-.24**	-.46**	-.47**	-.47**	-.42**	.72**	.84**					
C.E.H.	-.35**	-.21**	-.25**	-.29**	-.22**	-.35**	-.39**	-.30**	-.39**	.57**	.58**	.56**				
C.A.	-.32**	-.11	-.22**	-.26**	-.18*	-.26**	-.28**	-.27**	-.31**	.43**	.55**	.57**	.69**			
C.A.S.	-.46**	-.32**	-.35**	-.47**	-.35**	-.38**	-.46**	-.43**	-.51**	.05	.27**	.14	.36**	.46**		
C.I.M.P.	-.21**	-.15*	-.19**	-.18*	-.14*	-.37**	-.40**	-.32**	-.34**	.66**	.66**	.63**	.55**	.48**	.26**	

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*.La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Primera Parte: Dominios de Cond. Adaptativa

F.I.= Funcionamiento Independiente

D.F.= Desarrollo Físico

D.E.= Destrezas Económicas

D.L.= Desarrollo del Lenguaje

N.T.= Números y Tiempo

A.P.V.= Activ. Prevocaciones y Vocacionales

A.D.= Autodirección

R.= Responsabilidad

S.= Socialización

Segunda Parte: Dominios de Cond. Desadaptativa

C.S.= Problemas de Conducta Social

P.C.= Problemáticas en la Conformidad

C.= Problemáticas en la Confianza

C.E.H.= Comport. Estereotipados e Hiperactivos

C.A.= Comportamientos Autoabusivos

C.A.S.= Comport. de Aislamiento Social

C.I.M.P.=Comp. Interpersonales Molestos, Perturbadores

Como podemos observar en la tabla 31., las correlaciones obtenidas son altamente significativas en todos los dominios de la conducta adaptativa, lo que revela una cierta bondad en la interrelación de los items.

En cuanto a las correlaciones obtenidas en los dominios de conducta desadaptada, también se obtienen índices significativos. Sin embargo, en algún dominio, las puntuaciones no son tan altas, en concreto el relacionado con el comportamiento de aislamiento social, C.A.S. Creemos que la explicación puede deberse a que los sujetos que se aíslan socialmente, posiblemente manifiesten menos respuestas desadaptadas en otros dominios, por el mero hecho de su tendencia al aislamiento. Por otro lado hemos de considerar que no todos los sujetos que puntúan alto en un dominio desadaptado necesariamente han de puntuar alto en el resto de los dominios desadaptados.

Se observa de nuevo en esta tabla, las correlaciones negativas al cruzar las conductas adaptadas con las desadaptadas, lo cual, como sabemos, revela la función desfavorecedora que tienen las conductas desadaptadas en las adaptadas.

VI.3.2. Análisis Factorial

En el Manual de la versión original americana del ABS-S: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 valorar en nuestra adaptación del ABS-S:2, la existencia de los cinco factores encontrados en la Escala ABS-S:2 originaria, llevamos a cabo un análisis factorial, usando para ello la muestra de sujetos con retraso mental, y los resultados obtenidos por ellos en todos los ítems que componen 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,).

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-S:2 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 observar si utilizando los mismos agrupamientos encontramos la saturación suficiente que nos proporcione datos que revelen la presencia de dichos componentes.

Se utilizó el método de extracción de los componentes principales y el método de rotación Equamax 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:

TABLA 32. Resultados del Análisis Factorial. Items/Dominios de Primera Parte de la Escala ABS-S:2. Conductas Adaptativas..

Matriz de componentes rotados

	Componente		
	1	2	3
Comida, ítem 1, 3 y 4	,508	,262	,604
Uso del Servicio, ítems 5 y 6	,407	,148	,773
limpieza Personal, ítems 7, 8 y 10	,673	,294	,520
Apariencia, ítem 11	7,731E-02	,184	,856
Vestirse y Desvestirse, ítems 15 y 17	,530	,206	,674
Desarrollo Físico, ítems 25-30	9,020E-02	,176	,835
Comida, ítem 2	,682	,366	,307
Limpieza Personal, ítem 9	,705	,118	,235
Apariencia/Cuidado de la Ropa, ítems12-14	,691	,376	,342
Viaje, ítems18-21	,745	,403	,287
Otras Actividades de Independencia, ítems 22-24	,781	,438	,268
Actividades Económicas, ítems 31-36	,684	,570	,203
Desarrollo del Lenguaje, ítems 37-46	,695	,410	,390
Números y Tiempo, ítems 47-49	,712	,427	,278
Actividades Prev./Vocacionales, ítem 50	,308	,577	,375
Actividades Prev./Vocacionales, ítems 51y 52	,343	,735	,230
Autodirección, ítems 53 y 54	,180	,855	,158
Autodirección, ítems 55 y 56	,199	,870	,155
Autodirección, ítem 57	,231	,753	,218
Responsabilidad, ítems 58-60	,393	,696	,312
Socialización, ítems 61-67	,502	,584	,277

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Equamax con Kaiser.

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 de la tabla 32. se encuentra el factor denominado Autosuficiencia Comunitaria que explica el 28.5% del total de

la varianza. Bajo el segundo componente se encuentra el segundo factor, Responsabilidad Personal-Social que explica el 25.5% de la varianza. Y bajo el tercer componente, encontramos el factor de Autosuficiencia Personal con un peso del 20.3% de la varianza.

Con estos datos obtenemos una varianza acumulada del 74.3%. Quedaría un 25.7% que se repartiría en otros factores con mucha menor relevancia.

En la tabla expuesta con anterioridad (tabla 32) observamos la coincidencia componencial de la gran mayoría de los ítems en cada uno de los factores considerados en la Escala ABS-S:2 originaria. Tan sólo el ítem 50 no se ajusta a lo esperado, pues su índice de saturación se encuentra bastante repartido entre los tres componentes, acercándose incluso más, al segundo de los componentes, Responsabilidad Personal Social. De igual manera encontramos que los ítems de limpieza personal puntúan también alto en el componente de autosuficiencia comunitaria. La explicación no resulta fácil, hemos revisado la traducción de esos 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.

TABLA 33. Resultados del Análisis Factorial. Items/Dominios de Segunda Parte de la Escala ABS-S:2. Conductas Desadaptadas.

Matriz de componentes rotados

	Componente	
	1	2
Conducta Social, items 1-7	,899	,217
Conformidad, items 8-13	,850	,410
Confianza, 14-19	,805	,437
Cond. Estereotipadas e Hiperactivas, items 20-24	,353	,825
Conductas Autoabusivas items 25-27	,288	,890

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Equamax con Kaiser.

Observamos en el conjunto de los items de la Segunda Parte, referidos a la conducta desadaptada, la existencia de los dos componentes propuestos en la Escala ABS-S:2 originaria americana.

Estos dos componentes o factores encontrados obtienen, el primero Ajuste Social, un 47.7% de la varianza y el segundo, Ajuste Personal, un 37.6%. Por lo que el porcentaje acumulado explica el 89.3% de la varianza total.

Dado que las mayores cargas obtenidas en ambas tablas (32 y 33.), manifiestan la existencia y concordancia de los cinco principales factores propuestos por la AAMR en su escala ABS:S-2. Creemos acertado considerar también para nuestra Escala adaptada los factores propuestos.

VI. 3.3. Estudio de Validez de Criterio

Para complementar el estudio de validez, llevamos a cabo un análisis comparativo entre las puntuaciones de la Escala de Conducta Adaptativa, ABS-S:2 y el Inventario de Conducta Adaptativa para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP.

Ambos instrumentos fueron aplicados por los profesionales de los centros el mismo año, por lo que reflejan la situación del individuo en un mismo momento evolutivo.

Consideramos que el ICAP puede funcionar como criterio relevante, y por ello, esperamos que los resultados obtenidos evidencien la validación del ABS-S:2.

El ICAP ha sido aplicado en muchos centros ocupacionales dentro y fuera de la provincia de Burgos. Para la presente investigación hemos tenido la oportunidad de poder correlacionar ambos resultados. En este estudio disponemos de 11 sujetos a los cuales se les han aplicado ambas pruebas, la tabla descriptiva de los sujetos y los resultados de las correlaciones de Pearson han sido los siguientes:

TABLA 34. Descriptivos de los sujetos a los que se aplicó el ICAP

	Sexo							
	Masculino				Femenino			
	Administró la Escala				Administró la Escala			
	Educador, psicólogo, cuidador				Educador, psicólogo, cuidador			
	Lugar de residencia				Lugar de residencia			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	Capacidad Intelectual		Capacidad Intelectual		Capacidad Intelectual		Capacidad Intelectual	
	R.M. Ligero (70-55)	R.M. Medio (54-40)	R.M. Ligero (70-55)		R.M. Medio (54-40)	R.M. Severo (-40)	R.M. Ligero (70-55)	
	Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico		Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico	
	Se desconoce	Medio	Medio	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Alto
	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
17.00								1
18.00		1	1	1			1	
20.00			1		1			
21.00	1	1		1		1		

TABLA 35. Resultados de las Correlaciones entre instrumentos de conducta adaptativa (ICAP y el ABS-S:2)

		ICAP Destrezas Motoras	ICAP Destrezas Sociales y Comunicación	ICAP Destrezas en la Vida Personal	ICAP Destrezas en la Vida en Comunidad	ICAP Independencia General	ICAP Puntuación Directa Conducta Adaptativa	ICAP Problemas de Conducta	ICAP Puntuación de Servicio	ICAP Nivel de Servicio
Suma de los Dominios Adaptativos	Correlación de Pearson	.56	.59	0.66*	0.75**	0.68*	0.74**	-0.62*	0.78**	0.72*
	Sig. (bilateral)	.08	.05	.03	.01	.02	.01	.04	.00	.01
	N	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00
Suma de los dominios Desadaptados	Correlación de Pearson	-.02	-.33	-.30	-.17	-.22	-.26	.42	-.34	-.36
	Sig. (bilateral)	.95	.32	.36	.61	.51	.44	.20	.31	.28
	N	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede observar, existen numerosas puntuaciones que correlacionan con alta significatividad con el Inventario ICAP. Todas ellas

están referidas a las puntuaciones de los dominios de la conducta adaptativa.

Hay valores que son significativamente muy relevantes a nuestro modo de ver. Existe entre ambos instrumentos correlación altamente significativa entre los dominios de ambas pruebas que miden la suma total de conductas adaptativas. Además de esto se ha observado significatividad en las áreas más características que conforman el constructo de la conducta adaptativa (habilidades o destrezas personales y sociales o comunitarias).

El resto de correlaciones existentes entre la suma de conductas adaptativas del ABS-S:2 y las destrezas motoras y las destrezas sociales y de comunicación del ICAP, están muy próximas a ser significativas estudiándolas bilateralmente (0,5 y 0,08)

Este hecho lo hemos considerado importante, pues si bien estos tests miden cada uno aspectos diversos de dicha conducta, los resultados nos proporcionan la información de que ambos evalúan los dominios más representativos. Creemos que esta consideración otorga una mayor validez de contenido a la Escala que estamos valorando.

En cuanto a los valores encontrados en conducta desadaptada, como era de esperar, se obtienen correlaciones negativas con las conductas adaptativas y correlación positiva, aunque no significativa (0.20), con la puntuación global de los problemas de conducta del ICAP.

De lo anterior podemos pensar que ambos instrumentos recogen conductas problemáticas que correlacionan positivamente entre sí, y

además correlacionan (aunque pobremente) de forma negativa con los comportamientos adaptativos. Este último hecho, también lo vimos patente en nuestro estudio, cuando comprobamos la quinta hipótesis, de nuestro primer estudio y forma parte de la teoría que conforma en la actualidad el concepto de conductas adaptativas y del mismo concepto de retraso mental de la AAMR de 1992.

VI.4. BAREMACIÓN

Otro de los objetivos propuestos en esta investigación es el comprobar si con nuestros datos podemos obtener baremos correspondientes a cada submuestra de sujetos con y sin retraso mental. Sabemos que las puntuaciones directas de los tests son difíciles de interpretar por la gran variedad de escalas en las que se expresan. Por este motivo, este intento de normalización permite extraer significado a las puntuaciones de la Escala

Posiblemente las escalas con las que se está más familiarizado son las basadas en rangos percentiles. Un percentil corresponde con una particular puntuación directa y se interpreta como el porcentaje de examinados del grupo de referencia que puntúan por debajo de dicha puntuación (Martínez Arias, 1995).

Esperamos que aun teniendo menos sujetos en la muestra sin retraso mental, éstos obtengan unas puntuaciones que manifiesten la secuencia evolutiva de adquisición y uso de los diferentes dominios de conductas y áreas de habilidades adaptativas. Por el contrario, la muestra de sujetos con retraso mental al mostrar tanta variabilidad, es de esperar

que sus baremos manifiesten cierta irregularidad en cuanto a su adquisición evolutiva. En cuanto a las conductas desadaptadas, al no tener secuencia evolutiva, esperamos que los datos no revelen relación alguna con la edad de los sujetos.

A tal fin, mostramos a continuación los percentiles obtenidos en rangos de edad de la Escala ABS-S:2, recordando que, con ellos tan sólo pretendemos explorar y estimar los posibles parámetros poblacionales.

TABLA 36. Transformación de las Puntuaciones Directas del ABS-S:2 en Rangos Percentiles. Sujetos sin Retraso Mental

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	59	71	79	89	101
D.F.	19	22	23	23	24
D.E.	1	2	3	8	14
D.L.	24	27	32	38	43
N.T.	7	8	9	12	13
A.P.V.	4	5	7	10	11
A.D.	3	9	17	20	22
R.	3	7	8	9	9
S.	13	17	23	25	25
C.S.	0	1	9	12	20
P.C.	0	0	6	8	20
C.	0	0	2	5	12
C.E.H.	0	0	4	6	14
C.A.	0	0	1	2	7
C.A.S.	0	1	3	8	13
C.I.M.P.	0	0	4	8	16

a. Características de la muestra de sujetos = Sin Retraso Mental, N.=12.
Edad = 6-7 AÑOS

Primera Parte: Dominios de Cond. Adaptativa

F.I.= Funcionamiento Independiente

D.F.= Desarrollo Físico

D.E.= Destrezas Económicas

D.L.= Desarrollo del Lenguaje

N.T.= Números y Tiempo

A.P.V.= Activ. Prevocaciones y Vocacionales

A.D.= Autodirección

R.= Responsabilidad

S.= Socialización

Segunda Parte: Dominios de Cond. Desadaptativa

C.S.= Problemas de Conducta Social

P.C.= Problemáticas en la Conformidad

C.= Problemáticas en la Confianza

C.E.H.= Comport. Estereotipados e Hiperactivos

C.A.= Comportamientos Autoabusivos

C.A.S.= Comport. de Aislamiento Social

C.I.M.P.= Comport. Interpersonales Molestos y Perturbadores

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	92	96	98	102	104
D.F.	23	23	24	24	24
D.E.	6	7	11	14	15
D.L.	32	40	42	43	43
N.T.	9	12	14	14	14
A.P.V.	5	8	9	9	10
A.D.	9	19	21	23	23
R.	7	7	8	8	9
S.	20	20	23	24	25
C.S.	1	4	8	16	32
P.C.	0	0	3	6	15
C.	0	0	1	5	12
C.E.H.	0	0	0	2	19
C.A.	0	0	0	0	3
C.A.S.	0	0	1	2	4
C.I.M.P.	1	2	3	7	26

a. Características de la muestra de sujetos = Sin Retraso Mental, N =7.
Edad = 8-9 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	95	97	102	114	115
D.F.	21	23	24	24	24
D.E.	11	11	11	17	19
D.L.	40	41	42	43	43
N.T.	14	14	14	14	14
A.P.V.	7	7	9	10	10
A.D.	17	18	20	22	23
R.	6	7	8	9	9
S.	21	22	24	25	25
C.S.	1	2	6	11	12
P.C.	0	0	1	6	8
C.	0	0	2	8	10
C.E.H.	0	0	0	3	4
C.A.	0	0	0	1	1
C.A.S.	1	1	1	2	2
C.I.M.P.	1	2	4	4	4

a. Características de la muestra de sujetos = Sin Retraso Mental, N = 5.
Edad = 10-11 AÑOS

TABLA 37. Transformación de Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	102	105	108	112	113
D.F.	24	24	24	24	24
D.E.	13	13	14	15	16
D.L.	40	42	43	43	43
N.T.	13	14	14	14	14
A.P.V.	6	7	8	11	11
A.D.	16	17	21	22	23
R.	6	7	8	10	10
S.	23	23	24	25	25
C.S.	0	2	8	10	10
P.C.	0	0	2	5	6
C.	0	1	2	5	6
C.E.H.	0	0	1	2	2
C.A.	0	0	0	1	1
C.A.S.	0	0	0	2	2
C.I.M.P.	1	2	7	9	10

a. Características de la muestra de sujetos = sin Retraso Mental, N = 5.
Edad = 12-13 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	103	112	116	118	118
D.F.	23	23	24	24	24
D.E.	12	17	18	19	20
D.L.	40	42	43	43	43
N.T.	13	14	14	14	14
A.P.V.	9	10	10	11	11
A.D.	20	22	23	23	23
R.	7	8	10	10	10
S.	14	22	25	25	26
C.S.	0	5	9	18	36
P.C.	0	1	4	8	14
C.	0	0	2	3	19
C.E.H.	0	4	8	13	20
C.A.	0	0	2	4	6
C.A.S.	0	0	1	3	12
C.I.M.P.	0	1	3	7	9

a. Características de la muestra de sujetos = Sin Retraso Mental, N = 18.
Edad = 14-15 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	108	114	115	117	118
D.F.	22	23	24	24	24
D.E.	15	17	19	22	24
D.L.	39	42	43	43	43
N.T.	14	14	14	14	14
A.P.V.	8	9	10	11	11
A.D.	17	22	22	23	23
R.	6	8	9	10	10
S.	20	23	25	26	26
C.S.	1	8	9	14	21
P.C.	0	2	4	9	10
C.	0	0	2	4	9
C.E.H.	0	2	10	15	21
C.A.	0	0	2	4	11
C.A.S.	0	0	0	3	16
C.I.M.P.	0	2	5	9	16

a. Características de la muestra de sujetos = Sin Retraso Mental, N =15.
Edad = 16-17 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	115	115	117	119	119
D.F.	23	23	24	24	24
D.E.	22	22	24	24	24
D.L.	43	43	43	43	43
N.T.	14	14	14	14	14
A.P.V.	9	9	10	11	11
A.D.	22	22	22	23	23
R.	9	9	10	10	10
S.	24	24	24	25	25
C.S.	3	3	6	24	24
P.C.	1	1	1	2	2
C.	0	0	1	5	5
C.E.H.	0	0	2	15	15
C.A.	0	0	1	8	8
C.A.S.	1	1	1	9	9
C.I.M.P.	1	1	3	10	10

a. Características de la muestra de sujetos =Sin Retraso Mental, N =3.
Edad = 18

TABLA 37. Transformación de las Puntuaciones Directas del ABS-S:2 en Rangos Percentiles. Sujetos con Retraso Mental

Estadísticos ^a					
	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	38	47	63	73	80
D.F.	16	21	23	23	24
D.E.	0	0	2	2	3
D.L.	14	16	20	30	34
N.T.	1	3	5	6	9
A.P.V.	3	4	5	6	8
A.D.	2	4	8	11	15
R.	3	4	5	6	7
S.	7	13	15	17	19
C.S.	1	4	8	29	44
P.C.	4	8	11	19	36
C.	0	0	7	16	31
C.E.H.	0	1	6	18	40
C.A.	0	1	2	6	21
C.A.S.	1	1	2	17	18
C.I.M.P.	2	3	8	14	20

a. Características de la muestra de sujetos = Con Retraso Mental, N =11.
Edad = 6-7 AÑOS

Estadísticos ^a					
	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	15	42	68	87	97
D.F.	11	15	20	23	24
D.E.	0	0	5	7	10
D.L.	5	18	24	34	36
N.T.	0	3	7	10	13
A.P.V.	0	3	4	6	9
A.D.	1	4	6	14	20
R.	1	3	5	7	8
S.	4	10	12	20	23
C.S.	1	10	18	39	52
P.C.	4	5	12	18	27
C.	1	4	10	13	17
C.E.H.	0	3	15	27	38
C.A.	0	0	1	4	9
C.A.S.	1	1	3	8	18
C.I.M.P.	5	6	17	27	31

a. Características de la muestra de sujetos = Con Retraso Mental, N =16.
Edad = 8-9 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	32	54	71	87	107
D.F.	14	20	23	24	24
D.E.	0	0	4	7	10
D.L.	5	21	27	37	39
N.T.		4	8	10	14
A.P.V.	2	3	4	6	8
A.D.	0	5	9	11	21
R.		3	5	7	9
S.	4	11	17	21	23
C.S.	3	4	12	35	49
P.C.	1	3	10	21	46
C.	0	1	4	20	47
C.E.H.	0	2	5	13	26
C.A.	0	1	2	7	20
C.A.S.	0	2	4	8	18
C.I.M.P.	2	5	9	15	52

a. Características de la muestra de sujetos = Con Retraso Mental, N=20.
Edad = 10-11 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	41	66	79	88	107
D.F.	10	20	23	24	24
D.E.	0	3	4	7	13
D.L.	6	24	28	34	39
N.T.	1	4	8	12	14
A.P.V.	2	4	5	6	8
A.D.	2	6	8	11	15
R.	1	4	6	7	10
S.	8	13	17	19	23
C.S.	1	6	12	22	38
P.C.	0	4	7	17	21
C.	0	2	7	13	19
C.E.H.	0	3	8	18	30
C.A.	0	0	1	4	9
C.A.S.	0	1	2	7	22
C.I.M.P.	0	5	11	12	22

a. Características de la muestra de sujetos = Con Retraso Mental, N=24.
Edad = 12-13 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	30	70	87	104	118
D.F.	20	21	22	24	24
D.E.	0	5	9	13	19
D.L.	5	20	32	36	43
N.T.	0	3	11	14	14
A.P.V.	1	4	8	10	11
A.D.	1	6	11	18	23
R.	2	4	7	9	10
S.	8	11	20	24	25
C.S.	0	4	10	18	53
P.C.	0	1	6	18	36
C.	0	0	4	12	29
C.E.H.	0	1	4	9	17
C.A.	0	0	1	4	9
C.A.S.	0	2	4	7	7
C.I.M.P.	0	2	5	15	23

a. Características de la muestra de sujetos = Con Retraso Mental, N =13.
Edad = 14-15 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	9	72	104	115	118
D.F.	12	21	23	24	24
D.E.	0	1	11	18	24
D.L.	4	27	37	41	43
N.T.	0	7	14	14	14
A.P.V.	0	4	8	11	11
A.D.	1	4	15	21	23
R.	0	6	7	9	10
S.	3	17	20	25	26
C.S.	0	3	6	13	42
P.C.	0	1	5	11	34
C.	0	2	4	9	17
C.E.H.	1	2	7	9	29
C.A.	0	0	1	3	12
C.A.S.	0	1	4	9	20
C.I.M.P.	0	1	6	13	23

a. Características de la muestra de sujetos = Con Retraso Mental, N =18.
Edad = 16-17 AÑOS

Estadísticos ^a

	Percentiles				
	5	25	50	75	95
F.I.	42	88	109	114	117
D.F.	11	23	24	24	24
D.E.	2	8	15	17	21
D.L.	13	30	39	42	43
N.T.	2	9	13	14	14
A.P.V.	2	6	10	11	11
A.D.	3	13	17	22	23
R.	3	7	8	9	10
S.	14	20	22	24	25
C.S.	0	1	4	14	30
P.C.	0	0	2	7	18
C.	0	0	0	3	8
C.E.H.	0	0	2	5	20
C.A.	0	0	0	1	4
C.A.S.	0	0	2	7	13
C.I.M.P.	0	3	6	11	23

a. Características de la muestra de sujetos = con Retraso Mental, N =40.
Edad = 18-21 AÑOS

Tras la exposición de estas tablas se observa claramente como nuestras expectativas se han cumplido. Por un lado observamos, tras el recorrido de los diferentes rangos de edad, que los baremos de los sujetos sin retraso mental muestran la secuencia evolutiva esperada en los dominios de conducta adaptativa, mientras que en dichos dominios, esta secuencia no se observa tan claramente en los sujetos con retraso mental.

También observamos que los dominios referidos a conducta desadaptativa, que se evalúan en la Segunda Parte de la Escala ABS-S:2, no manifiestan secuencias evolutivas relacionadas con la edad de los sujetos en ninguna de las dos muestras utilizadas.

Comprobamos que existen dominios de conducta adaptativa que se consiguen a edades relativamente tempranas en los sujetos sin retraso

mental. Así en el segundo dominio, Desarrollo Físico, y en el quinto, Números y Tiempo, el 50% de los sujetos obtienen puntuaciones máximas a la edad de 8-9 años.

En el Dominio cuarto, Desarrollo del Lenguaje, el 50% de estos sujetos manifiesta haberlo conseguido a la edad de 12-13 años.

En el Dominio sexto, séptimo, octavo y noveno, Actividades Prevocacionales y Vocacionales, Autodirección, Responsabilidad y Socialización respectivamente, lo consiguen, con el mismo porcentaje, los sujetos de edades comprendidas entre los 14-15 años.

Las conductas del Primer dominio, Independencia Funcional, y del tercero, Destrezas Económicas, el 50% de los sujetos las adquieren más tardíamente, alrededor de los 18 años.

Esto nos indica que, posiblemente, cuando estos instrumentos se normalicen con un número mayor de sujetos de nuestro país, puede ser más conveniente, de cara a valorar las limitaciones de los sujetos con retraso mental, que se establezca una baremación normativa basándose en muestras poblacionales estratificadas según los porcentajes normalizados existentes en nuestra sociedad de sujetos con y sin retraso mental.

De esta manera, se podrá observar si las limitaciones de un sujeto con retraso mental en las conductas adaptativas o en dos o más áreas de habilidades adaptativas son o no significativamente inferiores a las obtenidas por la mayoría de las personas de su misma edad. (como

sabemos, este último criterio es requisito indispensable para diagnosticar a las personas de retraso mental).

VI.5. VALORACIÓN DE LAS ESCALAS DE CONDUCTA ADAPTATIVA ORIGINAL Y ADAPTADA ABS-S:2

Sabemos que numerosas Instituciones de alto prestigio se están esforzando en el cumplimiento de una serie de normas referidas al desarrollo y buen uso de los tests. Así por ejemplo, la Comisión Internacional de Tests, (ITC), ha elaborado Directrices para la traducción-adaptación de los tests; la American Psychological Association, (APA) ha establecido el Código de Prácticas adecuadas de los Test en Educación; en España, el mismo Colegio Oficial de Psicólogos adopta estas directrices y las expone en sus páginas de Internet.

Todas estas normas o directrices nos indican que a la hora de adaptar un instrumento hemos de estudiar o comprobar numerosos aspectos, tanto de la prueba originaria, como de la prueba adaptada.

Cuando se quiere valorar un instrumento publicado, de cara a su posible utilización, de deben de plantear, por lo tanto, una serie de importantes preguntas. En este estudio vamos a exponer las características que tiene la Escala Americana ABS-S:2. Estimaremos su calidad a través del modelo de cuestionario propuesto por Gerardo Prieto y José Muñiz, miembros de la Comisión de Tests, y dado a conocer por el Colegio Oficial de Psicólogos de España.

VI.5.1. Valoración de la Calidad según la Comisión de Tests del COP.

La Comisión de Tests del Colegio Oficial de Psicólogos ha diseñado un modelo estandarizado de evaluación de tests (CET) con la finalidad de revisar las pruebas empleadas en nuestro país (COP, <http://www.cop.es/tests/modelo.htm>).

El CET ha sido diseñado por Gerardo Prieto y José Muñiz para analizar fundamentalmente instrumentos psicométricos basados en la Teoría Clásica de los Tests. Las instrucciones dadas y las características del modelo son las siguientes:

Está estructurado en tres apartados; el primero tiene la finalidad de elaborar una descripción técnica del test. Está integrado por 31 ítems relativos al nombre de la prueba, autor, constructo medida, ámbito de aplicación, etc.

En el segundo apartado se incluye la evaluación técnica de las características del instrumento. Los expertos han de juzgar características como la fundamentación teórica, la adaptación/traducción (si el test ha sido construido en otro país), la fiabilidad, la validez, los baremos, etc. Para lograr este objetivo, se han incluido 32 ítems cerrados y 6 abiertos.

En la mayor parte de los ítems cerrados se propone un sistema de cinco categorías ordenadas en función de la calidad de la característica evaluada. Este sistema de cinco estrellas es similar al empleado por el Colegio de Psicólogos del Reino Unido.

En los ítems abiertos se solicita una justificación razonada de las respuestas a los ítems cerrados y una evaluación de cada característica.

En último apartado, se solicita una valoración global del test y un resumen de los dos primeros apartados, al objeto de resumir toda la información en una ficha técnica.

En líneas generales, el procedimiento de evaluación propuesto consiste en revisar los tests de forma sistemática por parte de expertos, utilizando el cuestionario de recogida de datos diseñado a tal efecto, inspirado en los modelos holandés e inglés actualmente en funcionamiento.

Vamos a revisar a través de este modelo de cuestionario la Escala ABS-S:2 originaria, al objeto de reproducir y estimar sus características más relevantes.

También intentaremos reflejar los datos que hasta este momento se poseen de la Escala ABS-S:2 adaptada (obtenidos como resultado de esta investigación). No queremos con ello ser pretenciosos, intentaremos, tan sólo, exponer en este cuestionario los hallazgos y resultados obtenidos en estos dos estudios. Por ello, procuraremos ser muy cautelosos, pues hemos de tener en cuenta que este estudio pretende principalmente ser la base de otro más amplio que, en un futuro próximo, permita la normalización para la población española.

Con ambas versiones cumplimentaremos también la última ficha que propone la Comisión de tests del COP, con la que obtendremos una visión de conjunto.

A continuación, se presenta el cuestionario completo.

VI.5.1.1. Cuestionario para la Evaluación de los Tests CET

VERSIÓN ORIGINAL	VERSIÓN ADAPTADA
<p>1. Descripción general del test</p> <p>1.1. Nombre del test: AAMR Adaptive Behavior Scale.School. ABS-S:2.</p> <p>1.2. Nombre del test en su versión original (si la versión española es una adaptación): AAMR Adaptive Behavior Scale.School. ABS-S:2.</p> <p>1.3. Autor/es del test original: Nadine Lambert; Kazuo Nihira y Henry Leland.</p> <p>1.4. Autor/es de la adaptación española:</p> <p>1.5. Editor del test en su versión original: PRO-ED. Austin, Texas 78757.</p> <p>1.6. Editor de la adaptación española:</p> <p>1.7. Fecha de publicación del test original: 1993.</p> <p>1.8. Fecha de publicación del test en su adaptación española:</p> <p>1.9. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:</p> <p>1.10. Clasifique el área general de la o las variables que pretende medir el test</p> <p>() Inteligencia</p> <p>() Aptitudes</p> <p>() Habilidades y Rendimiento académico</p> <p>() Psicomotricidad</p> <p>() Alteraciones neuropsicológicas</p>	<p>1. Descripción general del test</p> <p>1.1. Nombre del test: AAMR Escala de Conducta adaptativa ABS-S:2 –Centros Educativos-.</p> <p>1.2. Nombre del test en su versión original (si la versión española es una adaptación): AAMR Adaptive Behavior Scale.School. ABS-S:2.</p> <p>1.3. Autor/es del test original: Nadine Lambert; Kazuo Nihira y Henry Leland.</p> <p>1.4. Autor/es de la adaptación española: M^a Isabel García Alonso.</p> <p>1.5. Editor del test en su versión original: PRO-ED. Austin, Texas 78757.</p> <p>1.6. Editor de la adaptación española:</p> <p>1.7. Fecha de publicación del test original: 1993.</p> <p>1.8. Fecha de publicación del test en su adaptación española:</p> <p>1.9. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:</p> <p>1.10. Clasifique el área general de la o las variables que pretende medir el test</p> <p>() Inteligencia</p> <p>() Aptitudes</p> <p>() Habilidades y Rendimiento académico</p> <p>() Psicomotricidad</p> <p>() Alteraciones neuropsicológicas</p>

☐ <i>Personalidad</i>	☐ <i>Personalidad</i>
☐ <i>Motivación</i>	☐ <i>Motivación</i>
☐ <i>Actitudes</i>	☐ <i>Actitudes</i>
☐ <i>Intereses</i>	☐ <i>Intereses</i>
☐ <i>Valores</i>	☐ <i>Valores</i>
☐ <i>Otros (Indique cuál:..Conducta Adaptativa)</i>	☐ <i>Otros (Indique cuál:...Conducta Adaptativa)</i>
<p>1.11. Breve descripción de la variable o variables que pretende medir el test: Primera Parte, 9 Dominios de Conducta Adaptativa: (Funcionamiento Independiente; Desarrollo Físico; Destrezas Económicas; Desarrollo del Lenguaje; Número y Tiempo; Actividades Prevocacionales y Vocacionales; Autodirección; Responsabilidad y Socialización).</p> <p>Segunda Parte, 7 Dominios de Conducta Desadaptada: (Conducta Social; Problemáticas relacionadas con la Conformidad; Problemáticas relacionadas con la Confianza; Comportamiento Estereotipado e Hiperactivo; Comportamiento Autoabusivo; Aislamiento Social y Comportamiento Interpersonal Molesto y Perturbador).</p>	<p>1.11. Breve descripción de la variable o variables que pretende medir el test: Primera Parte, 9 Dominios de Conducta Adaptativa: (Funcionamiento Independiente; Desarrollo Físico; Destrezas Económicas; Desarrollo del Lenguaje; Número y Tiempo; Actividades Prevocacionales y Vocacionales; Autodirección; Responsabilidad y Socialización).</p> <p>Segunda Parte, 7 Dominios de Conducta Desadaptada: (Conducta Social; Problemáticas relacionadas con la Conformidad; Problemáticas relacionadas con la Confianza; Comportamiento Estereotipado e Hiperactivo; Comportamiento Autoabusivo; Aislamiento Social y Comportamiento Interpersonal Molesto y Perturbador).</p>
1.12. Area de aplicación	1.12. Area de aplicación
☒ <i>Psicología clínica</i>	☒ <i>Psicología clínica</i>
☒ <i>Psicología educativa</i>	☒ <i>Psicología educativa</i>
☐ <i>Neuropsicología</i>	☐ <i>Neuropsicología</i>
☐ <i>Psicología forense</i>	☐ <i>Psicología forense</i>
☐ <i>Psicología del trabajo y las organizaciones</i>	☐ <i>Psicología del trabajo y las organizaciones</i>
☐ <i>Psicología del deporte</i>	☐ <i>Psicología del deporte</i>
☒ <i>Servicios sociales</i>	☒ <i>Servicios sociales</i>
☐ <i>Psicología del Tráfico</i>	☐ <i>Psicología del Tráfico</i>
☐ <i>Otros (Indique cuál:.....)</i>	☐ <i>Otros (Indique cuál:.....)</i>
1.13. Formato de los ítems:	1.13. Formato de los ítems:
☐ <i>Respuesta libre</i>	☐ <i>Respuesta libre</i>
☒ <i>Respuesta dicotómica (sí/no, verdadero/falso, etc)</i>	☒ <i>Respuesta dicotómica (sí/no, verdadero/falso, etc)</i>

☐ Elección múltiple	☐ Elección múltiple
☐ Tipo Likert	☐ Tipo Likert
☐ Adjetivos bipolares	☐ Adjetivos bipolares
☐ Otro (Indique cuál:.....)	☐ Otro (Indique cuál:.....)
1.14. Número de ítems: 67 ítems para la Primera Parte y 37 para la Segunda Parte. Cada ítem tiene diversos reactivos.	1.14. Número de ítems: 67 ítems para la Primera Parte y 37 para la Segunda Parte. Cada ítem tiene diversos reactivos.
1.15. Soporte:	1.15. Soporte:
☐ Administración oral	☐ Administración oral
☒ Papel y lápiz	☒ Papel y lápiz
☐ Manipulativo	☐ Manipulativo
☐ Informatizado	☐ Informatizado
☐ Otro (Indique cuál:.....)	☐ Otro (Indique cuál:.....)
1.16. Cualificación requerida para el uso del test de acuerdo con la documentación aportada:	1.16. Cualificación requerida para el uso del test de acuerdo con la documentación aportada:
☒ Ninguna, sólo entrenamiento	☒ Ninguna, sólo entrenamiento
☐ Entrenamiento y Acreditación específica*	☐ Entrenamiento y Acreditación específica*
☐ Nivel A	☐ Nivel A
☐ Nivel B	☐ Nivel B
☐ Nivel C	☐ Nivel C
☐ Otra (Indique cuál:.....)	☐ Otra (Indique cuál:.....)
*Indique el nombre de la institución que lleva a cabo la acreditación:	*Indique el nombre de la institución que lleva a cabo la acreditación:
1.17. Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable (especifique el rango de edad, nivel educativo, etc., y si el test es aplicable en ciertas poblaciones específicas: minorías étnicas, discapacitados, grupos clínicos, etc.): Población en periodo educativo. Edades: 6-21 años. Sujetos con y sin retraso mental.	1.17. Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable (especifique el rango de edad, nivel educativo, etc., y si el test es aplicable en ciertas poblaciones específicas: minorías étnicas, discapacitados, grupos clínicos, etc.): Población en periodo educativo. Edades: 6-21 años. Sujetos con y sin retraso mental.
1.18. Indique si existen diferentes formas del test y sus características (formas paralelas, versiones abreviadas, versiones informatizadas o impresas, etc). En el caso de que existan versiones informatizadas, describa los requisitos mínimos del	1.18. Indique si existen diferentes formas del test y sus características (formas paralelas, versiones abreviadas, versiones informatizadas o impresas, etc). En el caso de que existan versiones informatizadas, describa los requisitos mínimos del

hardware y software.	hardware y software.
1.19. Procedimiento de corrección:	1.19. Procedimiento de corrección:
☐ Manual mediante plantilla	☐ Manual mediante plantilla
☐ Lectora óptica	☐ Lectora óptica
☐ Automatizada por ordenador	☐ Automatizada por ordenador
☐ Efectuado exclusivamente por la empresa suministradora	☐ Efectuado exclusivamente por la empresa suministradora
☐ Mediante expertos	☐ Mediante expertos
☐ Otro: Sumativa de los puntos conseguidos, transformación a puntuaciones típicas y utilización de baremos.	☐ Otro: Sumativa de los puntos conseguidos en los ítems y dominios.
1.20. Puntuaciones: (Describa el procedimiento para obtener las puntuaciones directas). Sumativa de los puntos conseguidos en los ítems, dominios y factores.	1.20. Puntuaciones: (Describa el procedimiento para obtener las puntuaciones directas). Sumativa de los puntos conseguidos en los ítems, dominios y factores.
1.21. Transformación de las puntuaciones:	1.21. Transformación de las puntuaciones:
☐ Característica no aplicable para este instrumento	☐ Característica no aplicable para este instrumento
☒ Normalizada	☐ Normalizada
☐ No normalizada	☒ No normalizada
1.22. Escalas utilizadas:	1.22. Escalas utilizadas: Sólo para estudio
☒ Centiles	☒ Centiles
☒ Puntuaciones típicas	☐ Puntuaciones típicas
☐ Cocientes de desviación	☐ Cocientes de desviación
☐ Eneatipos	☐ Eneatipos
☐ Decatipos	☐ Decatipos
☐ T	☐ T
☐ Otra (Indique cuál:.....edades equivalentes)	☐ Otra (Indique cuál:.....)
1.23. Posibilidad de obtener informes automatizados:	1.23. Posibilidad de obtener informes automatizados:
☐ No	☐ No
☒ Sí*	☐ Sí*
*Breve descripción:	*Breve descripción:

<p>1.24. El editor ofrece un servicio para la corrección y/o elaboración de informes:</p> <p>☐ No</p> <p>☐ Si</p> <p>1.25. Tiempo estimado para la aplicación del test (instrucciones, ejemplos y respuestas a los ítems).</p> <p>En aplicación individual: 30 minutos</p> <p>En aplicación colectiva:.....</p> <p>1.26. Documentación aportada por el editor:</p> <p>☒ Manual del evaluador</p> <p>☐ Libros o artículos complementarios</p> <p>☐ Disketes/CD</p> <p>☐ Otra (Indique cuál:.....)</p> <p>1.27. Precio de un juego completo de la prueba (documentación, test, plantillas de corrección; en el caso de tests informatizados no se incluye el costo del hardware): Al cambio, incluido el ABS-S:2, ABS-RC:2 y el AAA unas 60.000-70.000 pts. Con 25 ejemplares de cada protocolo de cumplimentación y de corrección.</p> <p>1.28. Precio y número de ejemplares del paquete de cuadernillos (tests de papel y lápiz): 25 ejemplares.</p> <p>1.29. Precio y número de ejemplares del paquete de hojas de respuesta (tests de papel y lápiz): 25 ejemplares.</p> <p>1.30. Precio de la corrección y/o elaboración de informes por parte del editor:</p> <p>1.31. Bibliografía básica acerca del test aportada en la documentación: Numerosas referencias bibliográficas.</p> <p>2. Valoración de las características del test</p> <p>2.1. Calidad de los materiales del test (objetos, material impreso o software):</p> <p>* ☐ Inadecuada</p> <p>** ☐ Adecuada pero con algunas carencias</p>	<p>1.24. El editor ofrece un servicio para la corrección y/o elaboración de informes:</p> <p>☐ No</p> <p>☐ Si</p> <p>1.25. Tiempo estimado para la aplicación del test (instrucciones, ejemplos y respuestas a los ítems).</p> <p>En aplicación individual: 30 minutos</p> <p>En aplicación colectiva:.....</p> <p>1.26. Documentación aportada:</p> <p>☒ Manual para la aplicación</p> <p>☐ Libros o artículos complementarios</p> <p>☐ Disketes/CD</p> <p>☐ Otra (Indique cuál:.....)</p> <p>1.27. Precio de un juego completo de la prueba (documentación, test, plantillas de corrección; en el caso de tests informatizados no se incluye el costo del hardware):</p> <p>1.28. Precio y número de ejemplares del paquete de cuadernillos (tests de papel y lápiz):</p> <p>1.29. Precio y número de ejemplares del paquete de hojas de respuesta (tests de papel y lápiz):</p> <p>1.30. Precio de la corrección y/o elaboración de informes por parte del editor:</p> <p>1.31. Bibliografía básica acerca del test aportada en la documentación: Si</p> <p>2. Valoración de las características del test</p> <p>2.1. Calidad de los materiales del test (objetos, material impreso o software):</p> <p>* ☐ Inadecuada</p> <p>** ☐ Adecuada pero con algunas carencias</p>
--	--

<p>*** () Adecuada</p> <p>**** (X) Buena</p> <p>***** () Excelente (Impresión y presentación de gran calidad, software muy atractivo y eficiente, etc.)</p> <p>2.2. Calidad de la documentación aportada:</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** () Buena</p> <p>***** (X) Excelente (Descripción muy clara y completa de las características técnicas, fundamentada en abundantes datos y referencias)</p> <p>2.3. Fundamentación teórica:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** (X) Buena</p> <p>***** () Excelente (Descripción muy clara y documentada del constructo que se pretende medir y del procedimiento de medición)</p> <p>2.4. Adaptación del test (si el test ha sido traducido y adaptado para su aplicación en España):</p> <p>() Característica no aplicable para este instrumento</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** () Buena</p>	<p>*** (X) Adecuada</p> <p>**** () Buena</p> <p>***** () Excelente (Impresión y presentación de gran calidad, software muy atractivo y eficiente, etc.)</p> <p>2.2. Calidad de la documentación aportada:</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** (.) Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** (X) Adecuada</p> <p>**** () Buena</p> <p>***** () Excelente (Descripción muy clara y completa de las características técnicas, fundamentada en abundantes datos y referencias)</p> <p>2.3. Fundamentación teórica:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** (X) Adecuada</p> <p>**** () Buena</p> <p>***** () Excelente (Descripción muy clara y documentada del constructo que se pretende medir y del procedimiento de medición)</p> <p>2.4. Adaptación del test (si el test ha sido traducido y adaptado para su aplicación en España):</p> <p>() Característica no aplicable para este instrumento</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** (X) Adecuada</p> <p>**** () Buena</p>
--	--

<p>**** () Excelente (Descripción precisa del procedimiento de traducción, de la adaptación de los ítems a la cultura española, de los estudios de equivalencia con la versión original, utilización de la normativa de la International Test Commission, etc.).</p> <p>2.5. Calidad de las instrucciones:</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** () Buena</p> <p>**** (X) Excelente (Claras y precisas. Muy adecuadas para las poblaciones a las que va dirigido el test).</p> <p>2.6. Facilidad para comprender la tarea :</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Suficiente</p> <p>**** () Buena</p> <p>**** (X) Excelente (Los sujetos de las poblaciones a las que va dirigido el test pueden comprender fácilmente la tarea a realizar).</p> <p>2.7. Facilidad para registrar las respuestas :</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** (X) Buena</p> <p>**** () Excelente (El procedimiento para emitir o registrar las respuestas es muy simple por lo que se evitan los errores en la anotación).</p> <p>2.8. Calidad de los ítems (aspectos formales):</p> <p>* () Inadecuada</p>	<p>**** () Excelente (Descripción precisa del procedimiento de traducción, de la adaptación de los ítems a la cultura española, de los estudios de equivalencia con la versión original, utilización de la normativa de la International Test Commission, etc.).</p> <p>2.5. Calidad de las instrucciones:</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** (X) Buena</p> <p>**** () Excelente (Claras y precisas. Muy adecuadas para las poblaciones a las que va dirigido el test).</p> <p>2.6. Facilidad para comprender la tarea :</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Suficiente</p> <p>**** () Buena</p> <p>**** (X) Excelente (Los sujetos de las poblaciones a las que va dirigido el test pueden comprender fácilmente la tarea a realizar).</p> <p>2.7. Facilidad para registrar las respuestas :</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** (X) Buena</p> <p>**** () Excelente (El procedimiento para emitir o registrar las respuestas es muy simple por lo que se evitan los errores en la anotación).</p> <p>2.8. Calidad de los ítems (aspectos formales):</p> <p>* () Inadecuada</p>
--	--

<p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** (X) Buena</p> <p>***** () Excelente (La redacción y el diseño son muy apropiados)</p> <p>2.9. Análisis de los ítems</p> <p>2.9.1 Datos sobre el análisis de los ítems:</p> <p>() Característica no aplicable para este instrumento</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuados</p> <p>** () Adecuados pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuados</p> <p>**** (X) Buenos</p> <p>***** () Excelentes (Información detallada sobre diversos estudios acerca de las características psicométricas de los ítems: dificultad o variabilidad, discriminación, validez, distractores, etc.)</p> <p>2.10. Validez</p> <p>2.10.1. Validez de contenido:</p> <p>2.10.1.1. Calidad de la representación del contenido o dominio:</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** () Buena</p> <p>***** (X) Excelente (En la documentación se presenta una precisa definición del contenido. Los ítems muestrean adecuadamente todas las facetas del contenido)</p> <p>2.10.1.2. Consultas a expertos:</p> <p>(X) No se aporta información en la documentación</p>	<p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** (X) Buena</p> <p>***** () Excelente (La redacción y el diseño son muy apropiados)</p> <p>2.9. Análisis de los ítems</p> <p>2.9.1 Datos sobre el análisis de los ítems:</p> <p>() Característica no aplicable para este instrumento</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuados</p> <p>** () Adecuados pero con algunas carencias</p> <p>*** (X) Adecuados</p> <p>**** () Buenos</p> <p>***** () Excelentes (Información detallada sobre diversos estudios acerca de las características psicométricas de los ítems: dificultad o variabilidad, discriminación, validez, distractores, etc.)</p> <p>2.10. Validez</p> <p>2.10.1. Validez de contenido:</p> <p>2.10.1.1. Calidad de la representación del contenido o dominio:</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** (X) Buena</p> <p>***** () Excelente (En la documentación se presenta una precisa definición del contenido. Los ítems muestrean adecuadamente todas las facetas del contenido)</p> <p>2.10.1.2. Consultas a expertos:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p>
--	--

<p><i>* () No se ha consultado a expertos sobre la representación del contenido</i></p> <p><i>** () Se ha consultado de manera informal a un pequeño número de expertos</i></p> <p><i>*** () Se ha consultado a un pequeño número de expertos mediante un procedimiento sistematizado (N<10)</i></p> <p><i>**** () Se ha consultado a un número moderado de expertos mediante un procedimiento sistematizado (10 N 30)</i></p> <p><i>***** () Se ha consultado a un amplio número de expertos mediante un un procedimiento sistematizado (N>30)</i></p> <p>2.10.2. Validez de constructo:</p> <p>2.10.2.1. Diseños empleados:</p> <p><i>() No se aporta información en la documentación</i></p> <p><i>(X) Correlaciones con otros tests</i></p> <p><i>(X) Diferencias entre grupos</i></p> <p><i>() Matriz multirasgo-multimétodo</i></p> <p><i>(X) Análisis factorial exploratorio</i></p> <p><i>(X) Análisis factorial confirmatorio</i></p> <p><i>() Diseños experimentales</i></p> <p><i>() Otros (Indique cuales:.....).</i></p> <p>2.10.2.2. Tamaño de las muestras en la validación de constructo:</p> <p><i>() No se aporta información en la documentación</i></p> <p><i>* () Un estudio con una muestra pequeña (N<200)</i></p> <p><i>** () Un estudio con una muestra moderada (200 N<500)</i></p> <p><i>*** () Un estudio con una muestra grande (N 500)</i></p> <p><i>**** () Varios estudios con muestras de tamaño moderado</i></p>	<p><i>* () No se ha consultado a expertos sobre la representación del contenido</i></p> <p><i>** () Se ha consultado de manera informal a un pequeño número de expertos</i></p> <p><i>*** (X) Se ha consultado a un pequeño número de expertos mediante un procedimiento sistematizado (N<10)</i></p> <p><i>**** () Se ha consultado a un número moderado de expertos mediante un procedimiento sistematizado (10 N 30)</i></p> <p><i>***** () Se ha consultado a un amplio número de expertos mediante un un procedimiento sistematizado (N>30)</i></p> <p>2.10.2. Validez de constructo:</p> <p>2.10.2.1. Diseños empleados:</p> <p><i>() No se aporta información en la documentación</i></p> <p><i>(X) Correlaciones con otros tests</i></p> <p><i>(X) Diferencias entre grupos</i></p> <p><i>() Matriz multirasgo-multimétodo</i></p> <p><i>(X) Análisis factorial exploratorio</i></p> <p><i>() Análisis factorial confirmatorio</i></p> <p><i>() Diseños experimentales</i></p> <p><i>() Otros (Indique cuales:..Intercorrelación entre los ítems).</i></p> <p>2.10.2.2. Tamaño de las muestras en la validación de constructo:</p> <p><i>() No se aporta información en la documentación</i></p> <p><i>* (X) Un estudio con una muestra pequeña (N<200)</i></p> <p><i>** () Un estudio con una muestra moderada (200 N<500)</i></p> <p><i>*** () Un estudio con una muestra grande (N 500)</i></p> <p><i>**** () Varios estudios con muestras de tamaño moderado</i></p>
---	--

<p>**** (X) Varios estudios con muestras grandes</p> <p>2.10.2.3. Procedimiento de selección de las muestras*:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>() Incidental</p> <p>(X) Aleatorio</p> <p>*Describe brevemente el procedimiento de selección.</p> <p>2.10.2.4. Mediana de las correlaciones del test con otros tests similares:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada ($r < 0.25$)</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias ($0.25 \leq r < 0.40$)</p> <p>*** () Adecuada ($0.40 \leq r < 0.50$)</p> <p>**** () Buena ($0.50 \leq r < 0.60$)</p> <p>***** (X) Excelente ($r \geq 0.60$)</p> <p>2.10.2.5. Calidad de los tests empleados como criterio o marcador:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** () Buena</p> <p>***** (X) Excelente</p> <p>2.10.2.6. Datos sobre el sesgo de los ítems:</p> <p>() Característica no aplicable para este instrumento</p> <p>(X) No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuados</p>	<p>**** () Varios estudios con muestras grandes</p> <p>2.10.2.3. Procedimiento de selección de las muestras*:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>() Incidental</p> <p>() Aleatorio</p> <p>*Describe brevemente el procedimiento de selección.</p> <p>2.10.2.4. Mediana de las correlaciones del test con otros tests similares:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada ($r < 0.25$)</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias ($0.25 \leq r < 0.40$)</p> <p>*** () Adecuada ($0.40 \leq r < 0.50$)</p> <p>**** () Buena ($0.50 \leq r < 0.60$)</p> <p>***** (X) Excelente ($r \geq 0.60$)</p> <p>2.10.2.5. Calidad de los tests empleados como criterio o marcador:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuada</p> <p>**** () Buena</p> <p>***** (X) Excelente</p> <p>2.10.2.6. Datos sobre el sesgo de los ítems:</p> <p>() Característica no aplicable para este instrumento</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuados</p>
---	---

<p>** () Adecuados pero con algunas carencias</p> <p>*** () Adecuados</p> <p>**** () Buenos</p> <p>***** () Excelentes (Información detallada sobre diversos estudios acerca del sesgo de los ítems relacionado con el sexo, la lengua materna, etc. Empleo de la metodología apropiada)</p> <p>2.10.3. Validez predictiva</p> <p>2.10.3.1. Describa los criterios empleados y las características de las poblaciones:</p> <p>2.10.3.1. Diseño de selección del criterio:</p> <p>() Concurrente</p> <p>(X) Predictivo</p> <p>() Retrospectivo</p> <p>2.10.3.2. Tamaño de las muestras en la validación predictiva:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Un estudio con una muestra pequeña (N<100)</p> <p>** () Un estudio con una muestra moderada (100 N<200)</p> <p>*** () Un estudio con una muestra grande y representativa (N=200)</p> <p>**** (X) Varios estudios con muestras representativas de tamaño moderado</p> <p>***** () Varios estudios con muestras grandes y representativas</p> <p>2.10.3.3. Procedimiento de selección de las muestras*:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>() Incidental</p> <p>(X) Aleatorio</p> <p>*Describa brevemente el procedimiento de selección: Se llevaron a cabo varios estudios</p>	<p>** () Adecuados pero con algunas carencias</p> <p>*** (X) Adecuados</p> <p>**** () Buenos</p> <p>***** () Excelentes (Información detallada sobre diversos estudios acerca del sesgo de los ítems relacionado con el sexo, la lengua materna, etc. Empleo de la metodología apropiada)</p> <p>2.10.3. Validez predictiva</p> <p>2.10.3.1. Describa los criterios empleados y las características de las poblaciones:</p> <p>2.10.3.1. Diseño de selección del criterio:</p> <p>() Concurrente</p> <p>() Predictivo</p> <p>() Retrospectivo</p> <p>2.10.3.2. Tamaño de las muestras en la validación predictiva:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Un estudio con una muestra pequeña (N<100)</p> <p>** () Un estudio con una muestra moderada (100 N<200)</p> <p>*** () Un estudio con una muestra grande y representativa (N=200)</p> <p>**** () Varios estudios con muestras representativas de tamaño moderado</p> <p>***** () Varios estudios con muestras grandes y representativas</p> <p>2.10.3.3. Procedimiento de selección de las muestras*:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>() Incidental</p> <p>() Aleatorio</p> <p>*Describa brevemente el procedimiento de selección: Se llevaron a cabo varios estudios</p>
---	---

<p><i>algunos incidentales y otros preparados a tal fin.</i></p> <p>2.10.3.4. Mediana de las correlaciones del test con los criterios:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada ($r < 0.20$)</p> <p>** () Suficiente ($0.20 \leq r < 0.35$)</p> <p>*** () Buena ($0.35 \leq r < 0.45$)</p> <p>**** (X) Muy buena ($0.45 \leq r < 0.55$)</p> <p>***** () Excelente ($r \geq 0.55$)</p> <p>2.10.4. Comentarios sobre la validez en general: No hemos encontrado ningún dato preocupante.</p> <p>2.11. Fiabilidad</p> <p>2.11.1. Datos aportados sobre la fiabilidad:</p> <p>() Un único coeficiente de fiabilidad</p> <p>() Un único error típico de medida</p> <p>(X) Coeficientes de fiabilidad para diferentes grupos de sujetos</p> <p>(X) Error típico de medida para diferentes grupos de sujetos</p> <p>2.11.2. Equivalencia (Formas paralelas):</p> <p>2.11.2.1. Tamaño de las muestras en los estudios de equivalencia:</p> <p>(X) No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Un estudio con una muestra pequeña ($N < 200$)</p> <p>** () Un estudio con una muestra moderada ($200 \leq N < 500$)</p> <p>*** () Un estudio con una muestra grande ($N \geq 500$)</p> <p>**** () Varios estudios con muestras de tamaño moderado</p> <p>***** () Varios estudios con muestras</p>	<p><i>algunos incidentales y otros preparados a tal fin.</i></p> <p>2.10.3.4. Mediana de las correlaciones del test con los criterios:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada ($r < 0.20$)</p> <p>** () Suficiente ($0.20 \leq r < 0.35$)</p> <p>*** () Buena ($0.35 \leq r < 0.45$)</p> <p>**** () Muy buena ($0.45 \leq r < 0.55$)</p> <p>***** () Excelente ($r \geq 0.55$)</p> <p>2.10.4. Comentarios sobre la validez en general: No hemos encontrado ningún dato preocupante.</p> <p>2.11. Fiabilidad</p> <p>2.11.1. Datos aportados sobre la fiabilidad:</p> <p>() Un único coeficiente de fiabilidad</p> <p>() Un único error típico de medida</p> <p>(X) Coeficientes de fiabilidad para diferentes grupos de sujetos</p> <p>() Error típico de medida para diferentes grupos de sujetos</p> <p>2.11.2. Equivalencia (Formas paralelas):</p> <p>2.11.2.1. Tamaño de las muestras en los estudios de equivalencia:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* (·) Un estudio con una muestra pequeña ($N < 200$)</p> <p>** () Un estudio con una muestra moderada ($200 \leq N < 500$)</p> <p>*** () Un estudio con una muestra grande ($N \geq 500$)</p> <p>**** () Varios estudios con muestras de tamaño moderado</p> <p>***** () Varios estudios con muestras</p>
---	---

grandes	grandes
2.11.2.2. Mediana de los coeficientes de equivalencia:	2.11.2.2. Mediana de los coeficientes de equivalencia:
() No se aporta información en la documentación	() No se aporta información en la documentación
* () Inadecuada ($r < 0.50$)	* () Inadecuada ($r < 0.50$)
** () Adecuada pero con algunas carencias ($0.50 \leq r < 0.60$)	** () Adecuada pero con algunas carencias ($0.50 \leq r < 0.60$)
*** () Adecuada ($0.60 \leq r < 0.70$)	*** () Adecuada ($0.60 \leq r < 0.70$)
**** () Buena ($0.70 \leq r < 0.80$)	**** () Buena ($0.70 \leq r < 0.80$)
***** () Excelente ($r \geq 0.80$)	***** () Excelente ($r \geq 0.80$)
2.11.3. Consistencia interna	2.11.3. Consistencia interna
2.11.3.1. Tamaño de las muestras en los estudios de consistencia:	2.11.3.1. Tamaño de las muestras en los estudios de consistencia:
() No se aporta información en la documentación	() No se aporta información en la documentación
* () Un estudio con una muestra pequeña ($N < 200$)	* (X) Un estudio con una muestra pequeña ($N < 200$)
** () Un estudio con una muestra moderada ($200 \leq N < 500$)	** () Un estudio con una muestra moderada ($200 \leq N < 500$)
*** (X) Un estudio con una muestra grande ($N \geq 500$)	*** () Un estudio con una muestra grande ($N \geq 500$)
**** () Varios estudios con muestras de tamaño moderado	**** () Varios estudios con muestras de tamaño moderado
***** () Varios estudios con muestras grandes	***** () Varios estudios con muestras grandes
2.11.3.2. Mediana de los coeficientes de consistencia:	2.11.3.2. Mediana de los coeficientes de consistencia:
() No se aporta información en la documentación	() No se aporta información en la documentación
* () Inadecuada ($r < 0.60$)	* () Inadecuada ($r < 0.60$)
** () Adecuada pero con algunas carencias ($0.60 \leq r < 0.70$)	** () Adecuada pero con algunas carencias ($0.60 \leq r < 0.70$)
*** () Adecuada ($0.70 \leq r < 0.80$)	*** (X) Adecuada ($0.70 \leq r < 0.80$)
**** (X) Buena ($0.80 \leq r < 0.85$)	**** () Buena ($0.80 \leq r < 0.85$)
***** () Excelente ($r \geq 0.85$)	***** () Excelente ($r \geq 0.85$)

<p>2.11.4. Estabilidad (Test-Retest)</p> <p>2.11.4.1. Tamaño de las muestras en los estudios de estabilidad:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Un estudio con una muestra pequeña ($N < 100$)</p> <p>** () Un estudio con una muestra moderada ($100 \leq N < 200$)</p> <p>*** () Un estudio con una muestra grande ($N \geq 200$)</p> <p>**** (X) Varios estudios con muestras de tamaño moderado</p> <p>***** () Varios estudios con muestras grandes</p> <p>2.11.4.2. Mediana de los coeficientes de estabilidad:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada ($r < 0.55$)</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias ($0.55 \leq r < 0.65$)</p> <p>*** () Adecuada ($0.65 \leq r < 0.75$)</p> <p>**** (X) Buena ($0.75 \leq r < 0.80$)</p> <p>***** () Excelente ($r \geq 0.80$)</p> <p>2.11. 5 Comentarios sobre la fiabilidad en general: No se han encontrado aspectos preocupantes</p> <p>2.12. Normas</p> <p>2.12.1. Calidad de las normas:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Un baremo que no es aplicable a la población objetivo</p> <p>** () Un baremo aplicable a la población objetivo con cierta precaución</p>	<p>2.11.4. Estabilidad (Test-Retest)</p> <p>2.11.4.1. Tamaño de las muestras en los estudios de estabilidad:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* (X) Un estudio con una muestra pequeña ($N < 100$)</p> <p>** () Un estudio con una muestra moderada ($100 \leq N < 200$)</p> <p>*** () Un estudio con una muestra grande ($N \geq 200$)</p> <p>**** () Varios estudios con muestras de tamaño moderado</p> <p>***** () Varios estudios con muestras grandes</p> <p>2.11.4.2. Mediana de los coeficientes de estabilidad:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Inadecuada ($r < 0.55$)</p> <p>** () Adecuada pero con algunas carencias ($0.55 \leq r < 0.65$)</p> <p>*** (X) Adecuada ($0.65 \leq r < 0.75$)</p> <p>**** () Buena ($0.75 \leq r < 0.80$)</p> <p>***** () Excelente ($r \geq 0.80$)</p> <p>2.11. 5 Comentarios sobre la fiabilidad en general: No se han encontrado aspectos preocupantes</p> <p>2.12. Normas</p> <p>2.12.1. Calidad de las normas de este estudio:</p> <p>() No se aporta información en la documentación</p> <p>* () Un baremo que no es aplicable a la población objetivo</p> <p>** (X) Un baremo aplicable a la población objetivo con cierta precaución</p>
--	--

<p>*** () <i>Un baremo adecuado para la población objetivo</i></p> <p>**** (X) <i>Varios baremos dirigidos a diversos estratos poblacionales</i></p> <p>***** () <i>Amplio rango de baremos en función de la edad, el sexo, el nivel cultural y otras características relevantes</i></p> <p>2.12.2. Tamaño de las muestras:</p> <p>() <i>No se aporta información en la documentación</i></p> <p>* () <i>Pequeño (N<150)</i></p> <p>** () <i>Suficiente (150 N<300)</i></p> <p>*** () <i>Moderado (300 N<600)</i></p> <p>**** () <i>Grande (600 N<1000)</i></p> <p>***** (X) <i>Muy grande (N 1000)</i></p> <p>2.12.3. Procedimiento de selección de las muestras*:</p> <p>() <i>No se aporta información en la documentación</i></p> <p>() <i>Incidental</i></p> <p>(X) <i>Aleatorio</i></p> <p>*Describe brevemente el procedimiento de selección: Se pidió a numerosos profesionales de 40 estados que cumplimentaran cada uno a 10 o 20 sujetos. Se nombraron coordinadores y personal especializado y se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas necesarias.</p> <p>2.12.4. Comentarios sobre las normas</p> <p>3. Valoración global del test: Todos los aspectos técnicos reflejados en el manual manifiestan la idoneidad de la Escala. Nos parece muy positivo su uso.</p>	<p>*** () <i>Un baremo adecuado para la población objetivo</i></p> <p>**** () <i>Varios baremos dirigidos a diversos estratos poblacionales</i></p> <p>***** () <i>Amplio rango de baremos en función de la edad, el sexo, el nivel cultural y otras características relevantes</i></p> <p>2.12.2. Tamaño de las muestras:</p> <p>() <i>No se aporta información en la documentación</i></p> <p>* (X) <i>Pequeño (N<150)</i></p> <p>** () <i>Suficiente (150 N<300)</i></p> <p>*** () <i>Moderado (300 N<600)</i></p> <p>**** () <i>Grande (600 N<1000)</i></p> <p>***** () <i>Muy grande (N 1000)</i></p> <p>2.12.3. Procedimiento de selección de las muestras*:</p> <p>() <i>No se aporta información en la documentación</i></p> <p>() <i>Incidental</i></p> <p>(X) <i>Aleatorio</i></p> <p>*Describe brevemente el procedimiento de selección: Se pidió a numerosos profesionales de diversos centros educativos de Burgos que cumplimentaran los protocolos adaptados a 4 o 5 sujetos. Se nombraron coordinadores y personal especializado</p> <p>2.12.4. Comentarios sobre las normas</p> <p>3. Valoración global del test: Manifiesta su adecuación, y está preparado para próximos estudios de normalización con la población española.</p>
---	---

FICHA GLOBAL DE VALORACIÓN ABS-S:2

Versión Original

Característica	Descripción
Nombre del test (apartado 1.1)	AAMR Adaptive Behavior Scale-School ABS-S:2
Autor (apartado 1.3)	Lambert, N.; Nihira, K. y Leland, H.
Autor de la adaptación 333española (apartado 1.4)	
Fecha última revisión (apartado 1.9)	1993
Constructo evaluado (apartado 1.11)	Conducta Adaptativa
Áreas de aplicación (apartado 1.12)	Educativa, Clínica y Social
Soporte (apartado 1.15)	Papel, lápiz.

Descripción del test

Característica	Apartados	Valoración
Materiales y documentación	2.1 y 2.2	Buena
Fundamentación teórica	2.3	Buena
Adaptación	2.4	
Análisis de ítems	2.9	Buena
Validez de contenido	2.10.1	Excelente
Validez de constructo	2.10.2	Buena
Análisis del sesgo	2.10.2.6	No figuran datos
Validez predictiva	2.10.3	Buena
Fiabilidad: equivalencia	2.11.2	
Fiabilidad: consistencia interna	2.11.3	Buena
Fiabilidad: estabilidad	2.11.4	Buena
Normas	2.12	Excelente

Versión Adaptada

Característica	Descripción
Nombre del test (apartado 1.1)	AAMR Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2
Autor (apartado 1.3)	Lambert, N.; Nihira, K. y Leland, H.
Autor de la adaptación española (apartado 1.4)	García Alonso, I.
Fecha última revisión (apartado 1.9)	
Constructo evaluado (apartado 1.11)	Conducta Adaptativa
Áreas de aplicación (apartado 1.12)	Educativa, Clínica y Social
Soporte (apartado 1.15)	Papel, lápiz.

Descripción del test

Característica	Apartados	Valoración
Materiales y documentación	2.1 y 2.2	Adecuada
Fundamentación teórica	2.3	Adecuada
Adaptación	2.4	Adecuada
Análisis de ítems	2.9	Adecuada
Validez de contenido	2.10.1	Adecuada
Validez de constructo	2.10.2	Adecuada
Análisis del sesgo	2.10.2.6	Adecuada
Validez predictiva	2.10.3	
Fiabilidad: equivalencia	2.11.2	Adecuada
Fiabilidad: consistencia interna	2.11.3	Adecuada
Fiabilidad: estabilidad	2.11.4	Adecuada
Normas	2.12	

Como podemos observar, la valoración de la Escala de Conducta ABS-S:2 original cumple con creces los criterios de calidad. En el conjunto de los apartados obtenemos una buena valoración. En la Versión

Adaptada de esta misma Escala consideramos que aunque es demasiado pronto realizar esta valoración, ha aportado datos adecuados que nos ayudan a la obtención de una visión de conjunto de la calidad de este instrumento de evaluación.

Creemos por otro lado, que si la valoración no es más alta, es principalmente porque disponemos de muestras pequeñas, y aunque los resultados que hemos obtenido con ellas nos proporcionan, por regla general, puntuaciones que indican una mejor valoración, al sintetizarlo con el tamaño de las muestras, hace que disminuya un poco su nivel de calidad.

VI.6. CONCLUSIONES MÁS RELEVANTES REFERIDAS A LAS PROPUESTAS DE TRABAJO

VI.6.1. En cuanto a los estudios dirigidos a estimar la Fiabilidad de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2

Tras los datos expuestos con anterioridad, consideramos que la versión adaptada de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 ofrece unos índices de consistencia interna adecuados. En la gran mayoría de sus áreas los resultados obtenidos han sido altos.

En cuanto a la fiabilidad test-retest se ha comprobado que los resultados obtenidos en ambas fases correlacionan significativamente al nivel 0.01 en ocho de los nueve dominios de la Primera Parte de conducta adaptativa. Los dominios de conducta desadaptativa, Segunda Parte,

correlacionan significativamente cuatro de los siete. Los tres restantes también lo hacen aunque no con ese nivel de significatividad, manifestando por lo tanto menores coeficientes de estabilidad.

VI.6.2. En cuanto a los estudios dirigidos a estimar la Validez de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2

Comprobamos que todos los valores obtenidos en los nueve dominios de la Primera Parte, Conducta Adaptativa, correlacionan de una manera altamente significativa unos con otros, lo que indica que todos ellos miden Conducta Adaptativa y los valores obtenidos en los siete dominios de la Segunda Parte, conducta desadaptada, también correlacionaron entre ellos, aunque de un manera menos significativa.

La primera Parte correlaciona negativamente con la Segunda, lo cual nos revela, de nuevo, la característica desfavorecedora que tienen las conductas desadaptativas sobre las adaptativas. También nos indica que ambas partes miden diferentes conductas opuestas entre sí.

Hemos observado, cómo gran parte de los items puntúan alto dentro del componente factorial que les corresponde, según los estudios factoriales que figuran en el Manual de la Escala americana. Esto indica que en este estudio se ha encontrado la misma estructura factorial que en la Escala original: Tres grandes factores, que explican gran parte de la varianza que corresponde a los dominios evaluados de conducta adaptativa y dos factores, que corresponderían con los dominios evaluados de conducta desadaptativa.

Dentro de los factores encontrados en la Primera Parte, conducta adaptativa, el Factor de Autosuficiencia Comunitaria es el factor que más peso ha obtenido en nuestro estudio, seguido del de Responsabilidad Personal-Social y el de Autosuficiencia Personal.

En cuanto a la Segunda Parte, conductas desadaptadas, ambos factores, el de Ajuste Social y el de Ajuste Personal, obtienen cada uno un alto porcentaje explicativo del total de la varianza.

Se han obtenido unos índices altos de correlación con el Inventario de Conducta Adaptativa y Planificación de Servicios, ICAP, lo que implica una adecuada validez de criterio. La conducta desadaptativa del ABS-S:2 correlaciona menos con los problemas de conducta del ICAP, pero lo hace siempre negativamente con la conducta adaptativa del ABS-S:2.

Con todos estos datos consideramos que la Escala adaptada de Conducta Adaptativa ABS-S:2 manifiesta una buena validez.

VI.6.3. En cuanto a los estudios dirigidos a estimar la posible Baremación de la Escala de Conducta Adaptativa, ABS-S:2 .

A través de los baremos que hemos establecido para nuestra muestra de sujetos sin retraso mental se ha observado que existe una secuencia evolutiva relacionada con la edad en la adquisición y uso de las conductas adaptativas.

Esta característica también se observa en los baremos obtenidos de los sujetos con retraso mental, pero no de una forma tan clara, posiblemente, la diversidad de capacidades (intelectuales y adaptativas) que manifiestan estos sujetos, sean los responsables de ello. Tampoco hemos observado, como bien suponíamos, que las conductas desadaptadas tengan secuencia progresiva en relación con la edad.

Estos hechos nos indican la necesidad de ampliar el número de sujetos para hacer baremos normativos. Con ello, obtendríamos una mayor exactitud de los datos y una mejor manifestación de la calidad de la Escala adaptada. (La AAMR, en su proceso normativo de baremación obtiene una secuencia evolutiva para los sujetos con retraso mental totalmente adecuada).

Pero también nos indican algo que resulta ser de especial interés, posiblemente, con este instrumento de evaluación, sea preferible elaborar baremos normativos basándose en sujetos seleccionados previamente según la estratificación normalizada de la sociedad. Es decir nos parece más oportuno realizar el proceso de normalización con sujetos pertenecientes a todas las Comunidades Autónomas de España, atendiendo a las proporciones poblacionales hoy en día existentes de personas con y sin retraso mental.

Si así lo hiciéramos, facilitaríamos el trabajo de evaluación de los sujetos con retraso mental, puesto que sabemos, que las limitaciones en conductas y áreas de habilidades adaptativas se valoran dependiendo del grado de significatividad que tengan respecto a los datos obtenidos en la población general.

VI.6.4. En cuanto a los estudios dirigidos a valorar la Calidad de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2

En el análisis de revisión realizado para valorar la calidad de la Escala originaria americana ABS-S:2 se han encontrado "buenas" todas las características propuestas en el CET, por lo que la consideramos idónea y merecedora de la adaptación a fin de poder ser usada en nuestra población.

En cuanto a la calidad de la versión adaptada de la Escala, como hemos comentado, aun es pronto para valorarla, con los datos que poseemos en este estudio, la consideramos digna de realizar con ella la normalización en nuestro país.

En síntesis, todas las pruebas y estadísticos utilizados en estos estudios han ofrecido datos que manifiestan, en gran medida, la adecuación para nuestra población burgalesa de la Escala adaptada de Conducta Adaptativa ABS-S:2. Esperamos que tras las estimaciones obtenidas en esta investigación, se lleven a cabo los estudios poblacionales de normalización en nuestro país y de esta manera haber cumplido con uno de nuestros principales motivos que nos impulsaron cuando empezamos esta tesis, favorecer el diagnóstico, la intervención, y por ende la calidad de vida de las personas con retraso mental.

DISCUSIÓN DEL PROCESO Y DE LOS
RESULTADOS

VII.1 DISCUSIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS

VII.1.1. Limitaciones y Problemas encontrados durante el Desarrollo de la investigación

Nos parece importante señalar que una cosa es planificar una investigación y otra muy distinta es que ésta se ajuste de forma sistemática al plan previsto.

A lo largo de todo el estudio se han seguido los pasos que tenemos propuestos desde un principio sin embargo, en ciertos momentos el proceso seguido ha manifestado limitaciones de las que somos conscientes y que vamos a intentar exponer para orientar los sucesivos estudios que se realicen en este ámbito.

VII.1.1.1. Respecto a las Instrumentos

Rápidamente no hemos encontrado instrumentos ya existentes para la evaluación de la capacidad y las habilidades adaptativas. Desde un primer momento nos fijamos en contenido y objetivos de los instrumentos que encontramos y nos dimos cuenta de que no eran los adecuados para lo que queríamos evaluar. Por lo tanto, nos dimos a la tarea de diseñar nuestros propios instrumentos. En este proceso nos encontramos con que las reacciones y el intercambio de opiniones entre los profesionales expertos en evaluación psicológica no fueron los esperados. A esto hubo que añadir las dificultades que nos

CAPÍTULO VII:

DISCUSIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS

VII.1 DISCUSIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS

VII.1.1. Limitaciones y Problemas encontrados durante el Desarrollo de la Investigación

Nos parece importante señalar que una cosa es planificar una investigación y otra muy distinta es que ésta se ajuste de forma sistemática al plan previsto.

A lo largo de todo el estudio se han seguido los pasos que teníamos propuestos desde un principio, sin embargo, en ciertos momentos el proceso seguido ha manifestado limitaciones de las que somos conscientes y que vamos a intentar exponer para orientar los sucesivos estudios que se realicen en este ámbito.

VII.1.1.1. Respecto a las Instrumentos

Realmente no hemos encontrado limitaciones relevantes en las pruebas empleadas para la evaluación de la conducta y las habilidades adaptativas. Desde un primer momento nos ilusionó su contenido y trabajamos con gusto. Realmente el único problema que encontramos fue la cantidad de tiempo empleado en la preparación y adaptación de los ítems, ya que las reuniones y el intercambio de sugerencias con diversos profesionales expertos en evaluación psicológica se demoró más tiempo del esperado. A esto hubo que añadir las dificultades que nos

encontramos en la maquetación de las pruebas, por intentar conseguir un formato lo más parecido a la versión original americana en ambos instrumentos.

VII.1.1.2. Respetto a la Muestra

En el capítulo expuesto sobre el método hemos hecho referencia al número total de sujetos de nuestro estudio. Desde un principio nos propusimos llevar a cabo un estudio piloto. Nuestro interés era probar las dos pruebas de evaluación para posteriormente, si resultaban idóneas, obtener datos de la mayoría de las comunidades autónomas y realizar los estudios de normalización para la población española, junto con los profesionales de la Fundación INTRAS de Valladolid,

- Una de las limitaciones más importantes, encontradas al recoger las características de los sujetos, ha derivado de los términos y conceptos empleados en nuestra adaptación para valorar el nivel socioeconómico de éstos.

En el protocolo de recogida de las características de la persona evaluada se pedía que se señalara marcando con una cruz el nivel socioeconómico del sujeto. Muchos profesionales que aplicaron la Escala, tuvieron dificultad en asignar uno de los siguientes rangos “muy bajo”; “bajo”; “medio”; “alto” y “muy alto”.

Como hemos mencionado, los motivos que alegaban siempre eran los mismos, se consideraban incapaces de valorar con precisión cuál era

el valor que correspondía al alumno evaluado, lo podían hacer, pero carecían de datos fiables.

Creemos que en la redacción de este tipo de cuestión, no estuvimos muy acertados, quizás hubiera sido más oportuno el preguntar dos cuestiones: 1º por la profesión de los padres y 2º por los ámbitos socioculturales de interés en la familia. El tipo de respuestas a estas preguntas, aunque también tienen alguna dificultad habrían aportado un mayor conocimiento del entorno y la cultura en el que se desenvuelve el individuo.

- No pretendimos nunca que el número de sujetos sin retraso mental fuera similar al de sujetos con retraso mental. Priorizamos la evaluación de sujetos con retraso mental, puesto que el objetivo de ambos instrumentos es poder evaluar y diagnosticar a estas personas, y aunque, como se ha observado, las dispersiones de los resultados obtenidos por las personas evaluadas sin discapacidad han sido bajas, creemos que hubiera sido más adecuado contar con un número mayor de sujetos sin discapacidad.

- Cuando el interés por aplicar la prueba, no parte de los profesionales, el instrumento es algo largo de completar, o tienen que valorarla con ayuda de otras personas (padres o educadores), los protocolos quedan a veces sin terminar de rellenar todos sus datos. En algunas ocasiones, hubo que insistir, para conseguir su total cumplimentación, pero a pesar de nuestra insistencia, tuvieron que ser eliminados por este motivo varios protocolos. Donde más dificultades encontramos a este respecto fue en los alumnos sin discapacidad, ya que por regla general, los maestros o profesores de estos sujetos

desconocían gran parte de los ítems del Dominio I: Funcionamiento Independiente, y como hemos comentado, tenían que reunirse con los familiares para poder completar la información requerida.

Evidentemente, cuanto mayor muestra se tenga de sujetos, mayor es la eficacia y seguridad de las técnicas estadísticas, por lo que a pesar de ser este un primer estudio, no podemos pasar por alto el expresar que queda pendiente un estudio posterior más amplio, con un número mayor de sujetos, que sea representativo de la población española.

VII.1.1.3. Respecto a los Análisis Estadísticos

Muchos han sido los estadísticos y parámetros con los que hemos trabajado. No todos están expuestos en la tesis, tan sólo los que nos aportaban una visión más completa de los aspectos que pretendíamos medir.

Aunque los datos estadísticos aportados pueden resultar quizá arduos, no hemos eliminado ninguno que considerábamos oportuno, puesto que pensamos que facilitan la visión del proceso seguido y entendemos que en todas las investigaciones, pero más aun en aquellas que tratan de evaluar a las personas con discapacidades, han de estar bien claros y detallados todos los resultados obtenidos.

VII.2. SUGERENCIAS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DE FUTUROS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN QUE SE REALICEN CON LA ESCALA ABS-S:2 Y EL MÉTODO AAA

Tras la experiencia de estos estudios, creemos conveniente señalar algunos puntos que faciliten los posibles trabajos de investigación que se realicen en esta línea de investigación.

- Aumentar el número de sujetos de la muestra, estratificando las características de éstos, al objeto de que sean representativos de la población española y poder establecer baremos normalizados adecuados para nuestro país.
- Realizar estudios de normalización con el instrumento de Evaluación de las Áreas de Habilidades Adaptativas, AAA. Este instrumento recoge las puntuaciones obtenidas en la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2, recodifica sus puntuaciones para las diez áreas de habilidades adaptativas propuestas por la AAMR y ofrece un perfil de las personas con retraso mental, en el que se evidencian las limitaciones y puntos fuertes en estas áreas de habilidades.
- No consideramos especialmente relevante realizar baremos diferentes para las personas con y sin retraso mental, aunque esto sea sugerente. Creemos más importante de cara a la evaluación e intervención de las personas con retraso mental, valorar e interpretar las limitaciones y los puntos fuertes comparando los resultados que estos sujetos obtengan con los baremos normalizados de los sujetos sin retraso mental.

- Quizá sea necesario ampliar las características de los sujetos con los que se lleven a cabo los nuevos estudios en nuestro país. Creemos que puede ser conveniente introducir nuevas variables independientes, tales como la raza o la cultura de origen de las personas que intervengan en la investigación (dado el aumento progresivo, especialmente en algunas comunidades, de inmigrantes en España).
- De igual manera, consideramos importante, comprobar los indicios que se apuntan en este estudio (y que no nos hemos atrevido a confirmar por la falta de algunos datos), y observar la relación que puede existir entre los sujetos con discapacidad y su nivel socio-cultural. Este tipo de variable, que consideramos importante por su posible influencia con la adquisición y el uso de las conductas y habilidades adaptativas de las personas con discapacidad, puede definirse de una manera más funcional y operativa a través de enunciados tales como: intereses familiares para el tiempo de ocio, tipo de vivienda, expectativas hacia el sujeto con discapacidad, etc.
- También se pueden hacer estudios de tipo comparativo entre ambas culturas, fijándose principalmente en los análisis de semejanzas interpoblacionales más que en sus diferencias (tal y como aconseja la Comisión Internacional de Tests (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996).
- Realizar estudios de equivalencia entre las versiones, utilizando para ello protocolos para la evaluación de un mismo sujeto, en idioma americano y en castellano, ambos cumplimentados por una sola persona conocedora de ambos lenguajes.

VII.3. PROPUESTAS PARA CONTINUAR CON LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CONDUCTA Y HABILIDADES ADAPTATIVAS

En este apartado se exponen algunas sugerencias de investigación con otras escalas de conducta adaptativa que están relacionadas íntimamente con los dos instrumentos de evaluación que hemos estudiado en esta tesis (ABS-S:2 y AAA).

- La Asociación Americana sobre retraso mental tiene editada además de la Escala ABS-S:2, versión Centros Escolares (con la cual hemos realizado estos estudios), la Escala de Conducta Adaptativa, ABS-RC:2, Versión Personas en Residencia y Comunidad. Esta última Escala está pensada para sujetos mayores de 21 años (Se adjunta su traducción en el Anexo).
- El ABS-RC tiene también la posibilidad de reconvertir sus puntuaciones a través el AAA, consiguiendo de este modo recodificar los resultados de sus ítems a puntuaciones en las diez áreas de habilidades adaptativas.
- Creemos que sería posible continuar con la labor comenzada y llevar a cabo estudios sobre fiabilidad, validez y baremación con ambos instrumentos de evaluación, de esta manera, se facilitarán los diagnósticos y la intervención en todos los rangos de edad del ciclo vital de las persona con retraso mental.

VII.4. APLICACIONES DE ESTE TRABAJO. CONCLUSIONES DE UTILIDAD PARA LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PERSONAS CON RETRASO MENTAL

Los datos obtenidos nos han aportado conocimientos que consideramos deben conocer aquellos profesionales que han colaborado o se han interesado por la investigación.

Como hemos comentado con anterioridad creemos que los instrumentos que hemos estudiado van a ser útiles para los profesionales que atienden a los sujetos con discapacidad y a las propias personas con discapacidad.

- Responde al interés demandado por éstos, de diagnosticar convenientemente a las personas con retraso mental.
- Tras la evaluación de los sujetos, se posibilita la detección de los puntos fuertes y débiles de cada persona, lo cual ayuda en la planificación y organización de los apoyos que necesita.
- Con el uso de ambos instrumentos de evaluación (la escala ABS-S:2 y el AAA), se favorecen las investigaciones que puedan surgir sobre conducta o habilidades adaptativas.
- Haciendo uso de estas pruebas, se facilita el entendimiento entre profesionales.

➤ El progreso en el uso de los dominios o áreas con más limitaciones favorece el desarrollo integral de la persona con retraso mental y repercute en una mejora de la calidad de vida de todas las personas que vivimos en comunidad.

A la vista de este trabajo, podemos concluir que La Escala ABS-S:2 puede servir para la población española. Los datos obtenidos han resultado ser adecuados y por lo tanto creemos haber contribuido al comienzo de un proceso en la mejora de la evaluación de las personas con retraso mental en nuestro país. Es de esperar, y en eso confiamos, que además sirva de manera funcional en la intervención y mejora de la calidad de vida de las personas con retraso mental.

Terminamos con la ilusión de que se hagan realidad las palabras Robert Schalock, Expresidente de la Asociación Americana sobre Retraso Mental:

"Es un momento excitante para quien está en el campo del retraso mental. En cierto sentido, estamos en este momento donde estuvieron Binet y Doll: el futuro de un constructo está delante de nosotros. En otro, tenemos mucha historia que intentar borrar. A corto plazo, será un tiempo caracterizado por una evolución teórica y conceptual, desarrollo de medidas, falsación de hipótesis, y discurso académico. El futuro del constructo está delante de nosotros" (Schalock, 1998, p.16).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar de Dios, A.L. (1995). *Guía de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.

Aguilaguerra, J. de (1973). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson, S.A. Versión castellana de *Manual de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson et Cie, Editeurs.

Alonso Sosa, J.M. (Coord.) (1999). *Curso de prevención de deficiencias*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Alvarez Palenzuela, E. y Herrera García Alvar, R. (1986). "Gonzalo Rodríguez Lozano y la pedagogía social española". *Mundo Científico*, 61 (6), 911-916.

Ames, M.J. y Singh, N.M. (1982). "Pharmacological intervention". En J.L. Mahoney y E.A. Mellow (eds.) *Handbook of mental retardation*, (247-372). New York: Pergamon Press.

Ames, M.J. y cols. (1987). "The Aberrant Behavior Checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects". *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 485-491.

American Association on Mental Retardation (AAMR). Luckerson, R.L., Cuddeback, D.L., Follows, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spivack, D.M. y Stark, J.A. (1997). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Psicológica. Traducción de M.A. Verdugo y C. Jensen de AAMR. (1992). *Mental Retardation: diagnosis, classification, and systems of support*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

American Psychiatric Association (APA) (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV*. Barcelona: Masson, S.A.

American Association on Mental Retardation (AAMR) (2001). What is mental retardation? *Enlace en Internet*: <http://www.aamr.org/office/consulta/4-2-2001>.

Almadrós, R.T. (1997). "Nuestro compromiso en investigación sobre discapacidad". *Siglo Veintiuno*, 29 (21), 5-11.

Almadrós, A. (1997). "La discapacidad como una cuestión de la conducta". En R.L. Snodgrass (ed.) *La discapacidad como una cuestión de la conducta*. En R.L. Snodgrass (ed.) *La discapacidad como una cuestión de la conducta*.

Aparicio Benavente, V. (Comp.) (1997). *Defectos y fundamentos de la psiquiatría en España*. Madrid: ELA, Libro del año.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado Díaz, A.L. (1995): **Historia de las deficiencias**. Madrid: Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE.

Ajuriaguerra, J. de (1973): **Manual de psiquiatría infantil**. Barcelona: Toray-Masson, S.A. Versión castellana de **Manual de psychiatrie de l'enfant**. Paris: Masson et Cie, Editeurs.

Alonso Seco, J.M. (Coord.) (1999): **Curso de prevención de deficiencias**. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Alvárez Pelaez, R. y Huertas García Alejo, R. (1986): "Gonzalo Rodríguez Lafora y la neuropsiquiatría española". **Mundo Científico**, 61 (6), 911-916.

Aman, M.G. y Singh, N.N. (1983): "Pharmacological intervention". En J.L. Matson y S.A. Malick, (Eds.) **Handbook of mental retardation**, (347-372). New York: Pergamon Press.

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, 485-491.

American Association on Mental Retardation (AAMR): Luckasson, R.L.; Coulter, D.L.; Polloway, E.A.; Reiss, S.; Schalock, R.L.; Snell, M.E.; Spitalnick, D.M. y Stark, J.A. (1997): **Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo**. Madrid: Alianza Psicología. Traducción de M.A. Verdugo y C. Jenaro de AAMR. (1992): **Mental Retardation: diagnosis, classification, and systems of support**. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

American Psychiatric Association (APA) (1995): **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV**. Barcelona: Masson, S.A.

American Association on Mental Retardation. (AAMR) (2001): **What is mental retardation?**. Enlace en Internet: <http://www.aamr.org> última consulta 8-2-2001.

Ammerman, R.T. (1997): "Nuevas tendencias en investigación sobre discapacidad". **Siglo Cero**, 28 (2), 5-21.

Anastasi, A. (1992): "La inteligencia como una cualidad de la conducta". En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (37-41). Madrid: Pirámide.

Aparicio Basauri, V. (Comp.) (1997): **Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España**. Madrid: ELA, Libro del año.

Arias Martínez, B. (1993): **Evaluación de actitudes hacia la integración de alumnos con necesidades educativas especiales**. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Salamanca. (Xerocopiado).

Arnau, J. (1996): "*Metodología de la investigación psicológica*". En J. Anguera y cols.: **Métodos de investigación en psicología**, (23-43). Madrid: Síntesis. Psicología

Avilés Martínez, J.M. y Alonso Elvira, M.N. (1992): **Retraso mental: características, desarrollo, evaluación e intervención**. Autor-Edición.

Bank-Mikkelsen, N.E. (1975): "*El principio de la normalización*". **Siglo Cero**, 37, 16-21.

Bank-Mikkelsen, N.E. (1979): "*La normalización como objetivo de las actividades de la vida diaria*". **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM** 15, 31-39.

Bardeau, J.M. (1978): **Minusvalía e inadaptación**. Madrid: Estudios y publicaciones del SEREM Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Versión castellana de J.M. Bardeau (1977): **Infirmités et inadaptation sociales**. París: Payot.

Baroff, G.S. (1999): "*Trastorno general del aprendizaje: una nueva designación para el retraso*". **Síndrome de Down**, 16, 21-23.

Barrio, V. del y Mestre, V. (1986): "*Revisión sobre el tema del castigo en el retraso mental*". **Análisis y Modificación de Conducta**, 12 (34), 549-562.

Belloch, A.E e Ibañez, E. (Eds.) (1991): **Manual de psicopatología**. Valencia: Promolibro.

Belloch, A. y Barreto, M.P. (Dirs.) (1987): **Psicología clínica: trastornos bio-psico-sociales**. Valencia: Promolibro.

Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) (1995): **Manual de psicopatología**, (Vol. I y II). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.

Benedet, M.J. (1991): **Procesos cognitivos para la deficiencia mental: concepto, evaluación y bases para la intervención**. Madrid: Pirámide.

Berry, J.W. (1992): "*Un enfoque transcultural de la inteligencia*". En R.J Sternberg y D.K. Detterman (Dirs.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (53-56). Madrid: Pirámide.

Bock, W.H. y Weatherman, R.A. (1979): **Assessment of the behavioral competence of developmentally disabled individuals**. The MDPS. Minneapolis, Minnesota.: University of Minnesota.

Borthwick-Duffy, S. (1994): "*Review of mental retardation: definition, classification and systems of supports*". **American Journal of Mental Retardation**, 98 (3), 541-544.

Borthwick-Duffy, S.; Lane, K.L. y Widaman, K. (1997): "*Measuring problem behaviours in children with mental retardation: dimensions and predictors*". **Research in Developmental Disabilities**, 18, 415-433.

Botella, C. y Martínez, A. (1987): "*Evaluación de contextos, habilidades sociales interpersonales y deficiencia mental*". **Análisis y Modificación de Conducta**, 13 (36), 291-330.

Bouras, N. (1993): **Assessment and Information Rating Profile (AIRP)**. Section of Mental Handicap. Division of Psychiatry. Guy's Hospital. London: SE19RT.

Bouras, N. (1995a): **Mental health in mental retardation: recent advances and practices**. Cambridge: University Press.

Bouras, N. (1995b): "*Cooperación entre servicios clínicos especializados y programas vocacionales*". En N. Bouras (1995): **Retraso mental y enfermedad psiquiátrica**. Evaluación, tratamiento y servicios, (161-166). Barcelona: Neurociencias.

Bouras, N. (1999): **Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation**. Cambridge: University Press. The Pitt Building, Trumpington Street.

Bradley, E. (1995). "*The ICIDH: format, application in different settings and distinction between disability and handicap*". **International Disability Studies**, 9, 122-125.

Brengelmann, J.C. (1975a): "*Modificación de Conducta en deficientes mentales*". **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (0), 7-18.

Brengelmann, J.C. (1975b): "*Personalidad y rendimiento en deficientes mentales*". **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (1), 63-82.

Brioso, A. y Sarriá, E. (1991): "*Trastornos de comportamiento*". En A. Marchesi y cols. (Comps.) **Desarrollo psicológico y educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar**, (183-196). Madrid: Alianza.

Brown, A.L. y Campione, J.C. (1992): "*Inteligencia académica y capacidad de aprendizaje*". En R.B. Sternberg y D.K. Detterman (Coors.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición** (57-62). Madrid. Pirámide.

Brown, L. y Leigh, J. (1986): **Adaptive Behaviour Inventory, ABI**. Austin, Texas: PRO-ED.

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.; Thurlow y Gilman, C.J. (1987): "*Adaptive behaviour in mental retardation*". **The Journal of Special Education**, 21 (1), 69-88.

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 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 Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**, (11-29). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Bruininks, R.H. y Gilman, C.J. (1993): "*La observación y el currículum de las destrezas de conducta adaptativa: dos instrumentos de evaluación y ayuda en la intervención*". En Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco. (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**, (67-85). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Bruininks, R.H.; Woodcock, R.W.; Weatherman, R.F. y Hill, B.K. (1996): **Scales of Independent Behaviour-Revised. Comprehensive Manual**. Chicago: The Riverside Publishing Company.

Bruininks, R.H.; McGrew, K. y Maruyama, G. (1998): "Structure of adaptive behaviour in samples with and without mental retardation". **American Journal of Mental Retardation**, 93, 265-272.

Bryant, B.R.; Taylor, R.L. y Rivera, D.P. (1996): **Assessment of Adaptive Areas (AAA). A method for correspond to the American Association on Mental Retardation's adaptive areas. Examiner's manual**. Austin. Texas: PRO-ED.

Buceta Cancela, M.J. (1987a): **Aspectos educativos del retraso mental**. Autor-Edición.

Buceta Cancela, M.J. y Torres Maroño, M.C. (1987b): **Retraso mental: aspectos psicomotrices**. Autor-Edición.

Buela-Casal, G.; Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (Dirs.) (1996): **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Buendía, J. (1996): **Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales**. Madrid: Psicología. Pirámide.

Bulbena, A.; Berrios, G. y Fernández de Larrinoa, P. (2000): **Medición clínica en psiquiatría y psicología**. Barcelona: Masson, S.A.

Butterfield, E. (1992): "La conducta inteligente, el aprendizaje y el desarrollo cognitivo podrían explicarse con una misma teoría". En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**. Madrid: Pirámide. 63-69.

Butterworth, J.; Wthitney-Thomas, J.J. y Shaw, D. (1997): "El cambiante papel de la instrucción basada en la comunidad: estrategias para facilitar apoyos en el lugar de trabajo". **Siglo Cero**, 28 (3), 15-24.

Cabra de Luna, M.A. (1997): "1996 y personas con discapacidad: cambios normativos producidos con el nuevo gobierno". **Siglo Cero**, 28 (3), 37-42.

Camacho Rosales, J. (1998): **Estadística con SPSS para Windows**. Madrid: RA-MA.

Camarero Sánchez, C. (1983): "En torno a la integración de los deficientes". **Papeles del Colegio de Psicólogos** 8, 21-25.

- Campione, J.C. y Brown, A.L. (1987): "*Hacia una teoría de la inteligencia: contribuciones a partir de la investigación con niños retrasados*". **Siglo Cero**, **109**, 44-51.
- Carpintero, H. y del Barrio, M.V. (1979): "*Notas sobre las interpretaciones históricas del retraso mental*". **Análisis y Modificación de Conducta**, **5** (10), 337-348.
- Carpintero, H. (1986): **Historia de la psicología**. Valencia: Nau Llibres.
- Carpintero, H. (1987): "*El doctor Germain y la psicología española*". **Papeles del Psicólogo**, **28/29** (V), 67-68, Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Carpintero, H. (1989): "*Historia de la evaluación psicológica*". **Psychological Assessment**, **5**, 3-22.
- Carpintero, H. (1996): **Historia de las ideas psicológicas**. Madrid: Pirámide.
- Carpintero, H.; Ferrándiz, A. y Lafuente, E. (1998): **Psicólogos españoles: Mariano Yela. De la psicología experimental a las aplicaciones profesionales**. Madrid: UNED.
- 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*". **Siglo Cero**, **29** (5), 5-9.
- Carrobbles, J.A. (1985): "*El modelo comunitario y la posibilidad de integración de diferentes modelos: el punto de vista ecléctico*". En J.A. Carrobbles (comp.). **Análisis y Modificación de Conducta II**, vol. 1. (109-126). Madrid: UNED.
- Carroll, J. (1992): "*¿Qué es la inteligencia?*". En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (69-73). Madrid: Pirámide.
- Carulla, L.S.; García Mellado, M.J.; Romero López-Alberca, C. y Montero Aguilera, S. (1995): **Evaluación psicosocial en retraso mental**. Madrid: INSERSO.
- Casado, D. (1987): "*Programa de Acción mundial para las Personas con Minusvalía. Texto resumido*". **Boletín del Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía**, **11**, 7-29.

Casado, D. (1990): "*En busca de una sistemática para la discapacidad*". En D. Casado y cols. (1990): **Discapacidad e información**. (97-124). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Serie Documentos. Nº. 14/90.

Casado, D. (1991): **Panorámica de la discapacidad**. Barcelona: Colección INTRESS.

Casado, D. (1993): **El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y la Ley de Integración Social de los Minusválidos**. Madrid: Escuela Libre.

Casado, D. (1999a): **Introducción a la prevención de deficiencias. Curso sobre prevención de deficiencias**. Madrid: Real Patronato de Prevención y de atención a las personas con minusvalía.

Casado, D. (1999b): "*Aplicación político social de la CIDDDM*". **Boletín del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía**, 42. 7-15.

Casado Muñoz, R.; Lezcano Barbero, F. y Serrano-Piedecabras, M. (1996): "*Acción tutorial en alumnos con necesidades educativas especiales*". MEC-FECLAPS: **Programas de Garantía Social**. Documento del MEC.

Casado Muñoz, R. (1999a): "*El papel de la escuela en la prevención y sensibilización sobre el problema de las discapacidades*". Ponencia del curso **Prevención de Deficiencias**. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Asociación de Educación para la Salud ALEZEIA. Segovia: marzo de 1999.

Casado Muñoz, R. (1999b): "*The education for the mental health of young with mental retardation*". Comunicación en el **Second European Congress on Mental Health in Mental Retardation**. Londres, 7-10 de septiembre.

Casado Muñoz, R. (2000): **Educación para la salud de jóvenes con discapacidad mental. Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo en un grupo de garantía social**. Tesis doctoral. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Burgos.

Castilla del Pino, C. (1978): **Vieja y nueva psiquiatría**. Madrid: Alianza Editorial.

Castilla del Pino, C. (1987): **Cuarenta años de Psiquiatría**. Madrid: Alianza Editorial.

Cicchetty, D. (1993): "*Developmental psychopathology: reactions, reflections, projections*". **Developmental Review**, 13, 471-502.

Clarke, A. y Clarke, A.M. (1987): "*Research on mental handicap, 1957-1987: a selective review*". **Journal on Mental Deficiency Research**, 31, 317-328.

Colegio Oficial de Psicólogos. Comisión de Tests: **Traducción-Adaptación de los tests**. Enlace en Internet: <http://www.cop.es/tests/traduccion.htm>. Visita 3-4-01

Colegio Oficial de Psicólogos. Comisión de Tests: **Código de responsabilidades profesionales en la medición educativa**. Enlace en Internet: <http://www.cop.es/tests/codigo.htm>. Última visita 3-4-2001

Colegio Oficial de Psicólogos. Comisión de Tests: **Estándares para la competencia de los profesores en la evaluación educativa de los estudiantes**. Enlace en Internet: <http://www.cop.es/tests/competenciapro.htm>. Visita 3-4-2001

Colegio Oficial de Psicólogos. Comisión de Tests: **Directrices internacionales para el uso de los tests**. Enlace en Internet: <http://www.cop.es/tests/Directices.htm>. Última visita 3-4-2001

Colegio Oficial de Psicólogos. Comisión de Tests: **Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España**. Enlace en Internet: <http://www.cop.es/tests/modelo.htm>. Última visita 3-4-2001

Coll Díaz, C.; Ponce i Ribas, A. y Vega Sagredo, B. (1998): **Ocio y personas con retraso mental**. Ediciones CCS.

Colom Mararón, R. (1992): **Contexto y retraso mental: sistema de evaluación de centros para personas con retraso mental**. Madrid: MEC Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones

Comisión Europea (1995): **Libro blanco sobre la educación y la formación. Enseñar y aprender. Hacia la sociedad de conocimiento**. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Enlace en Internet: <http://www.cec.lu.en.comm/dg22/dg22.html> Última visita 12-10-2000

Comunidad Europea (1994): "*La política social europea, un paso adelante para la unión*". Libro blanco de la Comisión de las Comunidades Europeas, de 27 de julio de 1994. En S. Muñoz Machado y R. de Lorenzo (1996): **Código Europeo de las minusvalías**. Madrid: Escuela Libre.

Consejo de Europa (1996): *"Carta social europea revisada"*. En S. Muñoz Machado y R. de Lorenzo (1996): **Código Europeo de las Minusvalías**. Madrid: Escuela Libre.

Crews, W.D.; Bonaventura, S.H. y Rowe, F. (1994): *"Dual diagnosis: prevalence of psychiatric disorder in a large state residential facility for individuals with mental retardation"*. **American Journal on Mental Retardation**, 98 (6) 688-731.

Cronbach, L.J. (1972): **Fundamentos de la exploración psicológica**. Madrid: Biblioteca Nueva.

Cruz, F. de la (1979): **Sexualidad y retraso mental**. Ed. SIIS.

Demchak, M. y Bossert, K.W. (1996): **Assesing problem behaviors**. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Detterman, D.K. (1992a): *"La inteligencia humana es un sistema complejo de procesos distintos"*. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Dirs.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (76-82). Madrid: Pirámide.

Detterman, D.K. (1992b): *"Integración cualitativa: ¿La última palabra?"*. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Dirs.) (1992): **Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (195-199). Madrid: Pirámide.

Diputación Foral de Guipuzkoa (1992): **Problemas de comportamiento en personas con retraso mental grave**. Documentos Puertas Abiertas. Uliazpi. Fundación Editorial.

Dolado, R.; Oberst U.E y Domínguez J. (1998): *"Relación entre inteligencia, conducta adaptativa y problemas de conducta en adultos con retraso mental"*. **Siglo Cero**, 29 (6), 35-43.

Doll, E.A. (1944): *"Mental Defectives and the war"*. **American Journal on Mental Deficiency**, 49 (1), 64-67.

Doll, E.A. (1965): **The Vineland Social Maturity Scale: condensed manual of directions**. Minnesota: American Guidance Service.

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 (1997): **Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España**, (145-177). Madrid: ELA, Libro del Año.

Duncan, B. (1990): "La imagen de las personas con discapacidad en los medios de comunicación durante los años 80". **Discapacidad e información**, (25-39). Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, Serie Documentos N°. 14.

Ebata, A.T.; Petersoen, A.C. y Conger, J.J. (1990): "The development of psychopathology in adolescence". En J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.). **Risk and protective factors in the development of psychopathology**, (308-333). Cambridge: University Press.

Elorriaga, J. (1993): "La utilización del ICAP en la gestión y evaluación de servicios que atienden a las personas con retraso mental". En Ministerio de Asuntos Sociales; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**, (129-143). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Elliott, T.R. y Byrd, E.K. (1982): "Media and Disability". **Rehabilitation Literature**, **43**, 348-355.

Elliott, T.R. y Frank, R.G. (1990): "Social and Interpersonal Reactions to Depression and Disability". **Rehabilitation Psychology**, **35** (3), 135-147.

Elliott, T.R.; MacNair, R.R.; Yoder R. y Byrne, C.A. (1991): "Interpersonal Behavior Moderates Effects on Cognitive and Affective Reactions to Physical Disability". **Rehabilitation Psychology**, **36** (1), 57-66.

Ellis Norman, R. (1981-82-84): **Investigación en retraso mental. Panorama Internacional**. (Vol. I, II y III). SIIS Editorial.

Elosúa, P. y López, A. (1999): "Funcionamiento diferencial de los ítems y sesgo en la adaptación de dos pruebas verbales". **Psicológica. Revista de Metodología y Psicología Experimental**, **20** (1), 23-40.

Emerson, E.; Moss, S. y Kiernan, C. (1999): "The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities". En N. Bouras (1999): **Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation**, (38-49). Cambridge: University Press. The Pitt Building, Trumpington Street.

Eysenck, H.J. (Ed.) (1983): **Manual de psicología anormal**. México: El manual Moderno. Versión castellana de la 2ª ed. de 1973 de **Handbook of abnormal psychology**. Londres: Pitman Medical Publishing.

Feldman, R.S. (1994): **Psicología con aplicaciones para Iberoamérica**. México: McGraw-Hill/Interamericana.

Fernández Ballesteros, R. (1980): **Psicodiagnóstico. Concepto y metodología**. Madrid: Cincel-Kapelusz.

Fernández Ballesteros, R. (Dir.) (1986): **Psicodiagnóstico**, (Vol. I, II y III). Madrid: UNED.

Fernández Ballesteros, R. (Comp.) (1987): **El ambiente. Análisis psicológico**. Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. y Carroble, J.A. (Dir.) (1988): **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones** (4ª ed.). Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (1992a): "*Conceptos y modelos básicos*". En R. Fernández Ballesteros (1992): **Introducción a la evaluación psicológica I**, (25-58). Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (1992b): **Introducción a la evaluación psicológica**. Madrid: Pirámide.

Ferrando, P.J. (1996): "*Relaciones entre el análisis factorial y la teoría de respuesta a los ítems*". En José Muñiz. (1996). **Psicometría**. Madrid. Universitas.

FIAPAS (1994): "*Marco de Acción sobre necesidades educativas especiales*". **FIAPAS**, 41. Separata.

Fierro, A. (1984): "*España: Historia reciente*". En R.C. Scheerenberg (1984): **Historia del retraso mental**. 401-431 San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.

Fierro, A. (1990): "*Los niños con retraso mental*". En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comps.) (1990): **Desarrollo psicológico y educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar**, 267-275. Madrid: Alianza.

Fierro, A. (1999): "*Los alumnos con retraso mental*". En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Comps.) (1999) **Desarrollo psicológico y educación III. Trastornos**

del desarrollo y necesidades educativas especiales, 275-302. Madrid: Alianza. Segunda Edición

Florez, J. (1994): "*La farmacología de las conductas anormales en la deficiencia mental*". **Siglo Cero**, 25 (4), 5-25.

Florez, J. (2000): "*Desde la discapacidad a la capacidad para*". **Voces** , 324. Madrid: Feaps.

Ford, A.; Schorr, R.; Meyer, L.; Davern, L.; Black, J. y Dempsey, P. (1989): **The Syracuse Community-referenced: curriculum guide for students with moderate and severe disabilities**. Baltimore: Brooks.

Forns, M.; Kirchner, T. y Torres, M. (1991): **Principales modelos en evaluación psicológica**. Barcelona: L' estudi d'en llop.

Forns, M. (1993): **Evaluación psicológica infantil**. Barcelona: Barcanova. Temas universitarios.

Franco Martín, M. (Coord.) (1998a): **Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Evaluación e intervención**. Valladolid: Edintras.

Franco Martín, M. (Coord.) (1998b): **Psiquiatría y retraso mental: guía curricular**. Valladolid: Edintras.

Franklin, B.M. (Comp.) (1996) **Interpretación de la discapacidad. Teoría e historia de la educación especial**. Barcelona: Pomares – Corredor.

Fraser, W.I. (1991): **Temas clave en investigación del retraso mental**. Ed. SIIS

García Alonso, I. (1999): "*Conocimientos y actitudes de los futuros profesionales de la educación con respecto a las personas con retraso mental*". Comunicación en el **Second European Congress on Mental Health in Mental Retardation**. Londres, 7-10 de septiembre.

García García, E. (1988a): "*Normalización e integración*". En J. Mayor (Dir.) **Manual de educación especial**, 57-78. Madrid: Anaya.

García García, E. (1988b): "*En niño especial*". En J. Mayor (Dir.) **Manual de educación especial**, 195-219. Madrid: Anaya.

García Viso, M. (1994): "*Traducción española de los términos relacionados con la discapacidad en los textos de Naciones Unidas*". **Boletín del Real Patronato**, 28, 7-17.

Gardner, H. (1992): "*La decadencia de los tests de inteligencia*". En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (92-97). Madrid: Pirámide.

Gavidia, V. y Rodes, M.J. (1999): "*Estrategias para el tratamiento de la educación para la salud transversal del currículo escolar*". Enlace en Internet: <http://www.mec.es/cide/programs/reeps/fondo/reesc94.html> Última consulta 17-12-2000.

Gil, F. y León, J.M. (1998): **Habilidades sociales, teoría investigación e intervención**. Madrid: Síntesis. Psicología.

Giné, C. (1995): "*Entrevista con Cesar Coll sobre el nuevo Real Decreto de Educación Especial*". **Aula de Innovación Educativa**, 45, 41-44.

Gisbert Alos, J.; Mardomingo Sanz, M.J.; Cabada Alvarez, J.M.; Sanchez Moiso, M.E.; Rodriguez Ramos, P.; Solis Muschketov, R.; Claramunt López, F.; Toledo González, M.; Valverde Molina, J. y Equipo Taure (1980/86): **Educación especial**. Madrid: Cincel.

Glaser, R. (1998): "*Pericia y evaluación*". En M.C. Wittrock y cols. (1998): **Test y cognición. Investigación cognitiva y mejora de las pruebas psicológicas**, (35-48). Barcelona: Paidós Ibérica.

Gonzalez Mas, R. (1978): **Adiestramiento y maduración mental**. Madrid: Editorial Científica -Médica.

González, A. y Aymamí, M.N. (1998): "*Psicopatología de la inteligencia*". En Vallejo Ruiloba (1998): **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría**. (341-350). Barcelona: Masson, S.A. 4ª Ed.

Greenspan, S. y Grainfield, J.M. (1992a): "*Review of mental retardation: definition, classification and systems of supports*". **American Journal of Mental retardation**, 98 (3) , 544-548.

Greenspan, S. y Grainfield, J.M. (1992b): "*Reconsidering the construct of mental Retardation: implications of a Model Social Competence*". **American Journal of Mental Retardation**, 96 (4), 442-453.

Greenspan, S. (1997): "*Dead manual walking? Why the 1992 AAMR definition needs redoing*". **Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, 32 (3), 179-190.

Greer, D. (1998): "*Problemas de conducta en individuos con trastornos graves del desarrollo: funciones y soluciones*". **Siglo Cero**, 29 (6), 11-18.

Griffo, G. (1999): "*La riqueza de la diversidad*". En M.A. Verdugo y cols. (1999): **Hacia una nueva concepción de la discapacidad**, (69-76). Actas de las III Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. Universidad de Salamanca. Salamanca: Amarú.

Grossman, H.J. (1983): **Manual of terminology and classification in mental retardation**. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Guy, G. (1991): "*La Atención basada en la comunidad: ¿desinstitucionalización o transinstitucionalización?*". **Siglo Cero**, 133, 42-47.

Halpern, A.S. (1994): "*Calidad de vida como marco para evaluar los resultados de la transición*". **Siglo Cero**, 25 (5), 19-37.

Hambleton, R.K. (1996): "*Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: Fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas*." En J. Muñiz. **Psicometría**. Madrid. Universitas.

Hardy Leahey, T. (1994): **Historia de la psicología: corrientes principales del pensamiento psicológico**. Madrid: Debate.

Harrison, P.L. (1987): "*Research with adaptive behavior scales*". **The Journal of Special Education**, 21 (1), 37-68.

Heber, R. (1959/1961): "*A manual of terminology and classification in mental retardation*". **Monograph Supplement to the American Journal of Mental Deficiency**.

Herber, M. (1983): **Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia**. Barcelona: Paidós.

Herman, J.J. (1998): "*Investigación en cognición y aprendizaje: implicaciones para la práctica en la aplicación de pruebas de rendimiento*". En M.C. Wittrock y E. Baker (1998): **Test y cognición. Investigación cognitiva y mejora de las pruebas psicológicas**, (203-219). Barcelona: Paidós Ibérica.

Hernández Sánchez, E. (1993): "*Evolución de la Integración educativa y planificación de futuro*". En S. Muñoz Machado y cols. (1993): **La integración social de los minusválidos**. Madrid: Escuela Libre.

Heward, W.L. (1997): **Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial**. Quinta edición. 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**. Barcelona: Neurociencias, 35-47.

Hill, B.K. (1993): "*ICAP Compuscore: un programa de ordenador para la corrección del ICAP y utilización de bases de datos*". En Ministerio de Asuntos Sociales; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**, (163-177). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Hill, B.K.; Bruininks, R.H.; Weatherman, R.F. y Woodcock, R.W. (1993): **Compuscore-ICAP. Programa para la corrección y base de datos del ICAP. Col. Programas de ordenador para psicología y educación**. Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Hodapp, R.M. y Dykens, E. (1994): "*Mental retardation's two cultures of behavioral research*". **American Journal of Mental Retardation**, 98, (6), 675-687.

Holmes, N.; Shah, A. y Wing, L. (1982): The Disability Assessment Schedule (DAS) a brief screening device for use with mentally retarded. **Psychological Medicine**, 12.

Hughes, C.; Hugo, K. y Blatt, J. (1996): "*Self-instructional intervention for teaching generalised problem-solving within a functional task sequence*". **American Journal of Mental Retardation**, 100, 565-579.

Hunt, E. (1992): "*El heffalump de la inteligencia*". En R.J Sternberg y D.K Detterman (Dir.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (123-130). Madrid: Pirámide.

Ibáñez, E. (1987): "*Prólogo*". En A. Belloch y M.P. Barreto (Dir.): **Psicología clínica: trastornos bio-psico-sociales**. Valencia: Promolibro.

Instituto de Migración y Servicios Sociales. IMSERSO (1997): **Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad**. Madrid: IMSERSO. Versión castellana (1980): **International classification of impairments, disabilities and handicaps. A Manual of classification relating to the consequences of disease**. Ginebra: Who.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (1987): **Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías: Año 1986**. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2000): "*La encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud*". Enlace en Internet: <http://www.ine.es/discapa/discapamenu.htm> Última visita 23-1-2001.

Infante, L. y Rodríguez Sacristán, J. (1998): "*Conductas desadaptadas en el retraso mental: estudio comparativo de la escala de Reiss y la subescala de problemas de conducta de Bouras*". **Anuario de Psiquiatría**, 14 (4), 133-146.

Ingalls, R.P. (1982): **Retraso Mental: la nueva perspectiva**. México: Manual Moderno.

Instituto Nacional de Servicios Sociales. INSERSO (1983): **Diez años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)**. Madrid: INSERSO. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Instituto Nacional de Servicios Sociales. INSERSO (1995): **Nuevas tecnologías aplicadas a la discapacidad. Proyectos y experiencias**. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Servicios Sociales. INSERSO (1996): **La discapacidad en el Siglo XXI. Plan de Acción. Una propuesta de futuro**. Colección Rehabilitación. Madrid: Autor.

Institute Of Medicine (1991): **Disability in America: toward a national agenda for prevention**. Washington, DC: National Academy Press.

International Test Commission (2001): ITC Test Adaptation Guidelines Enlace en Internet: <http://www.intestcom.org>. Última visita 3-4-2001

Jacobson, J.W. (1994): "*Review of mental retardation: definition, classification and systems of supports*". **American Journal of Mental Retardation**, 98 (3) 539-541.

Juan-Espinosa, M.; Márquez, M.O. y Rubio, V. (1985): "*El papel del psicólogo en centros para sujetos con retraso mental*". En **Papeles del Colegio de Psicólogos**, 4, 24-34.

Juan-Espinosa, M.; Márquez, M.O. y Rubio, V. (1987): "*Evaluación conductual en el retraso mental*". En R. Fernandez Ballesteros y J.A.I. Carroble (Dirs.): **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**, (671-717). 4ª edición. Madrid: Pirámide.

Juan-Espinosa, M.; Colom, Maraón, R. y Flores Lucas, V. (1992): **Contexto y retraso mental**. MEC. CIDE. Madrid.

Jurado de los Santos, P. (1992): **Integración socio-laboral con retraso mental ligero y capacidad**. Barcelona: Univesidad Autónoma de Barcelona. Servei de Publicacions.

Kazdin, A. y Buela-Casal, G. (1994): **Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia**. Madrid: Pirámide.

Kopp, C.B.; Baker, B.I. y Brown, K.W. (1992): "*Social skills and their correlates: preschoolers with developmental delays*". **American Journal of Mental Retardation**, 96, Nº 4, 357-366.

Lambert, J.L. (1980): **Introducción al retraso mental**. Barcelona: Biblioteca de psicología 68. Herder.

Lambert, N.; Nihira, K. y Leland, H. (1993): **American Association on Mental Retardation (AAMR). Adaptive Behavior Scales-School: Second Edition. ABS-S:2**. Austin, Texas: PRO-ED.

Leland, H.; Shellhaas, M.; Nihira, K. & Foster, R. (1967): "*Adaptive behavior: a new dimension in the classification of the mentally retarded*". **Mental Retardation Abstracts**, 4 (3), 359-387.

Lewis, D. y Bruininks, R. H. (1993): "*Uso del ICAP en la valoración de recursos y necesidades de servicios para personas con discapacidad*". En Ministerio de Asuntos Sociales; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**. (143-162). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Lozano, B. Independent living: "*Relation among training, skills and success*". **American Journal of Mental Retardation**, 98, (2), 249-262.

Luckasson, R.L.; Coulter, D.L.; Polloway, E.A.; Reiss, S.; Schalock, R.L.; Snell, M.E.; Spitalnick, D.M. y Stark, J.A. (American Association on Mental Retardation, AAMR) (1997): **Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo**. Madrid. Alianza Psicología. Traducción castellana de M.A. Verdugo y C. Jenaro, de la AAMR (1992): **Mental retardation: diagnosis, classification and systems of support**. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Juan Espinosa, M. de; Márquez, M.O. y Rubio, V. (1987): "*Evaluación conductual en el retraso mental*". En R. Fernández-Ballesteros y J.A. Carrobbles (Dir.) (1988): **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**. Madrid: Pirámide. 3ª edición.

Mann, R. (1993): "*Trastorno de conducta*". En M. Hersen y C. Last (Eds). **Manual de casos de terapia de conducta**. Bilbao: DDB.

Maravall, H. (1996): "*El Plan de Acción para las Personas con Discapacidad*". En INSERSO (1996): **La discapacidad en el Siglo XXI. Plan de Acción. Una propuesta de futuro**. Madrid: Autor.

Marchesi, A.; Coll, C. y Palacios, J. (Comp.) (1990): **Desarrollo psicológico y educación I**. Madrid: Alianza.

Marchesi, A.; Coll, C. y Palacios, J. (Comp.) (1990a): **Desarrollo psicológico y educación II. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar**. Madrid: Alianza.

Marchesi, A.; Coll, C. y Palacios, J. (Comp.) (1990c): **Desarrollo psicológico y educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar**. Madrid: Alianza.

Martin, A.; Marquez, M.O.; Rubio, V.J. y Juan Espinosa, M. (1990): **Sistema de evaluación y registro del comportamiento adaptativo WV-UAM**. Madrid: MEPSA.

Martinez Arias, R. (1995): **Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos**. Madrid: Síntesis. Psicología.

Mathias, J.L. (1990): "*Social intelligence, social competence and interpersonal competence*". **International Review of Research in Mental Retardation**, 16. 125-154.

Matson, J.L. (1988): **The PIMRA Manual**. Worthington, Ohio: International Diagnostic Systems, Inc.

Matson, J.L. y Barret, R.P. (1993): **Psychopathology in the mentally retarded**. Massachusetts: Allyn y Bacon.

Matson J.L. y Sevin J.A. (1994): "*Theories of dual diagnosis in mental retardation*". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 62 (1): 6-16.

Mazzelli, A. M.; Polirstok, S. R.; Dana, L.; Buono, S.; Mongelli, V.; Trubia, G. y Ayala, G. (2000): "*A clinical application of applied humanism for young adults with severe and profound retardation*". **Journal of Humanistic Counselling, Education y Development**, 38, Issue 4, p 206, 14p, 3 charts. Database: Academic Search Elite.

McDonnell, J.; Hardman, M.L.; Hightower, J.; Kelfer-Odonnell, R. y Drew, C. (1993): "*Impact of community: based instruction on the development of adaptive behavior of secondary-level students with mental retardation*". **American Journal of Mental Retardation**, 97, No. 5, 575-584.

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 Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**, (85-100). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

McGrew, K.S. (1995): "*Adaptive Behavior*". Paper presented at the **AAMR Annual Conference**. San Francisco, California.

McGrew, K.S.; Bruininks, R.H. y Jhonson, D.R. (1996). "*The investigation of the analytic factor of the Greenspan personal competence model*". **American Journal of Mental Retardation**, 100, (562-564)

McMillan, D.I.; Gresham, F.M. y Siperstein, G.N. (1993): "*Conceptual and Psychometric Concerns about the AAMR. Definition of Mental Retardation*". **American Journal of Mental Retardation**, 98 (3) 325-335.

Ministerio de Asuntos Sociales/INSERSO (1989a): **Las personas con minusvalía en España: aspectos cuantitativos**. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Ministerio de Asuntos Sociales/INSERSO (1989b): **Las personas con minusvalía en España: necesidades y demandas**. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Ministerio de Asuntos Sociales; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**. Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Ministerio de Educación y Ciencia (1989a): **Libro blanco para la reforma del sistema educativo**. Madrid: Autor.

Ministerio de Educación y Ciencia (1989b): **Diseño Curricular Base. Educación Secundaria Obligatoria I**. Madrid: Autor.

Ministerio de Educación y Ciencia (1990): **Ley de Ordenación General del Sistema Educativo**. Madrid: Servicio de Publicaciones.

Ministerio de Educación y Ciencia (1992): **Los alumnos con necesidades educativas especiales. Materiales para la Reforma. Educación Secundaria Obligatoria**. Madrid: Autor.

Ministerio de Educación y Ciencia (1994a): **La Educación especial en el marco de la LOGSE. Situación actual y perspectivas de futuro**. Madrid: Autor.

Ministerio de Educación y Ciencia (1994b): **El alumno con retraso mental en la escuela ordinaria**. Madrid: Secretaria General Técnica. Centro de Publicaciones.

Ministerio de Educación y Ciencia (1996): **La Evaluación psicopedagógica: modelo, orientaciones, instrumentos**. Madrid: Secretaria General Técnica. Centro de Publicaciones.

Ministerio de Educación y Ciencia (1998): *"Los programas de Garantía Social."* **En Informe sobre el Estado y Situación del Sistema Educativo Español**. Curso 96/97. Enlace en Internet: [http:// www.mec.es](http://www.mec.es) Última consulta: 12-9-2000.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (1997): **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Molina García, S. y Arráiz Pérez, A. (1993): **Procesos y estrategias cognitivas en niños deficientes mentales**. Madrid: Pirámide.

Molina García, S. (1994): **Deficiencia mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos.** Málaga: Aljibe.

Montero, D. (1993): **Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad. Adaptación y validación del ICAP.** Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Montero, D. y Azurmendi, E. (1993): "*Adaptación y validación del ICAP en la Comunidad Autónoma Vasca*". En Ministerio de Asuntos Sociales; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa.** (101-128) Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Montero, D. y Martínez, S. (1994): "*El ICAP: una herramienta en la mejora de la planificación y la intervención en servicios para personas con discapacidad*". **Siglo Cero**, 25 (3), 49-58.

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: **Hacia una nueva concepción de la discapacidad**, (435-446). Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad. Salamanca: Amarú.

Montero, D. (1999b): "*La nueva concepción del retraso mental. Aspectos positivos y negativos*". Ponencia del **Curso de verano de la Universidad de Burgos: Los Trastornos psicopatológicos en el retraso mental.** 12-15 de julio.

Montoro Martínez, J. (1991): **Los ciegos en la historia.** (Vol. I y II). Madrid: ONCE.

Morreau, L.E. y Bruininks, R.H. (1991): **Checklist of Adaptive Living Skills.** Manual. Allen: DLM Teaching Resources.

Moss, S. (1999): "*Assessment: conceptual issues*". En N. Bouras, (1999): **Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation.** (18-38). Cambridge: University Press. The Pitt Building, Trumpington Street.

Muntaner, J.J. (1995): **La sociedad ante el deficiente mental: normalización, integración educativa, inserción social y laboral.** Madrid: Narcea.

Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996): *Directrices para la traducción y adaptación de los tests.* **Papeles del Psicólogo**, 66, 63-70.

Muñiz, J. (Coord.) (1996): **Psicometría**. Madrid. Universitas.

Muñoz Machado, S. (1993): **La integración social de los minusválidos**. Madrid: Escuela Libre.

Muñoz Machado, S. y Lorenzo, R de (1996): **Código Europeo de las Minusvalías**. Escuela Libre Editorial.

Nettelbeck, T. y Wilson, C. (2000): "*The influence of interpersonal competence on personal vulnerability of persons with mental retardation*". **Journal of Interpersonal Violence**, 15. Issue 1, p 46,17p, 2 charts. Database: Academic Search Elite.

Nihira, K.; Foster, R.; Shellhaas, M. y Leland, H. (1975): **Adaptive Behavior Scale**. Washington, D.C.: 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.; Leland, H. y Lambert, N. (1993): **American Association on Mental Retardation (AAMR). Adaptive Behavior Scales-Residential and Community. ABS-RC:2. Examiner's manual**. Second Edition. Austin, Texas: PRO-ED.

Olabarria González, B. (1997): "*José Germán y los avatares de la primera institucionalización de la psicología en España*". En Aparicio V. Basauri (Comp.) (1997): **Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España**. (193-215). Madrid: ELA.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1960): **Constitución de la OMS**. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS)(1985): "*Retraso mental: respuesta a un reto*". En **FOCET**, 86. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992): **CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas del comportamiento**. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998): **Promoción de la salud. Glosario**. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología (1999): **Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. CIDD-2. Borrador Beta-2**. Ginebra, Suiza: Autor.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1988): **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Versión castellana de **World Programme of Action Concerning Disabled Persons**. Nueva York: ONU, 1983.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Ministerio de Educación y Ciencia de España (MEC) (1994): *"Marco de acción sobre necesidades educativas especiales"*. **Fiapas, 41**. Separata.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Ministerio de Educación y Ciencia de España (MEC) (1994): *"Marco de acción sobre necesidades educativas especiales"*. Salamanca: **FIAPAS, 41**, Separata. I-VIII.

Ortiz González, M.C. (1995): *"Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto."* En M.A. Verdugo. (Dir.) (1995): **Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**, (37-72). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Padilla, J.M. y Huertas, J.A. (1999): *"Un análisis situado en la producción intelectual de José Mallart"*. En **XII Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología**. Ciudad Real, Almagro.

Pardo, A. y San Martín, R. (1998): **Análisis de datos en Psicología II**. Madrid: Segunda edición. Pirámide.

Pelechano Barberá, V. y Gonzalez, M. (1976): *"Trastornos de conducta y deficiencia mental"*. **Análisis y Modificación de Conducta, 2** (3), 267-280.

Pelechano Barberá, V. (1988): **Del Psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. (Vol. I y II)**. Valencia: Alfaplus.

Pelechano Barberá, V. (1995): *"El retraso Mental"*. En A. Belloch; B. Sandín y F. Ramos. (Dir.) (1995): **Manual de Psicopatología**. Madrid: McGraw-Hill.

Pelechano Barberá, 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). Organizado por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Salamanca, 16-17-X.

Perera, J. (1997): "*El retraso mental en el síndrome de Down*". **Down**, 7, 12.

Pérez Fernández, F. (1999): "*José Mallart y la orientación profesional. Apuntes para una historia de la Psicología Aplicada en España*". En **XII Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología**, (41). Ciudad Real, Almagro.

Pérez Marín, J.; Alonso Trujillo, F. y Salvador Carulla, L. (1997): **Integración y promoción de las personas con retraso mental**. Asociación para la Promoción del Minusválido, PROMI.

Pertejo, Jesusa (1987): "*Mis encuentros con el Dr. Germain*". **Papeles del Psicólogo**, 28/29, (V), 61-63.

Pitaluga, G. (1918): "*Nicolás Achúcarro*". **Boletín de la Real Sociedad Española de Historia Natural**. Tomo XVIII. Nº 5, 252-255.

Polaino-Lorente, A. (1987): **Educación para la salud**. Barcelona. Herder.

Puig de Bellacasa, R. (1987): "*Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad*". En D. Casado y cols. (1987): **Discapacidad e información**, (53-66). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía. Serie Documentos Nº. 14.

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1994): **Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales**. Madrid: Boletín del Real Patronato, 28.

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1996): **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**. Madrid: Real Patronato, 2ª Ed. Española.

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1997a): **Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años**. Madrid: Autor.

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1997b): **Folleto Informativo**. Madrid: Autor.

Reep, A.C. y Horner, R.H. (2000): **Análisis Funcional de problemas de la Conducta**. Madrid. Paraninfo. Thomson Learning.

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, N° 1, 1-7.

Reiss, S. (1995): "*Psychopatología in mental retardation*". En N. Bouras (1995): **Mental health in mental retardation: recent advances and practices**. Cambridge: University Press.

Reiss, S. (1996): "*Psicopatología en el retraso mental*". **Siglo Cero**, 27 (4), 13-18.

Reiss, S. y Haverkamp, S. (1997): "*Sensitivity theory and mental retardation: why functional analysis is not enough*". **American Journal of Mental Retardation**, 101, 553-566.

Revuelta, A. y cols. (1994): "*Trastornos psiquiátricos en el retraso mental: aspectos epidemiológicos etiológicos y clínicos*". **Anuario de Psiquiatría**, 10 (5), 192-200.

Río Pereda, P. del (1986): **La imagen de las personas con deficiencias y el papel de los medios de comunicación**. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

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 Editores.

Riviere, A. (1997): "*Fundamentos cognitivos de las competencias sociales: un análisis evolutivo y sus consecuencias para la rehabilitación*". **Siglo Cero**, 28 (2), N° 170, 37-46.

Rodríguez de Molina, M. (1994): **Evaluación de la comorbilidad de trastornos psiquiátricos en el retraso mental en el medio laboral**. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.

Rodríguez de Molina, M. y Salvador, L. (1995): "*Evaluación clínica y psicosocial*". En **Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. Evaluación, tratamiento y servicios**, (91-106). Barcelona: Neurociencias.

Rodríguez Sacristán, J. y Buceta Candela, A. (1995): **Psicopatología del niño y del adolescente**. Sevilla: Manuales Universitarios. Nº 31. 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.

Rubio, V.J.; Marquez, M.O. y Zaldivar, F. (1990): **Las Plurideficiencias: una perspectiva administrativa, una perspectiva teórica, una perspectiva funcional**. En II Congreso Nacional del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.

Rubio, V.J. y Zaldivar, F. (1991): *"Evaluación e intervención conductual en el retraso mental"*. En G. Buela; V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.) (1991): **Manual de Psicología Clínica y Aplicada**. Madrid: Siglo XXI.

Rubio, V.J. y Zaldivar, F. (1994): *"La Evaluación Curricular de la Motricidad y la Autoayuda"*. En M.A. Verdugo (Ed.) (1994): **Evaluación Curricular: una guía para la intervención psicopedagógica**. Madrid: Siglo XXI.

Rueda, P. y cols. (1993): **Retraso mental severo y profundo y necesidades educativas especiales – Ezintasun mental latz eta sakonat eta hezkuntza premia bereziak**. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones.

Russell, D.; Lenel, J. C.; Spicer, C.; Miller, J.; Albrecht, J. y Rose, J. (1985): *"Evaluating the physically disabled: an attributional analysis"*. **Personality and Social Psychology**, *Bulletin*, 11 (1), 23-31.

Salvador Carulla, L. (1995): **Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. Evaluación tratamiento y servicios**. Barcelona: Neurociencias.

Salvador Carulla, L. (1996): **Evaluación psicosocial de retraso mental: conceptos, metodología e instrumentos**. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Salvador Carulla, 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 (SBS) in a population of adults with learning disabilities"*. **JIDR**, 1998. 22-28.

Salvador Carulla, L.; Romero López-Alberca, C. y Gonzalez Sáiz, F. (2000a) "*Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría*". En A. Bulbena; G. Berrios y P. Fernandez de Larrinoa (2000): **Medición clínica en psiquiatría y psicología**. (15- 34). Barcelona: Masson, S.A.

Salvador Carulla, L.; Rodríguez Blázquez, M.C.; García, R. y Magallanes, T. (2000b) "*Instrumentos de evaluación para el retraso mental*". En A. Bulbena; G. Berrios y P. Fernandez de Larrinoa (2000): **Medición clínica en psiquiatría y psicología**, (357-368). Barcelona: Masson, S.A.

Salleras, L. (1979): **Principios y métodos de educación sanitaria. Programa de Educación Sanitaria del Instituto Municipal de Higiene**. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona.

Salleras, L. (1990): **Educación sanitaria. Principios. Métodos. Aplicaciones**. Madrid: Díez de Santos. S.A.

Sattler, J.M. (1996): **Evaluación infantil**. México: Manual Moderno. Traducido por G. de Padilla Sierra y J.M. Sattler (1992): **Assessment of children**. San Diego, California: Publisher, Inc. P.O. Box 151677, 92175.

Saulle, M.R. (1995). "*Las normas uniformes de la ONU sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*". **Helioscope**, 6, 4-6.

Scarr, S. (1992): "*Inteligencia: una revisión*". En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Dirs.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (141-145). Madrid: Pirámide.

Schalock, R.L. y cols. (1991): "*Calidad de vida y su medición*". **Siglo Cero**, 136, 58-68.

Schalock, R.L. (1995a): "*Implicaciones para la investigación de la definición, clasificación y sistemas de apoyos de la AAMR de 1992*". **Siglo Cero**, 26 (1), 5-12.

Schalock, R.L. (1995b): "*Entrevista a R. L. Schalock*". **Siglo Cero**, 26 (3), 43-48.

Schalock, R.L.; Scott Sutton, G.N.; Holtan S. y Sheehan M. (1997): "*Evaluación multidimensional del estado actual y la calidad de vida de los receptores de servicios de salud mental*". **Siglo Cero**, 28 (4), 5-12.

Schalock, R.L. (1997): "*Evaluación de programas sociales para conseguir rendimientos organizacionales y resultados personales*". **Siglo Cero**, 28 (2), 23-35

Schalock, R.L. (1998): "*La confluencia de la conducta adaptativa y la inteligencia: implicaciones para el campo del retraso mental*". **Siglo Cero**, 29 (3), 5-21.

Schalock, R.L. (1999a): "*Hacia una nueva concepción de la discapacidad*". En M.A. Verdugo y J. Urriés (Coord.) (1999): **Hacia una nueva concepción de la discapacidad**. (79-109). Salamanca: Amarú.

Schalock, R.L. (1999b): **Adaptive Behavior and its measurements: implications for the field of mental retardation**. American Association on Mental Retardation.

Schalock, R.L. (1999c): "*Hacia una nueva concepción de la discapacidad*". **Siglo Cero**, 30 (1), 5-20.

Schalock, R.L. (2001): "Conducta adaptativa. Competencia personal y calidad de vida." En M.A. Verdugo Alonso; J. Urriés Vega y F. de Borja (Coords). (2001): **Apoyos, autodeterminación y calidad de vida**, (83-104). Salamanca: Amarú.

Scheerenberger, Ph. D.R.C. (1984): **Historia del retraso mental**. San Sebastián: Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.

Seoane, J. y Rechea, C. (1987): **Psicometría**. Madrid: 3ª Edición. UNED.

Serrano González, M.I. (1990): **Educación para la salud y participación comunitaria**. Madrid: Díaz de Santos S.A.

Short, E.J. y Evans, S.W. (1990): "*Individual differences in cognitive and social problem-solving skills as a function of intelligence*". **International Review of Research in Mental Retardation**, 16, 89-153.

Silva, F. (1981): "*La entrevista*". En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carroble (Comps.) **Evaluación conductual**. Madrid: Promolibro.

Silva, F. (1982): **Introducción al psicodiagnóstico**. Valencia: Promolibro.

Silva, F. (1985): **Psicodiagnóstico. Teoría y aplicación**. Valencia: Centro editorial de servicios y publicaciones universitarias.

Silva, F. (1989): **Evaluación conductual y criterios psicométricos**. Madrid: Pirámide.

Siperstein, G. (1992): "*Social competence: an important construct in mental retardation*". **American Journal of Mental Retardation**, 96, III-VI.

Sparrow, S.S.; Balla, D.A. y Cicchetti, D.V. (1984): **Vineland Adaptive Behavior Scales**. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.

Startk, J. y cols. (1988): **Mental retardation and mental health. Classification, diagnosis, treatment, services**. New York: Springer-Verlag.

Sternberg, R.J. (1987a): "*Evaluación y psicología cognitiva*". **American Psychologist** (1981) vol. 36, 1181-1187. Traducido y publicado en **Siglo Cero**, 111. 50-55.

Sternberg, R.J. (1987b): **Inteligencia humana I. La naturaleza de la inteligencia y su medición**. Barcelona: Paidós. Edición en castellano de R.J. Sternberg (1982): **Handbook of human intelligence**. Cambridge: University Press.

Sternberg, R.J. (1987c): **Inteligencia humana II. Cognición, personalidad e inteligencia**. Barcelona: Paidós. Edición en castellano de R.J. Sternberg (1982): **Handbook of human intelligence**. Cambridge: University Press.

Sternberg, R.J. y Salter, W. (1987): "*Concepciones de la inteligencia*". En R.J. Sternberg (1987b): **Inteligencia humana I. La naturaleza de la inteligencia y su medición**. (17-49). Barcelona: Paidós.

Sternberg, R.J. (1988a): **The Triarchic mind: a new theory of human intelligence**. New York: Viking.

Sternberg, R.J. (1988b): **Inteligencia humana III. Sociedad, cultura e inteligencia**. Barcelona: Paidós. Edición en castellano de R.J. Sternberg (1982): **Handbook of human intelligence**. Cambridge: University Press.

Sternberg, R.J. (1988c): **Inteligencia humana III. Evolución y desarrollo de la inteligencia**. Barcelona: Paidós. Edición en castellano de R.J. Sternberg (1982): **Handbook of human intelligence**. Cambridge: University Press.

Sternberg, R.J. y Detterman, D.K. (Dir.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**. Madrid: Pirámide. Traducción al

castellano. 2ª edición de R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Drs.) (1986): **What is intelligence?** Ablex Publishing Corporation.

Sternberg, R.J. (1992a): *"La inteligencia es el autogobierno mental"*. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Drs.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (168-176). Madrid: Pirámide.

Sternberg, R.J. (1992b): *"Integración cuantitativa. Definiciones de inteligencia: una comparación de los simposios de 1921 y de 1986"*. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Drs.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**. (185-195). Madrid: Pirámide.

Sternberg, R.J. (1992c): *"Un esquema para entender las concepciones de la inteligencia"*. En R.J. Sternberg y D.K. Detterman (Drs.) (1992): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**. (19-34). Madrid: Pirámide

Sternberg, R.J. (1997): **Inteligencia exitosa**. Barcelona: Paidós. Versión castellana de Sternberg, R.J. (1996): **Successful intelligence: how practical and creative intelligence determine success in life**. Simon & Schuster.

Sternberg, R.J. (1998a): *"Hacia mejores test de inteligencia"*. En M.C. Wittrock y E. Baker (1998): **Test y cognición. Investigación cognitiva y mejora de las pruebas psicológicas**. (53-59). Barcelona: Paidós Ibérica.

Sternberg, R.J. (1998b) **Mas allá del cociente intelectual**. Bilbao: Desclée de Brouwer

Stinnett, T.; Fuqua, D. y Coombs, W. (1999): *"Construct validity of the AAMR Adaptive Behavior Scale-School: 2"*. **School Psychology Review**, 28, Issue 1, p 31, 13p, 5 charts. Database: Academic Search Elite.

Sturmey, P. (1999): *"Classification: concepts, progress and future"*. En P. Bouras, (1999): **Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation**. (3-18). Cambridge: University Press. The Pitt Building, Trumpington Street.

Switzky, H.N. (1997): *"Mental retardation and the neglected construct of motivation"*. **Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, 32 (3) 194-200.

Szymanski, L.S. y Crocker, A.C. (1989): "*Retraso Mental*". En H.L. Kaplan. B.J. Sadock, y R. Cancro (Dir.) (1989): **Tratado de psiquiatría**. Barcelona: Salvat Editores. 2ª Ed.

Szymanski, L. S. (1996): "*Retraso mental y salud mental: conceptos, etiología e incidencia*". **Siglo Cero**, 27 (4), 5-11.

Tamarit, J. (1997): "*El manejo de problemas de comportamiento en personas con autismo*". En J. L. Cuesta, F. J. Mendizábal y C. Gárate (Comps.) **El autismo hoy**. (75-86) Burgos: Centro de Profesores y Recursos.

Terris, M. (1980): **La revolución epidemiológica y la medicina social**. México: Siglo XXI Editores S.A.

Trianes, M.V.; Muñoz, A.M. y Jimenez, M. (1997): **Competencia social: su educación y tratamiento**. Madrid: Pirámide.

Triandis, H.C. (1971): **Actitudes y cambio de Actitudes**. Barcelona: Toray. Versión castellana de *Attitude and attitude change* (1971). Nueva York: John Wiley & Sons.

Vallejo Ruiloba, R. (1998): **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría**. Barcelona: Masson, S.A. 4ª Ed.

Vásquez, L.; Romero, M.; León, R. y Contreras, M. (1998): **Introducción a la bioestadística y a la epidemiología**. Venezuela: McGraw-Hill/Interamericana.

Vera Tejeiro, A. (1994): **Introducción a la psicología de la deficiencia mental**. Valencia: Promolibro.

Verdugo Alonso, M.A. (1989a): **La integración personal, social y vocacional de los deficientes psíquicos adolescentes. Elaboración y aplicación experimental de un programa conductual**. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura. CIDE.

Verdugo Alonso, M.A. (1989b): **Programas conductuales alternativos I. Habilidades Sociales**. Madrid: Mepsa.

Verdugo Alonso, M.A. y Arias Martínez, M.B. (1991): "*Evaluación y modificación de las actitudes hacia los minusválidos*". **Revista de Psicología General y Aplicada**, 44 (1), 95-102.

Verdugo Alonso, M.A.; Jenaro Río, C. y Arias Martínez, M.B. (1992): **Escala de Actitudes hacia Personas con Discapacidad (EAPD)**. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Verdugo Alonso, M.A. (1994): "*El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental. La nueva definición de la AAMR*". **Siglo Cero**, 25 (3), 5-24.

Verdugo Alonso, M. A. (1995a): "*Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías*". En M.A. Verdugo (Dir.) (1995) **Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**, (1-33). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Verdugo Alonso, M.A. (1995b): "*Las personas con retraso mental*". En M.A. Verdugo (Dir.) (1995): **Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**, (515-551). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Verdugo Alonso, M.A.; Jenaro Río, C. y Arias Martínez, M.B. (1995c): "*Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: estrategias de evaluación e intervención*". En M.A. Verdugo Alonso (Dir.) (1995): **Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**. (79-143). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Verdugo Alonso, M.A. (Dir.) (1995d): **Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Verdugo Alonso, M.A. (1996a): **Programa de Orientación al Trabajo (POT). Programas conductuales alternativos**. Salamanca. Amarú.

Verdugo Alonso, M.A. y Soler Sala, V. (Eds.) (1996b): **La convención de los derechos del niño hacia el Siglo XXI**. Salamanca: Ed. Universidad de Salamanca.

Verdugo Alonso, M.A. (1997): **Programa de Habilidades Sociales (PHS). Programas conductuales alternativos**. Salamanca: Amarú.

Verdugo Alonso, M.A. y Bermejo, B.G. (1998): **Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento**. Madrid: Pirámide.

Verdugo Alonso, M.A. (1999a): "*Avances conceptuales actuales y del futuro inmediato: revisión de la definición de 1992 de la AAMR*". **Siglo Cero**, 30 (5), 27-31.

Verdugo Alonso, M.A.; Urriés Vega J. y Borja F. de (Coords). (1999b): **Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad**. Salamanca. Amarú.

Verdugo Alonso, M.A.; Urriés Vega, J. de y Borja, F. de (Coords) (2001): **Apoyos, autodeterminación y calidad de vida**. Salamanca: Amarú.

Vert, S. y colab. (1999): **Programa de intervención en habilidades adaptativas del Centro Ocupacional Bogatell**. Barcelona: Icaria.

Voisin, F. (1843): **De l'idiote chez les enfants**. Paris: Bailliére.

Weatherman, R.F. (1993): *"La evaluación de la conducta adaptativa en la mejora de la calidad de servicios para personas con discapacidad: educación especial y tránsito a la vida adulta"* En Ministerio de Asuntos Sociales; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**, (31-41). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Weatherman, R.F. y Hill, B.K. (1993): *"La evaluación de la conducta adaptativa y los problemas de conducta: las SIB, Escalas de Conducta Independiente y el ICAP, Inventario para la Programación Individual y la Planificación de Servicios"*. En Ministerio de Asuntos Sociales; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**, (53-67). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Wechsler, D. (1979): **Escala de Inteligencia de Wechsler para niños**. Madrid: TEA ediciones, S.A. Traducción en castellano de Wechsler, D. (1949): **Wechsler Intelligence Scale for Children**. New York: The Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1994): **WISC-R. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños revisada**. 2º edición. Madrid: TEA ediciones.

Wehman, P.W. y Grant Revell (1997): *"Transición al empleo con apoyo en personas con discapacidades severas: prácticas actuales y tendencias futuras"*. **Siglo Cero**, 28 (3), 27-34.

Wehmeyer, M.L.; Kelchner, K. y Richards, S. (1996): *"Essential characteristics of self-determined behavior of individuals with mental retardation"*. **American Journal of Mental Retardation**, 100, 632-642.

Weisblatt, S.A. (1996): "*Diagnostico de desórdenes psiquiátricos en personas con retraso mental*". **Siglo Cero**, 27 (4), 22-24.

Widaman, K.F.; Borthwick-Duffy, S. y Little, T.D. (1991): "*The structure and development of adaptive behaviors*". **International review of research in mental retardation**, 17, 1-49.

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, 219-234.

Widaman, K.F. y McGrew, K.S. (1996): "*The structure of adaptive behavior*". En J.W. Jacobson and J.A. Mulick (Eds.). **Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation**, (97-110). Washington, DC: American Psychological Association.

Wieseler, N.A. y Hanson, R.H. (1999): **Challenging behavior of persons with mental health disorders and severe developmental disabilities**. American Association on Mental Retardation.

Wittrock, M.C. y Baker, E.L. (Comps.) (1998a): **Test y cognición. Investigación cognitiva y mejora de las pruebas psicológicas**. Barcelona: Paidós Ibérica. Traducción de (1990): **Testing and cognition**. New Jersey: Prentice-Hall.

Wittrock, M.C. (1998b): "*Aplicación de pruebas e investigación reciente en cognición*". En **Test y cognición. Investigación cognitiva y mejora de las pruebas psicológicas**, (21-30). Barcelona: Paidós Ibérica.

Woodcock, R. y Muñoz-Sandoval, A. F. (1993): "*Conducta adaptativa y teoría de la inteligencia*". En Ministerio de Asuntos Sociales; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Vasco (1993): **Discapacidad y conducta adaptativa**, (41-52). Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

Yela, M. (1987) "*Jose A. Germain*". **Papeles del Psicólogo**, 28/29, (V), 59-60.

Yepsen, L. (1941): "Defining mental deficiency". **American Journal of Mental Deficiency**, 46, 200-205.

Zaldivar, F. y Rubio, V. (1993): "*La Evaluación de personas plurideficientes: elaboración de un sistema multimodal y curricular*". **Siglo Cero**, 25 (3), 21-31.

Zaldivar Basurto, F.; Rubio Franco, V. y Márquez Sánchez, M.O. (1995): **Sistema de Evaluación para Personas Plurideficientes (SEPP)**. Madrid: CEPE.

Zaldivar, F. (1995): "*Intervención conductual en un caso de déficit en el comportamiento adaptativo*". En A. Martínez. y G. Musito: **El estudio de casos para profesionales de la acción social**. Madrid: Narcea.

Zigler, E. (1992): "*Inteligencia un enfoque evolutivo*". En R. J. Sternberg y D. K. Detterman (Dirs.) (1992) **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (177-181). Madrid: Pirámide.

ABS-S:2

Adaptive Behavior Scale– School

Second Edition

Nadine Lambert, Kazuo Nihira, and Henry Leland

Examination Booklet

Examinee's Name _____

Rater's Name _____

Date of Rating _____

School _____

pro-ed

© 1993 by The American Association on Mental Retardation
8700 Shoal Creek Boulevard
Austin, Texas 78757-6897

All rights reserved. No part of the material protected by this copyright notice may be reproduced or utilized in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without the prior written permission of the copyright owner.

Production Manager: Alan Grimes
Production Coordinator: Adrienne Booth
Art Director: Lori Kopp
Reprints Buyer: Alicia Woods
Editorial Assistant: Claudette Landry

Printed in the United States of America

5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 04 03 02 01 00 99 98

General Instructions

INSTRUCTIONS FOR PART ONE

General Instructions

This Scale consists of a number of statements that describe some of the ways people act in different situations. There are several ways of administering the Scale; these, and detailed scoring instructions, appear in the accompanying Examiner's Manual.

When completing the Scale, please observe the following general rules:

1. Items that specify "with help" or "with assistance" for completion of the task refer to direct physical assistance.
2. Give credit for an item even if verbal prompting or reminding is needed to complete the task, unless the item definitely states "without prompting" or "without reminder."

Some items may deal with behaviors that are clearly against local regulations (e.g., use of the telephone) or behaviors that are not possible for a person to perform because the opportunity does not exist (e.g., eating in restaurants is not possible for someone who is bedridden). In these instances, you must still complete your rating. Give persons credit for the item if you feel certain that they could and would perform the behavior without additional training if they were given the opportunity to do so.

There are two types of items in Part One of the Scale. The first requires that you select only the highest level of behaviors exhibited by the person being rated. For example:

ITEM 2		Eating in Public (Circle highest level)	
	Orders complete meals in restaurants	3	
	Orders simple meals like hamburgers or hot dogs	2	
	Orders single items, e.g., soft drinks, ice cream, donuts, etc. at soda fountain or canteen	1	
	Does not order in public eating places	0	2

Notice that the statements are arranged in order of difficulty. Circle the number of the one statement that best describes the most difficult or highest level task the person can usually manage and then record the number in the adjacent box. In this example, the individual being observed can order simple meals like hamburgers or hot dogs (2) but cannot order a complete dinner (3). Therefore, the "2" is circled and recorded in the box.

The second type of item asks you to read each statement and circle the number corresponding to a "Yes" or "No" response. There may be instances when a statement appears with the item because certain items do not apply to the individual being rated. In those cases, follow the instructions by placing a check mark in the blank provided and circling the values associated with "Yes" or "No" as instructed.

For example:

ITEM 4		Table Manners (Circle all answers)	
If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is bedfast and/or has liquid food only, place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.			
		Yes	No
	Throws food	0	1
	Swallows food without chewing	0	1
	Chews food with mouth open	0	1
	Drops food on table or floor	0	1
	Does not use napkin	0	1
	Talks with mouth full	0	1
	Takes food off others' plates	0	1
	Eats too fast or too slow	0	1
	Plays in food with fingers	0	1

For other items of the second type, positive ratings (i.e., 0) appear under "Yes," with negative ratings (i.e., 1) appearing under "No." In this example, the rater "chews food with mouth open" and "talks with mouth full." Thus, the 0s are circled (indicating a "Yes" response) for these behaviors and the 1s (indicating a "No" response) are circled for all others. The points are summed and the "7" is recorded in the box.

PART ONE DOMAIN I.

Independent Functioning

A. Eating

ITEM 1 **Use of Table Utensils**
(Circle highest level)

Uses table knife for cutting or spreading 6
Feeds self neatly with spoon and fork
(or appropriate alternate utensil, e.g., chopsticks) 5
Feeds self causing considerable spilling with spoon and
fork (or appropriate alternate utensil, e.g., chopsticks) 4
Feeds self with spoon—neatly 3
Feeds self with spoon—considerable spilling 2
Feeds self with fingers 1 ☐
Does not feed self or must be fed 0

ITEM 2 **Eating in Public**
(Circle highest level)

Orders complete meals in restaurants 3
Orders simple meals like hamburgers or hot dogs 2
Orders single items, e.g., soft drinks, ice cream, donuts, etc.
at soda fountain or canteen 1 ☐
Does not order in public eating places 0

ITEM 3 **Drinking**
(Circle highest level)

Drinks without spilling, holding glass in one hand 3
Drinks from cup or glass unassisted—neatly 2
Drinks from cup or glass unassisted—considerable spilling 1 ☐
Does not drink from cup or glass unassisted 0

ITEM 4 **Table Manners**
(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because
he or she is bedfast and/or has liquid food only, place a
check in the blank and mark "Yes" for all statements.

	Yes	No
Throws food	0	1
Swallows food without chewing	0	1
Chews food with mouth open	0	1
Drops food on table or floor	0	1
Does not use napkin	0	1
Talks with mouth full	0	1
Takes food off others' plates	0	1
Eats too fast or too slow	0	1
Plays in food with fingers	0	1

B. Toilet Use

ITEM 5 **Toilet Training**
(Circle highest level)

Never has toilet accidents 4
Has toilet accidents only at night 3
Occasionally has toilet accidents during the day 2
Frequently has toilet accidents during the day 1 ☐
Is not toilet trained at all 0

ITEM 6 **Self-Care at Toilet**
(Circle all answers)

	Yes	No
Lowers pants at the toilet without help	1	0
Sits on toilet seat without help	1	0
Uses toilet tissue appropriately	1	0
Flushes toilet after use	1	0
Puts on clothes without help	1	0
Washes hands without help	1	0

C. Cleanliness

ITEM 7 **Washing Hands and Face**
(Circle all answers)

	Yes	No
Washes hands and face with soap and water without prompting	1	0
Washes hands with soap	1	0
Washes face with soap	1	0
Washes hands and face with water	1	0
Dries hands and face	1	0

ITEM 8 **Bathing**
(Circle highest level)

Prepares and completes bathing unaided 6
Washes and dries self completely
without prompting or helping 5
Washes and dries self reasonably well with prompting 4
Washes and dries self with help 3
Attempts to soap and wash self 2
Cooperates when being washed and dried by others 1 ☐
Makes no attempt to wash or dry self 0

ITEM 9 **Personal Hygiene**
(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual,
e.g., because he or she is completely dependent on
others, place a check in the blank and mark "Yes"
for all statements.

	Yes	No
Has strong underarm odor	0	1
Does not change underwear regularly by self	0	1
Skin is often dirty if not assisted	0	1
Does not keep nails clean by self	0	1

ITEM 10 **Toothbrushing**
(Circle highest level)

Cleans dentures appropriately 5
Applies toothpaste and brushes teeth
with up and down motion 5
Applies toothpaste and brushes teeth with
sideways motion 4
Brushes teeth without help, but cannot apply toothpaste 3
Brushes teeth with supervision 2
Cooperates in having teeth brushed 1
Makes no attempt to brush teeth 0 ☐
Does not clean dentures 0

D. Appearance

ITEM 11 **Posture**
(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g.,
because he or she is bedfast or non-ambulatory, place
check in the blank and mark "Yes" for all statements.

	Yes	No
Mouth hangs open	0	1
Head hangs down	0	1
Stomach sticks out because of posture	0	1
Shoulders slumped forward and back bent	0	1
Walks with toes out or toes in	0	1
Walks with feet far apart	0	1
Shuffles, drags, or stamps feet when walking	0	1
Walks on tiptoe	0	1

ITEM 12

Clothing

(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is completely dependent on others, place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.

Yes No

- Wears clothes that do not fit properly if not assisted 0 1
- Wears torn or unpreserved clothing if not prompted 0 1
- Rewears dirty or soiled clothing if not prompted 0 1
- Wears clashing color combinations if not prompted 0 1
- Does not know the difference between work shoes and dress shoes 0 1
- Does not choose different clothing for formal and informal occasions 0 1
- Does not wear special clothing (raincoat, overshoes, etc.) for different weather conditions 0 1 ☐

E. Care of Clothing

ITEM 13

Care of Clothing

(Circle all answers)

Yes No

- Wipes and cleans shoes when needed 1 0
- Puts clothes in drawer, chest, or cupboard 1 0
- Hangs up clothes without prompting 1 0
- Calls attention to missing buttons and holes and/or repairs clothing 1 0 ☐

ITEM 14

Laundry

(Circle highest level)

- Uses laundromat or home washer or dryer without assistance 3
- Puts clothes in washer and dryer; starts it with assistance 2
- Sorts clothing with assistance 1 ☐
- Does not participate in laundry chores 0

F. Dressing and Undressing

ITEM 15

Dressing

(Circle highest level)

- Completely dresses self 5
- Completely dresses self with verbal prompting only 4
- Dresses self by pulling or putting on all clothes with verbal prompting and by fastening (zipping, buttoning, snapping, Velcro) them with help 3
- Dresses self with help in pulling or putting on most clothes and fastening them 2
- Cooperates when being dressed by extending arms or legs 1 ☐
- Must be dressed completely 0

ITEM 16

Undressing at Appropriate Times

(Circle highest level)

- Completely undresses self 5
- Completely undresses self with verbal prompting only 4
- Undresses self by unfastening (unzipping, unbuttoning, unsnapping, Velcro) clothes with help and pulling or taking them off with verbal prompting 3
- Undresses self with help in unfastening and pulling or taking off most clothes 2
- Cooperates when being undressed by extending arms or legs 1 ☐
- Must be completely undressed 0

ITEM 17

Shoes

(Circle all answers)

Yes No

- Puts on shoes correctly without assistance 1 0
- Ties shoelaces without assistance 1 0
- Unties shoelaces without assistance 1 0
- Removes shoes without assistance 1 0 ☐
- Attaches or detaches Velcro on shoes 1 0

G. Travel

ITEM 18

Sense of Direction

(Circle highest level)

- Goes a few blocks from facility or school ground or several blocks from home without getting lost 3
- Goes around facility ground or few blocks from home without getting lost 2
- Goes around ground of facility or home alone 1 ☐
- Gets lost whenever leaving own living area 0

ITEM 19

Transportation

(Circle all answers)

Yes No

- Rides safely in private cars 1 0
- Rides on train, long-distance bus, or plane independently 1 0
- Rides in taxi independently 1 0
- Rides subway or city bus for unfamiliar journeys independently 1 0
- Rides subway or city bus for familiar journeys independently 1 0 ☐

ITEM 20

Mobility

(Circle all answers)

Yes No

- Can cross street safely, by self 1 0
- Can go to school or work unattended 1 0
- Can return home from school or work unattended 1 0
- Can go to and return from recreation activities unattended (movies, games, etc.) 1 0 ☐
- Has driver's license 1 0

ITEM 21

Safety on Street or School Ground

(Circle highest level)

- Shows awareness of possible dangers (e.g., avoids deep water in pool, uses handrail on stairs, does not accept rides from strangers, uses seat belt in cars, etc.) 3
- Obeys traffic signals and "Walk/Don't Walk" signs 2
- Looks both ways and waits as necessary before crossing the street 1 ☐
- Fails to recognize possible danger 0

H. Other Independent Functioning

ITEM 22

Telephone

(Circle all answers)

Yes No

- Uses telephone directory 1 0
- Uses pay telephone 1 0
- Makes telephone calls from private telephone 1 0
- Answers telephone appropriately 1 0 ☐
- Takes telephone messages 1 0

ITEM 23 **Miscellaneous Independent Functioning**
(Circle all answers)

	Yes	No
Has ordinary control of appetite, eats moderately	1	0
Knows postage rates, buys stamps from post office	1	0
Looks after personal health, e.g., changes wet clothing	1	0
Deals with simple injuries, e.g., cuts, burns	1	0
Knows how and where to obtain a doctor's or dentist's help	1	0
Knows about welfare facilities in the community	1	0
Knows own address	1	0

ITEM 24 **Safety at Residential Facility or Home**
(Circle highest level)

Asks whether an unfamiliar object is safe to touch or consume 3

Is careful about dangers of electrical outlets and sockets 2

Is careful about danger of hot foods and beverages or hot dishes or pans 1

Is not careful about possible danger 0

INDEPENDENT FUNCTIONING DOMAIN TOTAL
(add items 1–24)

DOMAIN II.

Physical Development

A. Sensory Development (Observable ability)

ITEM 25 **Vision (with glasses, if used)**
(Circle highest level)

Has no difficulty seeing 3

Has some difficulty seeing 2

Has great difficulty seeing 1

Has no vision at all 0

ITEM 26 **Hearing (with hearing aid, if used)**
(Circle highest level)

Has no difficulty hearing 3

Has some difficulty hearing 2

Has great difficulty hearing 1

Has no hearing at all 0

B. Motor Development

ITEM 27 **Body Balance**
(Circle highest level)

Note: If toe-walker (see item 11h), score 0.

Able to stand on tiptoes for ten seconds if asked 5

Able to stand on one foot for two seconds if asked 4

Stands without support for five minutes or more 3

Stands with support for five minutes or more 2

Sits without support for ten minutes or more 1

Can do none of the above 0

ITEM 28 **Walking and Running**
(Circle all answers)

	Yes	No
Walks alone	1	0
Walks up and down stairs alone	1	0
Walks down stairs by alternating feet	1	0
Runs without often falling	1	0
Hops, skips or jumps	1	0

ITEM 29 **Control of Hands**
(Circle all answers)

	Yes	No
Catches a ball	1	0
Throws a ball overhand	1	0
Lifts cup or glass	1	0
Grasps with thumb and finger	1	0

ITEM 30 **Limb Function**
(Circle all answers)

	Yes	No
Has effective use of right arm	1	0
Has effective use of left arm	1	0
Has effective use of right leg	1	0
Has effective use of left leg	1	0

PHYSICAL DEVELOPMENT DOMAIN TOTAL
(add items 25–30)

DOMAIN III.

Economic Activity

A. Money Handling and Budgeting

ITEM 31 **Money Handling**
(Circle highest level)

Takes complete care of own money 4

Makes change correctly but does not use banking facilities 3

Adds coins of various denominations, up to one dollar 2

Uses money but does not make change correctly 1

Does not use money 0

ITEM 32 **Banking**
(Circle all answers)

	Yes	No
Uses banking facilities independently	1	0
Maintains account with assistance	1	0
Can fill out deposit and withdrawal slips	1	0
Has bank card—can use money machine	1	0

ITEM 33 **Budgeting**
(Circle all answers)

	Yes	No
Saves money or tokens for a particular purpose	1	0
Budgets fares, meals, etc.	1	0
Spends money with some planning	1	0
Controls own major expenditures	1	0

B. Shopping Skills

ITEM 34 **Errands**
(Circle highest level)

Goes to several shops and specifies different items 4

Goes to one shop and specifies one item 3

Goes on errands for simple purchasing without a note 2

Goes on errands for simple purchasing with a note 1

Cannot be sent on shopping errands 0

ITEM 35	Purchasing	
	(Circle highest level)	
	Buys own clothing 5	
	Buys own clothing accessories 4	
	Makes minor purchases without help (candy, soft drinks, etc.) 3	
	Does shopping with slight supervision 2	
	Does shopping with close supervision 1	☐
	Does no shopping 0	
ITEM 36	Shopping Resources	
	(Circle all answers)	
		Yes No
	Has charge card for specific stores 1	0
	Has general credit cards or other credit arrangements 1	0
	Carries appropriate identification 1	0
	Can endorse check 1	0 ☐

ECONOMIC DOMAIN TOTAL

(add items 31–36)

DOMAIN IV.

Language Development

A. Expression

ITEM 37	Writing	
	(Circle highest level)	
	Writes understandable and complete letters or stories 5	
	Writes short notes or memos 4	
	Writes or prints whole sentences 3	
	Writes or prints at least ten words 2	
	Writes or prints name 1	☐
	Cannot write or print any words 0	

ITEM 38	Handwriting	
	(Circle all answers)	
	If item 37 is marked "0," place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.	
		Yes No
	Writes backwards 0	1
	Reverses some letters 0	1
	Writing is generally illegible 0	1 ☐
	Unable to hold pencil or crayon 0	1

ITEM 39	Preverbal Expression	
	(Circle all answers)	
	If person is able to say at least a few words, then place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.	
		Yes No
	Nods head or smiles to express happiness 1	0
	Indicates hunger 1	0
	Indicates wants by pointing or vocal noises 1	0
	Imitates sounds of objects or animals (choo-choo, bow-wow, etc.) 1	0 ☐
	Expresses pleasure or anger by vocal noises 1	0 ☐

ITEM 40	Articulation	
	(Circle all answers)	
	If person has no speech at all, then place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.	
		Yes No
	Speech is low, weak, whispered, or difficult to hear 0	1
	Speech is slowed, deliberate, or labored 0	1
	Speech is hurried, accelerated, or pushed 0	1
	Speaks with blocking, halting, or other irregular interruptions 0	1 ☐

ITEM 41	Sentences	
	(Circle highest level)	
	Sometimes uses complex sentences containing "because," "but," etc. 3	
	Asks questions using words such as "why," "how," "what," etc. 2	
	Speaks in simple sentences 1	☐
	Speaks in primitive phrases only or is nonverbal 0	

ITEM 42	Word Usage	
	(Circle highest level)	
	Talks about action when describing pictures 4	
	Names people or objects when describing pictures 3	
	Names familiar objects 2	
	Asks for things by their appropriate names 1	☐
	Is nonverbal or nearly nonverbal 0	

B. Verbal Comprehension

ITEM 43	Reading Comprehension	
	(Circle highest level)	
	Reads books suitable for children nine years or older 5	
	Reads books suitable for children seven or eight years old 4	
	Reads simple stories or comics 3	
	Reads various signs, e.g., "NO PARKING," "ONE WAY," "MEN," "WOMEN," etc. 2	
	Recognizes ten or more words by sight 1	☐
	Recognizes fewer than ten words 0	

ITEM 44	Comprehension of Spoken Instructions	
	(Circle highest level)	
	Understands complex instructions involving a decision, "If ___, do this, but if not, do ___." 4	
	Understands instructions involving a series of steps, e.g., "First do ___, then do ___." 3	
	Answers simple questions such as "What is your name?" or "What are you doing?" 2	
	Responds correctly to simple phrases, e.g., "stop," "sit down," "come here" 1	☐
	Is unable to understand even very simple verbal communications 0	

C. Social Language Development

ITEM 45	Conversation	
	(Circle all answers)	
		Yes No
	Uses phrases such as "please" and "thank you" 1	0
	Is sociable and talks during meals 1	0
	Talks to others about sports, family, group activities, etc. 1	0 ☐

ITEM 46	Miscellaneous Language Development	
	(Circle all answers)	
		Yes No
	Can be reasoned with 1	0
	Obviously responds when talked to 1	0
	Talks sensibly 1	0
	Reads books, newspapers, or magazines for enjoyment 1	0
	Repeats a story with little or no difficulty 1	0
	Fills in the main items on application form reasonably well 1	0 ☐

LANGUAGE DEVELOPMENT DOMAIN TOTAL

(add items 37–46)

DOMAIN V.

Numbers and Time

ITEM 47	Numbers (Circle highest level)	
	Performs division and multiplication	6
	Does simple addition and subtraction	5
	Counts ten or more objects	4
	Mechanically counts to ten	3
	Counts two objects by saying "one . . . two"	2
	Discriminates between "one" and "many" or "a lot"	1
	Has no understanding of numbers	0

ITEM 48	Time (Circle all answers)	
	Tells time by regular clock or watch correctly to the minute	Yes No 1 0
	Reads time on digital clock or digital watch correctly	1 0
	Understands time intervals, e.g., between "3:30" and "4:30"	1 0
	Understands time equivalents, e.g., "9:15" is the same as "quarter past nine"	1 0
	Associates time on clock with various actions and events	1 0

ITEM 49	Time Concept (Circle all answers)	
	Names the days of the week	Yes No 1 0
	Refers correctly to "morning" and "afternoon"	1 0
	Understands difference between day-week, minute-hour, month-year, etc.	1 0

NUMBERS AND TIME DOMAIN TOTAL
(add items 47–49)

DOMAIN VI.

Prevocational/Vocational Activity

ITEM 50	Job Complexity (Circle highest level)	
	Can perform a job requiring use of tools or machinery, e.g., shop work, sewing, etc.	2
	Can perform simple work, e.g., simple gardening, mopping floors, emptying trash, cleaning chalkboard erasers, etc.	1
	Can perform no work at all	0

ITEM 51	Work/School–Job Performance (Circle all answers)	
	If "0" is marked in item 50, place a check in the blank and mark "No" for all statements.	
	Is a careful worker—avoids accidents to self and others	Yes No 1 0
	Looks after tools, equipment, supplies, etc.	1 0
	Works steadily and productively	1 0
	Is neat and accurate	1 0

ITEM 52	Work/School Habits (Circle all answers)	
	Is late for work/school without good reason	Yes No 0 1
	Is often absent from work/school	0 1
	Does not complete jobs without constant supervision/encouragement	0 1
	Leaves work station/seat without permission	0 1
	Grumbles or gripes about work/school	0 1

PREVOCATIONAL/VOCATIONAL ACTIVITY DOMAIN TOTAL
(add items 50–52)

DOMAIN VII.

Self-Direction

A. Initiative	
ITEM 53	Initiative (Circle highest level)
	Initiates most of own activities, e.g., tasks, games, etc.
	Asks if there is something to do or explores surroundings, e.g., home, yard, school, classroom, etc.
	Will engage in activities only if assigned or directed
	Will not engage in assigned activities, e.g., putting away toys, etc.

ITEM 54	Passivity (Circle all answers)
	If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is totally dependent on others, then place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.
	Needs constant encouragement to complete task
	Has to be made to do things
	Has no ambition
	Seems to have no interest in things
	Finishes task last because of wasted time
	Is unnecessarily dependent on others for help
	Movement is slow and sluggish

B. Perseverance	
ITEM 55	Attention (Circle highest level)
	Will pay attention to purposeful activities for more than 15 minutes, e.g., playing games, reading, cleaning up
	Will pay attention to purposeful activities for up to 15 minutes
	Will pay attention to purposeful activities for up to 10 minutes
	Will pay attention to purposeful activities for up to 5 minutes
	Will not pay attention to purposeful activities for as long as 5 minutes

ITEM 56	Persistence (Circle all answers)
	If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is totally incapable of any organized activities, then place check in the blank and mark "Yes" for all statements.
	Cannot organize task
	Becomes easily discouraged
	Fails to carry out tasks
	Jumps from one activity to another
	Needs constant encouragement to complete task

C. Leisure Time

- ITEM 57** **Leisure Time Activity**
(Circle highest level)
- Organize leisure time activities on a fairly complex level,
e.g., going on a fishing trip, arranging to play billiards,
scheduling time to do computer games, etc. 4
- Has active interest in hobby, e.g., painting, embroidery,
collecting stamps, coins, baseball cards, etc. 3
- Participates in organized leisure time activity when
arranged for him or her 2
- Engages in leisure activity on a simple level, e.g.,
watching TV, listening to radio, etc. 1
- Is unable to arrange leisure time activity, even of the
simplest nature 0 ☐

SELF-DIRECTION DOMAIN TOTAL

(add items 53–57)

DOMAIN VIII. Responsibility

- ITEM 58** **Personal Belongings**
(Circle highest level)
- Very dependable—always takes care
of personal belongings 3
- Usually dependable—usually takes care
of personal belongings 2
- Unreliable—seldom takes care of personal belongings 1
- Not responsible at all—does not take care
of personal belongings 0 ☐

- ITEM 59** **General Responsibility**
(Circle highest level)
- Very conscientious and assumes much responsibility—
makes a special effort; assigned activities
are always performed 3
- Usually dependable—makes an effort to carry out
responsibilities; one can be reasonably certain that
assigned activities will be performed 2
- Unreliable—makes little effort to carry out responsibilities;
one is uncertain that the assigned activities
will be performed 1
- Not given responsibilities; is unable to carry out
responsibilities at all 0 ☐

- ITEM 60** **Personal Responsibility**
(Circle all answers)
	Yes	No
Usually maintains self-control	1	0
Understands concept of being on time	1	0
Seeks and accepts help on instructions	1	0
Reports (to teachers, supervisor, etc.) if there is a problem	1	0
- ☐

RESPONSIBILITY DOMAIN TOTAL

(add items 58–60)

DOMAIN IX. Socialization

- ITEM 61** **Cooperation**
(Circle highest level)
- Offers assistance to others 2
- Is willing to help if asked 1 ☐
- Never helps others 0

- ITEM 62** **Consideration for Others**
(Circle all answers)
	Yes	No
Shows interest in the affairs of others	1	0
Takes care of others' belongings	1	0
Directs or manages the affairs of others when needed	1	0
Shows consideration for others' feelings	1	0
- ☐

- ITEM 63** **Awareness of Others**
(Circle all answers)
	Yes	No
Recognizes own family	1	0
Recognizes people other than family	1	0
Has information about others, e.g., job, address,
relation to self	1	0
Knows the names of people close to him or her, e.g.,
classmates, neighbors	1	0
Knows the names of people not regularly encountered	1	0
- ☐

- ITEM 64** **Interaction with Others**
(Circle highest level)
- Interacts with others in group games or activities 3
- Interacts with others for at least a short period of time,
e.g., showing or offering toys, clothing, or objects 2
- Interacts with others imitatively with little interaction 1
- Does not respond to others in a socially
acceptable manner 0 ☐

- ITEM 65** **Participation in Group Activities**
(Circle highest level)
- Initiates group activities (leader and organizer) 3
- Participates in group activities spontaneously and
eagerly (active participant) 2
- Participates in group activities if encouraged to do so
(passive participant) 1 ☐
- Does not participate in or withdraw from group activities 0

ITEM 66

Selfishness

(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she has no social life or is profoundly withdrawn, place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.

Yes No

Refuses to take turns 0 1

Does not share with others 0 1

Gets mad if does not get own way 0 1 ☐

Interrupts aide or teacher who is helping another person 0 1 ☐

ITEM 67

Social Maturity

(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she has no social life or is profoundly withdrawn, place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.

Yes No

Is too familiar with strangers 0 1

Is afraid of strangers 0 1

Does anything to make friends 0 1

Likes to hold hands with everyone 0 1 ☐

Is at someone's elbow constantly 0 1 ☐

SOCIALIZATION DOMAIN TOTAL

(add items 61-67)

SUPPLEMENTAL ITEM FOR FEMALES

Menstruation

(Circle highest level)

Cares for self completely for menstruation without assistance or reminder 5

Cares for self reasonably well during menstruation 4

Helps in changing pads during menstruation 3

Indicates pad needs changing during menstruation 2

Indicates that menstruation has begun 1

Does none of the above 0 ☐

INSTRUCTIONS FOR PART TWO

Part Two contains only one type of item. The following is an example.

ITEM 19	Damages Others' Property	N	O	F
	Rips, tears, or chews others' clothing	0	1	2
	Soils others' property	0	1	2
	Tears up others' magazines, books, or personal possessions	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2

Circle the "0" if the behavior never occurs (signified by N), the "1" if the behavior occurs occasionally (signified by O), or the "2" if it occurs frequently (signified by F).

In the example, the first statement is true "occasionally," the second and third statements are true "frequently," and no other behaviors occur relative to damaging others' property. Thus, 5 points are tallied in the box.

"Never" signifies that the behavior has not ever been observed; "Occasionally" signifies that the behavior occurs once in a while or now and then; and "Frequently" signifies that the behavior occurs quite often, or habitually.

Use the space for "Other" when:

1. The person has related behavior problems in addition to those circled.
2. The person has behavior problems that are not covered by any of the examples listed.

The behavior listed under "Other" must be a specific example of the behavior problem stated in the item. For scoring purposes, only one "Other" permitted per item.

PART TWO DOMAIN X.

Social Behavior

ITEM 1	Threatens or Does Physical Violence	N	O	F
	Uses threatening gestures	0	1	2
	Indirectly causes injury to others	0	1	2
	Spits on others	0	1	2
	Pushes, scratches, or pinches others	0	1	2
	Pulls others' hair, ears, etc.	0	1	2
	Bites others	0	1	2
	Kicks, strikes, or slaps others	0	1	2
	Throws objects at others	0	1	2
	Chokes others	0	1	2
	Uses objects as weapons against others	0	1	2
	Hurts animals	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 2	Has Violent Temper or Temper Tantrums			
	Cries and screams	0	1	2
	Stamps feet while banging objects or slamming doors, etc.	0	1	2
	Stamps feet, screaming and yelling	0	1	2
	Throws self on floor, screaming and yelling	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 3	Teases or Gossips About Others			
	Gossips about others	0	1	2
	Tells untrue or exaggerated stories about others	0	1	2
	Teases others	0	1	2
	Picks on others	0	1	2
	Makes fun of others	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 4	Bosses and Manipulates Others			
	Tries to tell others what to do	0	1	2
	Demands services from others	0	1	2
	Pushes others around	0	1	2
	Causes fights among other people	0	1	2
	Manipulates others to get them in trouble	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 5	Uses Angry Language			
	Uses hostile language, e.g., "stupid jerk," "dirty pig," etc.	0	1	2
	Swears, curses, or uses obscene language	0	1	2
	Yells or screams threats of violence	0	1	2
	Verbally threatens others, suggesting physical violence	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 6	Reacts Poorly to Frustration			
	Blames own mistakes on others	0	1	2
	Withdraws or pouts when thwarted	0	1	2
	Becomes upset when thwarted	0	1	2
	Throws temper tantrums when does not get own way	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 7	Disrupts Others' Activities			
	Is always in the way	0	1	2
	Interferes with others' activities, e.g., by blocking passage, upsetting wheelchairs, etc.	0	1	2
	Upsets others' work	0	1	2
	Knocks around articles that others are working with, e.g., puzzles, card games, etc.	0	1	2
	Snatches things out of others' hands	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2

SOCIAL BEHAVIOR DOMAIN TOTAL

(add items 1-7)

DOMAIN XI.

Conformity

ITEM 8	Ignores Regulations or Regular Routines	N	O	F
	Has negative attitude toward rules but usually conforms	0	1	2
	Has to be forced to go through waiting lines, e.g., lunch lines, ticket lines, etc.	0	1	2
	Violates rules or regulations, e.g., eats in restricted areas, disobeys traffic signals, etc.	0	1	2
	Refuses to participate in required activities, e.g., work, school, etc.	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 9	Resists Following Instructions, Requests, or Orders			
	Gets upset if given a direct order	0	1	2
	Pretends not to hear and does not follow instructions	0	1	2
	Does not pay attention to instructions	0	1	2
	Refuses to work on assigned subject	0	1	2
	Hesitates for long periods before doing assigned tasks	0	1	2
	Does the opposite of what was requested	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 10	Has Impudent or Rebellious Attitude Toward Authority			
	Resents persons in authority, e.g., teachers, group leaders, care personnel, etc.	0	1	2
	Is hostile toward people in authority	0	1	2
	Mocks people in authority	0	1	2
	Says that he or she can fire people in authority	0	1	2
	Says relative will come to kill or harm persons in authority	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 11	Is Absent From, or Late For, the Proper Assignments or Places			
	Is late to required places or activities	0	1	2
	Fails to return to places where he or she is supposed to be after leaving, e.g., after going to toilet, running an errand, etc.	0	1	2
	Leaves place of required activity without permission, e.g., work, class, etc.	0	1	2
	Is absent from routine activities, e.g., work, class, etc.	0	1	2
	Stays out late at night from home, hospital ward, dormitory, etc.	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 12	Runs Away or Attempts to Run Away			
	Attempts to run away from hospital, home, or school grounds	0	1	2
	Runs away from group activities, e.g., picnics, school bus rides, etc.	0	1	2
	Runs away from hospital, home, or school grounds	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 13	Misbehaves in Group Settings			
	Interrupts group discussions by talking about unrelated topics	0	1	2
	Disrupts games by refusing to follow rules	0	1	2
	Disrupts group activities by making loud noises or by acting up	0	1	2
	Does not stay in seat during class lesson period, lunch period, or other group sessions	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2

CONFORMITY DOMAIN TOTAL

(add items 8-13)

DOMAIN XII.

Trustworthiness

ITEM 14	Shows Disrespect for Others' Property	N	O	F
	Does not return borrowed items	0	1	2
	Uses others' property without permission	0	1	2
	Loses others' belongings	0	1	2
	Damages others' property	0	1	2
	Does not recognize the difference between own and others' property	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 15	Takes Others' Property Without Permission			
	Has been suspected of stealing	0	1	2
	Takes others' belongings if not kept in place or locked up	0	1	2
	Takes others' belongings from pockets, purses, drawers, etc.	0	1	2
	Takes others' belongings by opening or breaking locks	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 16	Lies or Cheats			
	Twists the truth to own advantage	0	1	2
	Cheats in games, tests, assignments, etc.	0	1	2
	Lies about situations	0	1	2
	Lies about self	0	1	2
	Lies about others	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 17	Damages Personal Property			
	Rips, tears, or chews own clothing	0	1	2
	Soils own property	0	1	2
	Tears up own magazines, books, or other possessions	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 18	Damages Public Property			
	Tears up magazines, books, or other public property	0	1	2
	Is overly rough with furniture (kicks, mutilates, knocks it down)	0	1	2
	Breaks windows	0	1	2
	Stuffs toilet with paper towel or other solid objects that cause overflow	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 19	Damages Others' Property			
	Rips, tears, or chews others' clothing	0	1	2
	Soils others' property	0	1	2
	Tears up others' magazines, books, or personal possessions	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2

TRUSTWORTHINESS DOMAIN TOTAL

(add items 14–19)

DOMAIN XIII.

Stereotyped and Hyperactive Behavior

ITEM 20	Has Stereotyped Behaviors	N	O	F
	Drums fingers continually	0	1	2
	Taps feet continually	0	1	2
	Has hands constantly in motion	0	1	2
	Slaps, scratches, or rubs self continually	0	1	2
	Waves or shakes parts of the body repeatedly	0	1	2
	Moves or rolls back and forth	0	1	2
	Rocks body back and forth	0	1	2
	Paces the floor	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 21	Has Inappropriate Interpersonal Manners			
	Talks too close to others' faces	0	1	2
	Blows on others' faces	0	1	2
	Burps at others	0	1	2
	Kisses or licks others	0	1	2
	Hugs or squeezes others	0	1	2
	Touches others inappropriately	0	1	2
	Hangs onto others and does not let go	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 22	Has Disturbing Vocal or Speech Habits			
	Giggles hysterically	0	1	2
	Talks loudly or yells at others	0	1	2
	Talks to self loudly	0	1	2
	Laughs inappropriately	0	1	2
	Makes growling, humming, or other unpleasant noises	0	1	2
	Repeats a word or phrase over and over	0	1	2
	Mimics others' speech	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 23	Has Unacceptable Oral Habits			
	Drools	0	1	2
	Grinds teeth audibly	0	1	2
	Spits on the floor	0	1	2
	Bites fingernails	0	1	2
	Chews or sucks fingers or other parts of the body	0	1	2
	Chews or sucks clothing or other inedibles	0	1	2
	Eats inedibles	0	1	2
	Drinks from toilet stool	0	1	2
	Puts everything in mouth	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 24	Has Hyperactive Tendencies			
	Talks excessively	0	1	2
	Will not sit still for any length of time	0	1	2
	Constantly runs or jumps around the room or hall	0	1	2
	Moves or fidgets constantly	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2

STEREOTYPED AND HYPERACTIVE BEHAVIOR DOMAIN TOTAL

(add items 20–24)

DOMAIN XIV.

Self-Abusive Behavior

ITEM 25	Has Other Eccentric Habits and Tendencies	N	O	F
	Is overly particular about places to sit or sleep	0	1	2
	Stands in a favorite spot, e.g., by window, door, etc.	0	1	2
	Sits by anything that vibrates	0	1	2
	Is afraid to climb or descend stairs	0	1	2
	Does not want to be touched	0	1	2
	Screams if touched	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 26	Does Physical Violence to Self	N	O	F
	Bites or cuts self	0	1	2
	Slaps or strikes self	0	1	2
	Bangs head or other parts of the body against objects	0	1	2
	Pulls own hair, ears, etc.	0	1	2
	Scratches or picks self, causing injury	0	1	2
	Soils and smears self	0	1	2
	Purposely provokes abuse from others	0	1	2
	Picks at any sores he or she might have	0	1	2
	Pokes objects in own ears, eyes, nose, or mouth	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 27	Has Strange and Unacceptable Habits			
	Smells everything	0	1	2
	Inappropriately stuffs things in pockets, shirts, dresses, or shoes	0	1	2
	Pulls threads out of own clothing	0	1	2
	Plays with things he or she is wearing, e.g., shoestring, buttons, etc.	0	1	2
	Saves and wears unusual articles e.g., safety pins, bottle caps, etc.	0	1	2
	Hoards things, including food	0	1	2
	Plays with spit	0	1	2
	Plays with feces or urine	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2

SELF-ABUSIVE BEHAVIOR DOMAIN TOTAL

(add items 25–27)

DOMAIN XV.

Social Engagement

ITEM 28	Is Inactive	N	O	F
	Sits or stands in one position for a long period of time	0	1	2
	Does nothing but sit and watch others	0	1	2
	Falls asleep in a chair	0	1	2
	Lies on the floor all day	0	1	2
	Does not seem to react to anything	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 29	Is Withdrawn			
	Seems unaware of surroundings	0	1	2
	Is difficult to reach or contact	0	1	2
	Is apathetic and unresponsive in feeling	0	1	2
	Has a blank stare	0	1	2
	Has a fixed expression	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 30	Is Shy			
	Is timid and shy in social situations	0	1	2
	Hides face in group situations, e.g., parties, informal gatherings, etc.	0	1	2
	Does not mix well with others	0	1	2
	Prefers to be alone	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 31	Has Peculiar Posture or Odd Mannerisms	N	O	F
	Holds head tilted	0	1	2
	Sits with knees under chin	0	1	2
	Walks on tiptoes	0	1	2
	Lies on floor with feet up in the air	0	1	2
	Walks with fingers in ears or with hands on head	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2

SOCIAL ENGAGEMENT DOMAIN TOTAL

(add items 28–31)

DOMAIN XVI.

Disturbing Interpersonal Behavior

ITEM 32	Tends to Overestimate Own Abilities	N	O	F
	Does not recognize own limitations	0	1	2
	Has too high an opinion of self	0	1	2
	Talks about future plans that are unrealistic	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2
ITEM 33	Reacts Poorly to Criticism			
	Does not talk when corrected	0	1	2
	Withdraws or pouts when criticized	0	1	2
	Becomes upset when criticized	0	1	2
	Screams and cries when corrected	0	1	2
	Other (specify) _____	0	1	2

ITEM 34 Demands Excessive Attention or Praise

Wants excessive praise 0 1 2

Is jealous of attention given to others 0 1 2

Demands excessive reassurance 0 1 2

Acts silly to gain attention 0 1 2

Other (specify) _____ 0 1 2 ☐

ITEM 35 Seems To Feel Persecuted

Complains of unfairness, even when equal shares or privileges have been given 0 1 2

Complains, "Nobody loves me" 0 1 2

Says, "Everybody picks on me" 0 1 2

Says, "People talk about me" 0 1 2

Says, "People are against me" 0 1 2

Acts suspicious of others 0 1 2

Other (specify) _____ 0 1 2 ☐

ITEM 36 Has Hypochondriacal Tendencies

Complains about imaginary physical ailments 0 1 2

Pretends to be ill 0 1 2

Acts sick after illness is over 0 1 2

Other (specify) _____ 0 1 2 ☐

ITEM 37 Has Other Signs of Emotional Instabilities

Changes mood without apparent reason 0 1 2

Complains of bad dreams 0 1 2

Cries out while asleep 0 1 2

Cries for no apparent reason 0 1 2

Seems to have no emotional control 0 1 2

Vomits when upset 0 1 2

Appears insecure or frightened in daily activities 0 1 2

Talks about people or things that cause unrealistic fears 0 1 2

Talks about suicide 0 1 2

Other (specify) _____ 0 1 2 ☐

DISTURBING INTERPERSONAL BEHAVIOR DOMAIN TOTAL

(add items 32–37)

SUPPLEMENTAL

Use of Prescribed (Psychoactive) Medications *N O F*

Uses tranquilizers 0 1 2

Uses sedatives 0 1 2

Uses anticonvulsant drugs 0 1 2

Uses stimulants 0 1 2

Other (specify) _____ 0 1 2 ☐

ABS-S:2

Escala de
Conducta Adaptativa
-Centros Educativos-
Segunda Edición

Nadine Lambert, Kazuo Nihira, and Henry Leland

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 Evaluador / Entrevistador _____ F. de Exploración _____

Nombre de la Persona Entrevistada _____

Relación con el Examinado _____

Centro Educativo _____ Capacidad Intelectual _____

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:

1. Los ítems que están especificados "con ayuda" o con "asistencia" se refieren siempre a la asistencia física directa.
2. 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).

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 "Si"

	Si	No
Tira la comida	0	①
Traga la comida sin masticar	0	①
Mastica la comida con la boca abierta	①	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	①	1
Toma comida de otros platos	0	①
Come demasiado deprisa o demasiado despacio	0	①
Juega con la comida con los dedos	0	①

7

Para completar los ítems de esta segunda forma de recoger las respuestas, hay que redondear bajo el apartado de "Si" la 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 enunciado 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 está en la cama y/o toma sólo comida líquida, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "SI"

	Si	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)

	Si	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)

	Si	No
Se lava las manos y la cara con agua y jabón, si se
necesita, sin que la avisen o manden	1	0
Se lava las manos con jabón	1	0
Se lava la cara con jabón	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 ayuda 4
- Se lava y se seca razonablemente bien con ayuda 3
- Intenta lavarse y aclararse él mismo 2
- Coopera 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 "SI"

	Si	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 la dentadura de manera apropiada / Utiliza
pasta de dientes y cepillo con movimientos de arriba
a 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
- Coopera 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 "SI"

	Si	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 "SI"				
		Si	No	
Va vestido de forma inadecuada si no le ayudan		0	1	
Lleva 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)	Si	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 solo 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 solo completamente		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)	Si	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)	Si	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			
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No	
Puede cruzar las calles con seguridad, independientemente		1	0	
Puede ir a la escuela o a talleres, independientemente		1	0	
Puede volver de la escuela o de talleres, sin ayuda		1	0	
Puede ir y volver de las actividades de ocio, sin ayuda		1	0	
Tiene carnet de conducir		1	0	☐

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		☐

H. Otras actividades de independencia

ITEM 22	USO DEL TELÉFONO			
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No	
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	☐

ITEM 23	DIVERSAS FUNCIONES DE INDEPENDENCIA (Puntuar todas las respuestas)	Si	No
	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
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	
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
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
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

ITEM 28	CAMINAR Y CORRER (Puntuar todas las respuestas)	Si	No
	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
ITEM 29 CONTROL DE LAS MANOS (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
ITEM 30 FUNCIONES DE LAS EXTREMIDADES (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
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 (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)
	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
ITEM 32	USO DEL BANCO (Puntuar todas las respuestas)
	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 (Puntuar todas las respuestas)
	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 (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)
	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

ITEM 35	COMPRA	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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

ITEM 36	RECURSOS PARA HACER COMPRAS	
	(Puntuar todas las respuestas)	Si 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 los cheques	1 0

DOMINIO III. DESTREZAS ECONÓMICAS

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 31-36

DOMINIO IV. DESARROLLO DEL LENGUAJE

A. Expresión

ITEM 37	ESCRITURA	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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

ITEM 38	ESCRITURA MANUAL	
	(Puntuar todas las respuestas)	
	Si el ítem 37, ha sido valorado con 0 puntos, colocar una cruz en la línea y marcar "Si" en todos los ítems	Si 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	
	(Puntuar todas las respuestas)	
	Si la persona es capaz de decir al menos unas pocas palabras, entonces poner una cruz en la línea y marcar "Si" en todos los ítems	Si No
	Menea la cabeza o sonríe 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	
	(Puntuar todas las respuestas)	
	Si la persona no habla, colocar "Si" en todos los ítems	Si 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	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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

ITEM 42	USO DE LA PALABRA	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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

B. Comprensión verbal

ITEM 43	COMPRESIÓN LECTORA	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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 aparcas, WC	2
	Reconoce 10 o más palabras por la vista	1
	Reconoce menos de 10 palabras	0

ITEM 44	COMPRESIÓN DE INSTRUCCIONES HABLADAS	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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

C. Desarrollo del lenguaje social

ITEM 45	CONVERSACIÓN	
	(Puntuar todas las respuestas)	Si No
	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

ITEM 46	DESARROLLO VARIADO DEL LENGUAJE	
	(Puntuar todas las respuestas)	Si No
	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

DOMINIO IV. DESARROLLO DEL LENGUAJE

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 37-46

DOMINIO V.
NÚMEROS Y TIEMPO
ITEM 47
NÚMEROS
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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

ITEM 48
TIEMPO
(Puntuar todas las respuestas) Si No

- Dice la hora correcta al minuto leyéndolo de un reloj de pared o de muñeca 1 0
- 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

ITEM 49
CONCEPTO DEL TIEMPO
(Puntuar todas las respuestas) Si No

- 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

DOMINIO V.
NÚMEROS Y TIEMPO
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 47-49

ITEM 52 HÁBITOS DE TRABAJO O DE ESCUELA
(Puntuar todas las respuestas) Si 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 VI.
ACTIVIDADES
PREVOCACIONALES / VOCACIONES
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 50-52

DOMINIO VII.
AUTO-DIRECCIÓN
A. Iniciativa
ITEM 53
INICIATIVA
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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, solamente 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

ITEM 54
PASIVIDAD
(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 "SI" Si 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 55
ATENCIÓN
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- Presta atención a actividades con sentido durante más de 15 minutos, ej. jugando, leyendo, limpiando 4
- Presta atención a actividades de hasta 15 minutos 3
- Presta atención a actividades de hasta 10 minutos 2
- Presta atención a actividades de hasta 5 minutos 1
- No pone atención ni siquiera a actividades de menos de 5 minutos 0

ITEM 56
PERSISTENCIA
(Puntuar todas las respuestas)

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 "SI" Si No

- Se muestra 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

DOMINIO VI. ACTIVIDADES PREVOCACIONALES O VOCACIONALES
ITEM 50
COMPLEJIDAD DE LOS TRABAJOS
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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

ITEM 51 COLEGIO / TRABAJO: REALIZACIÓN DE LOS TRABAJOS
(Puntuar todas las respuestas)

Si en el ítem 50 obtuvo un "0", colocar una cruz en la línea y puntuar "No" en todos los enunciados Si 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

C. Tiempo libre**ITEM 57 ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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 VII. AUTODIRECCIÓN**TOTAL** Suma de las puntuaciones ITEMS 53-57**DOMINIO VIII. RESPONSABILIDAD****ITEM 58 PERTENENCIAS PERSONALES***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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 59 RESPONSABILIDAD GENERAL*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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 60 RESPONSABILIDAD PERSONAL*(Puntuar todas las respuestas)*

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 VIII. RESPONSABILIDAD**TOTAL** Suma de las puntuaciones ITEMS 58-60**DOMINIO IX.****SOCIALIZACIÓN****ITEM 61 COOPERACIÓN***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

Ofrece ayuda a otros, sin necesidad de pedirselo 2

Ofrece ayuda a otros si se lo piden 1

Nunca ayuda a otros 0

ITEM 62 CONSIDERACIÓN HACIA OTRAS PERSONAS*(Puntuar todas las respuestas)*

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 63 CONCIENCIA DE OTROS*(Puntuar todas las respuestas)*

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, etc. 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 64 INTERACCIÓN CON OTROS*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

Interacciona con otros en juegos grupales o actividades 3

Interacciona con otros al menos durante un período 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 65 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE GRUPO*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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 66 EGOCENTRISMO*(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 "SI"

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 67

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 "SI" _____

	SI	No
Es excesivamente familiar con los extraños	0	1
Tiene miedo a los extraños	0	1
Hace cualquier cosa, aunque sea inapropiada y excesiva para hacer amigos	0	1
Le gusta dar la mano a todas las personas	0	1
Todo el tiempo está pegado a alguien	0	1

DOMINIO IX.

SOCIALIZACIÓN

TOTAL Suma de las puntuaciones ÍTEMS 61-67

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

ÍTEM 19	DAÑA 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

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.

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

SEGUNDA PARTE

DOMINIO X. 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, da portazos, etc.	0	1	2
Patalea, grita o chillla	0	1	2
Se tira al suelo, grita y chillla	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 3 CHISMORREOS, ESPECULACIONES ACERCA DE OTROS

Chismorreos 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 X CONDUCTA SOCIAL

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 1-7 _____

DOMINIO XI. 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, de clase, trabajo.	0	1	2
Está hasta tarde por la noche lejos de casa, del centro, del 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

ITEM 13	SE COMPORTA MAL EN CONTEXTOS GRUPALES	N	O	F
	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

DOMINIO XI. CONFORMIDAD
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 8-13

DOMINIO XII. 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

ITEM 15	COGE LAS PROPIEDADES DE OTRAS PERSONAS SIN PERMISO	N	O	F
	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

ITEM 16	MENTIRAS O ENGAÑOS	N	O	F
	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

ITEM 17	DAÑA LA PROPIEDAD PERSONAL	N	O	F
	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

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

ITEM 19	DAÑA 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

DOMINIO XII. CONFIANZA
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 14-19

DOMINIO XIII. 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 a abajo, de un lado al otro continuamente	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 21	TIENE COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES INAPROPIADOS	N	O	F
	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

ITEM 22	TIENE HÁBITOS VOCALES O DE HABLA MOLESTOS	N	O	F
	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

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

TEM 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 XIII. CONDUCTA ESTEREOTIPADA E HIPERACTIVA

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 20-24

DOMINIO XIV. COMPORTAMIENTOS AUTOABUSIVOS

ITEM 25	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 26	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 u otras partes del 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 27	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. impermeables, 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 XIV. COMPORTAMIENTOS AUTOABUSIVOS

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 25-27

DOMINIO XV. CONDUCTA DE AISLAMIENTO SOCIAL

ITEM 28	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 29	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 él 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 30	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 relaciona bien con otras personas	0	1	2
	Prefiere estar sólo	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

ITEM 31	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 XV. AISLAMIENTO SOCIAL

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 28-31

DOMINIO XVI. COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL MOLESTO / PERTURBADOR

ITEM 32 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 33 REACCIONA MAL A LA CRÍTICA

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 34 EXIGE EXCESIVA ATENCIÓN O ALABANZA

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 35 PARECE QUE SIENTE QUE LE PERSIGUEN

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 36 TIENE TENDENCIAS HIPOCONDRIÁCAS

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 37 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 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 XVI. COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL MOLESTO O PERTURBADOR

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 32-37

Suplemento

USO DE MEDICACIÓN PSICOACTIVA PRESCRITA

MÉDICAMENTO	N	O	F
Usa tranquilizantes o neurolépticos	0	1	2
Usa sedantes	0	1	2
Usa drogas anticonvulsivas	0	1	2
Usa estimulantes	0	1	2
Otro (especificar) _____	0	1	2

ABS-S:2

AAMR ESCALA DE CONDUCTA
ADAPTATIVA -CENTROS EDUCATIVOS-

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 escolar _____
Nombre del evaluador _____
Categoría del evaluador _____
Nombre de la persona entrevistada _____
Relación con la persona evaluada _____
Tabla normativa de referencia: RM _____ No-RM _____

Sección II. Registro del ABS-S:2 Puntuaciones referentes a los Dominios

Parte I. Puntuación de los dominios

	Punt. Directa	Percentil	Punt. Estandar	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 Activ. Prevocacionales y Vocacionales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
VII Auto-Dirección	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
VIII Responsabilidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
IX Socialización	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Parte II. Puntuación de los Dominios

X Conducta Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
XI Conformidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
XII Confianza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
XIII Comportamiento Estereotipado e Hiperactivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
XIV Comportamiento Autoabusivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
XV Conducta de aislamiento Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
XVI Comportamiento Interpers. Perturbador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Sector III. Cómputo de datos del ABS-S: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"/>	<input type="text"/>			
	III	-----	<input type="text"/>			
	IV	-----	<input type="text"/>			
	V	-----	<input type="text"/>			
Item	50	-----	<input type="text"/>			
	51	-----		<input type="text"/>		
	52	-----		<input type="text"/>		
Dominio	VII	-----		<input type="text"/>		
	VIII	-----		<input type="text"/>		
	IX	-----		<input type="text"/>		
	X	-----			<input type="text"/>	
	XI	-----			<input type="text"/>	
	XII	-----			<input type="text"/>	
	XIII	-----				<input type="text"/>
XIV	-----				<input type="text"/>	
Suma de las Puntuaciones Directas		<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

Sección IV. Registro de Puntuaciones de Factor

Factores Parte I	Puntuación Directa	Rango Percentil	Puntuación Estándarizada de Factor	Edad Equivalente	Clasificación
Autosuficiencia Personal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Autosuficiencia Comunitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Responsabilidad Personal-Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Factores Parte II					
Ajuste Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ajuste Personal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Sección V. Comentarios / Sugerencias

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Sección VI. ABS-S:2 Perfil de Puntuaciones

Punt. Típica	Dominios																Punt. Estándar	Factores					Punt. Estándar
	1ª Parte									2ª Parte								1ª Parte			2ª Parte		
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI		A	B	C	D	E	
20	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	150	.	.	.	.	.	150
19	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	145	.	.	.	.	.	145
18	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	140	.	.	.	.	.	140
17	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	135	.	.	.	.	.	135
16	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	130	.	.	.	.	.	130
15	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	125	.	.	.	.	.	125
14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	120	.	.	.	.	.	120
13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	115	.	.	.	.	.	115
12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	110	.	.	.	.	.	110
11	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	105	.	.	.	.	.	105
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—	100
9	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	95	.	.	.	.	.	95
8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	90	.	.	.	.	.	90
7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	85	.	.	.	.	.	85
6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	80	.	.	.	.	.	80
5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	75	.	.	.	.	.	75
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	70	.	.	.	.	.	70
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	65	.	.	.	.	.	65
2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	60	.	.	.	.	.	60
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	55	.	.	.	.	.	55

A B S - S : 2

AAMR

**ESCALA DE CONDUCTA
ADAPTATIVA**

-CENTROS EDUCATIVOS-

**MANUAL DE INSTRUCCIONES
PARA LA APLICACIÓN**

Nadine Lambert
Kazuo Nihira
Henry Leland

Adaptación M^a Isabel García Alonso
Departamento de Ciencias de la Educación
Universidad de Burgos

ESCALA DE CONDUCTA ADAPTATIVA

CENTROS EDUCATIVOS

**MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA
LA APLICACIÓN**

**NADINE LAMBERT
KAZUO NIHIRA
HENRY LELAND**

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA ABS-S:2:
M^a Isabel García Alonso

CONTENIDO

CAPÍTULO I: UNA VISTA GLOBAL A LA ESCALA DE CONDUCTA ADAPTATIVA ABS-S:2

1. La Naturaleza de la conducta adaptativa.....	3
2. Antecedentes relevantes en la valoración de la conducta adaptativa..	6
3. Descripción y trayectoria de las Escalas ABS.....	8
4. Contenido de la Escala ABS-S:2	10
5. Puntuaciones que se obtienen en la versión original del ABS- S:2 ...	12
6. Usos de la Escala ABS-S:2.....	14
a. Identificar puntos fuertes y débiles.....	15
b. Diagnóstico.....	15
c. Documentar progresos.....	16
d. Investigación.....	17

CAPÍTULO II; ADMINISTRACIÓN Y PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE CONDUCTA ADAPTATIVA ABS-S:2

1. Cualificación necesaria	18
2. Guía para la administración.....	20
3. Instrucciones específicas para la administración de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2.....	23
a. Procedimientos para puntuar la Primera Parte de la Escala...	23
b. Procedimiento para puntuar la Segunda Parte de la Escala...	26
c. Obtención de las Puntuaciones de Dominio y de Factor.....	27

BIBLIOGRAFÍA.....	28
--------------------------	-----------

CAPÍTULO I

UNA VISTA GLOBAL DE LA ESCALA

En este Manual de Aplicación de la Escala de Conducta Adaptativa - Centros Educativos - ABS-S:2 se describen los procedimientos para administrar y puntuar la Escala (Capítulo II). Pero primeramente, se tratarán los siguientes aspectos:

- La naturaleza de la conducta adaptativa y los antecedentes relevantes en la valoración de la conducta adaptativa.
- La trayectoria de las Escalas ABS.
- El contenido de la Escala ABS-S:2 y las puntuaciones que se obtienen de ella y,
- Los usos de esta Escala.

1. LA NATURALEZA DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA

Antes de describir cómo la conducta adaptativa se valora en los individuos, debemos definir primero el significado que tiene el término "conducta adaptativa".

El retraso mental fue considerado en el XIX en términos de inadecuación adaptativa (Harrison, 1987). Las personas que no se adaptaron a su ambiente fueron consideradas como insuficientes intelectualmente. Este enfoque de la adaptación continuó hasta principios de 1900, cuando el uso de los tests la inteligencia se convirtió en la

principal forma de medida y de diagnóstico del retraso mental. El enfoque basado en los resultados del test de inteligencia continuó hasta 1930, cuando Edgar Doll argumentó que la madurez social, ahora vista como una competencia de conducta adaptativa, solía ser la principal característica para un diagnóstico del retraso mental.

Más tarde en 1959, la Asociación Americana de Deficiencia Mental (ahora Asociación Americana sobre Retraso Mental) publicó su primer manual oficial sobre diagnósticos y, formalmente, declaró que el diagnóstico debería estar basado en una combinación de los bajos resultados en los tests de inteligencia y un pobre funcionamiento adaptativo.

Para nuestros propósitos y los de la AAMR, una de las definiciones más relevantes es la de Heber (1961), quien la define como, el modo en la cual los individuos se enfrentan ante las demandas naturales y sociales de su entorno.

Las dificultades o discapacidades en la conducta adaptativa fueron descritas por Grossman (1983) como 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. Estas limitaciones pueden ser valoradas con técnicas clínicas y/o con la aplicación de pruebas estandarizadas.

La descripción de la conducta adaptativa y de las problemáticas desadaptativas reflejan la importancia de habilidades individuales para enfrentarse con las demandas de su ambiente. Grossman (1983), apoya esta noción cuando describe la relación de la conducta adaptativa en el retraso mental:

Desde 1959, la definición de la AAMD sobre el retraso mental ha incluido la consideración de las conductas adaptativas unido de 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; así, el significado de los dos conceptos se solapa. Es evidente, sin embargo, teniendo en cuenta el énfasis de la definición de la conducta adaptativa en el afrontamiento diario, que el comportamiento adaptativo hace referencia más a lo que las personas hacen para cuidar de ellas mismos y para relacionarse con otros en la vida diaria, que al potencial abstracto implícito en el concepto de inteligencia (Grossman, 1983, pág. 42).

La importancia de la conducta adaptativa con relación al retraso mental encuentra hoy en día una mayor justificación con la publicación por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) del libro "Retraso Mental. Definición, Clasificación y Sistema de Apoyos" (Luckasson y cols., 1992).

En su modelo propuesto de evaluación diez áreas de habilidades adaptativas son consideradas necesarias para el diagnóstico del retraso mental. Estas áreas son: Comunicación, Autocuidado, Vida en el hogar, Habilidades Sociales, Utilización de la Comunidad, Autodirección, Salud y Seguridad Personal, Habilidades Académicas Funcionales, Ocio y Trabajo.

En esta última definición de la AAMR se especifica que un diagnóstico de retraso mental sólo puede ser hecho si la persona tiene limitaciones en dos o más de dichas áreas de habilidades adaptativas. Además de esto, se han de tener en cuenta otros dos criterios: un cociente de inteligencia de 70-75 o inferior y se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.

Las habilidades adaptativas permiten un estilo de vida razonablemente normal. La mayor parte de las personas que no presentan retraso mental son capaces de hacer frente con su experiencia a las demandas de su entorno. Para las personas con retraso mental sin embargo, las dificultades de adaptación impiden en gran medida la habilidad para interactuar socialmente y ganar la aceptación dentro del grupo mayoritario de la sociedad. Este nivel de debilidad adaptativa, combinada con funciones intelectuales más limitadas contribuye al diagnóstico del retraso mental.

La conducta adaptativa está compuesta por un número de habilidades de afrontamiento que, combinándose, permiten al individuo lograr la integración en la comunidad. Una cuestión importante para los profesionales que atienden las necesidades de las personas con retraso mental es hasta qué punto las limitaciones de conducta adaptativa entorpecen los recursos de una persona para hacer frente a demandas cotidianas de la sociedad.

2. ANTECEDENTES RELEVANTES EN LA VALORACIÓN 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. Binet y Simon en 1905 incluyen varios ítems de adaptación en su escala clásica, y otros tests de habilidad mental han seguido su ejemplo desde entonces.

Voisin (1843) desarrolló el primer registro de medida de la conducta adaptativa. Estableció un precedente histórico al valorar la

3. DESCRIPCIÓN Y TRAYECTORIA DE LAS ESCALAS ABS

La Escala ABS-S:2 editada en 1993 es fruto de la revisión de las Escalas de Conducta Adaptativa ABS publicadas y editadas por la Asociación Americana de la Deficiencia Mental, AAMD de 1975 y 1981.

Desde que se publicó la primera edición, los ítems que componían las primeras versiones del ABS han ido sufriendo numerosas modificaciones

Tales cambios fueron surgiendo como resultado de los análisis intensivos de los ítems y de los estudios de diferentes grupos que varían con respecto a los niveles de conducta adaptativa. Los ítems de la Escala que se han mantenido, fueron seleccionados en base a su fiabilidad inter-evaluadores y a su efectividad, distinguiendo entre: (a) personas institucionalizadas con retraso mental o discapacidad de desarrollo y aquellos otros grupos de la comunidad que han sido previamente clasificados en diferentes niveles de conducta adaptativa de acuerdo con la Clasificación en Retraso Mental de la AAMD (Grossman, 1983); y (b) entre niveles de conducta adaptativa en diversas poblaciones y centros educativos.

La Escala americana originaria ABS-S.2 fue normalizada con 2.000 personas con retraso mental y 1.000 personas sin retraso mental pertenecientes a numerosos estados americanos y su validez ha sido evidenciada en diversos estudios.

A través de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 se pueden evaluar varios factores, entre los que destacan: la independencia comunitaria, personal, la responsabilidad personal-social, el ajuste

conducta adaptativa como parte de la valoración, identificación y clasificación de las personas con retraso mental, discapacidades de desarrollo y trastornos asociados

El trabajo de Voisin, subraya la importancia de la conducta adaptativa y su medición. Considera importante identificar lo bien que las personas con deterioros mentales se enfrentan con las demandas naturales y sociales de su entorno.

Tal identificación requiere dos tipos de información. Primero, se necesita considerar las conductas adaptativas específicas que permiten a los individuos sobrevivir en su propio entorno (por ejemplo, casa, escuela, vecindario). Segundo, se debe examinar la habilidad individual que indique la capacidad de sobrellevar la tensión personal y usar las relaciones interpersonales, manifestando responsabilidad social y lograr a su vez lo que se ha llamado "invisibilidad social". Es decir, cuando en situaciones sociales, la gente hace uso de las habilidades específicas que permiten asumir responsabilidad de su propia conducta, a su vez, esa conducta es suficientemente predecible y típica para hacerles socialmente invisibles en términos de contraste con los otros.

diagnóstico y aportando su valor al diferenciar entre niños que manifiestan déficits de conducta adaptativa de aquellos que requieren apoyo específico y de aquellos que pueden seguir un programa de educación ordinario.

4. CONTENIDO DEL ABS-S:2

La Escala está dividida en dos partes. La Primera Parte se refiere a la independencia personal y está diseñada para evaluar habilidades de afrontamiento consideradas importantes para la independencia personal y la responsabilidad en la vida diaria. Las conductas de esta Primera Parte están agrupadas en nueve *dominios de conducta* (indicadas por números romanos) y 18 *subdominios* (indicados por letras):

- I. Funcionamiento Independiente:
 - A. Comida
 - B. Uso del Baño
 - C. Limpieza
 - D. Apariencia
 - E. Cuidado de la Ropa
 - F. Vestirse y Desvestirse
 - G. Viajar
 - H. Otros Funcionamientos Independientes

- II. Desarrollo Físico:
 - A. Desarrollo Sensorial
 - B. Desarrollo Motor

- III. Actividad Económica:

personal y el ajuste social de los niños y adolescentes de edad escolar, (estos dos últimos factores se valoran a través de los ítems que miden conductas desadaptadas, ya que se encuentran relacionados negativamente con el constructo de la conducta adaptativa).

Desde su primera publicación de Lambert, Windmiller, Cole y Figueroa, en 1975, ha sido la medida más ampliamente usada (según numerosos autores citados en el actual Manual del Evaluador del ABS-S:2. Se ha usado para evaluar la conducta adaptativa y para identificar áreas de funcionamiento que requieren programas especiales, para ayudar en el diagnóstico diferencial del retraso mental y para contribuir a la determinación de la elección de los planes educativos individualizados para niños con retraso mental.

Los investigadores han mostrado también su utilidad para evaluar el funcionamiento habitual de niños y adolescentes considerados de retraso mental, para evaluar las características de la conducta adaptativa de los niños autistas (Perry y Factor, 1989), y para diferenciar a los niños con trastornos conductuales que requieren apoyos específicos.

Según fue avanzando el tiempo, algunos investigadores han ido añadido datos sobre la validez y utilidad del ABS-S:2 así como una mayor información sobre la fiabilidad de la Escala. Otros estudios han mostrado la relevante consistencia entre los instrumentos de conducta adaptativa habitualmente disponibles.

La actual Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 americana ofrece adecuados índices de fiabilidad y validez y posee evidencia científica basada en las investigaciones publicadas. Los datos apoyan empíricamente la utilidad de la Escala posibilitando el proceso de

en instituciones residenciales, profesores de educación especial, instructores de servicios locales comunitarios de día, supervisores de talleres, y educadores de tiempo libre.

Las conductas de la Segunda Parte están agrupadas en siete Dominios. Los Dominios miden las conductas referidas a la manifestación de problemas de personalidad y de conducta.

- X. Conducta Social
- XI. Conformidad
- XII. Confianza
- XIII. Comportamiento Estereotipado E Hiperactivo
- XIV. Comportamiento Auto-Abusivo
- XV. Comportamiento Social
- XVI. Comportamiento Interpersonal Perturbador

5. PUNTUACIONES QUE SE OBTIENEN EN LA VERSIÓN ORIGINAL AMERICANA DEL ABS-S:2

Una vez que la Escala ABS-S:2 es administrada y puntuada, sus resultados pueden ser interpretados en términos de Puntuación de Dominio y Puntuación de Factores. Cada una de esas puntuaciones se describen a continuación.

- A. Dinero que Maneja y Presupuesta
- B. Habilidades de Compra
- IV. Desarrollo del Lenguaje
 - A. Expresión
 - B. Compresión Verbal
 - C. Desarrollo del Lenguaje Social
- V. Números y Tiempos
- VI. Actividad Prevocacional y Vocacional
- VII. Autodirección:
 - A. Iniciativa
 - B. Perseverancia
 - C. Tiempo Libre
- VIII. Responsabilidad
- IX. Socialización

La Segunda Parte de la Escala está principalmente relacionada con la conducta social. Las conductas valoradas fueron identificadas a través de un seguimiento extenso de las expectativas sociales realizadas sobre personas con retraso mental en centros ordinarios y específicos, en instituciones residenciales públicas y privadas y en diferentes servicios de rehabilitación locales y lúdicas existentes en la comunidad americana. Las descripciones de estas expectativas sociales fueron obtenidas empíricamente desde un análisis de un largo número de informes de "incidentes críticos" proporcionados por el personal que atiende al alumno

Puntuaciones de Dominio. Estas puntuaciones reflejan el desempeño de los dominios de la Primera Parte y la Segunda. Las puntuaciones de un dominio son obtenidas sumando los puntos obtenidos en todos los ítems que componen dicho dominio. La puntuación total bruta de cada dominio es luego convertida en puntuación estándar, percentil y edad equivalente (esta última puntuación sólo se ofrece para la Primera Parte) usando las tablas que se exponen en el apéndice del Manual Original del Evaluador.

Cada Dominio valora una conducta adaptativa particular. La puntuación directa del Dominio, los análisis cualitativos del desempeño de los ítems de los dominios y las puntuaciones de los distintos subdominios son particularmente útiles cuando se tiene como objetivo la elaboración de programas de intervención.

Puntuaciones de Factor. Están basadas en el análisis de Factor de los Dominios de la Primera y Segunda Parte del ABS-S:2. Numerosos estudios Factoriales han sido realizados desde que el ABS-S:2 fue publicado por primera vez. Estos estudios identifican consistentemente tres Factores en la Primera Parte y dos Factores en la Segunda Parte.

Los Factores de la Parte Primera son:

- Autosuficiencia Personal (compuesta por ítems de los Dominios de Desarrollo Físico y Funcionamiento Independiente).
- Autosuficiencia Comunitaria (compuesta de ítems de Dominios de Funcionamiento Independiente, Actividad Económica, Desarrollo del Lenguaje, Actividad Prevocacional/Vocacional y Números y tiempo) y

- Responsabilidad Personal-Social (compuesta de ítems de Dominios de Actividad Prevocacional/Vocacional, Auto-dirección, Responsabilidad, y Socialización).

Los Factores de la Segunda Parte son:

- Ajuste Social (a la que pertenecen ítems de Dominios de Conducta Social, Conformidad y Confianza) y
- Ajuste Personal (compuesto de ítems de Dominios de Conducta Hiperactiva y Estereotipada y Conducta Auto-abusiva).

Las Puntuaciones de Factores se obtienen sumando las puntuaciones brutas de los ítems que contribuyen, y convirtiendo los totales en puntuaciones típicas, percentiles y edades equivalentes (esto último, sólo para la Parte Primera) usando las tablas normativas que aparecen en el apéndice del Manual originario.

6. USOS DE LA ESCALA DE CONDUCTA ADAPTATIVA ABS-S:2

El ABS-S:2 tiene cuatro usos principalmente. Puede ser usado para:

- Determinar los puntos fuertes y débiles del sujeto evaluado en los dominios adaptativos y factores,
- Identificar a los estudiantes que están significativamente por debajo de sus iguales en áreas básicas o importantes de conducta adaptativa,

- Documentar el progreso de individuos pertenecientes a programas de intervención y
- Realizar estudios en la línea de investigación relacionada con las conductas adaptativas.

a. IDENTIFICAR PUNTOS FUERTES Y DEBILES

Los resultados del ABS-S:2 son útiles al identificar los dominios fuertes y las debilidades de las personas, así como los recursos y necesidades especiales para favorecer la conducta adaptativa.

Al observar las puntuaciones y los perfiles del ABS-S:2, los evaluadores pueden contrastar el rango del sujeto evaluado con las puntuaciones de conducta adaptativa más normalizadas para su edad y su grupo de pertenencia.

b. DIAGNÓSTICO

Otra importante razón para administrar el ABS-S:2 es obtener información que ayude a diagnosticar personas con discapacidades de desarrollo. Los profesionales, a menudo, usan puntuaciones del ABS-S:2 junto con medidas de inteligencia como por ejemplo las puntuaciones de la Escala de Wechsler (1981,1992), el Tests de Detroit de Aptitudes de Aprendizaje (Hammill, 1992; Hammill & Bryant, 1992^a, 1992b), el -Test de Inteligencia de Stanfor-Binet (Thorndike, Hagen, & Sattler, 1986), la Batería de Valoración de Kaufman para Niños (Kaufman & Kaufman, 1983), etc. El objetivo suele ser la evaluación de los sujetos y la ubicación en programas especiales para personas con retraso mental o con otras discapacidades de desarrollo.

Por otro lado, las personas con retraso mental pueden presentar evidencias de desordenes emocionales y conductuales (por ejemplo, pueden presentar "diagnósticos duales"). El ABS-S:2 aporta una mayor fuente de información para el desarrollo de planes más adecuados a estos sujetos.

La AAMR ha sugerido un proceso de evaluación del retraso mental basado en tres criterios (Luckasson y otros, 1992). El ABS-S:2, sirve también en este sentido, encaja bien en el proceso de valoración con el segundo punto del proceso basado en las siguientes características:

- A. El nivel funcional intelectual de la persona es aproximadamente de 70-75 o por debajo.
- B. *Hay limitaciones en dos o más áreas de capacidades adaptativas; y,*
- C. Se manifiesta antes de los 18 años

Existe además, la posibilidad de recodificar las puntuaciones obtenidas en esta Escala a través del Método de Evaluación de las Áreas Adaptativas AAA, con lo que obtenemos puntuaciones para las diez áreas de habilidades adaptativas propuestas en la última definición de retraso mental (Luckasson, 1997).

C. DOCUMENTANDO PROGRESOS

A menudo, los hallazgos de las medidas de conducta adaptativa son usados para planificar y ajustar la intervención individualizada y/o

elaborar programas educacionales de las personas con discapacidades de desarrollo y aquellas que son consideradas con "diagnostico dual".

Una vez que estos programas son implementados, el ABS-S:2 está idealmente preparado para documentar si las mejoras se han producido como resultado de tales intervenciones. En este sentido, la Escala puede ser considerada un instrumento útil para la valoración de programas de intervención.

d. INVESTIGACIÓN

El ABS-S:2 es valorado como un instrumento de investigación, especialmente para los investigadores que desean estudiar la conducta adaptativa usando un instrumento estandarizado. Los resultados pueden ser usados para medir las relaciones entre ciertas capacidades y habilidades académicas, para relacionarlo con diferentes habilidades de la vida diaria; para determinar la efectividad de varios programas de intervención basados en actuaciones observables; y para comparar conductas observables con conocimiento de datos etiológicos o psicobiológicos.

El procedimiento de valoración de las conductas adaptativas debe satisfacer unos criterios de adecuación técnica rigurosa. De hecho, algunas organizaciones profesionales han publicado normas (por ejemplo, las Normas para Tests Psicológicos y Educacionales de la Asociación Psicológica Americana, APA, 1985). Establecen criterios para las técnicas y legitimidad de los tests. Estos estándares o normas, han sido adoptados y tenidos en cuenta en la Versión originaria de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2

CAPÍTULO II

ADMINISTRACIÓN Y PUNTUACIÓN DE LA ESCALA

En este capítulo se ofrece información acerca de la administración y puntuación del ABS-S:2. Se incluye:

- La cualificación necesaria de los profesionales que apliquen y valoren la Escala
- Las líneas generales de administración y puntuación de los ítems del ABS-S:2
- Las instrucciones específicas para administrar y puntuar los ítems del ABS-S:2

1. CUALIFICACIÓN NECESARIA

En general el ABS-S:2, puede ser administrado por psicólogos, pedagogos, psicopedagogos, profesores de primaria y secundaria, especialistas en audición y lenguaje, en educación especial, educadores, enfermeras, padres, supervisores de talleres, técnicos de servicios comunitarios y otros profesionales

Estas personas deben estar entrenadas con la Escala y poseer las suficientes oportunidades para observar de cerca las conductas de la

persona que evalúa. También se puede cumplimentar la Escala recogiendo datos a través de entrevista con las personas que realmente pueden informar con confianza de las conductas que se citan en la Escala.

En otras palabras, la Escala puede ser administrada por una persona entrenada para ello que tenga conocimiento directo con el sujeto que se va a evaluar o por la persona con posibilidad de recoger la información de una tercera persona que conoce bien al sujeto.

Tal y como recomienda la Comisión Internacional de Tests (ITC) y el Colegio Oficial de Psicólogos de España, en el documento "Directrices internacionales para el uso de los tests", se han de tener en cuenta, adaptando estas normas a la Escala ABS-S.2, que las personas responsables de recoger la información de la Escala ABS-S:2 e interpretar los resultados deberán tener un aprendizaje formal en instrumentos de evaluación y de comportamiento adaptativo.

Este aprendizaje o entrenamiento da como resultado: un entendimiento básico en la psicometría propia de los tests, en los procedimientos para manejar y administrar los tests; en puntuar, interpretar y ofrecer una información específica acerca de la valoración de conductas adaptativas. Llevar a la práctica la supervisión en el uso de los instrumentos de evaluación y valoración es un recurso especialmente aconsejable.

El entrenamiento puede ser obtenido por diversas fuentes. La mayoría de las veces, el aprendizaje es adquirido a través de cursos en los que se trate temas de medición y evaluación psicológica, estos cursos suelen encontrarse en las universidades, los departamentos de

psicología, de psicopedagogía o en las especialidades de educación especial, En otras ocasiones, estos cursos los ofrecen las asociaciones de profesionales o los gabinetes dedicados a ello. En el caso de que los evaluadores de la Escala no hayan tenido una formación formal, se les ha de informar de la forma más precisa y concreta sobre la forma de puntuar y sus valoraciones han de ser supervisadas cuidadosamente.

Un examinador con experiencia tendrá pocas dificultades en dominar los procedimientos necesarios para aplicar, puntuar e interpretar el ABS-S:2 de forma adecuada. Para ello, seguir las instrucciones de cada sección es probablemente todo lo que requiera para asegurar que la Escala se usa de manera apropiada.

Antes de usar el ABS-S:2 los profesionales deben tener presente o consultar las normas éticas profesionales que regulan el uso de los tests. (Directrices internacionales para el uso de los tests. <http://www.cop.es/tests/directrices.html>). Esto es especialmente deseable cuando el propósito de utilizar la Escala es diagnosticar condiciones de incapacidad o ubicar a los individuos en diferentes programas.

2. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN

La Escala ABS-S:2 es apropiada para sujetos entre 3 y 21 años de edad. La cumplimentación de los ítems se pueden realizar de dos maneras:

1. La Escala la cumplimenta la persona que conoce bien al individuo que se va a evaluar,

2. La Escala se cumplimenta un profesional a través de una entrevista con una tercera persona que conoce bien al sujeto.

Si la forma elegida es la entrevista, las respuestas del informante (familiares, cuidadores...) son recogidas por el entrevistador.

Para evaluar de una manera adecuada el nivel de conductas adaptativas del individuo es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Entender la razón principal que subyace al evaluar las conductas adaptativas, es decir, entenderlo como un procedimiento para evaluar condiciones, ej. el retraso mental, las discapacidades de desarrollo o las alteraciones emocionales.

- Estar familiarizado con el contenido de los ítems del ABS-S:2 y la forma de puntuarlos.

Cuando haya que decidir a quien debe entrevistarse para cumplimentar la Escala ABS-S:2 es conveniente considerar que, muy probablemente, algunas personas que atienden al sujeto no tienen el suficiente conocimiento de la persona como para completar todos los ítems de la Escala, por lo tanto para usar correctamente la Escala, la entrevista ha de realizarse con aquella persona (familiar o profesional) que mejor conozca al individuo a evaluar.

Si durante la entrevista observamos que el entrevistado es incapaz de contestar a todas las cuestiones, se ha de llevar a cabo otra entrevista alternativa o adicional a otra persona dirigida a completar la información que falte.

No es conveniente combinar información de diferentes informantes en un solo protocolo. Se ha de utilizar hojas de protocolos distintas para cada informante, manifestando, en este caso, la procedencia de los datos.

Es aconsejable practicar completando la Escala con al menos tres individuos antes de usarla para hacer una valoración. Si es posible utilizarla con personas sin y con retraso mental.

Algunos de los ítems de la Segunda Parte, describen conductas que no son consideradas problemáticas dependiendo de la edad del sujeto o de su nivel de discapacidad. Sin embargo, es conveniente tener en cuenta que, cuando se complete la Escala se han de recoger y puntuar las conductas e ignorar, por el momento, la edad o el grado de discapacidad.

La interpretación del impacto de las conductas recogidas debe tener en consideración la extensión del retraso mental, las normas culturales, las actitudes o valores culturales o de escuela.

Que una conducta sea problemática depende de la frecuencia, de la edad, de la importancia que tiene en la sociedad y en la cultura del sujeto evaluado. En el momento de otorgar las puntuaciones no se interpreta, eso se realizará posteriormente, observando las puntuaciones normalizadas de referencia.

Siempre que sea posible, observe a la persona que está siendo evaluada en sus tareas o conductas en tantos momentos como sea posible, estas observaciones pueden ayudar a interpretar las conclusiones de la Escala.

3. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA ESCALA DE CONDUCTA ADPTATIVA ABS-S:2

A continuación se exponen las instrucciones específicas para la administración y puntuación de la Primera y Segunda Parte del ABS-S:2.

a. Procedimientos para puntuar la Primera Parte de la Escala

Para completar la Primera Parte del ABS-S:2, hay que seguir las siguientes reglas generales:

1. Los ítems que especifiquen “con ayuda” o “con asistencia” para la realización de una tarea se refieren a la necesidad de asistencia física directa de otra persona.
2. Dar margen y puntuar como positivo a los ítems incluso cuando sea necesario la estimulación, ayuda verbal o el recuerdo para realizar la tarea, a menos que el ítem especifique “sin ayuda” o “sin recuerdo”.
3. Algunos ítems hacen referencia a comportamientos que suponen violar el reglamento del colegio o la institución (por ejemplo, usar el teléfono) o a comportamientos que son imposibles de realizar por la persona (por ejemplo, comer en un restaurante resulta imposible para una persona que ha de estar permanentemente en cama). En estos casos se debe puntuar también el ítem. Puntúelo en positivo si está absolutamente seguro de que la persona podría llevar a cabo el comportamiento indicado

sin entrenamiento adicional si dicho sujeto tuviese oportunidad de hacerlo.

La Primera Parte de la Escala consiste en un número de afirmaciones que describen algunas formas de actuar de las personas en diferentes situaciones. En la Primera Parte *aparecen dos tipos de ítems*. El primero requiere que se seleccione solamente el nivel más alto de conducta que exhibe la persona (Ver ejemplo 1.1.). Observe que los enunciados están colocados en orden de dificultad: 3, 2, 1, 0. En el protocolo, marque con un círculo el número del enunciado que mejor describa el más alto nivel de tarea que la persona puede llevar a cabo normalmente. Después escriba el número en la casilla adyacente. En el ejemplo propuesto en el protocolo (que figura a continuación), la persona que está siendo observada es capaz de pedir comidas simples como bocadillos o hamburguesas (2 puntos), pero no sabe pedir comidas completas (3 puntos). Por consiguiente, el número 2 es rodeado por un círculo y el ítem se puntúa con un total de 2 puntos, escribiéndole en la casilla cuadrada adyacente al ítem.

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

Ejemplo 1.1.

Para el segundo tipo de ítem, lea cada enunciado y valore si la persona puede realizar esa tarea. Si la respuesta es "sí", rodee con un círculo el número que aparece en la columna de "sí". Si la respuesta es "no", rodee con un círculo el número que aparece en la columna del "no". (ejemplo 1.2.)

ITEMS 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 "SI"			
		Si	No
Tira la comida	0	①	
Traga la comida sin masticar	0	①	
Mastica la comida con la boca abierta	①	1	
Deja caer la comida a la mesa o al suelo	0	①	
Es incapaz de usa la servilleta	0	①	
Habla con la boca llena	①	1	
Toma comida de otros platos	0	①	
Come demasiado deprisa o demasiado despacio	0	①	
Juega con la comida con los dedos	0	①	

7

Ejemplo 1.2.

En este ejemplo, los números (0) situados en la columna del "sí" están rodeados en las afirmaciones tercera y sexta, indicando que la persona "mastica la comida con la boca abierta" y "habla con la boca llena". El resto de los enunciados son contestados en negativo rodeando los números (1) que aparecen en la columna del "no". La puntuación total de este ítem es la suma de los números rodeados, la cual, en este caso, es 7 puntos. En la casilla adyacente al ítem se escribe un 7.

Se observa que en nuestro ítem del ejemplo, aparece la siguiente consideración: *"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"*. Tales consideraciones u otras similares, aparecen en varios ítems, y están diseñadas para recoger información adicional acerca de las personas que están siendo evaluadas, si al sujeto le sucede tal cual aparece en la consideración, es necesario colocar una cruz encima de la raya y posteriormente, redondear los números de cada enunciado bajo la

casilla del "Si" o del "No" según especifique el ítem concreto. La puntuación total en este caso del ítem será de 0 puntos

b. Procedimiento para puntuar la Segunda Parte de la Escala

En la Segunda Parte aparece una lista de conductas que pueden o no manifestar las personas a las que se evalúa. Estas preguntas sirven para identificar problemáticas conductuales concretas, valorando la frecuencia y la ocurrencia de cada conducta (ejemplo1.3.)

- Redondear el 0 en la columna "**N**" si dicha conducta *nunca* ocurre.
- Si ocurre *ocasionalmente* redondearla el 1 de la columna "**O**" y,
- Si dicha conducta es *frecuente*, redondear el 2 de la columna "**F**".

En el ejemplo 1.3., 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.

ÍTEM 19	DAÑA 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

Ejemplo 1.3.

El espacio "otro" se utiliza en dos ocasiones:

1. Cuando la persona ha relatado problemas de conducta, además de los ya mencionados
2. Cuando la persona tiene problemas de conducta que no están especificados en el listado de enunciados del correspondiente ítem.

Como es lógico, la conducta a Señalar en "Otro", debe ser un ejemplo (y sólo uno) concreto de la conducta problema a la que se refiere el título concreto del ítem.

Algunos de los enunciados de la Segunda Parte describen conductas que no son consideradas problemáticas en todas las situaciones o en todas las edades. Como hemos comentado con anterioridad, el que una conducta sea problemática depende principalmente de cómo dicha conducta es vista en nuestra sociedad. Esto probablemente nos indicará si es o no es un problema real.

Para puntuar las conductas de la Segunda Parte es necesario tener en consideración las conductas que la observación o el informante nos indique que son realmente un problema.

c. Obtención de las Puntuaciones de dominio y de factor

Con la aplicación de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 se obtienen puntuaciones directas referidas a los dieciséis dominios y a los cinco factores que componen la Escala.

Cada dominio está compuesto de un conjunto de ítems. Una vez otorgada la puntuación para cada uno, se suman todos los resultados de los ítems de un mismo dominio y se coloca el total de puntos alcanzados en el cuadrante final de cada dominio.

Este procedimiento se lleva a cabo con todos los ítems y dominios de La Primera y Segunda Parte.

Los procedimientos para transformar las puntuaciones de factor no las vamos a reflejar de momento en este Manual de Aplicación, pues para ello es necesario comprobar que la Escala ABS-S.2, una vez adaptada en nuestro país a la población de habla castellana, cumple con una adecuada fiabilidad y validez. Estas características de la Escala Adaptada, así como la posibilidad de obtener los datos normativos, serán estudiadas en nuestra investigación y en sucesivos estudios, por lo cual esperamos poder reflejarlas en breve tiempo.

BIBLIOGRAFÍA:

Colegio Oficial de Psicólogos. Comisión de Tests: **Directrices internacionales para el uso de los tests.** Enlace en Internet: <http://www.cop.es/tests/Directices.htm>.

Grossman, H.J. (1983): **Manual of terminology and classification in mental retardation.** Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Harrison, P.L. (1987): *"Research with adaptive behavior scales"*. **The Journal of Special Education**, 21 (1), 37-68.

Heber, R. (1959/1961): "*A manual of terminology and classification in mental retardation*". **Monograph Supplement to the American Journal of Mental Deficiency.**

Lambert N, Windmiller, M. Cole, L. y Figueroa, R. (1975): "*Standardization of public school version of the AAMD Adaptive Behavior Scale*". **Mental Retardation**, 13 (2), 3-7.

Lambert, N.; Nihira, K. y Leland, H. (1993): **American Association on Mental Retardation (AAMR). Adaptive Behavior Scales-School: Second Edition. ABS-S:2.** Austin, Texas: PRO-ED.

Luckasson, R.L.; Coulter, D.L.; Polloway, E.A.; Reiss, S.; Schalock, R.L.; Snell, M.E.; Spitalnick, D.M. y Stark, J.A. (American Association on Mental Retardation, AAMR) (1997): **Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo.** Madrid. Alianza Psicología. Traducción castellana de M.A. Verdugo y C. Jenaro, de la AAMR (1992): **Mental retardation: diagnosis, classification and systems of support.** Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Perry, A. y Factor, D.C. (1989): "*Psychometric validity and clinical usefulness the Vineland Adaptive Behavior Scales and the AAMD Adaptive Behavior Scale for an autistic sample*". **Journal of Autism and the Developmental Disorders**, 19 (1), 42-55.

Voisin, F. (1843): **De l'idiote chez les enfants.** Paris: Bailliére.

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 _____

Sección II. Registro del ABS-RC:2 Puntuaciones referentes a los Dominios

Parte I. Puntuación de los Dominios

	Punt. directa	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"/>	
XIII.				<input type="text"/>	
XIV.					<input type="text"/>
XV.					<input type="text"/>
XVI.					<input type="text"/>
Suma de Puntuaciones Directas	<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

Sección IV. Registro de la Puntuaciones de Factor

Factores Parte I	Puntuación Directa	Rango Percentil	Puntuación Estándarizada	Edad Equivalente	Clasificación
Autosuficiencia Personal					
Autosuficiencia Comunitaria					
Responsabilidad Personal-Social					
Factores Parte II					
Ajuste Social					
Ajuste Personal					

Sección V. Comentarios / Sugerencias

Sección VI. ABS-RC:2 Perfil de Puntuaciones

Punt. Típica	Dominios																		Punt. Estándar	Factores					Punt. Estándar
	1ª Parte										2ª Parte									1ª Parte			2ª Parte		
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII		A	B	C	D	E	
20	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	150	.	.	.	.	.	150
19	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	145	.	.	.	.	.	145
18	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	140	.	.	.	.	.	140
17	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	135	.	.	.	.	.	135
16	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	130	.	.	.	.	.	130
15	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	125	.	.	.	.	.	125
14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	120	.	.	.	.	.	120
13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	115	.	.	.	.	.	115
12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	110	.	.	.	.	.	110
11	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	105	.	.	.	.	.	105
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—	100
9	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	95	.	.	.	.	.	95
8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	90	.	.	.	.	.	90
7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	85	.	.	.	.	.	85
6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	80	.	.	.	.	.	80
5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	75	.	.	.	.	.	75
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	70	.	.	.	.	.	70
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	65	.	.	.	.	.	65
2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	60	.	.	.	.	.	60
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	55	.	.	.	.	.	55

ABS-RC:2

Escala de
Conducta
Adaptativa
-Comunidad y
Residencias-
Segunda Edición

Nadine Lambert, Kazuo Nihira, and Henry Leland

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:

1. Los ítems que están especificados "con ayuda" o con "asistencia" se refieren siempre a la asistencia física directa.
2. 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>			
		Si	No
Tira la comida		0	①
Traga la comida sin masticar		0	①
Mastica la comida con la boca abierta		①	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		①	1
Toma comida de otros platos		0	①
Come demasiado deprisa o demasiado despacio		0	①
Juega con la comida con los dedos		0	①
			7

Para completar los ítems de esta segunda forma de recoger las respuestas, hay que redondear bajo el apartado de "Si" la 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 enunciado 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
- Coopera 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
- Coopera 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 "SI"

	Si	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 "SI"

	Si	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)*

	Si	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)*

	Si	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)*

	Si	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	
	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	☐

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

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	☐

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	☐

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

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

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

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

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	☐

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	☐

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	☐

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

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

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	

ITEM 32

USO DEL BANCO

(Puntuar todas las respuestas) Si 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

(Puntuar todas las respuestas) 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

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

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	

ITEM 35

COMPRA

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

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	

ITEM 36 RECURSOS PARA HACER COMPRAS

(Puntuar todas las respuestas) Si 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

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

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	

ITEM 38

ESCRITURA MANUAL

(Puntuar todas las respuestas)

Si el ítem 37, ha sido valorado con 0 puntos, colocar una cruz en la línea y marcar "Si" en todos los ítems

	Si	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

(Puntuar todas las respuestas)

Si la persona es capaz de decir al menos unas pocas palabras, entonces poner una cruz en la línea y marcar "Si" en todos los ítems

	Si	No
Menea la cabeza o sonríe 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

(Puntuar todas las respuestas)

Si la persona no habla, colocar "Si" en todos los ítems

	Si	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

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

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	

ITEM 42

USO DE LA PALABRA

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

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	

B. Comprensión verbal

ITEM 43	COMPRESIÓN LECTORA	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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	

ITEM 44	COMPRESIÓN DE INSTRUCCIONES HABLADAS	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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	

C. Desarrollo del lenguaje social

ITEM 45	CONVERSACIÓN		
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No
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	

ITEM 46	DESARROLLO VARIADO DEL LENGUAJE		
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No
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	

DOMINIO IV. LENGUAJE
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 37-46

DOMINIO V. NÚMEROS Y TIEMPO

ITEM 47	NÚMEROS	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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	

ITEM 48	TIEMPO		
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No
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	

ITEM 49	CONCEPTO DEL TIEMPO		
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No
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	

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	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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 pedirselo	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	

ITEM 51	LAVADO DE ROPA		
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No
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	

B. Cocina

ITEM 52	PONER LA MESA	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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	

ITEM 53	PREPARACIÓN DE LAS COMIDAS	
	(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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. sandwich, bocadillos, etc.	1	
No prepara comidas	0	

ITEM 54 RECOGIDA DE LA MESA
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)
Recoge los platos y la cristalería que puede romperse 2
Recoge los platos y la cristalería irrompible 1
No recoge nada de esto 0

C. Otros Deberes Domésticos Cotidianos

ITEM 55 ACTIVIDADES DOMÉSTICAS GENERALES
(Puntuar todas las respuestas) 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 PREVOCACIONALES O VOCACIONALES

ITEM 56 COMPLEJIDAD DEL TRABAJO
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)
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

ITEM 57 TRABAJO/ COLEGIO – REALIZACIÓN DE LOS TRABAJOS

(Puntuar todas las respuestas)
Si en el ítem 50 obtuvo un "0", colocar una cruz en la línea y puntuar "No" en todos los enunciados
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

(Puntuar todas las respuestas) 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 PREVOCACIONALES / VOCACIONES

TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 56-58

DOMINIO VIII.

AUTO-DIRECCIÓN

A. Iniciativa

ITEM 59 INICIATIVA
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)
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

ITEM 60 PASIVIDAD
(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"
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
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)
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

ITEM 62 PERSISTENCIA
(Puntuar todas las respuestas)
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"
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***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

- 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***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

- 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*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

- 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*(Puntuar todas las respuestas)* 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**ITEM 67****COOPERACIÓN***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

- 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***(Puntuar todas las respuestas)* 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***(Puntuar todas las respuestas)* 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***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

- 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*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

- 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***(Puntuar todas las respuestas)*

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 "SI" 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 "SI"

	Si	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

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

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

ÍTEM 19

DAÑA 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

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 está 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 chillla	0	1	2
Se tira al suelo, grita y chillla	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

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

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

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

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

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

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

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 si mismo	0	1	2
	Miente acerca de los demás	0	1	2
	Otro (especificar) _____	0	1	2

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

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

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
	Erueta 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

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 si 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

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			
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			
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			
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 intimas	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			
Se muerde o corta a si mismo	0	1	2
Se golpea o da cachetes a si 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 si mismo causando herida	0	1	2
Se hace de vientre y se mancha con ello a si 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			
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 articulos 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 él 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

Escala de
Conducta
Adaptativa
-Comunidad y
Residencias-
Segunda Edición

Nadine Lambert, Kazuo Nihira, and Henry Leland

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:

1. Los ítems que están especificados "con ayuda" o con "asistencia" se refieren siempre a la asistencia física directa.
2. 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

ITEM 2			COMER EN PUBLICO
			(colocar 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, 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).

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 "Si"
	Si	No	
Tira la comida	0	①	
Traga la comida sin masticar	0	①	
Mastica la comida con la boca abierta	①	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	①	1	
Toma comida de otros platos	0	①	
Come demasiado deprisa o demasiado despacio	0	①	
Juega con la comida con los dedos	0	①	7

Para completar los ítems de esta segunda forma de recoger las respuestas, hay que redondear bajo el apartado de "Si" la 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 enunciado 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)

- 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)

- 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
- Coopera 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
- Coopera 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 "SI" ☐

	Si	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 "SI" ☐

	Si	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)*

	Si	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)*

	Si	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)*

	Si	No
Viaja con seguridad en los coches particulares	1	0
Viaja 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			
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No	
	Puede cruzar las calles con seguridad, independientemente	1	0	
	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	☐

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		☐

H. Otras actividades de independencia

ITEM 22	USO DEL TELÉFONO			
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No	
	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	☐

ITEM 23	DIVERSAS FUNCIONES DE INDEPENDENCIA			
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No	
	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	☐

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		☐

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		☐

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		☐

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		☐

ITEM 28	CAMINAR Y CORRER			
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No	
	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	☐

ITEM 29	CONTROL DE LAS MANOS			
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No	
	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	☐

ITEM 30	FUNCIONES DE LAS EXTREMIDADES			
	(Puntuar todas las respuestas)	Si	No	
	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	☐

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

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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

ITEM 32

USO DEL BANCO

(Puntuar todas las respuestas) 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

(Puntuar todas las respuestas) Sí 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

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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

ITEM 35

COMPRA

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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

ITEM 36 RECURSOS PARA HACER COMPRAS

(Puntuar todas las respuestas) 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

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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

ITEM 38

ESCRITURA MANUAL

(Puntuar todas las respuestas)

Si el ítem 37, ha sido valorado con 0 puntos, colocar una cruz en la línea y marcar "Sí" en todos los ítems

- 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

(Puntuar todas las respuestas)

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

- Menea la cabeza o sonríe 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

(Puntuar todas las respuestas)

Si la persona no habla, colocar "Si" en todos los ítems

- 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

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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

ITEM 42

USO DE LA PALABRA

(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)

- 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

B. Comprensión verbal

ITEM 43	COMPRENSIÓN LECTORA
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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

ITEM 44	COMPRENSIÓN DE INSTRUCCIONES HABLADAS
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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

C. Desarrollo del lenguaje social

ITEM 45	CONVERSACIÓN
(Puntuar todas las respuestas)	
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

ITEM 46	DESARROLLO VARIADO DEL LENGUAJE
(Puntuar todas las respuestas)	
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

DOMINIO IV. LENGUAJE
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 37-46

DOMINIO V. NÚMEROS Y TIEMPO

ITEM 47	NÚMEROS
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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

ITEM 48	TIEMPO
(Puntuar todas las respuestas)	
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

ITEM 49	CONCEPTO DEL TIEMPO
(Puntuar todas las respuestas)	
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

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
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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 pedirselo	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

ITEM 51	LAVADO DE ROPA
(Puntuar todas las respuestas)	
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

B. Cocina

ITEM 52	PONER LA MESA
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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

ITEM 53	PREPARACIÓN DE LAS COMIDAS
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
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

ITEM 54	RECOGIDA DE LA MESA (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	Recoge los platos y la cristalería que puede romperse	2
	Recoge los platos y la cristalería irrompible	1
	No recoge nada de esto	0

C. Otros Deberes Domésticos Cotidianos

ITEM 55	ACTIVIDADES DOMÉSTICAS GENERALES (Puntuar todas las respuestas)	Si	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 PREVOCACIONALES O VOCACIONALES

ITEM 56	COMPLEJIDAD DEL TRABAJO (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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

ITEM 57	TRABAJO/ COLEGIO – REALIZACIÓN DE LOS TRABAJOS (Puntuar todas las respuestas)	
	Si en el ítem 50 obtuvo un "0", colocar una cruz en la línea y puntuar "No" en todos los enunciados	Si 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 (Puntuar todas las respuestas)	Si	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 PREVOCACIONALES / VOCACIONES
TOTAL Suma de las puntuaciones ITEMS 56-58

DOMINIO VIII.

AUTO-DIRECCIÓN

A. Iniciativa

ITEM 59	INICIATIVA (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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

ITEM 60	PASIVIDAD (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"	Si 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 (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)	
	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

ITEM 62	PERSISTENCIA (Puntuar todas las respuestas)	
	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"	Si 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***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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*(Puntuar todas las respuestas)* 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***(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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*(Puntuar todas las respuestas)* 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*(Puntuar todas las respuestas)* 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*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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*(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)*

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*(Puntuar todas las respuestas)*

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 "SI" 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

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

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

ÍTEM 19

DAÑA 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

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 chillla	0	1	2
Se tira al suelo, grita y chillla	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

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

ITEM 13	SE COMPORTA MAL EN CONTEXTOS GRUPALES
	Interrumpe las actividades grupales hablando de temas no relacionados
	Interrumpe los juegos, negándose a seguir las reglas
	Interrumpe las actividades grupales, haciendo ruidos o moviéndose
	No permanece sentado durante la clase, la comida u otro tipo de actividades grupales
	Otro (especificar) _____

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

ITEM 19	DAÑA LA PROPIEDAD DE OTRAS PERSONAS
	Rompe rasga o chupa la propiedad de otras personas
	Mancha la propiedad de otras personas
	Rompe las revistas, libros o propiedades personales de otras personas
	Otro (especificar) _____

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

ITEM 15	COGE LAS PROPIEDADES DE OTRAS PERSONAS SIN PERMISO
	Ha sido sospechoso de haber robado
	Coge las pertenencias de otras personas si éstas no están guardadas en su sitio o están bajo llave
	Coge las pertenencias de otras personas de los bolsillos, de las carteras, de los armarios etc.
	Coge las pertenencias de otras personas abriendo o rompiendo cerraduras
	Otro (especificar) _____

ITEM 16	MENTIRAS O ENGAÑOS
	Manipula la verdad para que sea positivo para él
	Engaña en juegos, pruebas, deberes etc.
	Miente acerca de situaciones
	Miente acerca de sí mismo
	Miente acerca de los demás
	Otro (especificar) _____

ITEM 17	DAÑA LA PROPIEDAD PERSONAL
	Rasga, rompe o chupa su propia ropa
	Mancha sus propias pertenencias
	Rompe sus propias revistas, u otras posesiones suyas
	Otro (especificar) _____

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

ITEM 21	TIENE COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES INAPROPIADOS
	Habla demasiado cerca de la cara de los demás
	Resopla en la cara de los demás
	Eructa hacia otras personas
	Da besos o chupetea a otras personas
	Da abrazos o aprieta a otras personas
	Toca a otras personas de manera inapropiada
	Se agarra a otras personas y no les suelta
	Otro (especificar) _____

ITEM 22	TIENE HÁBITOS VOCALES O DE HABLA MOLESTOS
	Tiene risitas histéricas
	Habla en voz alta o grita a otras personas
	Se habla a sí mismo en voz alta
	Se ríe de manera inapropiada
	Gruñe, ronronea o hace otros sonidos molestos
	Repite una palabra o frase una y otra vez
	Imita la forma de hablar de otras personas
	Otro (especificar) _____

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			
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			
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			
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 intimas	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			
Se muerde o corta a si mismo	0	1	2
Se golpea o da cachetes a si 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 si mismo causando herida	0	1	2
Se hace de vientre y se mancha con ello a si 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			
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 articulos 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 él 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 HIPOCONDRIACAS	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	MÉDICAMENTO	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

EVALUACIÓN DE ÁREAS ADAPTATIVAS
PERFIL/ CUADERNILLO
PARA REGISTRO DE LAS
CONDUCTAS EVALUADAS

Traducido por M^a Isabel García Alonso

Sección I. Identificación

Nombre _____ Sexo: _____
Año _____ Mes _____ Día _____
Fecha de evaluación _____
Fecha de nacimiento _____
Edad _____
Centro escolar _____
Nombre del examinador _____
Categoría del examinador _____
Prueba usada _____

Sección II. Registro de las Puntuaciones AAA (Usando ABS-RC:2 ____ o ABS-S:2 ____) R.M. ____ No R.M. ____

ÁREAS ADAPTATIVAS	Puntuación Directa	Percentil	Puntuación Estándar	Edad Equivalente	Clasificación
Comunicación	CO				
Cuidado personal	CP				
Vida en el hogar	VH				
Habilidades sociales	HS				
Utilización de la comunidad	UC				
Autorregulación	A				
Salud y seguridad	SyS				
Habilidad acad. funcional	HAf				
Ocio	O				
Trabajo	T				

Sección III. Registro de las Puntuaciones de Otros Test

Sección IV. Comentarios/ Sugerencias

Nombre del Test	Fecha de Admin.	Puntuación	AAA Equival
1			
2			
3			
4			

Sección V. Perfil de Puntuaciones

Punt. Típica	Puntuaciones AAA										Puntuaciones de Otros Tests				
	C	CP	VH	HS	UC	AR	SyS	HA	O	T	1	2	3	4	Punt. Estándar
20	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	150
19	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	145
18	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	140
17	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	135
16	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	130
15	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	125
14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	120
13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	115
12	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	110
11	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	105
10	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	100
9	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	95
8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	90
7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	85
6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	80
5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	75
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	70
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	65
2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	60
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	55

				CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
C. Limpieza													
ITEM 7		LAVADO DE MANOS Y CARA											
		<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>											
		Si	No										
Se lava las manos y la cara con jabón y agua sin que la avisen o manden		1	0		3								
Se lava las manos con jabón		1	0		3								
Se lava la cara con jabón		1	0		3								
Se lava las manos y la cara con agua		1	0		3								
Se seca las manos y la cara		1	0		3								
ITEM 8		BANO											
		<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>											
Prepara el baño y se baña sin ayuda		6			3								
Se lava y seca completamente sin aviso o ayuda		5			3								
Se lava y seca razonablemente bien con aviso		4			3								
Se lava y se seca razonablemente bien con ayuda		3			3								
Intenta lavarse y aclararse él mismo		2			3								
Coopera cuando otros le bañan y le secan		1			2								
No hace intentos de lavarse o secarse el solo		0											
ITEM 9		HIGIENE PERSONAL											
		<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 "SI"</i>		Si	No										
Tiene un olor axilar fuerte		0	1		2								
Es incapaz de cambiarse regularmente de ropa interior él mismo		0	1		2								
La piel esta frecuentemente sucia y no se le atiende		0	1		2								
Mantiene las uñas sucias, no las limpia por sí mismo		0	1		2								
ITEM 10		LAVADO DE DIENTES											
		<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>											
Se lava los dientes de manera apropiada. Utiliza pasta de dientes y cepillo con movimientos de arriba a abajo		5			3								
Utiliza pasta de dientes y cepillo con movimientos laterales		4			3								
Se limpia los dientes sin ayuda pero no puede aplicar la pasta de dientes		3			3								
Se lava los dientes con supervisión		2			3								
Coopera cuando le están lavando los dientes		1			3								
No hace intentos de lavarse los dientes		0											
No se lava los dientes		0											
D. Apariencia													
ITEM 11		POSTURA											
		<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 o no puede andar, colocar una cruz encima de la línea y marcar todos los valores del "SI"</i>		Si	No										
Está siempre boquiabierto		0	1		1		1						
La cabeza se le cae hacia abajo		0	1		1		1						
La barriga sobresale debido a la postura		0	1				1						
Tiene los hombros caídos hacia afuera y la espalda torcida		0	1		1		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										
					/58		/4						

				CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 12		ROPAS											
		<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>											
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 "SI"		Si	No										
Va vestido de forma inadecuada si no le ayudan		0	1		2								
Vuelve a llevar la ropa rota o no planchada si no le ayudan		0	1		2								
Lleva la ropa sucia o manchada si no le ayudan		0	1		2								
Lleva una combinación de colores chocantes si no le ayudan		0	1		2		1						
Desconoce la diferencia entre zapatos de trabajo y zapatos de vestir		0	1		1								
Usa las mismas ropas para las situaciones formales e informales		0	1		1		1						
Usa la misma ropa (chubasquero, botas, etc.) para las diferentes condiciones climáticas		0	1		2								
E. Cuidado de la ropa													
ITEM 13		CUIDADO DE LAS ROPAS											
		<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>											
Limpia los zapatos cuando es necesario		1	0		2	1							
Coloca sus ropas en cajones, cómodas o armarios		1	0		1	2							
Cuelga su ropa sin ayuda		1	0		1	2							
Avisa cuando faltan botones y/o hay que reparar la ropa		1	0		1	1							
ITEM 14		ROPA SUCIA											
		<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>											
Usa la lavadora o lava a mano y seca sin ayuda		3				2							
Pone su ropa sucia en la lavadora pero la pone en marcha con ayuda		2				2							
Separa la ropa con ayuda		1			1	2							
No participa en ninguna tarea de lavar la ropa		0											
F Vestirse y desvestirse													
ITEM 15		VESTIRSE											
		<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>											
Se viste completamente sólo sin ayuda		5			2								
Se viste completamente solo, con ayuda verbal		4			3								
Se viste colocándose toda la ropa, pero necesita ayuda con las cremalleras, botones, velcros...		3			3								
Se viste con ayuda, poniéndose y abrochándose la ropa		2			3								
Coopera cuando se le viste extendiendo los brazos o las piernas		1			2								
Tiene que ser vestido completamente		0											
ITEM 16		DESVESTIRSE EN LOS MOMENTOS APROPIADOS											
		<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>											
Se desviste completamente sólo		5			3								
Se desviste solo, pero necesita ayudas verbales		4			3								
Se desviste y desabrocha la ropa con ayuda y se la quita con ayuda verbal en muchas ocasiones		3			3								
Necesita ayuda para desvestirse		2			3								
Coopera cuando se le desviste extendiendo los brazos o las piernas		1			2								
Debe ser completamente desvestido		0											
					/45	/12	/2						

				CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 17													
ZAPATOS													
<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>													
Se pone correctamente los zapatos sin ayuda	1	0		3									
Se ata los cordones de los zapatos sin ayuda	1	0		3									
Se desata los cordones de los zapatos sin ayuda	1	0		3									
Se quita los zapatos sin ayuda	1	0		3									
Une o separa el velcro en los zapatos	1	0		3									
G. Viaje													
ITEM 18													
SENTIDO DE LA DIRECCIÓN													
<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>													
Puede andar varias manzanas desde el colegio a casa sin perderse	3							2					
Puede andar alrededor del edificio donde reside o unas pocas manzanas desde su casa sin perderse	2						2						
Anda sólo por el edificio de la casa donde reside	1						2						
Se pierde cuando está fuera de la zona de residencia habitual	0												
ITEM 19													
TRANSPORTES													
<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		Si	No										
Viaja con seguridad en un coche particular	1	0					2						
Viaja solo en tren, en autobús, en avión	1	0					2						
Viaja en taxi, independientemente	1	0					2						
Viaja en metro, en autobús municipal, por caminos desconocidos, de forma independiente	1	0					2						
Viaja en metro, en autobús municipal, por caminos conocidos, de forma independiente	1	0					2						
ITEM 20													
MOVILIDAD													
<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		Si	No										
Puede cruzar las calles con seguridad, independientemente	1	0					2						
Puede ir a la escuela o al trabajo, independientemente	1	0					2						
Puede volver de la escuela o del trabajo, sin ayuda	1	0					2						
Puede ir y volver de las actividades de ocio, sin ayuda	1	0					2					1	
Tiene carnet de conducir	1	0					2						
ITEM 21													
SEGURIDAD EN LAS CALLES O EN LA ZONA DEL COLEGIO													
<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>													
Conoce 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									2			
Cumple con las señales de tráfico, semáforos en rojo o verde	2						1		2				
Mira hacia ambos lados de la carretera y espera el tiempo necesario antes de cruzar la calle	1						1		2				
No reconoce los posibles peligros	0												
H. Otras actividades de independencia													
ITEM 22													
USO DEL TELÉFONO													
<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>		Si	No										
Usa el listín telefónico	1	0					1			1			
Usa los teléfonos públicos	1	0					1						
Hace llamadas desde un teléfono privado	1	0											
Responde al teléfono adecuadamente	1	0	1										
Recoge los mensajes telefónicos	1	0	1										
				/2	/15		/30		/6	/1	/1		

				CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 23	DIVERSAS FUNCIONES DE INDEPENDENCIA (Puntuar todas las respuestas)	Si	No										
	Controla su apetito, come moderadamente	1	0		1					1			
	Conoce las tarifas de franqueo, compra sellos de correos	1	0					1			1		
	Cuida su salud personal, ej. se cambia las ropas cuando están mojadas	1	0		1					2			
	Sabe curar heridas superficiales, (cortes, quemaduras)	1	0							3			
	Sabe donde ir si necesita un médico o la ayuda de un dentista	1	0							2			
	Conoce los servicios sociales de su comunidad	1	0					1					
	Sabe su dirección	1	0								1		
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								2			
	Es cuidadoso con los peligros de la electricidad y los enchufes	2								2			
	Tiene cuidado de los peligros que tienen las comidas y bebidas calientes, los platos calientes o las cazuelas en el fuego	1								2			
	No tiene conciencia del posible peligro	0											
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											
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											
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" si se le pide	5											
	Es capaz de estar sobre un pie durante 2" si se le pide	4											
	Es capaz de estar de pie sin ayuda 5' o más	3											
	Es capaz de estar de pie con ayuda 5' o más	2											
	Se sienta y sin ayuda es capaz de permanecer 10' o más	1											
	No puede hacer nada de lo anteriormente expuesto	0											
ITEM 28	CAMINAR Y CORRER (Puntuar todas las respuestas)	Si	No										
	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									1	
					/2			/2		/14	/2	/1	

				CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 29	CONTROL DE LAS MANOS												
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Si	No										
	Coge la pelota	1	0									1	
	Lanza una pelota por encima de sus brazos	1	0									1	
	Coge tazas o vasos	1	0										
	Utiliza la pinza para coger	1	0										
ITEM 30	FUNCIONES DE LAS EXTREMIDADES												
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Si	No										
	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										
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									1		
	Hace cambios correctos pero no hace uso del banco	3									1		
	Usa monedas pero sólo hasta 100 pesetas o un euro	2									2		
	Usa dinero pero no hace cambios correctos	1									1		
	No sabe usar dinero	0											
ITEM 32	USO DEL BANCO												
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Si	No										
	Utiliza los trámites del banco de manera independiente	1	0					1				1	
	Mantiene su cuenta con ayuda	1	0					1			1		
	Puede rellenar impresos para sacar o ingresar dinero	1	0					1			1		
	Tiene tarjeta del banco, puede usar los cajeros automáticos	1	0					1			1		
ITEM 33	PRESUPUESTO												
	<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>	Si	No										
	Ahorra dinero o vales para algún propósito concreto	1	0						1		1		
	Presupuesta gastos de transporte, comidas, etc.	1	0			1			1		1		
	Planifica un poco los gastos	1	0						1		1		
	Tiene controlados sus grandes gastos	1	0						1				
B. Habilidad para ir de compras													
ITEM 34	RECADOS												
	<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>												
	Va a diferentes tiendas e identifica diferentes productos	4						1					
	Va a una tienda concreta y señala un producto concreto	3						1					
	Hace recados concretos y compra sin anotaciones	2						1					
	Hace recados de compra con anotaciones	1						1					
	No se le puede mandar a hacer recados	0											
						/1		/8	/4		/11	/3	

		CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 35 COMPRA (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)											
Compra su propia ropa	5					1					
Compra sus propios complementos para la ropa	4					1					
Hace pequeñas compras sin ayuda, (golosinas, bebidas, etc.)	3					1					
Hace compras con pequeñas ayudas	2					1					
Hace compras pero con una ayuda importante	1					1					
No es capaz de hacer compras	0										
ITEM 36 RECURSOS PARA HACER COMPRAS (Puntuar todas las respuestas)		Si	No								
Tiene tarjeta de crédito para tiendas específicas	1	0				1					
Tiene tarjetas de crédito generales	1	0				1					
Lleva consigo la identificación apropiada	1	0				1					
Puede firmar o hacer cheques	1	0							1		
DOMINIO IV. DESARROLLO DEL LENGUAJE											
A. Expresión											
ITEM 37 ESCRITURA (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)											
Escribe de forma legible cartas y/o cuentos	5		1						2		
Escribe pequeñas notas o memorándums	4		1						2		
Escribe frases completas	3		1						2		
Escribe al menos 10 palabras	2		1						2		
Escribe su nombre	1		1						2		
No es capaz de escribir ninguna palabra	0										
ITEM 38 ESCRITURA MANUAL (Puntuar todas las respuestas) Si el ítem 37, ha sido valorado con 0 puntos, colocar una cruz en la línea y marcar "Si" en todos los ítems		Si	No								
Escribe hacia atrás	0	1	1						1		
Cambia de lugar algunas letras	0	1	1						1		
Su escritura es generalmente ilegible	0	1	1						1		
Se muestra incapaz de coger el lápiz o las pinturas	0	1							1		
ITEM 39 EXPRESION PREVERBAL (Puntuar todas las respuestas) Si la persona es capaz de decir al menos unas pocas palabras, entonces poner una cruz en la línea y marcar "Si" en todos los ítems		Si	No								
Menea la cabeza o sonríe para expresar felicidad	1	0	2		1						
Indica que está hambriento	1	0	2								
Indica lo que quiere señalándolo o haciendo sonidos vocales	1	0	3								
Imita sonidos de objetos o animales (pi, pi... Guau...)	1	0	3								
Expresa alegría, bienestar o enfado a través de sonidos vocales	1	0	3								
ITEM 40 ARTICULACIÓN (Puntuar todas las respuestas) Si la persona no habla, colocar "Si" en todos los ítems		Si	No								
Habla bajo, susurra o existen dificultades para escucharle	0	1	3								
Habla lentamente, de manera deliberada o buscada	0	1	3								
Habla muy deprisa, de forma acelerada o forzada	0	1	3								
Habla parándose o produciendo otras interrupciones irregulares	0	1	3								
				/33		/1	/8		/15		

			CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 41 FRASES (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)												
A veces utiliza frases complejas que contienen, porque, pero...	3		3									
Hace preguntas usando palabras tales como por qué, cómo, qué	2		3									
Habla con oraciones simples	1		3									
Habla solamente con frases muy rudimentarias o no utiliza oraciones verbales	0											
ITEM 42 USO DE LA PALABRA (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)												
Habla de una acción cuando describe dibujos, fotos	4		3									
Nombra a personas u objetos cuando describe dibujos, fotos	3		3									
Nombra objetos familiares	2		3									
Pregunta por cosas utilizando el nombre correcto	1		3									
No usa el habla o casi no habla	0											
B. Comprensión verbal												
ITEM 43 COMPRENSIÓN LECTORA (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)												
Lee libros apropiados para niños de 9 años en adelante	5		1							2		
Lee libros apropiados para niños de 7 u 8 años	4									2		
Sólo lee cuentos o cómics	3		1							2		
Lee varias señales, ej. no fumar, no aparcar, WC	2		1							1		
Reconoce 10 o más palabras por la vista	1		1							2		
Reconoce menos de 10 palabras	0											
ITEM 44 COMPRENSIÓN DE INSTRUCCIONES HABLADAS (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)												
Entiende instrucciones complejas que llevan consigo una decisión, ej. si tú haces esto..... entonces...; si no lo haces, entonces...	4		2									
Comprende instrucciones que llevan consigo secuencias, 1º, después.....	3		2									
Contesta preguntas simples, ¿Cuál es tu nombre? ¿Qué haces?	2		2									
Responde correctamente a frases sencillas como ¡ven!, ¡para!, ¡sientate!	1		2									
No es capaz de entender una simple comunicación verbal	0											
C. Desarrollo del lenguaje social												
ITEM 45 CONVERSACIÓN (Puntuar todas las respuestas)												
	Si	No										
Utiliza frases con palabras como gracias, por favor	1	0	2			1						
Es sociable, habla durante las comidas	1	0	2			2						
Habla con otros sobre deportes, revistas, familia, actividades grupales	1	0	2			2						
ITEM 46 DESARROLLO VARIADO DEL LENGUAJE (Puntuar todas las respuestas)												
	Si	No										
Se puede razonar con él	1	0	1			1						
Responde cuando le preguntan	1	0	2									
Habla con sentido	1	0	2									
Lee libros, periódicos, revistas por diversión	1	0	1							1		
Repite historias con ninguna o poca dificultad	1	0	2									
Rellena cuestionarios de forma razonable	1	0	1							1		1
			/48			/6				/11		/1

DOMINIO V.		NÚMEROS Y TIEMPO		CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 47		NÚMEROS											
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)													
Puede hacer divisiones y multiplicaciones		6									3		
Hace sumas y restas simples		5									3		
Cuenta diez o más objetos		4									3		
Mecánicamente cuenta hasta diez		3									3		
Cuenta dos objetos diciendo uno, dos		2									3		
Diferencia entre uno y muchos o unos cuantos		1									3		
No entiende de números		0											
ITEM 48		TIEMPO											
(Puntuar todas las respuestas)		Si	No										
Dice la hora correcta al minuto leyéndolo de un reloj de pared o de muñeca		1	0								3		
Lee la hora en un reloj digital correctamente		1	0								3		
Entiende los intervalos entre horas, ej. entre las 3,30 y las 4,00 horas		1	0								3		
Entiende entre equivalencias de tiempo, ej. 3,15h= las tres y cuarto horas		1	0								3		
Asocia el tiempo del reloj con acciones o hechos diversos		1	0								3		
ITEM 49		CONCEPTO DEL TIEMPO											
(Puntuar todas las respuestas)		Si	No										
Nombra los días de la semana		1	0								3		
Se refiere correctamente a la mañana o a la tarde		1	0								3		
Entiende la diferencia entre día-semana; minuto-hora; mes-año		1	0								/42		
DOMINIO VI.		ACTIVIDADES DOMÉSTICAS											
A. Limpieza													
ITEM 50		LIMPIEZA DE LAS HABITACIONES											
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)													
Limpia las habitaciones o zonas de la escuela de una manera adecuada y sin ayuda		3				2							
Limpia las habitaciones o zonas de la escuela adecuadamente, sin pedirle ayuda		2				2							
Se esfuerza en limpiar las habitaciones o zonas de la escuela, pero no lo hace completamente		1				2							
No limpia las habitaciones o zonas de la escuela		0											
ITEM 51		LAVADO DE ROPA											
(Puntuar todas las respuestas)		Si	No										
Lava la ropa		1	0			2							
Seca la ropa		1	0			2							
Dobra la ropa		1	0			2							
Plancha la ropa cuando es necesario		1	0			2							
Puede usar la lavadora o secadora correctamente		1	0			2							
B. Cocina													
ITEM 52		PONER LA MESA											
(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)													
Coloca todos los utensilios necesarios de la mesa, en la posición aprendida		3				2							
Coloca sólo los platos, vasos y cubiertos en la posición aprendida		2				2							
Coloca platos, vasos, etc., encima de la mesa		1				2							
No pone la mesa		0											

		CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 53 PREPARACIÓN DE LAS COMIDAS (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)											
Puede usar el microondas o el horno correctamente para preparar una comida	4			2							
Prepara comidas completas adecuadamente	3			2							
Elabora y cocina comidas simples, usando calor, ej. huevos fritos, o cenas sencillas	2			2							
Prepara comidas sencillas que no requieren elaboración o cocina, ej. sándwich, bocadillos, etc.	1			2							
No prepara comidas	0										
ITEM 54 RECOGIDA DE LA MESA (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)											
Recoge los platos y la cristalería que puede romperse	2			2							
Recoge los platos y la cristalería irrompible	1			2							
No recoge nada de esto	0										
C. Otros Deberes Domésticos Cotidianos											
ITEM 55 ACTIVIDADES DOMÉSTICAS GENERALES (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)											
Lava los platos	1 0			2							
Hace la cama adecuadamente	1 0			2							
Ayuda con los quehaceres rutinarios de la casa	1 0			2							
Realiza los quehaceres de la casa cotidianamente	1 0			2							
Puede cargar y usar el lavaplatos correctamente	1 0			2							
Puede usar pequeños aparatos de cocina eléctricos, correctamente	1 0			3							
DOMINIO VII.VI.* ACTIVIDADES PREVOCACIONALES O VOCACIONALES											
ITEM 56/50* COMPLEJIDAD DEL TRABAJO (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)											
Puede realizar un trabajo que requiere el uso de herramientas o maquinaria, ej. en un taller	2										2
Puede realizar trabajos simples, ej. limpieza de suelos, tirar la basura, limpiar los borradores de la pizarra	1										2
No puede realizar ningún trabajo	0										
ITEM 57/51* TRABAJO/ COLEGIO – REALIZACIÓN DE LOS TRABAJOS (Puntuar todas las respuestas) Si en el ítem 50 obtuvo un "0", colocar una cruz en la línea y puntuar "No" en todos los enunciados											
	Si No										
Es trabajador, cuidadoso, previene accidentes que puedan ocurrirle a él y a otros	1 0							1			2
Tiene cuidado de los útiles, las herramientas, equipamientos, provisiones	1 0										3
Trabaja a un ritmo constante y de manera productiva	1 0										3
Es limpio y preciso	1 0										3
ITEM 58/52* HÁBITOS DE TRABAJO O DE ESCUELA (Puntuar todas las respuestas)		Si No									
Llega tarde al trabajo o al colegio sin ninguna razón	0 1										2
A menudo no acude al colegio o al trabajo	0 1										2
Sus trabajos están incompletos sin una constante supervisión o apoyo	0 1										2
Se mueve del lugar de trabajo o del lugar de clase sin permiso	0 1										2
Se queja del trabajo o del colegio	0 1										2
					/25			/1			/25

		CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
DOMINIO VIII. / VII.*											
AUTODIRECCIÓN											
A. Iniciativa											
ITEM 59/53*	INICIATIVA (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)										
Inicia la mayoría de las actividades por sí solo, ej. tareas, juegos, etc.	3						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						2				
Se compromete e interviene en actividades, sólo si se le asigna o se le dirige	1						2				
No se compromete ni interviene en actividades que se le han asignado, ej. poner los juguetes en su sitio	0										
ITEM 60/54*	PASIVIDAD (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 "SI"										
	Si No										
Necesita constante ánimo para completar su tarea	0 1						1				
Tiene que ser mandado para que haga cosas	0 1				1		1				
Manifiesta no tener ambición	0 1						1				
Demuestra no tener interés en las cosas	0 1						1				
Termina las tareas tarde, porque pierde el tiempo	0 1						2				
Depende y busca ayudas de otros innecesariamente	0 1						2				
El movimiento es lento y arrastrado	0 1										
B. Perseverancia											
ITEM 61/55*	ATENCIÓN (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)										
Presta atención a actividades con sentido durante más de 15 minutos, ej. jugando, leyendo, limpiando	4						2				
Presta atención a actividades de hasta 15 minutos	3						1				
Presta atención a actividades de hasta 10 minutos	2						1				
Presta atención a actividades de hasta 5 minutos	1						1				
No pone atención ni siquiera a actividades de menos de 5 minutos	0										
ITEM 62/56*	PERSISTENCIA (Puntuar todas las respuestas) 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 "SI"										
	Si No										
Se muestra incapaz de organizar las tareas	0 1						1				1
Se desanima fácilmente	0 1						2				
Se muestra incapaz de hacer las tareas	0 1						2				1
Salta de una actividad a otra	0 1						2				
Necesita constantes ánimos para completar las tareas	0 1						1				
						/1	/28				/2

C. Tiempo Libre				CP	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
ITEM 63/57* ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)													
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											3	
Se interesa de manera activa por los hobbies, ej. pintar, hacer labores, coleccionar sellos, monedas, cromos de fútbol, etc.	3											3	
Participa y organiza actividades de tiempo libre cuando están pensadas para él o para ella	2											3	
Se ocupa en actividades de tiempo libre a un nivel simple, ej. ver TV, escuchar la radio, etc.	1											3	
Es incapaz de organizar las actividades de tiempo libre, ni siquiera las más simples y ordinarias	0												
DOMINIO IX. /VIII.* RESPONSABILIDAD													
ITEM 64/58* PERTENENCIAS PERSONALES (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)													
Muy responsable, siempre tiene cuidado de sus pertenencias personales	3				2								
Generalmente responsable, en la mayoría de las ocasiones, tiene cuidado de sus pertenencias personales	2				2								
Es poco responsable, pocas veces tiene cuidado de sus cosas	1				2								
Es irresponsable, no tiene cuidado de sus pertenencias	0												
ITEM 65/59* RESPONSABILIDAD GENERAL (Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)													
Asume muchas responsabilidades y hace especial esfuerzo. Las actividades asignadas las cumple siempre	3								1				1
Generalmente es formal, hace esfuerzos para llevar a cabo sus responsabilidades, se puede confiar en que cumpla las actividades asignadas	2								1				1
Irresponsable, hace pocos esfuerzos para llevar a cabo sus responsabilidades y no se puede confiar en que cumpla las actividades asignadas	1								1				1
No manifiesta ninguna responsabilidad, es incapaz de llevar a cabo responsabilidad alguna	0												
ITEM 66/60* RESPONSABILIDAD PERSONAL (Puntuar todas las respuestas)		Si	No										
Normalmente manifiesta autocontrol	1	0				1		1					
Entiende el concepto de llegar a tiempo	1	0											1
Busca y acepta ayudas e instrucciones	1	0						1					1
Informa al profesor, supervisor, etc., si hay un problema	1	0						1					1
						/6	/1		/6			/12	/6

		CO	CP	VH	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
DOMINIO X / IX*											
SOCIALIZACIÓN											
ITEM 67/61*											
COOPERACIÓN											
<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>											
Ofrece ayuda a otros, sin necesidad de pedirselo		2				2					
Ofrece ayuda a otros si se lo piden		1				2					
Nunca ayuda a otros		0									
ITEM 68/62*											
CONSIDERACIÓN HACIA OTRAS PERSONAS											
<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>											
	Si	No									
Demuestra interés en los asuntos de otros		1	0			3					
Tiene cuidado con las pertenencias de otros		1	0			2					
Dirige y organiza los asuntos de otros cuando se necesita		1	0			2					
Demuestra consideración por los sentimientos ajenos		1	0			3					
ITEM 69/63*											
CONCIENCIA DE OTROS											
<i>(Puntuar todas las respuestas)</i>											
	Si	No									
Reconoce a su propia familia		1	0			3					
Reconoce a otras personas que no son de su familia		1	0			3					
Tiene información acerca de otros, por ej. su trabajo, direcciones, relaciones que tienen, etc.		1	0			2					
Conoce los nombres de personas cercanas a él o ella, ej. compañeros de clase, vecinos		1	0			2					
Conoce nombres de personas con las que no se encuentra regularmente		1	0			2					
ITEM 70/64*											
INTERACCIÓN CON OTROS											
<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>											
Interacciona con otros en juegos grupales o actividades		3				2				1	
Interacciona con otros al menos durante un periodo corto de tiempo, ej. ofrece juguetes, ropas, objetos		2				2				1	
Interacciona con otros imitando, con poca interacción		1				2					
No responde ni interacciona con otros de una manera socialmente aceptada		0									
ITEM 71/65*											
PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE GRUPO											
<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>											
Inicia actividades grupales, es líder y organizador		3				1					
Participa en actividades grupales espontáneamente y con entusiasmo (participación activa)		2				2				1	
Participa en grupos o actividades si se le anima a hacerlo (participación pasiva)		1				2				1	
No participa o se retrae en actividades grupales		0									
						137				14

Assessment of Adaptive Areas Profile/Examiner Record Booklet

Section I. Identifying Information

Name _____	Year _____	Gender _____	Month _____	Day _____
Date of Rating _____	_____	_____	_____	_____
Date of Birth _____	_____	_____	_____	_____
Age _____	_____	_____	_____	_____
City, State _____				
Respondent's Name _____				
Respondent's Position _____				
Setting _____				

Section II. Record of AAA Scores (Generated using: ABS-RC:2 or ABS-S:2 NMR MR)

Adaptive Area	Raw Score	Percentile	Standard Score	Age Equiv.	Rating
Communication	_____	_____	_____	_____	_____
Self-Care	_____	_____	_____	_____	_____
Home-Living	_____	_____	_____	_____	_____
Social	_____	_____	_____	_____	_____
Community Use	_____	_____	_____	_____	_____
Self-Direction	_____	_____	_____	_____	_____
Health and Safety	_____	_____	_____	_____	_____
Functional Academics	_____	_____	_____	_____	_____
Leisure	_____	_____	_____	_____	_____
Work	_____	_____	_____	_____	_____

Section III. Record of Other Test Scores

Section IV. Comments/Recommendations

Test Name	Adm. Date	Score	AAA Equiv.
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			

Section V. Profile of Scores

Standard Score	AAA Scores										Other Test Scores				Standard Score
	CO	SC	HL	SO	CU	SD	HS	FA	LE	WO	1	2	3	4	
20	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	150
19	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	145
18	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	140
17	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	135
16	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	130
15	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	125
14	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	120
13	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	115
12	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	110
11	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	105
10	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	100
9	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	95
8	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	90
7	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	85
6	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	80
5	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	75
4	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	70
3	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	65
2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	60
1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	55

C. Cleanliness

ITEM 7

Washing Hands and Face

(Circle all answers)

Yes No

Washes hands and face with soap and water without prompting	1	0	3							
Washes hands with soap	1	0	3							
Washes face with soap	1	0	3							
Washes hands and face with water	1	0	3							
Dries hands and face	1	0	3							

ITEM 8

Bathing

(Circle highest level)

Prepares and completes bathing unaided	6		3							
Washes and dries self completely without prompting or helping	5		3							
Washes and dries self reasonably well with prompting	4		3							
Washes and dries self with help	3		3							
Attempts to soap and wash self	2		3							
Cooperates when being washed and dried by others	1		2							
Makes no attempt to wash or dry self	0									

ITEM 9

Personal Hygiene

(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is completely dependent on others, place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.

Yes No

Has strong underarm odor	0	1	2							
Does not change underwear regularly by self	0	1	2							
Skin is often dirty if not assisted	0	1	2							
Does not keep nails clean by self	0	1	2							

ITEM 10

Toothbrushing

(Circle highest level)

Cleans dentures appropriately

or

Applies toothpaste and brushes teeth with up and down motion

5

Applies toothpaste and brushes teeth with sideways motion

4

Brushes teeth without help, but cannot apply toothpaste

3

Brushes teeth with supervision

2

Cooperates in having teeth brushed

1

Makes no attempt to brush teeth

0

Does not clean dentures

0

D. Appearance

ITEM 11

Posture

(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is bedfast or non-ambulatory, place check in the blank and mark "Yes" for all statements.

Yes No

Mouth hangs open	0	1	1	1						
Head hangs down	0	1	1	1						
Stomach sticks out because of posture	0	1		1						
Shoulders slumped forward and back bent	0	1	1	1						
Walks with toes out or toes in	0	1								
Walks with feet far apart	0	1								
Shuffles, drags, or stamps feet when walking	0	1								
Walks on tiptoe	0	1								

ITEM 12

Clothing

(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is completely dependent on others, place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.

	Yes	No	CO	SC	HL	SO	CU	SD	HS	FA	LE	WO
Wears clothes that do not fit properly if not assisted	0	1		2								
Wears torn or unpressed clothing if not prompted	0	1		2								
Rewears dirty or soiled clothing if not prompted	0	1		2								
Wears clashing color combinations if not prompted	0	1		2		1						
Does not know the difference between work shoes and dress shoes	0	1		1								
Does not choose different clothing for formal and informal occasions	0	1		1		1						
Does not wear special clothing (raincoat, overshoes, etc.) for different weather conditions	0	1		2								

E. Care of Clothing

ITEM 13

Care of Clothing

(Circle all answers)

	Yes	No	CO	SC	HL	SO	CU	SD	HS	FA	LE	WO
Wipes and cleans shoes when needed	1	0		2	1							
Puts clothes in drawer, chest, or cupboard	1	0		1	2							
Hangs up clothes without prompting	1	0		1	2							
Calls attention to missing buttons and holes and/or repairs clothing	1	0		1	1							

ITEM 14

Laundry

(Circle highest level)

Uses laundromat or home washer or dryer without assistance	3				2							
Puts clothes in washer and dryer; starts it with assistance	2				2							
Sorts clothing with assistance	1			1	2							
Does not participate in laundry chores	0											

F. Dressing and Undressing

ITEM 15

Dressing

(Circle highest level)

Completely dresses self	5			2								
Completely dresses self with verbal prompting only	4			3								
Dresses self by pulling or putting on all clothes with verbal prompting and by fastening (zipping, buttoning, snapping, Velcro) them with help	3			3								
Dresses self with help in pulling or putting on most clothes and fastening them	2			3								
Cooperates when being dressed by extending arms or legs	1			2								
Must be dressed completely	0											

ITEM 16

Undressing at Appropriate Times

(Circle highest level)

Completely undresses self	5			3								
Completely undresses self with verbal prompting only	4			3								
Undresses self by unfastening (unzipping, unbuttoning, unsnapping, Velcro) clothes with help and pulling or taking them off with verbal prompting	3			3								
Undresses self with help in unfastening and pulling or taking off most clothes	2			3								
Cooperates when being undressed by extending arms or legs	1			2								
Must be completely undressed	0											

45

12

2

		CO	SC	HL	SO	CU	SD	HS	FA	LE	WO
ITEM 17 Shoes (Circle all answers)											
	Yes No										
	Puts on shoes correctly without assistance	1	0	3							
	Ties shoelaces without assistance	1	0	3							
	Unties shoelaces without assistance	1	0	3							
	Removes shoes without assistance	1	0	3							
	Attaches or detaches Velcro on shoes	1	0	3							
G. Travel											
ITEM 18 Sense of Direction (Circle highest level)											
	Goes a few blocks from facility or school ground or several blocks from home without getting lost	3				2					
	Goes around facility ground or few blocks from home without getting lost	2				2					
	Goes around ground of facility or home alone	1				2					
	Gets lost whenever leaving own living area	0									
ITEM 19 Transportation (Circle all answers)											
	Yes No										
	Rides safely in private cars	1	0			2					
	Rides on train, long-distance bus, or plane independently	1	0			2					
	Rides in taxi independently	1	0			2					
	Rides subway or city bus for unfamiliar journeys independently	1	0			2					
	Rides subway or city bus for familiar journeys independently	1	0			2					
ITEM 20 Mobility (Circle all answers)											
	Yes No										
	Can cross street safely, by self	1	0			2					
	Can go to school or work unattended	1	0			2					
	Can return home from school or work unattended	1	0			2					
	Can go to and return from recreation activities unattended (movies, games, etc.)	1	0			2				1	
	Has driver's license	1	0			2					
ITEM 21 Safety on Street or School Ground (Circle highest level)											
	Shows awareness of possible dangers (e.g., avoids deep water in pool, uses handrail on stairs, does not accept rides from strangers, uses seat belt in cars, etc.)	3						2			
	Obeys traffic signals and "Walk/Don't Walk" signs	2				1		2			
	Looks both ways and waits as necessary before crossing the street	1				1		2			
	Fails to recognize possible danger	0									
H. Other Independent Functioning											
ITEM 22 Telephone (Circle all answers)											
	Yes No										
	Uses telephone directory	1	0			1			1		
	Uses pay telephone	1	0			1					
	Makes telephone calls from private telephone	1	0								
	Answers telephone appropriately	1	0	1							
	Takes telephone messages	1	0	1							
		2	15			30		6	1	1	

		CO	SC	HL	SO	CU	SD	HS	FA	LE	WO
ITEM 41											
Sentences											
(Circle highest level)											
Sometimes uses complex sentences containing "because," "but," etc.	3	3									
Asks questions using words such as "why," "how," "what," etc.	2	3									
Speaks in simple sentences	1	3									
Speaks in primitive phrases only or is nonverbal	0										
ITEM 42											
Word Usage											
(Circle highest level)											
Talks about action when describing pictures	4	3									
Names people or objects when describing pictures	3	3									
Names familiar objects	2	3									
Asks for things by their appropriate names	1	3									
Is nonverbal or nearly nonverbal	0										
B. Verbal Comprehension											
ITEM 43											
Reading Comprehension											
(Circle highest level)											
Reads books suitable for children nine years or older	5	1							2		
Reads books suitable for children seven or eight years old	4								2		
Reads simple stories or comics	3	1							2		
Reads various signs, e.g., "NO PARKING," "ONE WAY," "MEN," "WOMEN," etc.	2	1							1		
Recognizes ten or more words by sight	1	1							2		
Recognizes fewer than ten words	0										
ITEM 44											
Comprehension of Spoken Instructions											
(Circle highest level)											
Understands complex instructions involving a decision, "If ____, do this, but if not, do ____."	4	2									
Understands instructions involving a series of steps, e.g., "First do ____, then do ____."	3	2									
Answers simple questions such as "What is your name?" or "What are you doing?"	2	2									
Responds correctly to simple phrases, e.g., "stop," "sit down," "come here"	1	2									
Is unable to understand even very simple verbal communications	0										
C. Social Language Development											
ITEM 45											
Conversation											
(Circle all answers)											
	Yes No										
Uses phrases such as "please" and "thank you"	1 0	2			1						
Is sociable and talks during meals	1 0	2			2						
Talks to others about sports, family, group activities, etc.	1 0	2			2						
ITEM 46											
Miscellaneous Language Development											
(Circle all answers)											
	Yes No										
Can be reasoned with	1 0	1			1						
Obviously responds when talked to	1 0	2									
Talks sensibly	1 0	2									
Reads books, newspapers, or magazines for enjoyment	1 0	1							1		
Repeats a story with little or no difficulty	1 0	2									
Fills in the main items on application form reasonably well	1 0	1							1		1
		48			6				11		1

DOMAIN V.

Numbers and Time

ITEM 47

Numbers

(Circle highest level)

Performs division and multiplication	6
Does simple addition and subtraction	5
Counts ten or more objects	4
Mechanically counts to ten	3
Counts two objects by saying "one . . . two"	2
Discriminates between "one" and "many" or "a lot"	1
Has no understanding of numbers	0

ITEM 48

Time

(Circle all answers)

	Yes	No
Tells time by regular clock or watch correctly to the minute	1	0
Reads time on digital clock or digital watch correctly	1	0
Understands time intervals, e.g., between "3:30" and "4:30"	1	0
Understands time equivalents, e.g., "9:15" is the same as "quarter past nine"	1	0
Associates time on clock with various actions and events	1	0

ITEM 49

Time Concept

(Circle all answers)

	Yes	No
Names the days of the week	1	0
Refers correctly to "morning" and "afternoon"	1	0
Understands difference between day-week, minute-hour, month-year, etc.	1	0

42

DOMAIN VI.

Domestic Activity

A. Cleaning

ITEM 50

Room Cleaning

(Circle highest level)

Cleans living area or school area well without prompting	3
Cleans living area or school area well with prompting	2
Attempts to clean living area or school area but not thoroughly	1
Does not clean living area or school area at all	0

ITEM 51

Laundry

(Circle all answers)

Washes clothing	1	0
Dries clothing	1	0
Folds clothing	1	0
Irons clothing when appropriate	1	0
Can use washer-dryer correctly	1	0

B. Kitchen

ITEM 52

Table setting

(Circle highest level)

Places all eating utensils, as well as napkins, salt, pepper, sugar, etc., in positions learned	3
Places plates, glasses, and utensils in positions learned	2
Places silver, plates, cups, etc., on the table	1
Does not set table at all	0

22

Self-Direction

ITEM 59/53

Initiative

(Circle highest level)

Initiates most of own activities, e.g., tasks, games, etc. 3

Asks if there is something to do or explores surroundings, e.g., home, yard, school, classroom, etc.	2
--	---

Will engage in activities only if assigned or directed	1
--	---

Will not engage in assigned activities, e.g., putting away toys, etc.	0
---	---

ITEM 60/54

Passivity

(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is totally dependent on others, then place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.

Yes No

Needs constant encouragement to complete task	0	1
---	---	---

Has to be made to do things	0	1
-----------------------------	---	---

Has no ambition	0	1
-----------------	---	---

Seems to have no interest in things	0	1
-------------------------------------	---	---

Finishes task last because of wasted time	0	1
---	---	---

Is unnecessarily dependent on others for help	0	1
---	---	---

Movement is slow and sluggish	0	1
-------------------------------	---	---

B. Perseverance

ITEM 61/55

Attention

(Circle highest level)

Will pay attention to purposeful activities for more than 15 minutes, e.g., playing games, reading, cleaning up 4

Will pay attention to purposeful activities for up to 15 minutes	3
--	---

Will pay attention to purposeful activities for up to 10 minutes	2
--	---

Will pay attention to purposeful activities for up to 5 minutes	1
---	---

Will not pay attention to purposeful activities for as long as 5 minutes	0
--	---

ITEM 62/56

Persistence

(Circle all answers)

If these items do not apply to the individual, e.g., because he or she is totally incapable of any organized activities, then place a check in the blank and mark "Yes" for all statements.

Yes No

Cannot organize task	0	1
----------------------	---	---

Becomes easily discouraged	0	1
----------------------------	---	---

Fails to carry out tasks	0	1
--------------------------	---	---

Jumps from one activity to another	0	1
------------------------------------	---	---

Needs constant encouragement to complete task	0	1
---	---	---

ITEM 63/57

Organize leisure time activities on a fairly complex level, e.g., going on a fishing trip, arranging to play billiards, scheduling time to do computer games, etc.

Participates in organized leisure time activity when arranged for him or her

Is unable to arrange leisure time activity, even of the simplest nature

Responsibility

Very dependable—always takes care of personal belongings

Unreliable—seldom takes care of personal belongings

Not responsible at all—does not take care of personal belongings

Very conscientious and assumes much responsibility—
makes a special effort; assigned activities
are always performed

Unreliable—makes little effort to carry out responsibilities;
one is uncertain that the assigned activities
will be performed

Not given responsibilities; is unable to carry out responsibilities at all

Yes No

Seeks and accepts help on instructions

Reports (to teachers, supervisors, etc.) if there is a problem

4

EVALUACIÓN DE LAS ÁREAS ADAPTATIVAS

**UN MÉTODO PARA OBTENER PUNTUACIONES QUE
CORRESPONDEN CON LAS ÁREAS ADAPTATIVAS PROPUESTAS
POR LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE RETRASO MENTAL**

**MANUAL PARA RECONOCIFICAR LAS
PUNTUACIONES DEL ABS-S:2 Y DEL ABS-
RC:2**

Adaptado por M^a Isabel García Alonso

CONTENIDO

CAPÍTULO 1. VISIÓN GLOBAL DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LAS DIEZ ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS “AAA”

1. Papel de la conducta adaptativa en las definiciones de la Asociación Americana de la Deficiencia mental, AAMD y de la Asociación Americana sobre el Retraso Mental, AAMR
2. Descripción del Método AAA
3. Usos del AAA
 - a. Identificar puntos fuertes y débiles
 - b. Diagnóstico
 - c. Documentar progresos
 - d. Investigación

CAPÍTULO 2. DISTRIBUCIÓN Y PUNTUACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL AAA

- Distribución de los ítems
- Puntuación de los ítems

APÉNDICE: Protocolo ejemplificador de la reconversión de las puntuaciones

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO 1.

VISIÓN GLOBAL DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LAS DIEZ ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS “AAA”

El método de evaluación de las áreas adaptativas “AAA” está diseñado para identificar las posibles limitaciones, que los sujetos con retraso mental tengan, en las diez áreas de habilidades adaptativas propuestas en la última definición del retraso mental por la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR (Luckasson y Cols.,1992).

La AAA es un sistema que recodifica las puntuaciones de los ítems de la Escala de Conducta Adaptativa –Versión Centros Educativos-Segunda Edición (ABS-S:2). Editada por la AAMR (Lambert, Nihira, y Leland 1993) y de la Escala de Conducta Adaptativa –Versión para Residencias y Comunidad, Segunda Edición (ABS-RC:2). Editada por la AAMR (Nihira, Leland y Lambert,1993).

Las Escalas ABS-S:2 y ABS-RC:2 contienen información acerca de las conductas adaptativas pero, los dominios medidos por estos instrumentos de evaluación, no corresponden directamente con las diez áreas adaptativas que se especifican en la última definición de retraso mental.

En este capítulo veremos como se utiliza el método AAA para el diagnóstico del retraso mental. Para ello, describimos a continuación:

- El Papel de la conducta y las habilidades adaptativas en las definiciones de la AAMD Y AAMR
- El método AAA y su relación con la última definición de retraso mental, y
- Los usos del AAA.

Si se necesita más información acerca de la contribución del concepto de conducta adaptativa en el diagnóstico del retraso mental, las personas interesadas pueden dirigirse a los manuales del ABS-RC:2 y ABS-S:2 en los que se detallan dichos temas.

1. PAPEL DE LA CONDUCTA Y LAS HABILIDADES ADAPTATIVAS EN LAS DEFINICIONES DE LA AAMD Y AAMR

Desde hace ya tiempo, la conducta adaptativa ha jugado un valioso papel en la identificación de las personas con retraso mental (véase Heber, 1961). La Asociación Americana de la Deficiencia Mental (AAMD) realizó esfuerzos para incluir el concepto de conducta adaptativa en la definición del retraso mental y la, ahora llamada, Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) continua en su empeño.

En los dos últimos manuales de definición y clasificación del retraso mental, el de Grossman (1983) y el de Luckasson y cols., (1992), se

recoge la historia del concepto de conducta adaptativa. En sucesivas líneas lo vamos a resumir.

En 1919, el Comité Americano de Clasificación y Estadística fue requerido por la AAMD para desarrollar un sistema de definición y clasificación. Este Comité elaboró el primer manual en 1921, las siguientes ediciones fueron publicadas en 1933 y 1941.

Posteriormente la AAMD formó un Comité de Estudio sobre la Mononclatura, y los Sistemas de Clasificación, sus resultados fueron publicados en 1957.

En 1959 se publicó un nuevo manual comprensivo de clasificación y terminología, el cual se revisó en 1961 (Heber, 1961).

El manual de 1959 fue decisivo por la introducción del criterio de conducta adaptativa en su diagnóstico de la deficiencia mental. Así pues, fue en 1959 cuando por primera vez se estableció un sistema de clasificación dual que enfatizó el diagnóstico desde las perspectivas intelectuales y conductuales .

Dicho sistema de evaluación del retraso mental requería déficits en la conducta adaptativa y en la medida de la capacidad intelectual. En aquella ocasión, se estableció una desviación típica por debajo de la media en las pruebas de evaluación de la inteligencia. No se mencionaba la desviación típica ni el nivel que debía tener la conducta adaptativa.

En 1973, el Comité de Terminología y Clasificación cambió el nivel de cota de la inteligencia, pasando de una a dos desviaciones típicas por

debajo de la media . De nuevo, no se establecieron criterios de nivel para la conducta adaptativa

La siguiente edición de la AAMD, Manual de Terminología y Clasificación de 1977, continuó sin cambios, tan sólo proporcionó una definición de retraso mental algo más precisa y clara.

En 1983 el sistema de clasificación fue revisado una vez mas, en un esfuerzo de dar consistencia a las diferencias entre los distintos grupos involucrados con el retraso mental (incluyendo a la Organización Mundial de la Salud y a la Asociación Americana de Psiquiatría). Este manual de 1983 desenfatizó el nivel del funcionamiento intelectual y sugirió que el error típico de medida y el juicio clínico fueran incluidos cuando se interpretaran las puntuaciones de los tests de inteligencia. De nuevo, ningún criterio de nivel para la conducta adaptativa se incluyó en la definición.

Finalmente la definición más reciente de la AAMR (Luckasson y cols., 1992, traducido al castellano en 1997) incluye diversos cambios significativos en la definición.

"El retraso mental 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, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años" (Luckasson y cols., 1997, p. 17).

Luckasson y cols., (1997) resumieron los importantes cambios de la última definición de la AAMR con el siguiente texto:

- 1. Es un intento de exponer el cambio en la comprensión de lo qué es el retraso mental;*
- 2. Plantea cómo deben clasificarse y describirse los sistemas de apoyos requeridos por las personas con retraso mental.*
- 3. Representa un cambio de paradigma, desde una visión del retraso mental como un rasgo absoluto manifestado únicamente por un individuo, a una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y su entorno, y*
- 4. Trata de ampliar el concepto de comportamiento adaptativo dando un paso más, desde una descripción global a una especificación de áreas de habilidades adaptativas concretas. (Luckasson y cols., 1997, p. 14)*

Otro cambio importante en esta última definición, es la eliminación de los cuatro niveles de retraso mental (Ligero, medio, moderado y profundo) y su sustitución por las intensidades y el patrón de sistemas de apoyo (intermitente, limitado, extenso y generalizado) que necesitan las personas con retraso mental.

Como podemos observar en esta definición, para diagnosticar a una persona de retraso mental, es necesario que el sujeto tenga menos de 18 años, que tenga limitaciones significativas (por debajo de dos desviaciones típicas) en la capacidad intelectual y limitaciones al menos en dos de las diez áreas propuestas de habilidades adaptativas. Este es el interés que tiene este instrumento de evaluación: Nos permite poder evaluar las capacidades y las limitaciones de un sujeto en las diez áreas de habilidades propuestas.

2. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO AAA

El Método AAA es un sistema metodológico que reconvierte las puntuaciones de los ítems de las Escalas de Conducta Adaptativa ABS-S:2 y ABS-RC: 2 editadas por la Asociación Americana sobre Retraso Mental.

Con este Método se generan puntuaciones para cada una de las diez áreas de habilidades adaptativas identificadas por la AAMR, requisito indispensable para la evaluación del retraso mental.

El AAA está compuesto de un cuadernillo para anotar los datos que han sido recogidos, como se ha dicho, en las escalas de Conducta adaptativa ABS-RC: 2 y ABS-S:2 y por el manual del evaluador.

De acuerdo con MacMillan, Gresham y Siperstein (1993), El AAA rectifica y recategoriza los ítems del ABS-RC: 2 y ABS-S:2 para generar puntuaciones para cada una de las diez áreas de habilidades adaptativas.

El AAA proporciona una evaluación razonable y comprensiva de una amplia variedad de habilidades de las personas en relación con su desarrollo personal y con el ambiente.

El AAA examina 10 áreas de habilidades adaptativas: Comunicación, Cuidado Personal, Vida en el Hogar, Habilidades Sociales, Utilización de la Comunidad, Autogobierno, Salud y Seguridad, Habilidades Académicas Funcionales, Ocio y Trabajo.

A continuación se expone la descripción de dichas áreas:

- *Comunicación*- Incluye las actividades relacionadas con la comprensión y expresión de la información, pensamientos y sentimientos. Abarca conductas que reflejan las habilidades de un individuo para recibir y expresar la información, la escucha, el habla, la lectura, escritura e incluye lenguaje simbólico a través de la expresión fácil o el movimiento del cuerpo.
- *Cuidado Personal*-. Habilidades de autocuidado y bienestar. Incluye el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia personal.
- *Habilidades de Vida en el Hogar*- Son habilidades que posibilitan a la persona a funcionar dentro del hogar. Estas habilidades son importantes al favorecer la vida independiente. Incluye preparación y cocinado de comida, presupuesto cuidado de la casa, seguridad en el hogar. Son importantes también el uso de las habilidades académicas funcionales, uso del dinero, escritura, lectura de advertencias de las etiquetas, etc.
- *Habilidades Sociales*- Posibilitan el desarrollo de relaciones interpersonales apropiadas en una variedad de situaciones. El amplio rango de habilidades incluye proporcionar realimentación positiva y negativa, habilidades de autorregulación de la propia conducta, reconocimiento y respuesta a las diferentes situaciones, habilidad de decisión.
- *Utilización de la Comunidad*- Habilidades relacionadas con la utilización adecuada de los recursos de la comunidad. Incluyen saber de la existencia de recursos disponibles y mostrar habilidad en estos ambientes, iglesias, consultas médicas, profesores. Además se

incluyen aquellas habilidades académicas funcionales asociadas con una interacción social adecuada.

- *Autorregulación*- Habilidades relacionadas con la elección de las cosas, completar tareas, buscar ayuda si se necesita, y resolver dificultades. Las habilidades de autorregulación ayudan a las personas a elegir, iniciar o resolver problemas en situaciones de demanda e interés personal. Las habilidades asertivas y de autodefensa, también están incluidas en esta área.
- *Salud y Seguridad*- Las habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud y la seguridad son necesarias. Se incluyen entre otras: conocimientos acerca de los primeros auxilios, información sexual consideraciones básicas de seguridad, mantenimiento del estado de salud, reconocer cuando se está enfermo, etc.
- *Habilidades Académicas Funcionales*- Habilidades relacionadas con el aprendizaje escolar: lectura básica, escritura y matemáticas prácticas. Son habilidades funcionales aprendidas en los centros escolares y que se aplican también en la vida diaria. Por ejemplo, leer advertencias de peligro, escribir su propio nombre, operaciones con números, escribir cartas son consideradas habilidades académicas funcionales importantes.
- *Ocio*- Hace referencia al desarrollo de intereses variados recreativos que reflejan las preferencias y elecciones personales. Incluye la interacción con otros, elegir entre opciones recreativas, y hacer actividades apropiadas a su edad.

- *Trabajo*- Habilidades relacionadas con tener un trabajo o realizar tareas, manejo de dinero. Las habilidades en el trabajo son necesarias para tener o mantener un empleo. Se incluye el ir y volver del trabajo, trabajar adecuadamente con los iguales, aceptar las críticas, seguir instrucciones, ser puntual, y completar las tareas.

3. USOS DEL AAA

El AAA tiene cuatro posibles usos:

1. Identificar a las personas que tienen limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo que, como consecuencia, necesitan intervención y ayuda.
2. Identificar en las personas evaluadas los puntos fuertes y débiles de habilidades adaptativas.
3. Documentar el progreso de los sujetos después de llevar a cabo programas de intervención específicos.
4. Servir como medida en los estudios de investigación sobre funcionamiento adaptativo.

a. Identificación

El objeto que tiene la evaluación es identificar individuos que tienen dificultades en el funcionamiento adaptativo. El AAA permite al examinador evaluar un amplio espectro de habilidades adaptativas. El instrumento puede usarse eficazmente para: estudiar a personas que son susceptibles de tener problemas de adaptación e identificar rápidamente a quienes tienen un nivel significativamente más bajo que sus iguales en edad.

b. Determinación de los puntos fuertes y débiles

El AAA no es sólo un mero documento de que denota la presencia o ausencia de limitaciones en la conducta adaptativa. El AAA mide las diez dimensiones de funcionamiento adaptativo propuestas en la definición de retraso mental. Esto ayuda al evaluador a descubrir los puntos fuertes y débiles que puedan estar presentes.

De esta manera, se puede concluir que una persona tiene dificultades en un área de funcionamiento adaptativo (por ejemplo, Cuidado Personal) y además tener puntos fuertes en otra de las áreas (por ejemplo Comunicación).

Tal información tiene una utilidad clínica y educativa: clínica, porque permite una valoración de las diferencias intraindividuales. Interpretar estas diferencias, ayuda a llevar acabo un inventario de las habilidades y discapacidades de una persona. Y educativa, porque es el principio de la planificación de un adecuado programa individualizado.

c. Documentando progresos

El AAA puede ser usado por psicólogos, profesores y otros profesionales que evalúan el entrenamiento y el progreso de las personas que siguen programas de intervención. Cuando una persona ha sido identificada con necesidades de entrenamiento o intervención y el programa oportuno de habilidades adaptativas se ha implementado, Algún profesional es responsable de monitorizar el proceso. De esta manera, se puede evaluar el entrenamiento, se puede supervisar o reevaluar.

Son muchas las ocasiones en las que se requiere documentar los progresos del sujeto. El AAA sirve para evidenciar los resultados de la intervención y de esta manera facilitar la toma decisiones más acertada (continuar con la intervención, modificarlo o darlo por terminado).

d. Investigación

Finalmente, el AAA se puede usar como herramienta de investigación. Anteriormente a la edición original americana del AAA no existía medida para evaluar las 10 áreas de habilidades adaptativas identificadas por la AAMR. El AAA permite: investigar la importancia que tienen las áreas adaptativas en los diagnósticos y la utilidad que tienen para los individuos con retraso mental.

CAPÍTULO 2.

DISTRIBUCIÓN Y PUNTUACIÓN DE LOS ÍTEMS

Una vez administrada y puntuada una de las dos Escalas de Conducta Adaptativa, ABS-RC: 2 o ABS-S:2, se deben redistribuir los ítems conforme a los dominios de la última definición del retraso mental. En este capítulo se ofrecen las instrucciones para recategorizar los ítems y generar puntuaciones que corresponden a las 10 áreas adaptativas identificadas por Luckasson y cols., (1992) en la definición de la AAMR.

1. Distribución de los ítems

Al leer esta sección, es conveniente tener a mano los protocolos cumplimentados del ABS-RC: 2 o ABS-S:2 y el del AAA. Se observa que en el cuadernillo de recogida de datos del AAA se encuentra la sección VI. En esta sección se recogen las puntuaciones correspondientes a los ítems del ABS-RC:2 o ABS-S:2. Aquellos ítems del ABS-RC:2 que no son usados en el ABS-S:2 se encuentran sombreados de color (ejemplo, los ítems 50 a 55).

Cuando puntuamos el AAA debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

1. El ABS-RC: 2 y el ABS-S:2 contienen dos partes cada uno. La Primera Parte contiene ítems de conducta adaptativa y la Segunda Parte, de conducta desadaptada. En el método AAA sólo nos interesan los ítems de la Primera Parte, la Segunda no se usa.

2. Cada ítem del ABS-RC: 2 y del ABS-S:2 contiene diferentes enunciados. En el AAA cada enunciado es considerado individualmente como un ítem.

3. Cada ítem del AAA tiene un valor. Hay ítems que se valoran con 1, 2 o 3 puntos (dependiendo del valor que la investigación llevada a cabo en EEUU le ha otorgado, y que en este manual no vamos a describir por el momento).

4. El ABS-RC: 2 contiene ítems que no están incluidos en el ABS-S:2, estos ítems se encuentra en el Dominio referido a Actividades Domésticas (ítems 50-55) y están sombreados en rosa en el protocolo del AAA. Cuando el AAA lo completemos con el ABS-S:2 estos ítems se ignoran, al igual que cuando completamos la suma de resultados en la última parte del protocolo.

5. Algunos ítems de las Escalas no están puntuados en el AAA porque no han sido considerados como relevantes de ninguna área adaptativa por el grupo de expertos de estudio del AAA. Estos ítems también están sombreados en gris claro en el cuadernillo de recogida de datos del AAA.

En los siguientes ejemplos aparece una copia de una parte de la sección VI. Se observa que en las columnas aparecen las primeras letras

de las 10 áreas de habilidades adaptativas, por ejemplo el área de Comunicación aparece con las letras CO.

En las filas a la izquierda, aparecen los enunciados de los ítems del ABS-RC: 2 o ABS-S:2. A la derecha de los enunciados y bajo las columnas aparecen los valores asignados a cada enunciado (1, 2 o 3). Los valores pueden atribuirse a más de una columna si se sabe que contribuyen a más de una área adaptativa. Al final de la página y al objeto de simplificar o ayudar en las operaciones, aparece la suma total posible de cada columna.

En el Apéndice, se presenta un cuadernillo completado del AAA, al objeto de clarificar la generación de las nuevas puntuaciones para las 10 áreas de habilidades adaptativas, pero antes, recordamos que en el ABS-RC: 2 y en el ABS-S:2 los ítems tienen dos formas distintas de puntuar:

Para algunos ítems sólo tenemos que marca el nivel más alto que tiene el sujeto, por ejemplo: el ítem 1.

Sin embargo en otros ítems, hemos de puntuar todos los enunciados porque estos indican actuaciones independientes, como por ejemplo: el ítem 4.

Para la primera clase de ítems, si el individuo ha obtenido un determinado nivel, la puntuación en cada columna o área se realiza a partir del nivel obtenido por ejemplo en el ítem 1 el sujeto obtuvo una puntuación de 4, que corresponde con el nivel más alto conseguido por esa persona. Para el propósito del AAA rodeamos todos los valores que indiquen los niveles conseguidos, de esta forma observamos que dicho

sujeto ha obtenido en el área de Cuidado Personal (CP) 12 puntos.
(ejemplo 1)

Sección VI Computo para generar las puntuaciones AAA														
DOMINIO I.	INDEPENDENCIA			CO	CP	VS	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T	
A. Comida														
ÍTEM 1. USO DE LOS UTENSILIOS PARA COMER														
<i>(Señalar sólo la puntuación del nivel más alto)</i>														
Usa el cuchillo para cortar o untar	6				2									
Come su alimento con cuchara y tenedor sin ayuda	5				3									
Come los alimentos con cuchara y tenedor derramándolos	4				3									
Come sólo con cuchara de manera adecuada sin ayuda	3				3									
Come sólo con cuchara, pero derrama el contenido	2				3									
Come sólo con los dedos	1				3									
No se alimenta él solo o tiene que ser alimentado	0													

Ejemplo 1.

Si en el ítem aparecen conductas independientes (sin tener ninguna gerarquización), hay que recodificar uno por uno todos los enunciados en el área o áreas que corresponda (ejemplo 2):

			CO	CP	VS	HS	UC	A	SyS	HAF	O	T
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 en el espacio en blanco y marcar un "SI" en todos los enunciados</i>	Si	No									
	Tira la comida	0	1		3							
	Traga la comida sin masticar	0	1		3							
	Mastica la comida con la boca abierta	0	1		3							
	Deja caer la comida a la mesa o al suelo	0	1		3							
	Es incapaz de usar la servilleta	0	1		2							
	Habla con la boca llena	0	1		1		1					
	Toma comida de los platos de otros	0	1		1		2					
	Come demasiado deprisa o demasiado despacio	0	1		2		1					
	Juega con la comida con los dedos	0	1		2		1					

Ejemplo 2

Una vez que la hoja se haya cumplimentado se suman al final los puntos obtenidos en cada columna por el sujeto (en este caso, la puntuación sería de 9 puntos en Comunicación (CO) y 3 puntos en Habilidades Sociales (HS)).

2.Puntuación de los ítems

A continuación se muestra un cuadernillo completo a modo de ejemplo. A lo largo de las paginas se han ido generando puntuaciones para cada área de habilidades y se han sumado en la última fila. Los valores obtenidos son puntuaciones directas para cada una de las áreas, que posteriormente (con próximos estudios) han de ser transformadas en puntuaciones típicas, percentiles o edades equivalentes según el propósito que se tenga.

APÉNDICE

BIBLIOGRAFÍA:

Bryant, B.R., Taylor, R.L. y Rivera, D.P. (1996): **Assessment of adaptive Areas, AAA: A Method for obtaining scores that correspond to the American Association on mental retardation's adaptive areas.** Austin, Texas: PRO-ED.

Grossman, H.J. (1983): **Manual of terminology and classification in mental retardation.** Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Heber, R. (1959/1961): *"A manual of terminology and classification on mental retardation"*. **Monograph Supplement to the American Journal of Mental Deficiency.**

Lambert, N.; Nihira, K. y Leland, H. (1993): **American Association on Mental Retardation (AAMR). Adaptive Behavior Scales-School- Second Edition. ABS-S:2.** Austin, Texas: PRO-ED.

Luckasson, R.L.; Coulter, D.L.; Polloway, E.A.; Reiss, S.; Schalock, R.L.; Snell, M.E.; Spitalnick, D.M. y Stark, J.A. (American Association on Mental Retardation, AAMR) (1997): **Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo.** Madrid. Alianza Psicología. Traducción castellana de M.A. Verdugo y C. Jenaro, de la AAMR (1992): **Mental retardation: diagnosis, classification and systems of support.** Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

MacMillan, D.L.; Gresham, F.M. y Siperstein, G.N. (1993): *"Conceptual and psychometric concerns about the AAMR definition of mental retardation"*. **American Journal on Mental Retardation, 98**, p. 325-335.

Nihira, K.; Leland, H. y Lambert, N. (1993): **American Association on Mental Retardation (AAMR). Adaptive Behavior Scales- Residential and Community- Second Edition. ABS-RC:2.** Austin, Texas: PRO-ED.

EVALUACIÓN DE LAS ÁREAS ADAPTATIVAS

***UN MÉTODO PARA OBTENER
PUNTUACIONES QUE
CORRESPONDEN CON LAS
ÁREAS ADAPTATIVAS
PROPUESTAS POR LA
ASOCIACIÓN AMERICANA
SOBRE RETRASO MENTAL***

***MANUAL PARA
RECODIFICAR LAS
PUNTUACIONES DEL
ABS-S:2 Y DEL ABS-RC:2***

Brian R. Bryant
Ronald L. Taylor
Diane Pedrotty Rivera

Adaptación: M^a Isabel García Alonso
Departamento de Ciencias de la Educación
Universidad de Burgos