

# HACIA UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

*Dr. Robert L. Schalock*

*III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*

*Universidad de Salamanca, España.*

*18-20 de Marzo de 1999.*

Al igual que en las dos anteriores conferencias a las que he tenido el placer de asistir, es un honor para mí estar aquí hoy con ustedes en esta bonita ciudad de Salamanca para hablar sobre "una nueva manera de pensar sobre la discapacidad". A lo largo de mis 30 años de trabajo en el campo del retraso mental y del desarrollo de las discapacidades, he observado -y he sido parte de- un cambio radical en el modo de pensar sobre las personas con discapacidades y los servicios y apoyos que les proporcionamos. Hoy me gustaría pedirles que piensen en cómo ha cambiado su manera de ver la discapacidad desde que se introdujeron en el campo, y cómo esta "nueva manera de pensar sobre la discapacidad" ha cambiado su vida y su implicación profesional en el campo.

Para comenzar la exposición de mi trabajo, permítanme caracterizar esta "nueva forma de pensar sobre la discapacidad". Sus principales aspectos incluyen:

- Una nueva concepción de la discapacidad en la que la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre la persona y el ambiente en el que vive.
- Una visión transformada de lo que constituye las posibilidades de vida de las personas con discapacidades, Esta visión supone enfatizar en la autonomía (self-determination), la integración, la igualdad, y en las capacidades.
- Un paradigma de apoyo que remarque la prestación de servicios a las personas con discapacidades y se centre en la vida con apoyo, en el empleo, y en la educación integrada.
- Una interconexión del concepto de calidad de vida con el de mejora de la calidad, garantía en el mantenimiento de la calidad, gestión de la calidad, y evaluación centrada en los resultados.

- El desplazamiento hacia una aproximación no-categorica de la discapacidad, que se focalice en las conductas funcionales y en las necesidades de apoyo de las personas sin tener en cuenta sus diagnósticos clínicos.

Tengo cuatro ideas fundamentales en este trabajo: En primer lugar, quiero que cada uno de ustedes comprenda la forma de pensar actual sobre "qué es la discapacidad". Para este fin, hablaré sobre el emergente concepto de discapacidad como resultado de la interacción de la persona y del ambiente de la misma. Como veremos, este concepto de discapacidad tiene profundas implicaciones sobre cómo cada uno: define condiciones tales como el retraso mental, desarrolla un paradigma de apoyo, y contempla los conceptos de inteligencia y de conducta adaptativa. En segundo lugar, cada uno de ustedes necesita concienciarse de que en la actualidad el foco de atención se centra sobre los resultados y sobre la evaluación centrada en los resultados. En esa sección de mi exposición, sugeriré modos de realizar medidas de los resultados que son adecuadas tanto para la persona como para la organización que está prestando los servicios. En tercer lugar quiero compartir con ustedes una aproximación al cambio de la organización basado en los resultados de la investigación y que está guiada por los resultados que tanto para la persona como para la organización desean proveedores y usuarios. Y en cuarto lugar, me gustaría que realmente cada uno de ustedes pudiera apreciar el poder y potencial de la nueva asociación que se está creando entre las personas con discapacidad y a los que tradicionalmente se nos ha visto como "sus" profesionales. El movimiento de autoapoyo está creciendo rápidamente en todo el mundo, y ese movimiento, más el aumento de la investigación, ha cambiado significativamente nuestra manera de operar y los papeles que jugamos cada uno de nosotros en las vidas de las personas con discapacidades.

De esta manera, a medida que nos embarcamos en esta odisea y exploramos juntos "una forma nueva de pensar sobre la discapacidad" me gustaría que mantuvieran presentes dos de mis frases favoritas. Una es de Alexander Graham Bell, el inventor del teléfono, "La mente debe ver antes de que pueda creer." La otra es de su famoso filósofo Ortega y Gasset, "La vida es una preocupación constante con el futuro." Y es hacia ese futuro al que nos encaminamos.

### **El concepto de discapacidad y su importancia**

En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica (es decir, desde la interacción persona-ambiente). Por ejemplo, la OMS (Bradley, 1995; OMS, 1997) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente

físico, las situaciones sociales y los recursos. Dentro de este modelo, la limitación (impairment) es una falta o anormalidad del cuerpo o de una función fisiológica o psicológica; una actividad es la naturaleza y la amplitud del funcionamiento a nivel personal; y la participación es la naturaleza y la amplitud de la implicación de una persona en las situaciones de la vida relacionadas con las limitaciones, actividades, condiciones de salud, y factores contextuales. En la misma línea, el Instituto de Medicina (1991) sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales. La Figura 1 resume este modelo funcional de la discapacidad.

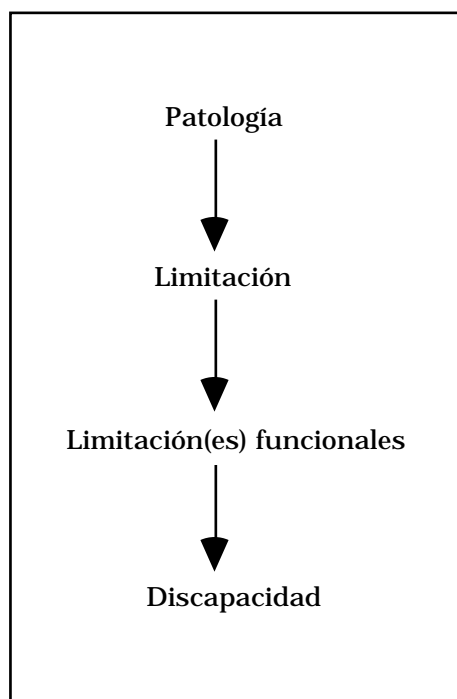


Figura 1. El proceso de la discapacidad

Este cambio en la concepción de la discapacidad tiene numerosas implicaciones para la educación y la rehabilitación personal, entre las que se incluyen (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997):

- La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal.
- Una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad.

- La evaluación analiza hasta qué punto las limitaciones funcionales se han reducido y ha aumentado la conducta adaptativa de la persona y en el nivel del papel que se desempeña.

Este cambio en la concepción de la discapacidad ha tenido un impacto significativo en el campo de las discapacidades del desarrollo tal y como se refleja en la Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo de la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) de 1992, el desplazamiento hacia un paradigma de apoyos, y la posibilidad de fundir los conceptos de inteligencia y conducta adaptativa. Cada uno de estos tres impactos se discuten en las siguientes páginas.

### El Sistema de la AARM de 1992

El concepto de retraso mental y su definición han experimentado numerosos cambios a lo largo de los últimos 40 años en la terminología, puntos de corte de las puntuaciones de CI, y en el papel diagnóstico de la conducta adaptativa. Cada cambio ha reflejado el intento continuo del campo por desarrollar una comprensión más clara de la condición de retraso mental y por desarrollar una terminología más precisa y aplicable, y una clasificación y un sistema orientado a la habilitación. En 1992, la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) adoptó una nueva clasificación y un nuevo sistema de clasificación (al cual nos referiremos a partir de ahora como "El Sistema de 1992") basado en la concepción cambiante del retraso mental (Luckasson, Coulter, Polloway, Reiss et al., 1992).

El Sistema de 1992 estaba basado en gran parte en la concepción cambiante de la discapacidad de la que se ha hablado previamente, más un paradigma de cambio que se ha producido dentro del campo del retraso mental. Dentro de esta concepción cambiante y del paradigma de cambio, son importantes tres aspectos para entender la definición del retraso mental, antes de considerar la dada en 1992. En primer lugar, el retraso mental ha de definirse en un contexto social, y el retraso mental no es un rasgo absoluto expresado únicamente por la persona, sino que es una expresión del impacto funcional de la interacción entre la persona con unas capacidades intelectuales y habilidades de adaptación limitadas y su ambiente. Esta aproximación contextual al retraso mental resalta la importancia de centrarse tanto sobre las conductas funcionales como en los apoyos. En segundo lugar, con unos apoyos adecuados a lo largo de un periodo de tiempo, la vida de una persona con retraso mental generalmente mejorará. Esta creencia se traduce en el énfasis que actualmente se da al empleo con apoyo, a la vida con apoyo y a la educación integradora. Y en tercer lugar, los standards de habilitación se dirigen hacia las destrezas y las capacidades de la persona, a los ambientes normalizados y habituales, y a los servicios integrados con

apoyos, y a la concesión de autonomía a las personas. Estas normas se han integrado en una redefinición fundamental de los servicios que reflejan la planificación centrada en la persona y un modelo de apoyos funcionales dentro de la comunidad.

Para resumir este punto, en la actualidad existe una concepción cambiante de retraso mental en todo el mundo, lo cual explica en parte por qué el Sistema de 1992 ha sido traducido a 10 idiomas (entre ellos el español). Esta concepción cambiante también se centra en los tres elementos clave del concepto actual del retraso mental - capacidades, contextos, y funcionamiento. Estos elementos se muestran en la Figura 2, en cuya base del triángulo está el funcionamiento para enfatizar que el Sistema de 1992 es en primer lugar un modelo funcional. Las capacidades se presentan en el lado izquierdo del triángulo para indicar que el funcionamiento en el retraso mental está relacionado específicamente con las limitaciones en inteligencia y habilidades adaptativas. El lado derecho del triángulo representa los contextos en los que vive la persona con retraso mental, aprende, trabaja, se socializa, e interactúa. El modelo muestra también que la presencia o la falta de apoyos influyen en el funcionamiento de la persona.

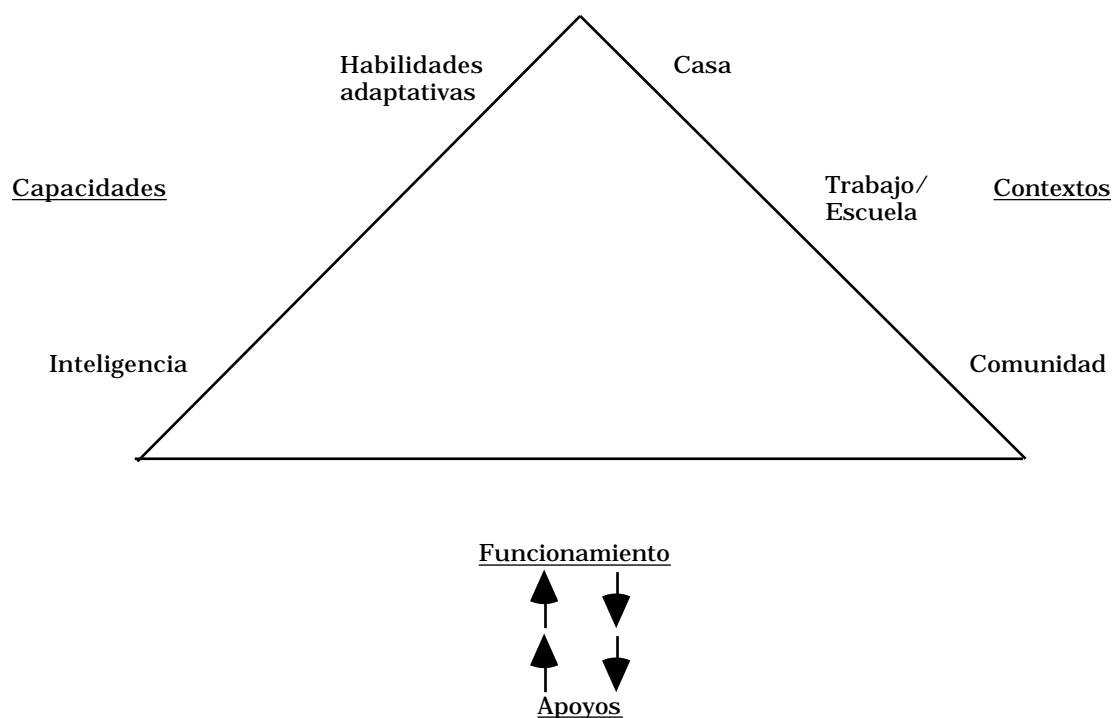


Figura 2. Estructura general de la definición de Retraso Mental

La concepción cambiante de retraso mental que acabamos de resumir necesita de tres significativos cambios en nuestra forma de pensar. Primero, las categorías personales centradas exclusivamente en un único aspecto de la persona (por ejemplo en el CI) no son completamente descriptivas o predictivas para caracterizar en toda su

extensión a las personas con retraso mental. Segundo, el nuevo énfasis sobre el funcionamiento actual exige una mayor claridad en la descripción de las habilidades adaptativas y limitaciones que influyen en la vida diaria, por lo que es necesario identificar áreas de habilidades adaptativas que son trascendentes para enfrentarse al ambiente. Y en tercer lugar, el diagnóstico debería hacerse para planificar la intervención. Estos cambios están reflejados en la siguiente revisión de los tres componentes clave del Sistema de 1992: (1) la definición de retraso mental; (2) el proceso de tres pasos de diagnóstico, clasificación, y descripción, y para determinar el perfil y la intensidad de los apoyos necesarios; (3) el diagnóstico para la planificación de la intervención.

Definición de retraso mental. En el Sistema de 1992, el retraso mental se definía como:

... limitaciones considerables en el funcionamiento del día a día. Está caracterizado por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, junto con limitaciones relacionadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, participación en la comunidad, autonomía para tomar decisiones, salud y seguridad, estudios, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años.

Proceso de tres pasos. Cualquier sistema por el que alguien sea diagnosticado de retraso mental, y clasificado según determinados criterios, se compone de una serie de reglas que especifican las características que una persona debe reunir para ser diagnosticado y clasificado así. Con los años, estas reglas han cambiado en respuesta a las presiones de los usuarios de los servicios, profesionales, políticas y sociales.

El Sistema de 1992 implica un proceso de tres pasos que incluye el diagnóstico del retraso mental, una descripción de los puntos fuertes y débiles de la persona, y la identificación de los apoyos necesarios. Estos tres pasos se resumen en la Tabla 1 e incluyen:

- Paso 1 ("diagnóstico"). El retraso mental se diagnostica cuando: el CI está cercano a 70-75 o por debajo, existen limitaciones significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas, y la edad de aparición es anterior a los 18 años.
- Paso 2 ("clasificación y descripción"). Describe los puntos fuertes y las limitaciones en las habilidades adaptativas (Dimensión 1), y los aspectos psicológico/emocionales (Dimensión 2); describe la salud física general de la

persona e indica la etiología (Dimensión 3); y describe el ambiente en el que se desenvuelve, así como el ambiente óptimo que facilitaría su desarrollo.

- Paso 3 ("perfil e intensidad de los apoyos que se necesitan"). Identifica los tipos de apoyos así como la cantidad en que se requieren para cada una de las cuatro dimensiones.

Tabla 1. El proceso de tres pasos del Sistema de 1992

---

Paso 1. Diagnóstico del retraso mental (Determina la elección de servicios/apoyos)

- Se diagnostica retraso mental si:
- El funcionamiento intelectual está próximo a 70-75 o inferior
- Existen limitaciones significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas
- El comienzo es anterior a los 18 años.

Paso 2. Clasificación y descripción (Identifica los puntos fuertes y los débiles y las necesidades de apoyo)

La clasificación y la descripción implica que debemos conocer en el individuo:

- Los puntos fuertes y los débiles respecto a las consideraciones psicológicas/emocionales.
- La salud física general del individuo e indicaciones de la etiología
- El ambiente actual de la persona así como el ambiente óptimo que facilitaría su idóneo desarrollo y crecimiento.

Paso 3. Perfil e intensidad de los apoyos que se necesitan (Identifica las necesidades de apoyo)

Identifica el tipo y la intensidad de los apoyos que se necesitan en cada una de las cuatro dimensiones siguientes:

- I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas
- II: Consideraciones psicológicas/emocionales
- III: Consideraciones físicas/de salud/etiológicas
- IV: Consideraciones ambientales.

---

La aproximación de tres pasos resumida en el Tabla 1 difiere del Sistema de Clasificación de la AARM de 1993 (Grossman, 1983) en que:

- Se emplea un código diagnóstico simple de retraso mental si la persona reúne los tres criterios de edad de aparición, capacidad intelectual significativamente por debajo de la media, y limitaciones relacionadas con dos o más áreas de habilidades adaptativas.

- Se emplea una aproximación multidimensional para describir tanto los aspectos en los que destaca como las limitaciones.
- Se desarrolla un perfil de las necesidades de apoyo a lo largo de las cuatro dimensiones.

Diagnóstico para planificar la intervención. El Sistema de 1992 preveía que la planificación de la intervención es un objetivo primordial del diagnóstico. La utilización de los datos del diagnóstico para planificar la intervención debería llevar a que las personas con retraso mental obtuvieran mejores resultados, tales como la provisión o el logro los servicios esenciales gracias a los cuales la persona gana en independencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción.

De esta manera, realizar un diagnóstico para planificar la intervención hace que el proceso de diagnóstico pase de ser una etiqueta que se pone a las personas (por ejemplo "una persona con retraso mental severo") a ser una descripción de la persona y de sus necesidades de apoyo (p.e., "una persona con retraso mental con grandes necesidades de apoyo en el área del trabajo). En la siguiente sección se describe cómo se pueden operacionalizar tales sistemas de apoyo.

#### El paradigma de apoyos

La evaluación del tipo y la intensidad de las necesidades de apoyo de una persona es un aspecto nuclear del Sistema de 1992. El modelo de apoyos del Sistema de 1992 queda recogido en el Figura 3. Los cuatro componentes del modelo son recursos de apoyo (el individuo, otras personas, tecnología, y servicios) funciones de apoyo (que incluyen la enseñanza, ofrecimiento de ayuda, administración de gastos, conducta de apoyo, asistencia a domicilio, acceso y uso de la escuela y de los servicios de la comunidad, asistencia sanitaria), intensidad de los apoyos, y resultados deseables. En la Tabla 2 se resume la intensidad de los apoyos que se proponen en el Sistema de 1992 así como ejemplos de cada uno.

En la Figura 4 se presenta un modelo de toma de decisiones (Luckasson et al., 1994) para determinar la intensidad de los apoyos. Como se puede ver, se deberían considerar al menos cuatro factores a la hora de determinar el grado de apoyo que se necesita: tiempo, contextos, recursos, y interrupción. Respecto al tiempo, tanto la duración (alto de la fila) como la frecuencia (segunda fila) incidirán significativamente en la cantidad de los apoyos que una persona necesita. El número de contextos tendrá también un impacto significativo, puesto que contra más ámbitos necesiten apoyo, mayor será la intensidad del apoyo que se deberá proveer. Por último, se debería considerar también el grado de interrupción, ya que los apoyos



naturales son los menos intrusivos, y por tanto menos intensos que los apoyos que se emplean generalmente que están basados en los servicios, y por tanto, controlados por otros.

Tabla 2. Definición y ejemplos de la intensidad de los apoyos

---

Intermitente:

Apoyos en los aspectos "que son necesarios." Se caracterizan por la naturaleza episódica, la persona no siempre necesita el/los apoyo/s, o son apoyos a corto plazo que se necesitan durante las transiciones de una etapa a otra de la vida (p.e., pérdida del empleo o la aparición de una enfermedad aguda). Cuando se proporcionan, la intensidad de los apoyos intermitentes puede ser alta o baja.

Limitado:

Los apoyos están caracterizados por una intensidad constante en el tiempo, o limitados en el tiempo, pero no son de naturaleza intermitente, pueden requerir menos personal asistencial y menos coste que los niveles más intensos de apoyo (p.e., entrenamientos de corta duración para el empleo o apoyos de transición durante el periodo de paso de la escuela a la fase adulta).

Amplio:

Apoyos caracterizados por ayudas regulares (p.e., diariamente) al menos en algunos ambientes (tales como en el trabajo o en casa) y no limitadas en el tiempo (p.e., apoyo a largo plazo, o apoyo a largo plazo para la vida en casa).

Generalizado:

Apoyo caracterizado por su constancia y alta intensidad; proporcionados en los distintos contextos; necesario para la supervivencia de la persona. Los apoyos generalizados implican generalmente a más personal asistencial y son más invasivos que los apoyos amplios o los limitados en el tiempo.

---

---

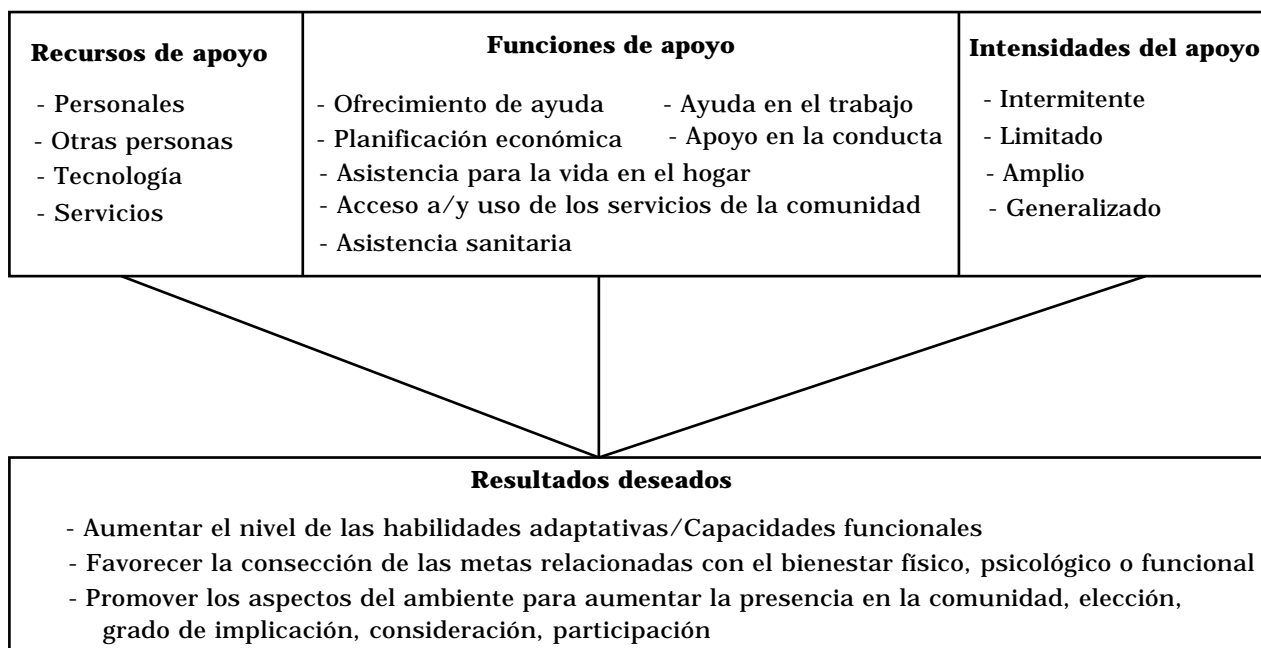


Figura 3. Modelo de resultados del apoyo

### INTENSIDAD DEL APOYO

	<b>INTERMITENTE</b>	<b>LIMITADO</b>	<b>AMPLIO</b>	<b>GENERALIZADO</b>
<b>TIEMPO</b> duración	la que sea necesaria	tiempo limitado, ocasionalmente continuo	habitualmente continuo	posiblemente a lo largo de toda la vida
<b>TIEMPO</b> frecuencia	infrecuente, de baja frecuencia	menos frecuente, quizás mensualmente	más frecuente, quizás semanalmente	alta frecuencia, continuo, constante
<b>CONTEXTO</b> S vida diaria trabajo ocio y tiempo libre salud comunidad etc.	pocos contextos, generalmente 1-2	varios contextos, quizás 3-4	varios contextos, quizás 4-5, generalmente no a todos	todos o casi todos
<b>RECURSOS</b> profesionales tecnológicos asistencia	consultas o comentarios ocasionales, habitualmente de compromisos, supervisión ocasional	contacto ocasional, limitado en el tiempo, pero frecuente	contacto con profesionales regular, continuo, por lo general semanalmente	contacto constante y supervisión por profesionales

<b>DISRUPCIÓN</b>	fundamentalmente apoyos naturales, alto grado de elección y autonomía	apoyos naturales considerables, algún grado de elección y autonomía	algunos apoyos basados en el servicio, control considerable por otros	apoyos predominantemente basados en el servicio, controlado por otros
-------------------	---	---	---	---

Figura 4. Parrilla de toma de decisiones sobre la intensidad del apoyo

A pesar de que el concepto y el uso de los apoyos son muy atractivos en los sistemas de prestación de servicios actual, todavía tienen numerosos aspectos criticables respecto a su empleo y evaluación que deberían solucionarse. El más importante de estos aspectos incluye:

- Operacionalizar más las cuatro intensidades del apoyo
- Desarrollar standards de apoyo
- Retirar el apoyo y volverlo a proporcionar cuando sea necesario
- Individualizar los apoyos para tener en cuenta tanto el aumento como la disminución de la intensidad del apoyo.
- Desarrollar sistemas de evaluación de los apoyos
- Evaluar si los apoyos suponen o no avances que contribuyen a la mejora de los resultados.

#### La fusión de los conceptos de inteligencia y de conducta adaptativa

El tercer impacto importante en la cambiante concepción de la discapacidad es que nos obliga a meditar sobre el papel que desempeñan la inteligencia y la conducta adaptativa en la vida de las personas con discapacidad y, en consecuencia, en su vida diaria. Actualmente se tiende a considerar que la inteligencia y la conducta adaptativa están organizadas de forma multidimensional y jerárquicamente. Por ejemplo, Carroll (1993) en una minuciosa revisión de los trabajos teóricos y empíricos sobre la inteligencia, identificó factores cognitivos a tres niveles que variaban en su generalidad: los muy específicos, factores de primer nivel que representan las mayores capacidades de especialización; un pequeño número de factores amplios de especialización que representan las habilidades generales; y uno pocos factores de tercer nivel que representan las habilidades generales. Los resultados del meta-análisis de Carroll son similares a la teoría triádica de las habilidades de Cattell (1971), a los vectores mentales de Thurstone (1947); y a la teoría jerárquica de la inteligencia de Vernon (1961).

No es difícil encontrar una conceptualización jerárquica y multidimensional similar en otros autores. Por ejemplo, Widaman y McGrew (1996) proponen una aproximación a la conducta adaptativa organizada de forma jerárquica y multifactorial. En su opinión, parte de la confusión histórica y del debate respecto a la estructura factorial de la conducta adaptativa se debe al nivel de análisis, y "dependiendo de la amplitud del análisis de la conducta adaptativa (esto es, items, conjuntos de items, y subescalas) los distintos estudios pueden identificar factores de conducta adaptativa a diferentes niveles en una jerarquía de conducta adaptativa" (Widaman y McGrew, 1996, p. 109).

La multidimensionalidad de la inteligencia. El concepto de inteligencia puede definirse mejor como (Arvey, Bouchard, Carroll, Cattell, et al., 1994):

... 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 en 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 qué hacer. (p. B 1)

Como se recoge en esta definición, el concepto de inteligencia representa un intento por clarificar, organizar y explicar el hecho de que las personas difieren en su capacidad para comprender las ideas complejas, adaptarse de forma eficaz a sus ambientes, aprender de la experiencia, implicarse en varias formas de razonamiento, superar obstáculos con el ejercicio del pensamiento, y comunicarse (Neisser, Boodoo, Bouchard, Boykin et al., 1996). De la misma manera, Anastasi (1986) sugiere que la "conducta inteligente es esencialmente adaptativa, en la medida en que representa modos de abordar las demandas de un ambiente cambiante" (pp. 19-20).

Llegados a este punto, parece claro que existe poco acuerdo respecto a lo que es la inteligencia, y es que realmente, cuando hace unos años se pidió a dos docenas de relevantes teóricos que definieran la inteligencia, dieron dos docenas de definiciones diferentes (Sternberg y Detterman, 1986). De igual manera, en una revisión sobre la inteligencia publicada recientemente por Carroll (1993) se identificaron alrededor de 70 capacidades diferentes por los "test de inteligencia" al uso. A pesar de esta falta de acuerdo, nos hemos alejado de la noción de que existe un factor general de inteligencia (lo que Spearman en 1932 denominaba factor "g"), y hemos pasado a mantener que la inteligencia debería considerarse más bien como multidimensional y

jerárquica, con el factor "g" potencialmente en la cima (Carroll, 1993; Neisser et al., 1996).

La definición de retraso mental que se encuentra en el Sistema de 1992 se basa ampliamente en la aproximación de la competencia personal-social de la inteligencia que ha derivado del trabajo sobre las inteligencias múltiples (Gardner, 1993; Greenspan y Driscoll, 1997; Lazear, 1994; Sterberg, Wagner, Williams y Hovarth, 1995). La aproximación de la competencia personal-social a la inteligencia no es nueva. De hecho, ya Thorndike (1920) propuso originalmente un modelo tripartito de la inteligencia que comprendía componentes sociales, prácticos y conceptuales. Tal y como se entiende generalmente, el modelo de competencia personal-social de la inteligencia incluye los tres siguientes componentes: inteligencia práctica, conceptual, e inteligencia social.

Inteligencia práctica. Este componente incluye 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 (Sternberg y Detterman, 1986; Sternberg et al., 1995). Se pueden considerar como las "capacidades de las personas para adaptarse con éxito a los ambientes reales a los que se enfrentan, y a ejercer algún grado de control sobre sus ambientes" (Sternberg, 1984, p. 93). Para Neisser (1976) las tareas de inteligencia práctica generalmente son poco claras o necesitan reformularse, se refieren al interés personal, carecen de la información necesaria para una solución, están relacionadas con la experiencia diaria, están pobremente definidas, y se caracterizan por tener múltiples soluciones "correctas", teniendo cada una sus ventajas y sus desventajas.

Inteligencia conceptual. Este componente, al que se conoce también como inteligencia académica o analítica, 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 CI así como las habilidades que demandan las tareas escolares (Greenspan y Granfield, 1992; Greenspan et al., 1996; Neisser, 1976). Este último autor describe las tareas de inteligencia académica (que son comunes en el aula o en los test de inteligencia) como formuladas por otros, a menudo de poco o ningún interés intrínseco, presentan toda la información necesaria para resolverlas desde el principio, desligadas de la experiencia habitual de la persona, y con una sola respuesta correcta.

Inteligencia social. Este componente implica la capacidad para comprender y manejarse de forma efectiva con acontecimientos y objetos sociales e interpersonales, incluyendo la capacidad para actuar manifestando los deseos propios en las relaciones

interpersonales, para manifestar las habilidades sociales apropiadas, ser empático y reflexivo, y para lograr los resultados deseados en las relaciones interpersonales (Bennett, 1993; Cantor y Kihlstrom, 1987; Greenspan, 1979; S.I.Greenspan, 1997; Keating, 1994; McGrew et al., 1996; Sternberg y Wagner, 1986; Taylor y Cadet, 1989). Tanto el concepto de inteligencia emocional como el de conducta desadaptativa están recogidos bajo el más amplio de inteligencia social (Goleman, 1995; Schalock, en prensa b).

En mi opinión, la inteligencia está compuesta de componentes conceptuales, prácticos y sociales, y la mejor aproximación a tales componentes en el campo del retraso mental es la perspectiva de la competencia general. Este concepto se muestra gráficamente en la Figura 5. La parte izquierda de la Figura 5 muestra los aspectos multidimensionales de la inteligencia que acabamos de describir; la parte derecha de dicha figura la describiremos en la siguiente sección. El modelo heurístico que se presenta en la Figura 5 está basado en gran medida en el trabajo de Greenspan y Granfield (1992), Greenspan et al. (1996), Ittenbach, Spiegel, McGrew y Bruininks (1992), McGrew y Bruininks (1990), Neisser (1976), Sternberg (1985, 1988), Sternberg et al. (1995), Widaman, Stacy y Borthwick-Duffy (1993).

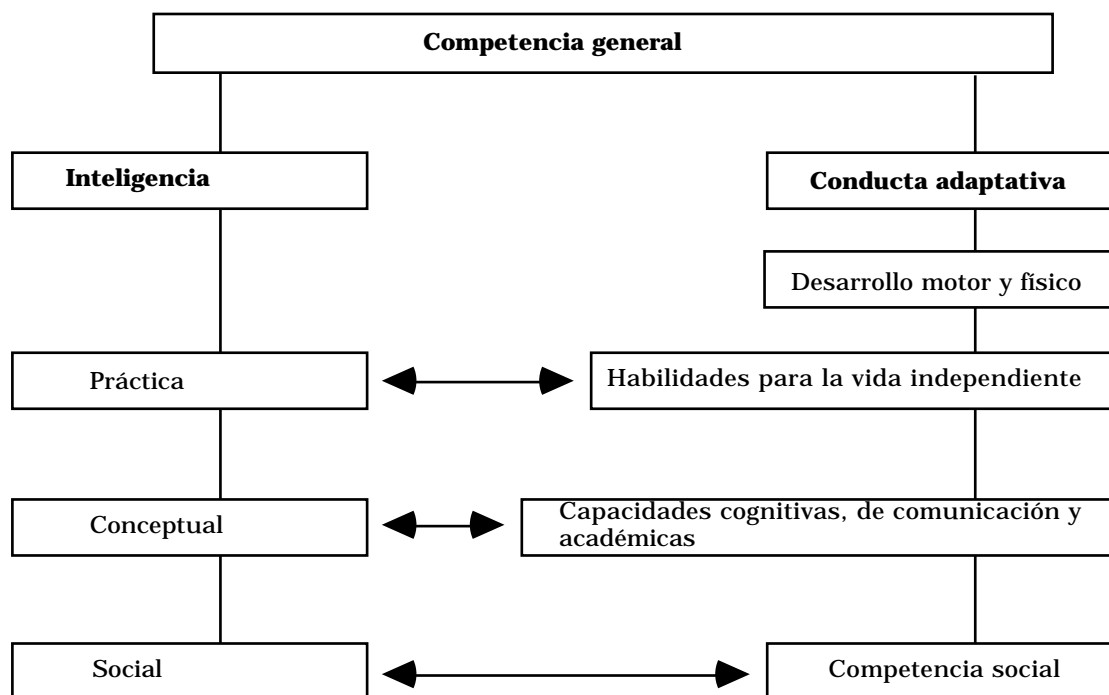


Figura 5. Integración de la multidimensionalidad de la inteligencia y de los constructos de la conducta adaptativa.

La multidimensionalidad de la conducta adaptativa. El concepto de habilidades adaptativas que se encuentra en el Sistema de 1992 de la AARM es una continuación de la atención que históricamente se ha prestado a las habilidades adaptativas en el

diagnóstico del retraso mental (Bruininks, Thurlow y Gilman, 1987; Kamphaus, 1987; Meyers, Nihira y Zetlin, 1979; Rechsly, 1982). En una revisión reciente de la conducta adaptativa y de las escalas de la conducta adaptativa, Harrison (1989) resumió numerosos elementos comunes que caracterizan estos conceptos y medidas, entre las que se incluyen: la mayoría de las definiciones sugieren que la conducta adaptativa se desarrolla e incrementa en complejidad a medida que las personas envejecen; la mayoría de las definiciones inciden en los dominios de autoayuda, interpersonal, de comunicación, vocacional y de habilidades domésticas; se reconoce que el constructo depende de las expectativas de los grupos culturales y de las demandas de las demandas de las situaciones particulares y significativas con las que interacciona la persona; y la conducta adaptativa se define generalmente como la ejecución diaria de las actividades necesarias para la autonomía personal y social, más que la capacidad para realizar las actividades.

Estos aspectos comunes están en consonancia con el acuerdo que existe actualmente sobre la estructura multidimensional de la conducta adaptativa que incluye:

- La competencia (o desarrollo) motor o físico que implica las habilidades motoras más finas y más groseras, desplazarse, y destrezas básicas para alimentarse y asearse
- Habilidades para la vida independiente que implican tareas domésticas como vestirse, bañarse, cocinar, y lavar los platos
- Habilidades cognitivas y de comunicación/académicas que implican tareas como comprender y producir lenguaje, destrezas de lectura y escritura, y administración del dinero
- Habilidades de competencia social que implican tareas como la búsqueda y mantenimiento de amigos, la interacción con otros, la participación social, el razonamiento social, la comprensión y el razonamiento

El paralelismo de estos factores multidimensionales con los propuestos anteriormente para la inteligencia se muestra en la parte derecha de al Figura 5. El lector debería caer en la cuenta especialmente de la similitud conceptual entre la inteligencia práctica y el factor de conducta adaptativa referido a las habilidades para la vida independiente; la inteligencia conceptual y las capacidades cognitivas y las habilidades de comunicación/académicas; y entre la inteligencia social y la competencia social. En principio, el apoyo a esta formulación procede del análisis

factorial confirmatorio de Mathias y Nettelbeck (1992), McGrew et al. (1996), Thompson, McGrew y Bruininks (en prensa), y Widaman y McGrew (1996).

En resumen, en la actualidad existe una fuerte tendencia a considerar tanto la inteligencia como la conducta adaptativa como organizadas de forma multidimensional y jerárquica. Este cambio en la manera de entenderlas tiene numerosas implicaciones para la definición de retraso mental (Schalock, Stark, Snell, Coulter et al., 1994) y para las siguientes tendencias que están apareciendo (Schalock, en prensa c):

- la aproximación funcional y contextual a la discapacidad
- la demostración de la efectividad de los apoyos apropiados, los programas de (re)habilitación, y de la tecnología asistencial
- la utilización cada vez mayor de la evaluación para la planificación de la intervención
- la construcción y empleo medidas de las habilidades prácticas, conceptuales y sociales sensibles a la cultura
- una mejor comprensión de cómo numerosos factores contextuales (tales como la edad y la experiencia, las limitaciones y tensiones emocionales, el grado de salud, y los apoyos) afectan a la conducta adaptativa de la persona.

#### Focalización sobre los resultados

En todo el mundo, las organizaciones que prestan servicios se enfrentan al desafío de proporcionar servicios de calidad que sean efectivos y que se traduzcan en resultados de calidad. Esto es complicado debido a dos poderosas fuerzas que pueden entrar en conflicto: los valores centrados en la persona, valores centrados en la calidad de vida, y los standars de viabilidad económica y de eficiencia (a los que frecuentemente se conoce como "racionalismo económico"). El foco de los valores centrados en la persona procede de: la calidad de vida, los derechos humanos y el movimiento autoayuda que incide en la igualdad, la integración, la concesión de autonomía, la consideración, y las opciones de vida y de trabajo en la comunidad; en numerosas leyes públicas que remarcan las oportunidades y los resultados deseados centrados en la persona relacionados con la independencia, la productividad, la integración en la comunidad, y la satisfacción; y en la investigación que demuestra que las personas pueden ser más independientes, productivas, integradas en la comunidad y satisfechas cuando la calidad de vida está en al base de los servicios y



apoyos. Por el contrario, el foco sobre el aumento de la viabilidad y la eficiencia hunde sus raíces en las restricciones económicas y en la preocupación por ahorro presupuestario en los servicios de salud y de rehabilitación.

Los dos aspectos centrales a los esfuerzos por conjugar la calidad y la eficiencia de los servicios públicos son: la calidad de vida y la evaluación del desarrollo de los mismos. Como se expone en las siguientes secciones, el concepto de calidad de vida se ha centrado en los resultados referidos a la personas, mientras que la evaluación del desarrollo de los mismos se centra en los resultados obtenidos por la organización (a los que se conoce a menudo como "outputs" de la organización).

### Resultados de calidad de vida centrados en la persona

El concepto de calidad de vida ha surgido en las dos últimas décadas como: un concepto de sensibilización que nos aporta un punto de referencia y guía desde la perspectiva del individuo, focalizándose en la persona y en su ambiente; un constructo social que se emplea como un principio general para mejorar la calidad de vida que percibe una persona; y un tema unificador alrededor del cual gira el programa de rehabilitación y evaluación (Schalock, 1998c; Schalock, en prensa d). La evaluación de los resultados de la calidad de vida centrados en la persona exige los siguientes pasos:

1. Determinar las categorías de resultados a medir. Parece existir acuerdo en que las categorías de la calidad de vida que se deberían medir incluyen las ocho dimensiones nucleares para la calidad de vida (Schalock, 1996): bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, independencia (self determination), integración en la comunidad, y derechos.

2. Operacionalizar cada dimensión nuclear. Para cada dimensión nuclear, existen numerosos indicadores que pueden utilizarse. Un posible listado de estos indicadores se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Dimensiones e indicadores centrales de la calidad de vida

<b>Dimensión</b>		<b>Ejemplo de indicadores</b>
Bienestar emocional	Seguridad Espiritualidad Felicidad	No padecimiento de estrés Concepto de sí mismo Alegría
Relaciones interpersonales	Intimidad Afecto Familia	Interacciones Amigos Apoyos

Bienestar material	Propiedades Ahorros Seguridad Comida	Empleo Posesiones Status socioeconómico Protección
Desarrollo personal	Educación Habilidades Realización personal	Competencia personal Actividad propositiva Ascensos
Bienestar físico	Salud Nutrición Tiempo libre Movilidad	Cuidados sanitarios Seguros médicos Ocio Actividades diarias
Independencia para tomar decisiones	Autonomía Elecciones Decisiones	Control personal Autogobierno Valores personales y metas
Integración social	Aceptación Status Apoyos Roles	Actividades comunitarias Ambiente de trabajo Actividades de voluntariado Ambiente residencial
Derechos	Intimidad Voto Facilidades de acceso	Derechos por la discapacidad Propiedades Responsabilidades cívicas

3. Medida de los indicadores de la calidad de vida. En la actualidad, uno de los más significativos avances en la medida de los resultados de la calidad de vida ha sido el cambio hacia la evaluación centrada en el resultado y al uso tanto de métodos cualitativos como cuantitativos para evaluar la calidad de vida percibida por la persona. Esta aproximación, que se conoce como pluralismo metodológico, incluye el uso de la evaluación personal y de estrategias de análisis personal para evaluar la calidad de vida percibida por uno mismo. Las dos estrategias representan los métodos cualitativos (evaluación personal) y cuantitativos (análisis funcional) tradicionales.

#### Estrategia de evaluación personal.

Esta estrategia se dirige hacia la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, y tradicionalmente consiste en preguntar al propio sujeto lo satisfecho que está con varios aspectos de su vida referidos a las ocho dimensiones centrales) que aparecían en la Tabla 3. Aunque las respuestas que da cada sujeto son subjetivas, necesitan medirse de un modo aceptable psicométricamente. Para este fin se puede usar una escala tipo Lickert de 3 a 5 puntos en la que cada persona refleja su grado de satisfacción personal. La ventaja de esta aproximación a la evaluación personal es que comprende la medida dependiente más común (la satisfacción) empleada habitualmente en las mediciones de la calidad de vida, y con el uso de estrategias de medida alternativas tales como las respuestas faciales, se pueden utilizar para elicitación de respuestas de personas con un lenguaje expresivo limitado (Schalock, Bontham y Marchant, en prensa). Su principal desventaja estriba en que se pueden producir

sesgos en las respuestas, su utilidad es limitada al comparar grupos pequeños, y en su discrepancia con las teorías multidimensionales actuales de la calidad de vida.

Estrategias de análisis funcional. Esta estrategia incluye el empleo de escalas de clasificación, observación participativa, y/o cuestionarios. Cada uno de ellos pretende recabar información sobre el funcionamiento de la persona a lo largo de una o más dimensiones centrales de la calidad de vida y de su respectivo indicador (véase Tabla 3). Para llevar a cabo esto, la mayoría de los instrumentos utilizan algún tipo de escala ordinal para crear un perfil del funcionamiento de la persona. Por ejemplo, uno puede preguntar (u observar) "¿Con qué frecuencia haces uso de los servicios de salud?" o "¿A cuántas asociaciones comunitarias perteneces?" Entre las ventajas de la estrategia de análisis funcional están: puede confirmar los resultados procedentes de la estrategia de evaluación personal (es decir, la satisfacción); añadiendo medidas objetivas a la evaluación personal se supera la baja correlación que habitualmente se encuentra entre las medidas subjetivas y objetivas de la calidad de vida; su uso permite la evaluación de los resultados entre grupos; y las medidas objetivas proporcionan un importante feedback a los proveedores de servicios, financiadores, y a los gestores, de manera que puedan conocer cómo pueden cambiar o mejorar sus servicios para aumentar la calidad de vida de las personas que los reciben. Entre las desventajas se incluyen: no todos los resultados de la calidad de vida pueden medirse; es necesario ser precavido para lograr que el sistema de análisis funcional proporcione una información que justifique el trabajo empleado en su recogida; la utilidad del análisis funcional varía según su uso; y las organizaciones no siempre pueden obtener los resultados que desean.

Existen numerosas ventajas de emplear la evaluación personal y el análisis funcional cuando se evalúan los resultados de la calidad de vida. La principal ventaja es que no es necesario emplear indicadores diferentes para las medidas subjetivas frente a las objetivas; más bien, las principales dimensiones permanecen constantes, y lo que varía es si se emplea la evaluación personal o el análisis funcional para evaluar el indicador respectivo. De esta manera, toda la evaluación esta focalizada claramente en ocho dimensiones nucleares de la calidad de vida. Una segunda ventaja de emplear el pluralismo metodológico es que permite a los investigadores y a quienes la emplean cumplir los siguientes objetivos al utilizar evaluaciones con métodos combinados (Caracelli y Greene, 1993):

- triangulación o la determinación de la correspondencia de resultados a través de las estrategias de evaluación personal y de análisis funcional

- complementariedad o el uso de métodos cualitativos y cuantitativos para medir solapamientos, a pesar de las distintas facetas que abarca la calidad de vida
- reiniciación que permite reformular las preguntas o los resultados de una estrategia con preguntas o resultados de la otra

### Medidas de ejecución

El propósito principal que cumplen las medidas de ejecución en el sector público giran alrededor del concepto de aumento de la responsabilidad. Por ejemplo, en un área en la que las arcas públicas no pueden cubrir las demandas de servicios, los gobiernos están obligados a tomar drásticas decisiones sobre las prioridades. Además, los ciudadanos y votantes piden mayor responsabilidad en la utilización de los recursos que les confían, y al mismo tiempo insisten en datos objetivos que aprueben o no la valía de los programas gubernamentales.

Para cualquier proveedor de servicios existen numerosas ventajas en el uso de las medidas de ejecución. Entre las más importantes están que las medidas de ejecución (Price Waterhouse, 1993): aumentan la responsabilidad política, mejoran la responsabilidad interna, se centran en metas a largo plazo y en objetivos estratégicos, proporcionan información sobre la ejecución a los administradores de los fondos públicos, mejoran la toma de decisiones, y permiten determinar el uso eficiente de los recursos. A pesar de estas ventajas, el empleo de las medidas de la ejecución y el actual énfasis sobre la responsabilidad, pueden chocar con la opinión de que cualquier sistema de medición que se proponga debe sopesar costos, adecuación de servicios, y beneficios.

Los pasos que se deben dar en las medidas de la ejecución son esencialmente los mismos que para las medidas de calidad de vida: (1) determinar la categoría del resultado a medir; (2) operacionalizar medidas de resultados específicas; (3) evaluar la medida empleando una o más estrategias de evaluación personal o de análisis funcional que se han descrito en el apartado anterior. Un modelo para hacer esto podría ser el que se expone en la siguiente apartado.

### Modelo de evaluación centrado en el resultado

El modelo de evaluación centrado en el resultado presentado en la Figura 6 se basa en el estado actual de la investigación y en el empleo del pluralismo metodológico. El modelo tiene tres componentes: standards, focos e indicadores de ejecución centrales.

- Los standards reflejan el énfasis que actualmetne se pone sobre la eficiencia y el valor. Los standars de eficiencia se basan en los principios económicos implicados en el aumento del valor neto de los bienes y servicios disponibles para la sociedad; los standars de valor reflejan lo que se considera bueno, importante, o valorable para la persona.
- El foco representa la importancia que en la actualidad se da a la responsabilidad en la organización (agencia/servicio) o por parte del individuo (cliente, usuario, consumidor).
- Las consecuencias son medidas de resultados que recogen numerosos resultados potenciales. Algunos resultados reflejan la ejecución; otros los valores; algunos se centran en la organización; y otros sobre el individuo. Para la organización, los outputs incluyen la coordinación de servicios, la estabilidad económica, salud y seguridad, datos del programa, cambios/estabilidad en la plantilla, acceso al servicio, satisfacción del usuario, competencias de la plantilla, apoyos de la familia/usuario, y apoyo de la comunidad. Para la persona los resultados, que son nucleares a las ocho dimensiones centrales de la calidad de vida, incluyen bienestar físico (nivel de salud, indicadores de salud, actividades instrumentales para la vida diaria, y nivel educativo), bienestar emocional, desarrollo personal, autonomía, relaciones interpersonales, integración en la comunidad, y derechos.

		STANDARD	
		EFICIENCIA	VALOR
FOCO	OUTPUTS (resultados de la organización)	Indicadores: Coordinación de servicios Estabilidad económica Salud y seguridad Datos del programa Movilidad/permanencia del staff	Indicadores: Acceso al servicio Satisfacción del usuario Competencias del staff Apoyos familiares/del propio sujeto Apoyo de la comunidad
	RESULTADOS (de la persona)	Indicadores: Bienestar físico: Nivel de salud Indicadores de salud ADLs/IADLs Bienestar material Nivel de empleo Nivel de vida Nivel educativo	Indicadores: Bienestar emocional Desarrollo personal Autonomía Relaciones interpersonales Integración social Derechos

Figura 6. Modelo de evaluación centrado en el resultado

El principal desafío con que se enfrentan los proveedores de servicios y evaluadores es lograr un equilibrio entre las cuatro celdillas del recuadro de la Figura 6, reconociendo que las diferentes personas incidirán en los resultados que deseen lograr. Los proveedores de fondos, por ejemplo, probablemente se focalizarán en la

eficiencia de los resultados, mientras que los grupos de apoyo se centrarán en la importancia de la evaluación y la eficiencia de los resultados. Aquellos que se centran en la política de servicios seguida bien podrían incidir en la eficiencia de los resultados y en el valor de los mismos.

Un segundo desafío reflejado en la Figura 6 consiste en lograr un equilibrio razonable entre las demandas de responsabilidad y recursos evaluativos disponibles de manera que podamos utilizar los datos resultantes para:

- determinar si las limitaciones funcionales se han reducido y se ha incrementado la conducta adaptativa de la persona y el nivel del papel que desempeña
- proporcionar feedback a las personas encargadas de tomar decisiones sobre la eficiencia de los respectivos servicios y/o apoyos
- proporcionar las bases para un programa de cambios y mejoras
- elegir como objetivo aquellas áreas a las que se pueda aplicar el incremento de recursos disponible para mejorar la armonización entre persona y ambiente
- presentar un compromiso a los usuarios de que somos serios en la evaluación del programa, y que deseamos implicarles en las actividades de evaluación

Estos dos desafíos fijan los apartados de la siguiente sección del trabajo que presentamos que se focaliza en el cambio organizacional -el tercer aspecto de la "nueva forma de pensar sobre la discapacidad." Esta sección remarcará la importancia de conocer hacia dónde se va, y de emplear los resultados que se desean para lograrlo. Como dijo en cierta ocasión el sabio filósofo Yogi Berra, "el problema de no conocer adónde se va es que puedes terminar en el lugar incorrecto."

### Cambio en la organización

Tanto las organizaciones privadas como las benéficas han tenido que realizar cambios significativos a lo largo de las últimas décadas para continuar siendo competitivas y viables. Todas ellas tienen en común (Castellani, 1987; Schalock, 1995, 1988a):

- adoptar un marco de referencia que concede a los empresarios recursos para su desarrollo y dinero para la formación
- crear sistemas que implican marketing, gestión económica, toma de decisiones clínica, manejo de datos y evaluación

- realizar una gestión de calidad total y una continua mejora de los aspectos fundamentales de la cultura organizacional centrándose en el usuario, estableciendo relaciones basadas en la confianza y el respeto, organizando la plantilla de personal disponible de manera que se mejore la calidad, y empleando estrategias sistemáticas para analizar y mejorar los logros
- comprometer a la organización en la utilización eficiente de la gestión con técnicas como el control de costos y procedimientos de reducción de riesgos
- diseñar servicios para trabajar con usuarios y zonas de forma eficiente

Estos cambios en la filosofía de la dirección y en las técnicas utilizadas han hecho que las organizaciones cambien la manera de gestionar sus asuntos. Uno de los mayores catalizadores de los cambios en la organización ha sido la aparición de la reconversiones basadas en los resultados en la que se utilizan los resultados deseados para decidir los cambios en la organización (Gold, Van Gelder y Schalock, en prensa; Schalock, en prensa b). Detrás del desarrollo de la reconversión basada en los resultados existen numerosas asunciones. La primera es que los nuevos modelos de gestión de calidad se desarrollan a partir de procesos de ingeniería y del empleo de técnicas de medición en ciencias sociales que hacen posible las aproximaciones a la reconversión objetivas, basadas en datos. Estas aproximaciones incluyen informes, establecimiento de puntos de referencia, indicadores de calidad, directrices para la práctica, y dirección. En segundo lugar, los resultados que se quieren obtener pueden considerarse "puntos de referencia" que permiten a una organización comparar su ejecución con otras organizaciones similares donde se obtienen los mejores resultados, o con los resultados que desearía lograr y que reflejan la combinación de los focos dibujados en la Figura 6.

Las técnicas específicas implicadas en la planificación de la reconversión centrada en los resultados incluyen seleccionar indicadores de ejecución críticos, y medidas de resultados en las que confluyan las demandas para la eficacia de la organización y los resultados valorados centrados en el usuario, y se usen estos datos para dirigir, reforzar y mantener los cambios. A continuación, en la siguiente sección, se revisan brevemente los cinco pasos implicados en esta aproximación a la reconversión de la organización. No obstante, se pueden encontrar más detalles en Schalock (en prensa, b). Los pasos se refieren al modelo de evaluación centrado en los resultados que se ha expuesto previamente y que se encuentra en la Figura 6.

#### Paso 1: Establecer la línea base

El primer paso para realizar la reconversión centrada en los resultados exige la determinación de los resultados con los que en ese momento trabaja la organización. Esto puede hacerse teniendo indicadores personales de cuáles de los resultados presentados en cada una de las casillas de la Figura 6 están siendo analizados actualmente en la organización.

### Paso 2: Metas de reconversión fijadas

Después de determinar los resultados en los que se centra la organización, el segundo paso consiste en determinar hacia dónde quiere ir la organización -es decir, determinar hacia qué resultados dirigir las actividades de cambio/reconversión. Las metas de reconversión que se establezcan depende del papel que la organización considere que tiene asignado y de la percepción que tenga de sí misma desempeñándolo. Si se reformula ligeramente la Figura 6, se pueden identificar cuatro tipos de "personalidades" organizativas:

- Organización que busca la estabilidad: se centra principalmente en la organización de las distintas categorías de resultados que deben lograrse, relacionadas con la coordinación de servicios, la solvencia económica, la salud y la seguridad, la recogida de datos, y/o la movilidad de la plantilla.
- Organizaciones de largo alcance: se centran principalmente sobre los resultados relacionados con los valores de la organización, incluye el acceso a las fuentes, la satisfacción del usuario, las competencias del staff, los apoyos del usuario, y/o los apoyos de la comunidad.
- Organización rehabilitadora: se centra fundamentalmente en los resultados referidos al nivel de salud de los receptores, su nivel de funcionamiento, situación financiera, residencial o educativa.
- Organización de apoyo: se centra sobre los resultados relacionados con la autonomía en la toma de decisiones, la integración social, las relaciones sociales, los derechos y vida digna, y el desarrollo personal.

### Paso 3: Medidas de resultados seleccionados

Los resultados del Paso 2 señalan la dirección general hacia donde se deben encaminar las actividades de reconversión de la organización. Tras completar el Paso 2, el personal de la organización conocerá los resultados generales que desean lograr, y conocerá la dirección hacia donde deberá encauzar sus esfuerzos. El tercer paso es crítico e implica seleccionar medidas de resultados específicos que se deben emplear



para dirigir, guiar y reforzar el proceso de cambio y sus efectos. Se deberían emplear varias directrices para seleccionar medidas de resultados específicos. Las siete más importantes incluyen:

- utilizar múltiples resultados
- elegir medidas de resultados consistentes con las metas de reconversión
- elegir medidas que sean relevantes y realistas
- utilizar aproximaciones de evaluación múltiple
- ser sensibles a la edad y a las diferencias de nivel funcional de los clientes
- ser conscientes de que los resultados pueden cambiar con el tiempo
- comprender que algunos resultados son potencialmente más importantes que otros

#### Paso 4: Estrategias de cambio en el desarrollo del programa

En la literatura existente sobre el cambio organizacional hay dos cosas muy claras: La primera es que el cambio en una organización eficaz es parecido al cambio conductual en que consiste en un proceso gradual que se construye a base de cambios sucesivos y de pequeños incrementos: y segunda, el cambio en la organización supone hacer algo y ver lo resultados de esa actividad (Gold et al., en prensa). En referencia a los resultados de calidad, las tres estrategias de cambio mejor comprendidas engloban la planificación centrada en la persona, las técnicas de mejora centradas en la persona, y las técnicas de mejora centrada en los programas.

Planificación centrada en la persona. La planificación centrada en la persona está pensada para dirigir al individuo y a los participantes en el proceso de planificación a una visión amplia de las bondades del futuro y a desarrollar cursos de acción creativos para lograr las metas personales. La planificación se considera un vehículo para integrar a las personas con discapacidad en el desarrollo de metas y planes y para implicar a los miembros de la familia y a otros amigos y recursos de la comunidad trabajando a la par con los profesionales. Se pretende que sea un proceso que cree un amplio cambio personal y del sistema. Los principales aspectos de la planificación centrada en la persona (Butterworth, Steere, y Whitney-Thomas, 1997) son:

- Está dirigido principalmente desde el individuo, tanto a la hora de diseñar el proceso de planificación, como en la elaboración de planes.
- Énfasis en la implicación de los miembros de la familia y de los amigos en el proceso de planificación y confianza en las relaciones personales y sociales como fuentes primarias de apoyo de la persona.
- Interés por las preferencias, aspectos en los que resalta y sueños de la persona, más que en las necesidades o en las limitaciones.
- Una visión de los estilos de vida que a la persona le gustaría tener y de las metas que necesita para lograrlas, es decir, no limitada por los recursos y servicios actuales.
- Un desarrollo de la misma que emplee los recursos y los apoyos que sean tan locales, informales y generales como sea posible.

Técnicas de mejora centradas en el ambiente. Estas técnicas implican diseñar ambientes cálidos que puedan ser usados y que reduzcan la problemática entre la persona y las demandas del ambiente. Los ejemplos incluyen (Ferguson, 1997):

- oportunidades para implicarse en el proceso (por ejemplo, la preparación de la comida)
- facilidad de acceso al ambiente externo
- modificaciones en las escaleras, retretes y en los tiradores de las puertas
- seguridad (p.e., pasamanos, cristales irrompibles, suelos no resbaladizos)
- comodidades (p.e., señales de orientación tales como códigos de colores o dibujos universales)
- estimulación sensorial (ventanas, muebles menos formales)
- apoyatura técnica (ordenadores personales, aparatos especializados de ayuda, y ambientes altamente tecnológicos)
- oportunidades para la elección y el control (p.e., luces, temperatura, intimidad y espacio personal)

Técnicas de mejora centradas en el programa. Estas técnicas implican reducir las "discrepancias" entre la persona y su ambiente desarrollando cambios en el

programa e incrementando el tipo y la variedad de oportunidades disponibles para las personas. Ejemplos referidos a las ocho dimensiones centrales enumeradas en la Tabla 2 son:

- bienestar emocional: aumento de la seguridad, ambientes estables y predecibles, feedback positivo
- relaciones interpersonales: amigos adoptivos, animar a desarrollar la propia intimidad, familias de apoyo
- bienestar material: propiedades, posesiones, empleo
- desarrollo personal: educación y rehabilitación funcional, tecnología que promueva el desarrollo
- bienestar físico: cuidados sanitarios, movilidad, salud, nutrición
- independencia: posibilidad de elegir, control personal, decisiones, metas personales
- integración social: desempeño de roles sociales, integración en la comunidad, posibilidad de participar como voluntario en actividades
- derechos: intimidad, voto, derechos a raíz de la discapacidad, responsabilidades ciudadanas

#### Paso 5: Dirigir, reforzar y revisar

El cambio es un proceso continuo que, al igual que el moldeamiento de la arcilla, está englobando constantemente nuevas formas y funciones. Por tanto, las metas, las medidas y las estrategias establecidas en los Pasos 2 al 4 han de dirigirse a proporcionar el feedback formativo necesario tanto para evaluar en qué situación se encuentra la organización en el proceso de reconversión, como para realizar las continuas adaptaciones que requieran los aspectos contextuales relacionados con la responsabilidad. De esta manera, el cambio se ha de ser ver como un proceso continuo que debe dirigirse, más que como un fenómeno estático que uno puede poner en movimiento y olvidar. La supervisión de los resultados que se quieren obtener con la reconversión se pueden usar para numerosos propósitos como realizar un informe de los resultados, proporcionar refuerzos, proporcionar feedback y revisar las estrategias utilizadas.

En resumen, las organizaciones están cambiando la manera de realizar sus asuntos, y a la vez están dialogando más con sus clientes desde una perspectiva de igualdad y de concesión de autonomía. La creación de esta nueva asociación representa el cuarto aspecto de "la nueva manera de pensar sobre las personas con discapacidad."

### La nueva asociación

Uno de los cambios más sonados que se ha producido en los últimos 20 años tiene que ver con cómo vemos a las personas con discapacidad y al desarrollo simultáneo de un fuerte movimiento de auto-apoyo en el que las personas con discapacidad se están ayudando para aumentar las oportunidades de participar en la corriente de la vida. El impacto de este cambio es obvio: los usuarios incrementarán la ayuda para los apoyos individuales en los ambientes habituales, al ser incluidos en actividades principales tales como tomas de decisión y planificaciones centradas en la persona, y al asumir un mayor control de sus vidas. Lo que podría ser menos obvio es la nueva asociación que está surgiendo entre los profesionales tradicionales y las personas que se prestan apoyo a sí mismas (O'Brien, y Murray, 1997) y el papel cada vez mayor que desempeñan los usuarios en las actividades de medición y de evaluación.

Uno de los mejores ejemplos de esta nueva asociación y de que se tengan actividades compartidas es el área de la acción investigadora participativa (participatory action research, PAR). Tal y como la describe Whitney-Thomas (1997) la acción investigadora participativa es:

una aproximación de moda a la solución de problemas y al cambio social que es especialmente idónea para los aspectos relacionados con la calidad de vida... (se) describe como la condición indispensable cuando estudiamos los resultados subjetivos. La acción investigadora participativa se basa en la implicación de los administradores públicos que pueden o bien identificar los elementos subjetivos de sus propias vidas que garantizan el cambio, o comprender los contextos sociales en los que ocurre el cambio. Los individuos... pueden contribuir a nuestra comprensión colectiva del concepto de calidad de vida, lo que la calidad de vida parece, y los modos de mejorar los resultados. (p. 81).

La acción investigadora participativa se está convirtiendo rápidamente en el método de elección entre quienes comparten "una nueva forma de pensar sobre la discapacidad." Por ejemplo, los usuarios están trabajando junto con los investigadores

para determinar la importancia de las dimensiones e indicadores centrales enumerados en la Tabla 2. Los trabajos preliminares apuntan a que para los niños y los jóvenes, las dimensiones más importantes suelen ser las de desarrollo personal, independencia para tomar las propias decisiones, relaciones interpersonales, e integración social; para los adultos las dimensiones más importantes suelen ser, bienestar emocional, bienestar material y relaciones interpersonales; y para los mayores, las dimensiones más importantes son el bienestar físico, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional (Schalock, en prensa d).

Los usuarios también se están implicando en la evaluación de su propia calidad de vida. Por ejemplo, hemos demostrado recientemente que los usuarios son excelentes inspectores y pueden evaluar la calidad de vida de otros usuarios con una fiabilidad y validez aceptable. Adaptando las técnicas de encuesta y el lenguaje empleado en la misma, el 81% de los usuarios fueron capaces de responder por sí mismos a pesar de tener significativas limitaciones cognitivas, físicas y del lenguaje. Aunque se expone en mayor detalle en Bontham, Pisa y Schalock (en prensa) vamos a dejar constancia de dos hallazgos significativos relacionados con la emergente asociación que han aparecido en una encuesta reciente centrada en el usuario realizada a 250 adultos con discapacidad. El primero es que, entre las 50 cuestiones por las que se preguntaba, más de las 3/5 partes de los usuarios daban la respuesta más positiva a ocho cuestiones/áreas: disponer de transporte, sentirse seguro en el vecindario, integración en la comunidad con ayuda del staff, lograr los servicios que se necesitan, ayuda para conseguir las metas, sentirse parte de la familia, preocupaciones respecto a la salud, y que la gente les ayude a aprender. Siete cuestiones recibían las repuestas más negativas por parte de la mayoría de las personas que contestaron: lo que otros esperan, tener una llave de casa, oportunidad de tener citas, número de grupos de los que se forma parte, quién decide cómo se gasta el dinero, elección de las tareas del hogar, y tener un trabajo. El segundo es que un análisis de vías de los resultados indica que existen dos áreas de bienestar subjetivo que contribuyen directamente a la satisfacción que una persona tiene con su vida: un sentido de dignidad y tener un trabajo.

### Conclusión

En conclusión, ha amanecido un nuevo día en el campo de las discapacidades. Este nuevo día refleja una forma diferente de pensar sobre la discapacidad que incluye:

- Una nueva visión de lo que constituye las posibilidades de vida de las personas con retraso mental. Esta nueva visión enfatiza en la autonomía para tomar

decisiones, en los aspectos en los que una persona destaca y en las capacidades, en la importancia de los ambientes normalizados y habituales, en la provisión de sistemas de apoyo individualizado, en el aumento de la conducta adaptativa y en el status alcanzado por la persona, y en la igualdad.

- Un paradigma de apoyos que se basa la prestación de servicios para las personas con discapacidad y se centra en la vida y el empleo con apoyo y en la educación integradora.
- Una concepción cambiante de la discapacidad, que ha pasado de centrarse en la patología a adoptar la perspectiva de que la persona con discapacidad surge de la interacción entre las limitaciones funcionales y el ambiente social y físico de la persona.
- Un modelo ecológico o contextual de la discapacidad que remarca el contexto en el que se producen las conductas, y la opinión de que la mejor forma de avanzar en la comprensión de lo fundamental es estudiando la realidad social tal y como se produce en la vida diaria de las personas con discapacidad.
- Una conexión del concepto de calidad de vida con el de mejora de la calidad y de evaluación centrada en los resultados.

Por desgracia, el nuevo día también tiene nubes. Sobre el horizonte aparecen numerosos desafíos respecto a los cuales debemos actuar con decisión. La reestructuración de los servicios de educación y de habilitación basados en los principios de las limitaciones económicas y de la rentabilidad en los servicios de salud y rehabilitación nos seguirán obligando a centrarnos en la responsabilidad y en las cuestiones de coste-beneficio. Los ricos debates respecto al potencial de las personas con discapacidad y su legítimo papel en la sociedad que han caracterizado a esta década, sin duda que continuarán en la próxima. Y el campo de las discapacidades continuará siendo desafiado para proporcionar protagonismo y vitalidad a quienes dirigen y proveen los servicios. En la próxima década, nuestro principal desafío va a consistir en ser firmes en nuestras convicciones de que existe un modo nuevo de pensar sobre la discapacidad, y en ser consistentes con nuestro compromiso de mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

## Referencias Bibliográficas

- Anastasi, A. (1986). Intelligence as a quality of behavior. En R. J. Sternberg y D. K. Detterman (Eds.), *What is intelligence? Contemporary viewpoints on its nature and definition* (pp. 19-22). Norwood, NJ: Ablex.
- Arvey, R. D., Bouchard, T. J., Carroll, J. B., Cattell, R. B. et al. (1994). *Mainstream science on intelligence*. Wall Street Journal, B. 1.
- Bennett, M. (Ed.) (1993). *The development of social recognition*. New York: Guilford Press.
- Bonham, G. S., Pisa, L., y Schalock, R. L. (en prensa). Ask Me: Consumers asking consumers about quality of life. *Mental Retardation*.
- Bonwich, L. y Reid, J. C. (1991). Medical rehabilitation: Issues in assessment of functional change. *Evaluation Practice*, 12, 205-215.
- Bradley, E. (1995). The ICIDH: Format, application in different settings and distinction between disability and handicap. *International Disability Studies*, 9, 122-125.
- Braddock, D. y Hemp, R. (1997). Toward family and community mental retardation services in Massachusetts, New England, and the United States. *Mental Retardation*, 35 (4), 24-256.
- Bruininks, R. H., Thurlow, M. y Gilman, C. J. (1987). Adaptive behavior and mental retardation. *Journal of Special Education*, 21, 69-88.
- Bryant, B. R., Taylor, K.U. y Rivera, D. P. (1996). *Assessment of adaptive areas: A method for obtaining scores that correspond to the American Association on Mental Retardation's adaptive areas examiners manual*. Austin, TX: Pro-ed.
- Butterworth, J., Steere, D. E. y Whitney-Thomas, J. (1997). Using person-centered planning to address, personal quality of life. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume II: Application to persons with disabilities* (pp. 5-24). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Cantor, N. y Kihlstrom, J. F. (1987). *Personal and social intelligence*. Englewood. Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Caracelli, V. J. y Greene, J. C. (1993). Data analysis strategies for mixmethod evaluation designs. *Education Evaluation and Policy Analysis*, 15, (2), 195-207.
- Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities: A summary of factor analytic studies*. New York: Cambridge University Press.
- Castellani, P. (1987). *The political economy of developmental disabilities*. Baltimore: Brookes.
- Cattell, R. B. (1971). *Abilities: Their structure, growth and action*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ferguson, R. V. (1997). Environmental design and quality of life. En R. L. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice* (pp. 56-70). Cheltenham, UK: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.

- Frattali, C. M. (1993). Perspectives on functional assessment: Its use for policy making. *Disability and Rehabilitation*, 15 (1), 1-9
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: The theory in practice*. New York: Basic Books.
- Gold, M., Van Gelder, M., y Schalock, R. L. (en prensa). A behavioral approach to understanding and managing organization change (or how not to get mired in the mud), *Journal of Rehabilitation Administration*.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Granger, C. V, Hamilton, B. B. y Fiedler, R. C. (1993). The Functional Independence Measure (FIM) and the Sickness Impact Profile (SIEP). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 133-138.
- Greenspan, S. (1979). Social intelligence in the retarded. En N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research*. Second edition (pp. 483-531). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greenspan, S. (1981). Defining childhood social competence: A proposed working model. En B. K. Keough (Ed.), *Advances in special education* (Vol. 3, pp. 1-29). Greenwich, CT: JAI Press.
- Greenspan, S. y Driscoll, J. (1997). The role of intelligence in a broad model of personal competence. En D. P. Flanagan, G. Genshaft, y P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests and issues* (pp. 131-150). New York: Guilford Press.
- Greenspan, S, y Granfield, J. M. (1992), Reconsidering the construct of mental retardation: Implications of a model of social competence. *American Journal on Mental Retardation*, 96 (4),442-453.
- Greenspan, S., Switzky, H. N. y Granfield J. M. (1996). Everyday intelligence and adaptive behavior. A theoretical framework. En J. W. Jacobson y J. A. Mulick (Eds.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation* (pp. 127-135). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenspan, S. I. (1997). *The growth of the mind: And the endangered origins of intelligence*. New York: Addison-Wesley.
- Harrison, P. L. (1989). Adaptive behavior. Research to practice. *Journal of School Psychology*, 23, 301-313.
- Institute for Community Inclusion. (1996). *National survey of day and employment services for people with developmental disabilities*. Boston: Children's Hospital, Author.
- Institute of Medicine (1991). *Disability in America: Toward a national agenda for prevention*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ittenbach, R. F., Spiegel, A. N., McGrew, K. S. y Bruininks, R. H. (1992). A confirmatory factor analysis of early childhood ability measures within a model of personal competence. *Journal of School Psychology*, 30, 307-323.
- Kamphaus, R. W. (1987). Conceptual and psychometric issues in the assessment of adaptive behavior. *Journal of Special Education*, 21, 27-35.



- Keating, D. P. (1994). Contextualist theories of intelligence. En R. J. Sternberg (Ed.), *Encyclopedia of intelligence*, Vol. 1. (293-298). New York: Macmillan.
- Lazear, D. G. (1994). *Multiple intelligence aproaches to assessment: Solving the assessment conundrum*. Tucson: Zephyr Press.
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., et al. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Schalock, R. L., Snell, M.E. y Spitalnik, D. M. (1996, August). The 1992 AAMR definition and preschool children: Response from the Committee on Terminology and Classification. *Mental Retardation*, 247-253.
- McGrew, K S. y Bruininks R. H, (1990). Defining adaptive and maladaptive behavior within a model of personal competente. *School Psychology Review*, 19, 53-73.
- McGrew, K S., Bruininks, R.H. y Johnson, D. R. (1996). Confirmatory factor analytic investigation of Greenspan's model of personal competence. *American Journal on Mental Retardation*, 100 (5), 535-545.
- Meyers, C., Nihira, K. y Zetlin, A. (1979). The measurement of adaptive behavior. En N. y Ellis (Ed.), *Hanbook of mental deficiency: Psychological theory and research*. Second edition (pp. 431-481). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Neisser, U. (1976). General, academic, and artificial intelligence. En L. Resnick (Ed.), *Human intelligence: Perspectives on its theory and measurement* (pp. 179-189). Norwood, NJ: Ablex.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W. et al. (1996). Intelligence: Knowns, and unknowns. *American Psychologist*, 51 (2), 77-101.
- O'Brien, P. y Murray, R. (Eds.), *Human services: Towards a partnership and supports*. Palmerston North, New Zealand: The Dunmore Press, Ltd.
- Price Waterhouse (1993). *Performance measurement: The key accelerating, organization inprovement*. Washignton, DC: Author.
- Rechsly, D. J. (1982). Assessing mild mental retardation. The influence of adaptive behavior, sociocultural status and prospects for nonbiased assessment. En C. R. Reynolds y T. B. Gutkin (Eds.), *The handbook of school psychology*. New York: Wiley Interscience.
- Reschly, D. J. (1988). Assessment issues, placement litigation, and the future of mild mental retardation classification and programming. *Education and Training in Mental Retardation*, 23, 285-301.
- Schalock, R. L. (1995). *Outcome-based evaluation*. New York: Plenum Press.
- Schalock, R. L. (1998a). A quest for quality: Achieving organizational outputs and personal outcomes. En J. Gardner and S. Nudler (Eds.), *Leadership, quality, and organizational dynamics*. Baltimore: Brookes.
- Schalock, R. L. (1998b). The assessment and rehabilitation of persons with traumatic brain injury. *Applied and Preventive Psychology*, 7 (4), 247-253.
- Schalock, R. L. (1998c). Three decades of quality of life. En M. Wehmeyer y J. R. Patton (Eds.), *Mental retardation in the 21st century*. Austin: PRO-ED Publishers.

- Schalock, R. L. (in press a). Mental retardation: A condition characterized by significant limitations in practical, conceptual, and social skills. En S. Greenspan and H. Switzky (Eds.), *What is mental retardation?* Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (in press b). Outcome-based conversion: Using desired outcomes to guide organization change. En S. Fesko-Lynch, J. Butterworth y R. L. Schalock, (Eds.), *Organizational change strategies*. Baltimore: Brooks.
- Schalock, R. L. (in press c). The merging of adaptive behavior and intelligence: Implications for the field of mental retardation. En R. L. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior: Conceptual basis, measurement, and use*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (in press d). The promises and challenges of the concept of quality of life. *Exceptionality Education-Canada*.
- Schalock, R. L., Stark, J. A., Snell, M. E., Coulter, D. et al. (1994). The changing conception of mental retardation: Implications for the field. *Mental Retardation*, 32 (1), 25-39.
- Schalock, R. L., Bontham, G., y Marchant, C. (in press). Consumer based quality of life assessment: A path model of perceived satisfaction. *Evaluation and Program Planning*.
- Smith, J. D. (1997). Mental retardation as an educational construct. Time for a new shared vision? *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32 (3), 167-173.
- Spearman, C. (1923). *The nature of "Intelligence" and the principles of cognition*. London: Macmillan.
- Sternberg, R. J. (1984). Macrocomponents and microcomponents of intelligence: Some proposed loci in mental retardation. En P. H. Brooks, R. Spearber, y C. McCauley (Eds.), *Learning and cognition in the mentally retarded* (pp. 89-114). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. New York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triarchic mind*. New York: Viking.
- Sternberg, R. J. y Detterman, D. K. (Eds.) (1986). *What is intelligence? Contemporary viewpoints on its nature and definition*. Norwood, NJ: Ablex.
- Sternberg, R. J. y Wagner, R. K (1986). *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J., Wagner, K., Williams, W. M. y Horvath, J. A. (1995). Testing common sense. *American Psychologist*, 50 (11), 912-927.
- Taylor, E. H. y Cadet, J. L. (1989). Social intelligence: A neurological system? *Psychological Reports*, 64, 423-444.
- Thompson, J. R., McGrew, K. S. y Bruininks, R. H. (in press). Adaptive and maladaptive behavior: Functional and structural characteristics. En R. L. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior, conceptual basis, measurement and use*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's magazine*, 140, 227-235.
- Thurstone, L. L. (1947). *Multiple factor analysis: A development and expansion of the vectors of mind*. Chicago: University of Chicago Press,
- Verdugo, M. A. (1997). A review of research published from 1991 to 1995 in 12 journals on research on mental retardation. Keynote address. 121st AAMB Annual Meeting, New York City, May 28.
- Vernon, P. E. (1961). *The structure of human abilities*, 2nd edition. London: Methuen.
- Whitney-Thomas, J. (1997). Participatory action research as an approach to enhancing quality of life for individuals with disabilities. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Volume III: Application to Persons with disabilities* (pp. 181-198). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Widaman, K. F., Gibbs, K. W. y Geary, D. C. (1987). Structure of adaptive behavior: I. Replication across fourteen samples on nonprofoundly mentally retarded people. *American Journal on Mental Retardation*, 91, 348-360.
- Widaman, K. F. y McGrew, K. S. (1996). The structure of adaptive behavior. En J. W. Jacobson y J. A. Mulick (Eds.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation* (97-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widaman, K. F., Stacy, A. W. y Borthwick-Duffy, S. A. (1993). Construct validity of dimensions of adaptive behavior: A multitrait-multimethod evaluation. *American Journal on Mental Retardation*, 98 (2), 219-234.
- World Health Organization. (1997). ICDH-2: International classification of impairments, activities, and participation. Geneva, Switzerland: Author.