

## Concepto actual de discapacidad intelectual

### *The current concept on intellectual disability*

Isabel GARCÍA ALONSO\*

Fecha de Recepción: 20-02-2006

Fecha de Aceptación: 24-04-2006

#### RESUMEN

*Se expone a continuación una síntesis de las últimas aportaciones que sobre el "Retraso Mental" ha publicado la Asociación Americana sobre Retraso Mental. Dichas contribuciones se centran en aspectos significativos para la adecuada comprensión de las personas con esta discapacidad, la definición, los conceptos que la componen, los procesos de evaluación y el establecimiento de los apoyos. De igual manera, realizamos algunas consideraciones al respecto.*

*Utilizamos para ello el último manual publicado en el 2002. En esta publicación se sigue manteniendo el término de "retraso mental", si bien ésta es una terminología a la que estamos acostumbrados, preferiríamos usar otro vocablo que resulte algo más apropiado y, que al menos en nuestro país, está adquiriendo un mayor apoyo entre las personas con esta discapacidad y entre los profesionales, nos referimos al término "discapacidad intelectual".*

#### PALABRAS CLAVE

*Discapacidad intelectual, Procesos de evaluación, Diagnóstico, Clasificación, Apoyos.*

#### ABSTRACT

*This paper sets out a summary of the latest contributions on mental retardation published by the American Association on Mental Retardation (AAMR); contributions which centre on key issues for a more acceptable understanding of the people living with this disability, its definition, underlying concepts, evaluation processes and the implementation of support services. Likewise, it also includes some of our own reflections on these matters.*

*Reference is made to the latest AAMR manual published in 2002, which continues to use the term "mental retardation". Despite this being a term with which we are familiar,*

\* Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Burgos.

*Concepto actual de discapacidad intelectual*

*we prefer to use another one that is somewhat more appropriate and that, at least in Spain, is finding greater support among people living with this disability as well as among professionals: we are, of course, referring to "intellectual disability".*

**KEY WORDS**

*Intellectual disability, Evaluation processes, Diagnosis, Clasification, Supports.*

## 1. INTRODUCCIÓN

Existen en la actualidad numerosas definiciones y explicaciones que concepcían a las personas con discapacidad intelectual. Todas ellas respaldadas por diferentes modelos explicativos y resultado de los diferentes momentos históricos por los que la humanidad ha ido pasando. Si realizáramos una visión retrospectiva de las últimas tendencias, reflexiones conceptuales y terminológicas nos encontraríamos con una amplia y disímil variedad de ideas.

Para centrar el tema, es conveniente que nos decantemos por alguno de los modelos explicativos existentes en la actualidad. Y en este sentido, no tenemos duda en la elección. La Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR, ha venido ofreciendo desde 1876 concepciones cada vez más clarificadoras, las definiciones han ido enriqueciéndose con los años y los nuevos conocimientos, y poco a poco esta Asociación está facilitando una visión y una intervención más acorde con las necesidades de estas personas.

Aunque todas las aportaciones de esta Asociación han sido importantes en su tiempo, podríamos hablar de cuatro momentos especialmente relevantes: el primero tuvo lugar en la edición de 1957 cuando la AAMR añadió criterios numéricos al CI, consiguiendo con ello mayor objetividad en los diagnósticos; el segundo en 1959, cuando incluyó el concepto de conductas adaptativas, reconociendo el trabajo de Voisin de 1843, primer autor que llevo a cabo el registro y medición de conductas adaptativas (Lambert y cols, 1993, p. 2); el tercero, en la edición de 1973, cuando estableció dos desviaciones típicas por debajo de la media en la valoración del CI y finalmente la conceptualización de 1992, al que se ha venido llamando "nuevo paradigma" (Verdugo, 1994), donde se considera a la

persona con retraso mental no como un rasgo de incompetencia propio del individuo sino como una expresión de la interacción entre la persona y su funcionamiento y el entorno, aportando un enfoque multidimensional al concepto.

Con posterioridad a la novena edición de 1992, la AAMR ha seguido enriqueciendo sus aportaciones y en junio de 2002 se publicó la última y más renovada conceptualización que nos proporciona un actual y revisado marco explicativo y de intervención de las personas con retraso mental.

Los aspectos más diferenciadores con respecto a la de 1992 son: la alusión directa al uso de pruebas estandarizadas con baremos normalizados de población general; el paso de las diez áreas propuestas de conducta adaptativa a la estructuración de éstas en tres factores (conceptual, práctico y social); la inclusión no de cuatro, sino de cinco grandes dimensiones explicativas del modelo que interaccionan entre sí; un favorecimiento más claro en la aplicación de los sistemas de intervención y apoyo y la delimitación de numerosos términos que son requisito para una buena comprensión del concepto (inteligencia, conducta adaptativa, juicio clínico, contexto...). Todas estas aportaciones han sido fruto de reflexiones y aportaciones de los diversos investigadores y comités de expertos en el ámbito del retraso mental. A continuación, se expone una síntesis de los aspectos más relevantes de la edición de 2002 y nuestras consideraciones al respecto.

## 2. DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL, DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN Y SISTEMAS DE APOYO SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR, 2002

*El retraso mental es una discapacidad*

*caracterizada por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, entendiendo ésta como habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002a, p.8; 2003, p.17).*

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

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

En esta última definición, la AAMR mantiene el término de "retraso mental", lo cual justifica expresando que más importante que la terminología (cuyo cambio es posible, pero no está aún consensuado), es la buena definición del concepto para evitar viejos tópicos inapropiados (Luckasson y cols., 2002a). En esta versión se establecen, para una

mayor comprensión y homogeneidad en las interpretaciones, definiciones de inteligencia, conducta adaptativa, apoyos, discapacidad y contexto:

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

- **Conducta adaptativa:** Es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que las personas aprenden en función de la vida diaria. Las limitaciones afectan tanto a la vida cotidiana como a los cambios necesarios que se han de hacer en función de las demandas o de las modificaciones ambientales. Las competencias y limitaciones en conducta adaptativa puede tener diferente relevancia dependiendo del propósito que tenga la evaluación (diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos). Para el diagnóstico de retraso mental las limitaciones significativas en conducta adaptativa se establecen usando medidas estandarizadas, con normas y baremos concernientes a la población general (incluyendo personas con y sin discapacidad). Para hablar de limitaciones, las puntuaciones obtenidas en la evaluación han de estar por debajo de dos desviaciones típicas con respecto a la media. Esta puntuación ha de obtenerse: (1). En uno de los tres tipos de conducta adaptativa: conceptual, social y práctica, o bien, (2) en la puntuación de conjunto de la medida de habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

– Apoyos: Son los recursos y estrategias que se utilizan con el objetivo de promover el desarrollo, la educación, los intereses, etc., mediatizando así el funcionamiento individual. Los servicios son el tipo de apoyo que se ofrece desde los profesionales o instituciones. El funcionamiento individual es el resultado de la interacción entre los apoyos y las restantes dimensiones: Habilidades intelectuales; conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales; salud; y contexto.

– Discapacidad: Es la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual dentro del contexto social y constituye una desventaja para el individuo.

– Contexto: Describe las interrelaciones en el ambiente que las personas viven cotidianamente. Se representa bajo la perspectiva ecológica e incluye al menos tres niveles diferentes:

1. El entorno social más cercano (el sujeto, la familia y/o tutores (microsistema):
2. El barrio, la comunidad, las organizaciones educativas, o los servicios de apoyo (mesosistema) y
3. Los patrones culturales, la sociedad, el país, las influencias sociopolíticas, las normas legislativas (macrosistema).

El contexto también ha de ser considerado teniendo en cuenta las otras cuatro dimensiones señaladas. Puede tener diferente relevancia, dependiendo del propósito de evaluación (diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos). Puesto que no es típico ni corriente evaluar el contexto con medidas estandarizadas, es necesario aplicar el juicio clínico integral para entender como interrelaciona con el funcionamiento del individuo.

### 3. MODELO TEÓRICO DEL CONCEPTO DE RETRASO MENTAL

El modelo en el que se basa la definición de 2002, ha cambiado algo con respecto a la de 1992, en esta última se propuso un modelo funcional en el que los elementos clave eran capacidades (inteligencia y habilidades adaptativas), entornos y funcionamiento, ya entonces, se otorgó un enfoque multidimensional cuando se trataba de diagnosticar, clasificar y establecer el perfil de apoyos. En la última versión las dimensiones han cobrado un mayor énfasis y se propone un modelo teórico que, basado también en la multidimensionalidad, contiene 5 elementos constituyentes.

Este marco teórico mostrado en el gráfico 1. denota la relación entre el funcionamiento del individuo, los apoyos y las cinco dimensiones que abarcan el acercamiento multidimensional del retraso mental. Estas cinco dimensiones tienen similitudes con las cuatro que se consideraron en la anterior edición de 1992. Se ha añadido una quinta (participación, interacción y roles sociales) consiguiendo una mayor consistencia con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud CIF (OMS, 2001). Para expresar más claramente las diferencias, recordamos que en el sistema de 1992 (Luckasoon, y cols. 1997) se exponían estas cuatro dimensiones:

Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.

Dimensión II: Consideraciones psicológicas y emocionales.

Dimensión III: Consideraciones físicas, de salud y etiológicas.

Dimensión IV: Consideraciones ambientales.

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

Dimensión I: Habilidades intelectuales.

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

Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales.

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

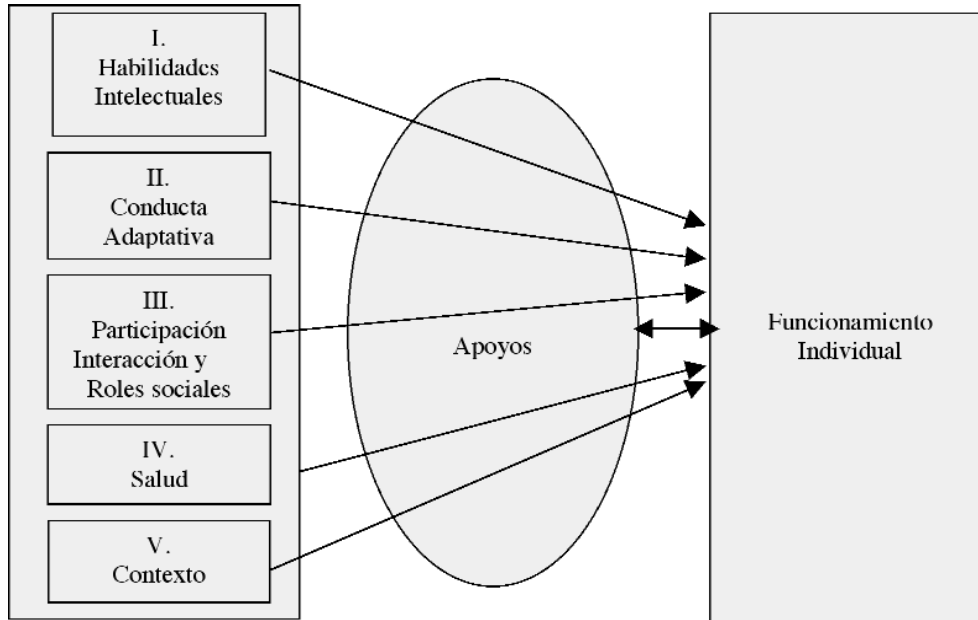
Dimensión V: Contexto (ambientes, cultura).

La dimensión II de la versión de 1992 se refería a aspectos psicológicos y emo-

cionales. Esta dimensión no aparece reflejada como tal en la última edición, sin embargo se constata que los aspectos psicológicos encuentran su manifestación, al menos, en la dimensión IV, que se refiere a la salud mental y en la dimensión I y II cuyos contenidos son básicamente psicológicos.

La AAMR refuerza la posición multidimensional y ecológica, mantenida en la anterior edición. En el gráfico 1 vemos la influencia que cada una de las dimensiones propuestas tiene sobre el funcionamiento del individuo. Este funcionamiento individual está mediado por los apoyos que el sujeto recibe. También se observa que los apoyos interactúan recíprocamente con dicho funcionamiento, concediéndoles, por tanto, una importancia extrema.

**Gráfico 1. Modelo teórico del retraso mental (Luckasson y cols., 2002a, p. 10; 2003, p. 27)**



### 3.1. Las cinco dimensiones

La primera dimensión es la referida a la capacidad intelectual general, que como hemos comentado, incluye razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje por la experiencia, etc. Es conveniente no olvidar que 1º) las limitaciones en esta capacidad han de ser consideradas a la vista de las otras cuatro dimensiones que componen el modelo, 2º) la evaluación de la inteligencia tiene distinta relevancia dependiendo de si lo que queremos hacer es un diagnóstico o una clasificación, 3º) el CI obtenido será más acertado si utilizamos instrumentos adecuados de evaluación, 4º) las limitacio-

nes significativas en la inteligencia se diagnostican usando pruebas estandarizadas que contengan normas y baremos de la población en general.

Uno de los desarrollos novedosos de esta última definición de retraso mental es el referido a la dimensión II, habilidades de conducta adaptativa. Estas quedan estructuradas en tres tipos: conceptuales, sociales y prácticas, siendo conveniente que su evaluación, descripción y estudio sea lo más operativa y funcional posible. Bajo esta consideración, nos parece importante describir cómo la AAMR ejemplifica dichos tipos de conducta adaptativa. Para ello, se expone a continuación el cuadro 1. en el que figuran ejemplos de los distintos tipos de habilidades:

**Cuadro 1. Ejemplos de habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico. (Luckasson y cols., 2002a, p. 42; 2003, p.61)**

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

En esta II dimensión no hay que olvidar que 1º) las limitaciones en conducta adaptativa afectan a la vida diaria y a las habilidades para responder a las demandas y cambios ambientales; 2º) las limitaciones que encontremos han de ser consideradas junto con las otras cuatro dimensiones del modelo; 3º) la presencia o ausencia de habilidades adaptativas tienen diferente relevancia dependiendo de si lo que deseamos es diagnosticar, clasificar o planificar apoyos; 4º) Las limitaciones adaptativas significativas han de estar basadas en pruebas estandarizadas y en normas y baremos de la población general.

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

En cuanto a los roles sociales, los

individuos en general realizan actividades que se consideran normales para su grupo de edad de referencia, así por ejemplo, realizar las actividades propias de la edad, asistir a un centro educativo, vivir y trabajar en la comunidad, etc, son actividades que es necesario valorar, pues en estas situaciones el individuo establece sus papeles sociales concretos.

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

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

La etiología es considerada como un conjunto de factores biomédicos, sociales, conductuales y educacionales que interactúan en el tiempo. Incluyen no



sólo la vida de la persona con retraso mental, sino también la de los padres, desde cuando éstos eran niños. Entender la etiología como multifactorial, amplía la lista de factores causales en dos direcciones: tipos de factores y momentos de esos factores.

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

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

De nuevo, hemos de tener en cuenta para valorar los estados de salud las siguientes consideraciones: 1) Las condiciones de salud física y mental pueden afectar a la evaluación de la inteligencia y de la conducta adaptativa, por ejemplo, la desatención o falta de reacción puede ser causada por deficiencias nutricionales o problemas de sueño; 2) La medicación (anticonvulsivos, psicotrópicos, etc.) puede afectar a las actividades y a la realización de los tests; 3) La medicación también puede afectar a la evaluación de la conducta adaptativa, las destrezas motoras gruesas y finas, las destrezas

comunicativas, etc.; 4) Las condiciones problemáticas de salud física y mental han de reflejarse en las necesidades de apoyo. En ocasiones para un mejor rendimiento en el funcionamiento y participación es necesario prestar atención primeramente a la salud física y mental del individuo; 5) La explicación multifactorial de la etiología ha de ser tomada muy en cuenta.

La dimensión V, se refiere al contexto (ambiente y cultura). El contexto, tal y como se entiende en esta 10ª versión, se representa desde una perspectiva ecológica que, como hemos comentado, tiene tres niveles diferentes de estudio: el microsistema, el ecosistema y el macrosistema. Estos ambientes son relevantes para el sujeto, pues frecuentemente determinan lo que se puede hacer, cuándo y cómo se lleva a cabo. El contexto puede proporcionar mayores o menores oportunidades a un sujeto y es relevante para la personas por su capacidad de proporcionar oportunidades y promover el bienestar. Para evaluarlo hemos de tener en cuenta: 1) que el contexto en el que se desenvuelve una persona ha de ser visto en relación con las otras cuatro dimensiones que conforman el modelo teórico (funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, participaciones, interacciones y roles sociales, y salud, 2) el contexto puede tener diferente relevancia dependiendo del propósito que tengamos: diagnóstico, clasificación o planificación de ayudas, 3) La evaluación del contexto no suele realizarse con instrumentos estandarizados, por lo que es necesario utilizar un juicio integral y clínico para valorar el funcionamiento y proveer los apoyos que necesita la persona.

A la vista de estas cinco dimensiones, es fácil percatarse de la compatibilidad que las 5 dimensiones tienen con los conceptos de la Clasificación Internacional de la Discapacidad y de la Salud pro-

**Cuadro 2. Relación entre las cinco dimensiones que intervienen en el funcionamiento propuestas por la AAMR y los cinco conceptos básicos de la CIF (Luckasson y cols., 2002a, p. 111; 2003, p. 140.)**

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

puesta por la OMS en el 2001. En el cuadro 2. se puede constatar.

Evidentemente, las características de ambos sistemas son distintas: La CIF no es un sistema de diagnóstico, es una herramienta conceptual para crear modelos en el ámbito de la discapacidad y un instrumento de clasificación principalmente concebido para propósitos estadísticos. Mientras que el sistema de la AAMR muestra todo un paradigma específico para las personas, proporcionando los pasos oportunos para la evaluación, la clasificación y la intervención y ofreciendo instrucciones al respecto. Al considerar la AAMR su modelo teórico específico le ha hecho compatible con la propuesta más amplia llevada a cabo por la OMS, que comprende todo el amplio campo de las discapacidades.

La síntesis de la multidimensionalidad del modelo que proponen queda reflejada en esta cita:

*“El retraso mental, no es algo que se tiene, como los ojos azules o un corazón enfermo. No es algo que se es, como ser bajo o delgado; No es un trastorno médico,*

*aunque puede codificarse en una clasificación médica de enfermedades; tampoco es un trastorno mental, aunque puede codificarse en una clasificación de trastornos psiquiátricos. Retraso mental se refiere en un estado de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional y es afectado positivamente por los apoyos individualizados (véase gráfico 1). Como un modelo de funcionamiento, incluye la estructura y expectativa de los sistemas dentro de los cuales la persona funciona e interactúa: micro, meso y macrosistema. Es decir, un comprensivo y correcto entendimiento del retraso mental requieren un acercamiento multidimensional y ecológico que refleje la interacción del individuo y su medio ambiente, y los resultados de esta interacción referidos a la persona en relación con su independencia, relaciones, contribuciones, participación escolar y comunitaria y bienestar personal (Luckasson y cols, 2002a, p.48; 2003, p.67).*

#### **4. DIFERENTES PROCESOS DE EVALUACIÓN SEGÚN LOS PROPÓSITOS**

Quando evaluamos a una persona, lo

hacemos con un propósito determinado, podemos querer realizar un diagnóstico, establecer una descripción o clasificación del sujeto o bien, puede que nuestra intención sea la de establecer los apoyos que la persona necesite. Dependiendo del motivo que tengamos para evaluar, debemos llevar a cabo distintos procesos y pasos y utilizar diferentes instrumentos y herramientas. Junto con el manual, la AAMR incluye unas hojas prototípicas o formularios de evaluación (que se incluyen, en su versión original, en el libro de trabajo -en la versión traducida se exponen de igual modo, aunque cumplimentados con un ejemplo-) cuyo objetivo responde a cada uno de los tres propósitos. Según la función que otorguemos a la evaluación el proceso a seguir cambia. Esto facilita a los distintos profesionales trabajar con documentos de forma unánime que favorecen la objetividad y el entendimiento:

1. Determinar la existencia del retraso mental, en base a los tres criterios establecidos.
2. Clasificar y describir al sujeto, valorando los puntos fuertes y las limitaciones en las cinco dimensiones.
3. Planificar los apoyos que la persona necesita, teniendo en cuenta las nueve áreas de apoyo, reconociendo la relevancia que tienen en el funcionamiento de la persona.

#### **4.1. Proceso 1: Diagnóstico**

De acuerdo con la definición, para establecer un diagnóstico de retraso mental se debe cumplir tres condiciones:

1. Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual
2. Limitaciones significativas en la conducta adaptativa

3. La edad de aparición ha sido anterior a los 18

En los protocolos propuestos por esta Asociación para realizar el diagnóstico se recoge la información pertinente al respecto, en la que figuran, datos tales como: las puntuaciones obtenidas en funcionamiento intelectual y en conducta adaptativa (pruebas usadas, puntuaciones estandarizadas, error de medida de los instrumentos); los resultados obtenidos en evaluaciones adicionales; los datos referentes a las limitaciones en cada uno de los tres tipos o en la puntuación total de conducta adaptativa) y la edad de aparición de esas limitaciones.

En España existen instrumentos que evalúan la capacidad intelectual, sin embargo nos encontramos con un verdadero problema cuando queremos evaluar la conducta adaptativa antes de los 18 años. En este sentido, una de las pruebas aconsejadas por la AAMR, la Escala de Conducta adaptativa ABS-S:2 ha sido adaptada y valorada por la autora (García, 2001) y se espera que en breve la Fundación Intrás en Valladolid la edite con baremos normalizados de población general. Otros instrumentos que se aconsejan en el manual son la Escala Revisada de Vineland, las Escalas de Conducta Independiente de Bruininks, el Test Comprensivo de Conducta Adaptativa de Adams y el Sistema de Evaluación de Conducta Adaptativa de Harrison y Oakland. Mientras estas pruebas van adaptándose a nuestra población y saliendo al mercado no nos queda más que utilizar, como expone Verdugo (2003), el juicio clínico siguiendo la guía del capítulo 6 del Manual.

#### **4.2. Proceso 2: Clasificación y descripción**

El manual del 2002 permite y recono-

ce la evaluación para realizar múltiples clasificaciones, dependiendo de las necesidades de los profesionales y de los investigadores.

El propósito que tiene el clasificar a personas es la provisión de un esquema organizativo para categorizar diversos tipos de observaciones, con ello se facilita la comunicación entre profesionales, se establecen acuerdos en el estudio científico, se facilita la provisión de servicios y sistemas beneficiarios y, no olvidemos, que la clasificación es esencial para la investigación y el avance del conocimiento.

El propósito que tiene describir a personas, es principalmente el valorar las capacidades y limitaciones que presentan al objeto de planificar el perfil y los servicios de apoyo que necesitan.

Kaufman...), para valorar la conducta adaptativa con personas adultas, el ICAP (Montero, 1993) y el CALS (Morreu y cols, 2002). Para evaluar la conducta adaptativa de las personas purideficientes (Zaldívar y cols, 1995). Para clasificar y describir el resto de dimensiones propuestas, podríamos seguir las orientaciones que nos propone el Sistema de Clasificación CIF o los sistemas de clasificación clínica científicamente admitidos.

#### 4.3. Proceso 3: Establecimiento del perfil de apoyos

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

Área de desarrollo humano	Área de salud y seguridad
Área de aprendizaje y educación	Área conductual
Área de vida en el hogar	Área social
Área de vida en la comunidad	Área de protección, derechos y responsabilidades
Área de empleo	

Si lo que deseamos es clasificar o describir a un sujeto (se puede seguir la guía del protocolo), debemos valorar los puntos fuertes y las limitaciones en cada una de las cinco dimensiones propuestas en el modelo teórico (capacidades intelectuales; conducta adaptativa; participación, interacción y roles sociales; salud y contexto). En España disponemos de algunos de instrumentos estandarizados que podemos utilizar para clasificar y describir. Algunos ejemplos de instrumentos son: para la inteligencia (WISC- IV, ABC de

Cada una de ellas se cumplimenta siguiendo los indicadores pertinentes que aparecen en el manual (ver Luckason y cols., 2002b, p. 29 –versión castellana, 2003, p. 191-), teniendo en cuenta que los perfiles que se establezcan tengan relación con la edad del sujeto para el que se proponen. Como es obvio en diferentes momentos del ciclo vital las áreas de apoyo deben priorizarse.

Para llevar a cabo el establecimiento del perfil de apoyos se debe contar con la información de profesionales, familiares,

personas afectadas u otras que conozcan bien al sujeto. Es importante seguir el proceso que en el Manual propone y que se sintetiza en los siguientes pasos: 1º identificación de las áreas relevantes de apoyo; 2º identificación de las actividades de apoyo para cada una de las áreas; 3º valoración del nivel e intensidad de apoyo y 4º realización del plan individualizado de necesidades de apoyo.

En España disponemos de materiales y programas que nos pueden facilitar las actividades para prestar las actividades de apoyo a personas con esta discapacidad, por ejemplo, los programas conductuales alternativos (Verdugo, 1989; 1996; 1997; 2000) el Currículo de Destrezas Adaptativas, ALCS (Gilman y cols. 2002), Programa de intervención en habilidades adaptativas (Icaria, 1999, 2004) y somos conocedores de algunos otros en preparación, relacionados, en

este caso con las conductas adaptativas y el currículo ordinario en la escuela (Angulo, en prensa).

#### 4.4. Síntesis de las tres funciones que tiene la evaluación

Como hemos ido viendo, se necesitan hacer evaluaciones del sujeto para diagnosticar, clasificar y describir y prestar los apoyos que se necesitan. Para ello hemos de seguir unas consideraciones generales y además, según sea el propósito de la evaluación deberíamos utilizar una serie de medidas o herramientas. El cuadro que expone la AAMR y que aparece a continuación esquematiza los propósitos esenciales, las medidas o instrumentos de evaluación y las consideraciones generales ha tener en cuenta.

**Cuadro 3. Evaluación del retraso mental (Luckasson y cols. 2002a, p. 12; 2003, p. 29).**

	Propósito	Medidas y herramientas	Consideraciones para la evaluación
<b>Diagnosticar</b>	Establecer la elegibilidad: * Establecer servicios. * Prestaciones. * Protecciones legales.	Tests de capacidad intelectual. Escala de conducta adaptativa. Documentos que revelen la edad de inicio.	- Considerar la relación entre las medidas y el propósito. - Seleccionar pruebas adecuadas psicométricamente. - Usar pruebas específicas según: la edad, el grupo cultural, el lenguaje, las formas de comunicación, el género, las limitaciones sensorio-motrices.
<b>Clasificar</b>	Agrupamientos para: * Financiación de servicios * Investigación. * Ofrecer servicios. * Comunicación de características.	Escalas de intensidad de apoyo. Rangos o niveles de CI. Categorías de educación especial. Evaluación del ambiente. Factores etiológicos o de riesgo. Niveles de conducta adaptativa. Evaluación de la salud mental. Categorías de prestaciones	- La cualificación del evaluador - Las características del evaluador y potenciales prejuicios. - La consistencia con las prácticas profesionales estándar. - La selección de informantes. - La relevancia del contexto y del ambiente.
<b>Planificar Apoyos</b>	Reforzar las competencias personales: * Independencia, * Relaciones interpersonales, * Contribuciones, * Participación escolar y comunitaria, * Bienestar personal	Herramientas para la planificación centrada en la persona. Autoinforme Evaluación de las condiciones objetivas de vida. Escalas de intensidad de apoyos. Plan de elementos que requiere el individuo.	- La participación, interacción y rol social. - Las oportunidades y experiencias. - La historia clínica y social. - Los aspectos físicos y mentales. - La evaluación de la conducta in situ. - Las metas personales. - El apoyo del equipo

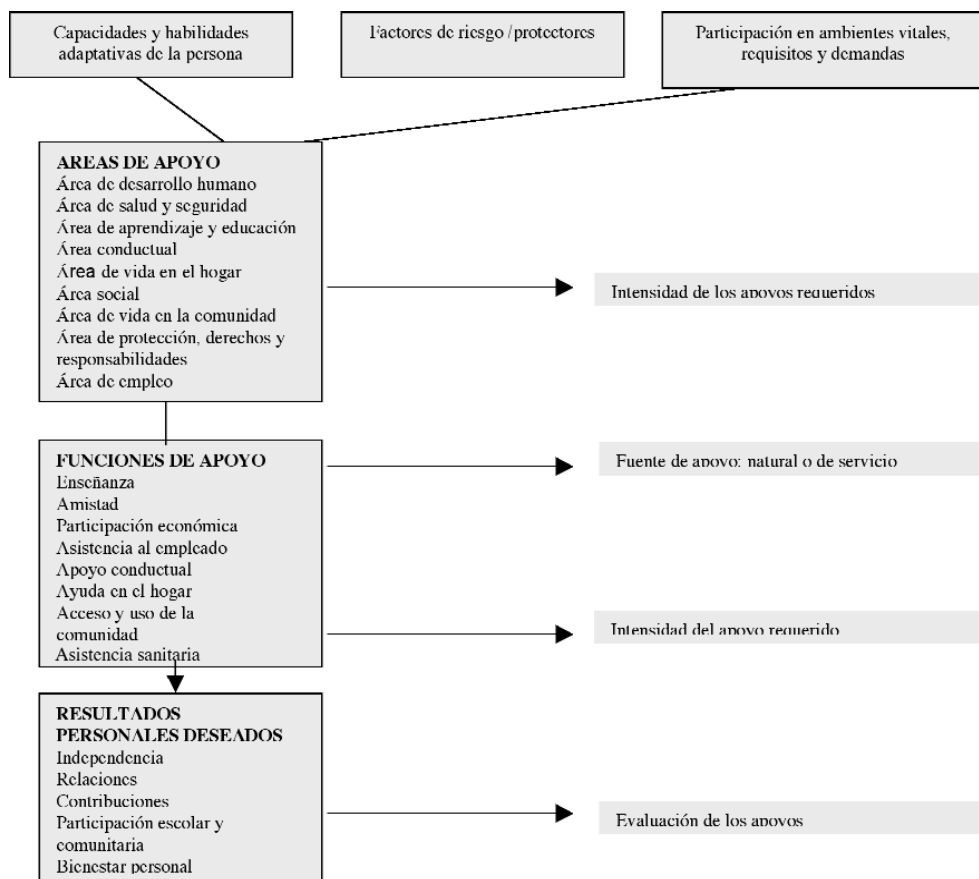
## 5. EL APOYO Y SU APLICACIÓN EN LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL

Los apoyos son conceptualizados por la AAMR de una forma similar a como lo hacía en 1992, son todos aquellos recursos y estrategias destinadas a promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal y a mejorar el funcionamiento individual.

Incorpora, en el 2002, una mejor comprensión de los apoyos y de su uso para

reducir el desajuste entre las demandas ambientales y las capacidades de las personas: Considera que los apoyos trascienden a las disciplinas y a las áreas de rehabilitación centrándose en los diferentes contextos; acentúa la planificación de apoyos centrada en la persona; aboga por la calidad y por la provisión de servicios y apoyos en los medios naturales basados en los principios de inclusión y equidad; incluye la distinción entre apoyos naturales (los recursos y estrategias proporcionados por personas o equipamientos en entornos propios del

**Gráfico 2. Modelo de apoyos para personas con retraso mental (Luckasson y cols. 2002a, p. 148; 2003, p. 182)**



individuo) y apoyos basados en servicios (maestros, profesionales específicos, personal de atención directa, voluntariado...); especifica que la organización de apoyos para una determinada persona debe relacionarse con sus capacidades y necesidades en las cinco dimensiones del funcionamiento individual.

Fruto de los avances en el conocimiento en este ámbito, el manual propone un modelo de apoyo que ayuda a la obtención de los resultados deseados, es el siguiente:

### **5.1. Proceso de planificación de los apoyos**

Evaluando a la persona en las áreas de apoyo: desarrollo humano, salud y seguridad, etc. (ver Gráfico 2.), se van concretando una serie de actividades para cada una de las áreas susceptibles de apoyo (Cuadro 4.). Paralelamente se establece el nivel o la intensidad de los apoyos que el sujeto necesita para llevar a cabo las actividades (1. intermitente, apoyos episódicos, de corto plazo, de alta o baja intensidad; 2. limitados, apoyos transitorios; 3. extensos, con implicación regular en algunos ambientes y 4. generalizados, de elevada intensidad, en distintos ambientes y a plazos largos o para toda la vida) y el tipo de apoyo que precisa (ninguno, supervisión, instigación verbal o gestual, ayuda física parcial, ayuda física completa).

Posteriormente se determina las funciones del apoyo y la fuente de apoyo (quién o quiénes lo ofrecerán). Los apoyos cumplen varias funciones que actúan para reducir, como decimos, la discrepancia entre la persona y los requisitos ambientales. La edición del 2002 sigue manteniendo las ocho funciones propuestas en 1992: enseñanza, amistad, planificación económica, asistencia

al empleado, apoyo conductual, ayuda en el hogar, acceso y uso de la comunidad y asistencia sanitaria. Estas funciones y las actividades representativas están resumidas en el cuadro 5.

Por otra parte, este proceso incluye hacer una previsión de las mejoras que el individuo puede obtener, así como determinar si éstas se producen realmente a medida que se implementa el programa. El objetivo de la provisión de apoyos es lograr una mejora notable en uno o más aspectos personales. Todo plan de apoyo ha de poder ser evaluado y determinar si mejoran los resultados personales relacionados con la independencia, relaciones, contribución, participación en la escuela y en la comunidad y bienestar personal. Para esta labor, la AAMR propone también un modelo de evaluación de los apoyos ofertados (gráfico 3.), considerando que la discrepancia entre las capacidades conductuales de una persona y los requisitos de rendimiento de su entorno se pueden reducir mediante un empleo juicioso de los apoyos.

### **6. CONSIDERACIONES A ESTA DÉCIMA EDICIÓN DE LA AAMR**

La décima revisión del concepto de 2002 se construye sobre el Sistema de 1992 e incorpora progresos recientes en este ámbito de conocimiento. En este apartado vamos a comentar y analizar los avances más relevantes que ha supuesto esta edición.

Mantiene el término "retraso mental", vocablo que necesita un cambio con consenso generalizado. En España diversas instituciones y colectivos de personas con esta discapacidad abogan ya desde hace años por el uso de "personas con discapacidad intelectual", terminología que consideramos con ellos mucho más apropiada.

**Cuadro 4. Áreas y actividades de apoyo representativas (Luckasson y cols. 2003, p. 191).**

<b>ÁREAS Y ACTIVIDADES DE APOYO</b>	
<p><b>ACTIVIDADES DE DESARROLLO HUMANO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Proporcionar oportunidades de desarrollo físico, incluyendo coordinación ojo-mano, habilidades motoras finas y gruesas.</li> <li>*Proporcionar oportunidades de desarrollo cognitivo relacionadas con la coordinación de experiencias sensoriales, la representación del mundo con palabras e imágenes, el razonamiento lógico sobre eventos concretos, y el razonamiento en modos más idealistas y lógicos.</li> <li>*Proporcionar actividades de desarrollo socio-emocional relacionados con la confianza, autonomía, iniciativa, competencia e identidad.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Interacción con preparadores / maestros y con compañeros entrenados / estudiantes.</li> <li>*Participación en decisiones relativas al entrenamiento / educación.</li> <li>*Aprendizaje, empleo de estrategias de solución de problemas.</li> <li>*Manejo de tecnología para el aprendizaje.</li> <li>*Acceso a contextos formativos / educativos.</li> <li>*Aprendizaje y uso de habilidades académicas funcionales (lectura de señales, recuento del cambio monetario, etc.).</li> <li>*Aprendizaje y uso de destrezas de salud y educación física.</li> <li>*Aprendizaje y uso de habilidades de autodeterminación.</li> <li>*Recepción de servicios de transición.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES DE VIDA EN EL HOGAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Empleo del baño / aseo.</li> <li>*Colada y cuidado de la ropa.</li> <li>*Preparación y consumo de alimentos.</li> <li>*Mantenimiento y limpieza del hogar.</li> <li>*Vestido.</li> <li>*Aseo y cuidado de higiene personal y de la apariencia física.</li> <li>*Empleo de tecnología y electrodomésticos.</li> <li>*Participación en actividades de ocio en el hogar.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES DE VIDA EN LA COMUNIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Uso del Transporte.</li> <li>*Participación en actividades recreativas / de ocio .</li> <li>*Empleo de servicios en la comunidad.</li> <li>*Visitas a amigos y a la familia.</li> <li>*Participación en actividades comunitarias de su elección.</li> <li>*Compra y adquisición de bienes.</li> <li>*Interacción con miembros de la comunidad.</li> <li>*Empleo de edificios y lugares públicos.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES DE EMPLEO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso / recepción de adaptaciones en el empleo / tarea.</li> <li>Aprendizaje y uso de habilidades laborales específicas.</li> <li>Interacción con compañeros de trabajo.</li> <li>Interacción con supervisores / preparadores.</li> <li>Finalización de tareas laborales con una velocidad y calidad aceptable.</li> <li>Variaciones en responsabilidades laborales.</li> <li>Acceso y obtención de ayuda para intervenciones ante crisis.</li> <li>Acceso a servicios de ayuda al empleado.</li> </ul>	<p><b>ACTIVIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Acceso y obtención de servicios terapéuticos.</li> <li>*Toma de medicaciones.</li> <li>*Evitación de riesgos para la salud y seguridad.</li> <li>*Recepción de atención médica domiciliaria.</li> <li>*Deambulación y desplazamientos.</li> <li>*Comunicación con proveedores de servicios de salud.</li> <li>*Acceso a servicios de urgencia.</li> <li>*Mantenimiento de dieta saludable.</li> <li>*Mantenimiento de salud física.</li> <li>*Mantenimiento de salud mental / bienestar emocional.</li> <li>*Seguimiento de reglas y leyes.</li> <li>*Recepción de servicios de respiración asistida, alimentación, cuidado de la piel (prevención de escaras), control de crisis epilépticas, cuidado de ostomizaciones y atención de otras necesidades médicas de carácter excepcional.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES CONDUCTUALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Aprendizaje de conductas o destrezas específicas.</li> <li>*Aprendizaje / toma de decisiones adecuadas.</li> <li>*Acceso y obtención de tratamientos e salud mental.</li> <li>*Acceso y obtención de tratamientos contra el abuso de sustancias.</li> <li>*Realización de elecciones y toma de iniciativas.</li> <li>*Incorporación de preferencias personales en actividades de la vida diaria.</li> <li>*Mantenimiento de conductas socialmente apropiadas en público.</li> <li>*Aprendizaje / uso de estrategias de autorregulación.</li> <li>*Control del enfado y conducta agresiva.</li> <li>*Incremento de habilidades y conductas adaptativas.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES SOCIALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Socialización dentro de la familia.</li> <li>*Participación en actividades recreativas / de ocio.</li> <li>*Toma de decisiones apropiadas relacionadas con la sexualidad.</li> <li>*Socialización fuera de la familia.</li> <li>*Iniciación y mantenimiento de amistades.</li> <li>*Comunicación a otros de sus necesidades personales.</li> <li>*Empleo de habilidades sociales apropiadas.</li> <li>*Implicaciones en relaciones amorosas o íntimas.</li> <li>*Ofrecimiento de ayuda y ayuda a otros.</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y DEFENSA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Defensa de uno mismo y de los demás.</li> <li>*Manejo del dinero y economía personal.</li> <li>*Protegerse de la explotación.</li> <li>*Ejercitación de derechos y responsabilidades legales.</li> <li>*Pertinencia y participación en organizaciones de auto-ayuda / apoyo.</li> <li>*Obtención de servicios legales.</li> <li>*Toma de decisiones y realización de elecciones.</li> <li>*Empleo de servicios y cheques bancarios.</li> </ul>



**Cuadro 5. Funciones de los apoyos y actividades representativas (Luckasson y cols. y cols. 2002a, p. 153; 2003, p. 188)**

FUNCIONES DE APOYO Y ACTIVIDADES REPRESENTATIVAS (Pueden modificarse ligeramente para adaptarse a las diferentes edades)			
Función de apoyo	Actividades representativas		
<b>Enseñanza</b>	Supervisión Ofrecimiento de feedback Organización del entorno de aprendizaje	Formación Evaluación Apoyo en clases inclusivas	Instrucción Recogida de datos Instrucción individualizada
<b>Amistad</b>	Defensa Transporte compartido Supervisión Instrucción	Evaluación Comunicación Entrenamiento Ofrecimiento de feedback	Reciprocidad Hacer amigos y romper con amigos Socialización
<b>Participación económica</b>	Trabajar con Seguridad Social o seguro Médico Defender la obtención de beneficios	Apoyo en el control de dinero Protección y ayuda legal	Planificación Consideraciones sobre ayuda en los ingresos y planificación
<b>Asistencia al empleado</b>	Asesoramiento Provisión /empleo de ayudas técnicas	Supervisión del entrenamiento Mejora del rendimiento laboral	Ayuda/intervención en crisis Adaptaciones del empleo y rediseños de puestos o tareas laborales
<b>Apoyo conductual</b>	Análisis funcional Instrucción multicomponente Énfasis en la manipulación de los antecedentes	Manipulación de eventos ecológicos y contextuales Enseñanza de conducta adaptativa	Construcción de ambientes con consecuencias efectivas
<b>Ayuda en el hogar</b>	Mantenimiento/cuidado personal Transferencia y movilidad Cuidado en el vestido y aseo Modificaciones arquitectónicas	Aparatos de comunicación Apoyo conductual Control de la comida y alimentación Mantenimiento del hogar	Respiro en el cuidado Asistente personal Equipos de salud en el hogar Servicio doméstico
<b>Acceso y uso de la comunidad</b>	Programa de transporte/viajes compartidos Entrenamiento en transporte Habilidades de protección personal	Implicación en ocio/tiempo libre Oportunidades de toma de conciencia de la comunidad Modificaciones en el vehículo	Oportunidades de uso de la comunidad y de interactuar con servicios genéricos Habilidades de protección personal
<b>Asistencia sanitaria</b>	Citas médicas Inspecciones médicas Supervisión Aparatos de alerta médica	Procedimientos de emergencia Movilidad (ayudas técnicas) Citas de asesoramiento Toma de medicación	Conciencia de riesgos Entrenamiento en seguridad Terapia física y actividades relacionadas Intervenciones de asesoramiento

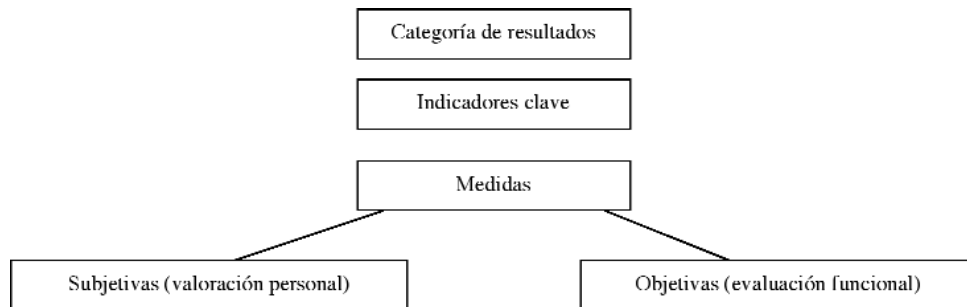
El grueso de la concepción se centra en la idea de que para una mayor comprensión del funcionamiento de la persona con retraso mental se ha de tener muy en cuenta el enfoque ecológico y multidimensional que refleja la interacción de la persona y su ambiente. Concepción que progresivamente se va ajus-

tando más a la naturaleza compleja y multifactorial de la vida misma.

Mantiene el análisis funcional y pone el énfasis en la evaluación y en los apoyos.

Añade una quinta dimensión (participación, interacciones y roles sociales) al

**Gráfico 3. Modelo de evaluación de apoyos**  
**((Luckasson y cols. y cols. 2002a, p. 165; 2003, p. 200))**



modelo multidimensional explicativo del retraso mental, lo que le acerca al Sistema de Clasificación de las Discapacidades y del Funcionamiento de la OMS.

Parece muy oportuno que, la AAMR, al definir el retraso mental como una discapacidad, haya hecho compatible su modelo teórico específico con la propuesta más amplia llevada a cabo por la OMS, que comprende todo el campo de las discapacidades. Nos parece una buena decisión, y esperamos que en breve tiempo el resto de discapacidades puedan aplicar esta propuesta a sus modelos conceptuales.

Mantiene los tres criterios diagnósticos: el funcionamiento intelectual, la conducta adaptativa y la edad de aparición.

Incorpora como criterios el uso de instrumentos de evaluación psicométricamente adecuados, teniendo en cuenta la desviación típica, el error de medida y las ventajas y desventajas de las distintas pruebas que evalúan inteligencia y conducta adaptativa.

Para representar la conducta adaptativa no selecciona las 10 áreas de habilidades adaptativas propuestas en 1992,

sino que las representa con una estructura de tres componentes factoriales (conceptual, práctico y social).

Cambia el proceso de tres pasos para el diagnóstico, clasificación y apoyos por las tres funciones de la evaluación, facilitando con ello múltiples propósitos según las necesidades: servicios, investigación, aspectos legales, planificación, evaluación...

Si bien mantiene un estrecho compromiso en la clasificación basada en los apoyos, reconoce que se pueden utilizar numerosos sistemas de clasificación para responder a las realidades de las familias, de la investigación, de la clínica, etc. (clasificaciones etiológicas, de salud, de niveles de inteligencia, de intensidad de los apoyos...).

Ofrece pautas y recomendaciones para un mejor uso del juicio clínico, basado en unos niveles de experiencia y pericia clínica altos, que surgen directamente de un gran número de datos, pues, sabido es, que juega un papel importante en el diagnóstico, y especialmente en la clasificación y planificación de los apoyos,

Presenta un nuevo enfoque para la

clasificación de la etiología describiendo su naturaleza multifactorial y basada en factores de riesgo biomédicos, sociales, conductuales y educativos. Reconceptúa el concepto de prevención como forma de apoyo que puede reducir los factores de riesgo y hace mención a la importancia de la identificación de diversos tipos de fenotipos conductuales, pues si bien éstos sólo nos proporcionan una idea general de sujeto, suministran información sobre el diagnóstico etiológico y conductual de esta discapacidad.

Se ha actualizado el paradigma de apoyos que se proporcionó en 1992, ofreciendo nuevas estrategias, tales como la planificación centrada en la persona, la autodeterminación, el apoyo conductual positivo, la importancia de los apoyos naturales o los ambientes inclusivos.

Facilita unos protocolos de actuación (para el diagnóstico, clasificación y apoyos) al objeto de unificar las actuaciones y conseguir un mayor entendimiento entre profesionales.

Se manifiesta un rechazo claro, al igual que lo hicieron en la anterior edición, del falso estereotipo de que la persona con retraso mental nunca mejora. En contraposición la 5ª premisa clave para entender a estas personas indica que "con los apoyos apropiados durante un tiempo prolongado, el funcionamiento de la persona mejorará notablemente". Esperamos, junto con esta Asociación, que con esta idea y con las aportaciones deseables que se espera proporcionen los apoyos, este falso tópico se deseche definitivamente en la comunidad.

En cuanto a la dimensión de salud, se engloban en ella conceptos clásicos de la OMS, tales como el estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como ausencia de enfermedad o discapacidad. En el sistema de 1992, las consideracio-

nes físicas y de salud y las consideraciones psicológicas y emocionales eran dos dimensiones diferentes, creemos que es bueno que bajo el concepto de salud se engloben los aspectos físicos, los problemas de conducta y los trastornos mentales, esta integración es un avance más de la nueva edición. Por otro lado también es valorable la mención que se realiza de "eclipse diagnóstico" y "diagnóstico dual", aspectos ambos que hasta la última década no han sido bien comprendidos.

Echamos en falta, sin embargo, referencias a los sistemas específicos de clasificación de los trastornos mentales para personas con retraso mental de gravedad media a profunda, desarrollados en los últimos años (Royal College of Psychiatrists, 2001). Sabido es, lo difícil que es diagnosticar los trastornos mentales en estos individuos, principalmente porque sus niveles comunicativos no nos facilitan la sintomatología y porque esta misma puede variar en este tipo de sujetos (Szymanski, 1996; Sturmey, 1999; Salvador y cols. 2002). La tendencia parece ir en consonancia con el uso de este tipo específico de sistemas de clasificación, pues somos conscientes que algunos autores (Fletcher y cols. 2005) han presentado el Diagnostic statistical manual for persons with intellectual disabilities (DSM-ID) desarrollado por la National Association for the Dually Diagnosed (NADD) en asociación con la American Psychiatric Association (APA).

También hemos encontrado alguna sorpresa inesperada en este sentido, al expresar que el retraso mental no es un trastorno mental aunque puede ser codificado en una clasificación de los trastornos psiquiátricos (Luckasson y cols. 2002a, p. 48; 2003, p. 67) y admitir al mismo tiempo que tiene cierto sentido el clasificar, como lo hace el sistema de clasificación DSM-IV -TR, el retraso mental

en el eje II, pues es en este eje donde se consideran los trastornos de la personalidad y estos trastornos son un reflejo de los rasgos del individuo. No entendemos muy bien cómo pueden compaginarse ambas afirmaciones, el retraso mental es o no es un trastorno mental. Pensamos que la discapacidad intelectual es algo diferente a la discapacidad mental y tan sólo debieran de incluirse ambas alteraciones en sistemas de clasificación que versen sobre discapacidad.

Ha sorprendido también notablemente que en esta edición no se haga referencia (como se hacía en la edición de 1992) a los tipos de inteligencia. Se difumina la estructuración de los tres factores anteriormente considerados (conceptual, práctico y social). Este hecho puede llegar a comprenderse porque no existe consenso entre los investigadores y expertos sobre la naturaleza y estructura de la inteligencia (Sternberg y Detterman, 1992) y, mientras no lo haya, es muy arriesgado seguir incidiendo en algo en lo que no hay unanimidad. Por otro lado, en numerosos países no disponemos de instrumentos de uso cotidiano que evalúen estos tres tipos de inteligencia. Mientras no tengamos seguridad en lo que debemos medir y en las pruebas que hemos de utilizar puede ser preferible no dar pasos en falso. Quizá el futuro pueda estar en la propuesta llevada a cabo por algunos autores (Greenspan y

Grandfield, 1992a, 1992b; McGrew y cols., 1996, Schalock, 1998, 1999a, 1999b, 2001; Widaman y cols, 1993;...) que abogan por la interrelación de la multidimensionalidad de la inteligencia y la multidimensionalidad de la conducta adaptativa y para ello proponen el modelo de "competencia general" o "competencia personal. Pero si éste puede ser un futuro, está en manos de los expertos e investigadores y con el paso del tiempo lo iremos viendo.

Las explicaciones y conceptualizaciones sobre la discapacidad intelectual que disponemos en este momento abren nuevos campos de estudio e investigación. La AAMR ha sido capaz, una vez más, de concretar nuevos aspectos y ampliar otros hasta configurar un sistema multidimensional de diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos conectado con las aportaciones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y de los Estados de Salud.

Estamos convencidos que los avances que esta Asociación ha proporcionado en el 2002, facilitan mejoras en la comprensión no sólo de las personas con discapacidad intelectual, al proporcionar intervenciones de mayor calidad, sino que también aporta modelos y consideraciones de las que puede beneficiarse todo el amplio campo de personas con discapacidad.

## MANUALES BÁSICOS DE REFERENCIA

\* Luckasson, R.L. y cols. (2002a): *Mental retardation. Definition, classification, and systems of supports*. Washington: American Association on Mental Retardation, AAMR. (Versión castellana de M.A. Verdugo y C. Jenaro (2003): *Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.

\* Luckasson, R.L. y cols. (2002b): *Mental retardation. Definition, classification, and systems of supports. Workbook*. Washington: American Association on Mental Retardation, AAMR.

## BIBLIOGRAFÍA

Angulo, J.A. (en prensa): *Habilidades adaptativas y currículo de educación primaria*. Presentado en el 5º Congreso Europeo Salud Mental en retraso Mental. Barcelona, noviembre 2005.

Fletcher, R.J. Loschen, E.; Stavrakaki, C. y First, MD. (2005): *Diagnostic Statistical manual for Persons with intellectual disabilities (DSM-ID)* (Provisional title); Presentado en el 5º Congreso Europeo Salud Mental en retraso Mental. Barcelona, noviembre 2005.

García, I. (2001): *Las personas con retraso mental y su diagnóstico: traducción, adaptación y valoración de la "Escala de Conducta Adaptativa ABS-S:2 y del Método de Evaluación de las "Áreas de Habilidades Adaptativas AAA"*. Tesis Doctoral. Universidad de Burgos.

Gilman, C.J.; Morreau, L.E.; Bruininks, R.H.; Anderson, J.L.; Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002): *Curriculum de destrezas adaptativas (ALSC). Manual*. Bilbao: Mensajero.

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.

Icaria (1999): *Programa de intervención en habilidades adaptativas del Centro Ocupacional Bogatell*. Barcelona: Icaria Iniciatives Socials.

Icaria (2004): *Programa d'acompanyament per a joves i adults amb retard mental*. Barcelona: Icaria Iniciatives Socials.

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. y cols. (1997): *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid. Alianza Psicología. (Versión castellana de M.A. Verdugo y C. Jenaro, (1992): *AAMR. Mental retardation: diagnosis, classification and systems of support*. Washington: American Association on Mental Retardation).

Luckasson, R.L. y cols. (2002a): *Mental retardation. Definition, classification, and systems of supports*. Washington: American Association on Mental Retardation, AAMR. (Versión castellana de M.A. Verdugo y C. Jenaro (2003): "Definición, clasificación y sistemas de apoyo". Madrid: Alianza Editorial.

Luckasson, R.L. y cols. (2002b): *Mental retardation. Definition, classification, and systems of supports. Workbook*. Washington: American Association on Mental Retardation, AAMR.

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. 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.

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: *Discapacidad y conducta adaptativa*, 101-128. Bilbao: ICE. Universidad de Deusto-Mensajero.

- Morreau, L.E. ; Bruininks, R.H. J.L. y Montero, D. (2002): *Inventario de destrezas adaptativas (CALIS). Manual*. Bilbao: Mensajero.
- OMS/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF* Madrid: IMSERSO. (Versión castellana de WHO: *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Ginebra: WHO).
- Royal College of psychiatrics (2001): *Diagnostic Criteria in learning disability. DC-LD*. Glasgow, UK: Penrose Foundation. Royal College of Psychiatry.
- Salvador, L.; Novell, R. Bouras, N. Moss, S. y García, R. (2002) *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental.
- 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". *Siglo Cero*, 30 (1), 5-20.
- Schalock, R.L. (1999b): "Próximos pasos: definición, aplicación y proyectos conjuntos de investigación". En M.A. Verdugo y F. de B. Jordán de Urries (Coords.): *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*, 112-128. Salamanca: Amarú.
- Schalock, R.L. (2001): "Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida", En M.A. Verdugo y F. de B. Jordán de Urries, (Coords.): *Apoios, autodeterminación y calidad de vida*, 83104. Salamanca: Amarú.
- Sternberg, R.J, y Detterman, D.K. (Dirs.) (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 (Dirs.) (1986): *What is intelligence?* Ablex Publishing Corporation.
- 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
- Szymanski, L. S. (1996): "Retraso mental y salud mental: conceptos, etiología e incidencia". *Siglo Cero*, 27 (4), 5-11.
- Verdugo, M.A. (1989): *Programas conductuales alternativos para la educación de deficientes mentales. I: Programas de habilidades sociales*. Madrid: MEPSA.
- Verdugo, M.A. (1994): "El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR". *Siglo Cero* 25, (5), 5-24.
- Verdugo, M.A. (1996): *Programa de Orientación al Trabajo, P.O.T. Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A. (1997): *Programa de habilidades sociales, P.H.S.. Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A. (2000): *Programa de Habilidades de la vida diaria, P.V.D. Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A. (2003): "Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002". *Siglo Cero* 34, (1), 5-19..
- 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.
- Zaldivar Basurto, F.; Rubio Franco, V. y Márquez Sánchez, M.O. (1995): *Sistema de Evaluación para Personas Plurideficientes (SEPP)*. Madrid: CEPE.