



Deusto

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

Innovación educativa y aprendizaje a lo largo de la vida

El ICAP como herramienta para el estudio de la estructura de la conducta adaptativa y la situación de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual

Tesis Doctoral realizada por Ana Casas Gutiérrez

Directores:

Dra. Elena Auzmendi Escribano y Dr. Delfín Montero Centeno

Bilbao, Septiembre de 2015



Facultad de Psicología y Educación

Innovación Educativa y Aprendizaje a lo largo de la Vida

Tesis Doctoral

El ICAP como herramienta para el estudio de la estructura de la conducta adaptativa y la situación de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual

Directora

Director

Dra. Elena Auzmendi Escribano

Dr. Delfín Montero Centeno

Doctoranda

Ana Casas Gutiérrez

Dedicada a mis aitas, por su ejemplo, apuesta y esfuerzo.

A mi compañero de vida, por su entrega, escucha y apoyo incondicional,

y a mis hijos, mis más valiosos tesoros, por su cariño, comprensión y generosidad.

AGRADECIMIENTOS

Para mí, resulta necesario comenzar la presentación de este trabajo dando las gracias a todas aquellas personas que lo han hecho posible.

En primer lugar, debo dar las gracias a mis aitas, Carmelo y M^a Jesús, esenciales para la consecución de este logro. Gracias por su esfuerzo siempre desinteresado, por estar siempre a mi lado y apoyarme en todas las decisiones que he ido tomando a lo largo de mi vida, por creer en mí, por su ejemplo de coherencia, y por transmitirme actitudes y valores clave para la vida, el trabajo y el ejercicio de mi profesión, especialmente con las personas con discapacidad. Gracias por quererme tanto, por darme todo por mí y los míos.

Mi gratitud a Fabi, por ser mi amigo, mi compañero, mi amor... por escucharme, quererme y "aguantarme" en los momentos más difíciles de este largo y duro proceso. Gracias por permanecer a mi lado de manera incondicional, por protegerme y cuidarme, por pensar en lo mejor para mí continuamente, siendo mi cómplice, mi apoyo emocional e incondicional, dando sentido a todo lo que ido haciendo, hago y soy.

A mis dos tesoros Jon y Kerman, obligados acompañantes en las diferentes fases de este proceso, vividores en directo y en primera persona, de todas las emociones que genera su desarrollo, y a quienes he privado en muchos momentos de mi compañía, atención y sobre todo, de mi paciencia. Gracias, una y otra vez, por ser mi estímulo, mi inspiración, mi motor y mi fuente de alegría e ilusión en todos y para cada uno de mis proyectos de vida. Espero que algún día lleguen a entender mis ausencias y que sean conscientes de que el cierre de este trabajo es, también, gracias a ellos, a su forma de quererme y de comprenderme.

Gracias a quienes ya no están aquí con todos nosotros/as pero que desde donde estén, me han acompañado cada día y me ha dado fuerzas para seguir... mi abuelo Avelino, orgulloso de mi esfuerzo y de lo lejos que para él había llegado una Casa; mi abuela Dolores, tan orgullosa de su nieta mayor y a la que le hubiera encantado contar a todo el mundo que por fin, su nieta mayor ha conseguido acabar la Tesis; y a mi tía Isabel, que siempre me decía "ánimo nena que tu puedes", y si tía, parece que finalmente he podido...

A toda mi familia, que aunque en ocasiones no entendían muy bien tanta dedicación, tiempo y sacrificio, han sabido cada uno/a a su manera, darme ánimos especialmente en los momentos en los que más los he necesitado.

Quiero dar también las gracias a mis directores, la Dra. Elena Auzmendi y el Dr. Delfín Montero, por dedicarme tanto tiempo, animarme, ayudarme, acompañarme, orientarme, enseñarme, corregirme y aportarme las sugerencias necesarias para aprender y desarrollar estrategias básicas para la investigación y la realización de este trabajo. Gracias a Delfín, por ser en el ámbito profesional, un importantísimo referente para mí. Gracias por apostar y confirmar en mí y darme, hace ya casi veinte años, la oportunidad de formar parte del gran y especial equipo de personas responsables de lo que entonces se denominaba "equipo de educación especial" en la universidad, del que fue "fundador" y en el que estaban los que ahora son mis grandes compañeros Almudena y Nacho, profesionales y personas que entran en tu vida para no irse jamás. Oportunidad gracias a la cual, he llegado hasta aquí y he podido conocer y aprender de muchísimos otros/as profesionales importantísimos del ámbito y a muchísimas y GRANDES personas con discapacidad que tanto me han aportado, llegando incluso a cambiar mis principios de vida y mi forma de ver y de vivir la misma. Gracias a Elena, por ser mi "pañuelo de lágrimas", por hacerme creer continuamente que soy capaz y por enseñarme a ver y a comprobar por mí misma, que lo que parece difícil y hasta imposible para mí, en realidad, sólo precisa de un tiempo para ser comprendido. Gracias Elena por sacar siempre lo mejor de mí y por conseguir que sonriese aunque los papeles llenos de números me hicieran sentir pequeña e impotente.

No debo ni quiero olvidarme de expresar mi gratitud a aquellas personas, amigas, amigos, compañeras y compañeros de profesión, a quienes en más de un momento he asaltado con mis miedos, "agobios" e inquietudes sobre este trabajo... a quienes en

muchas ocasiones he podido llegar a "preocupar" en exceso... esas personas "especiales" en mi día a día, que me han sabido escuchar, aconsejar y animar.

Gracias a mi amiga Itziar, que durante todos estos años en los que he ido atravesando distintas etapas y superando multitud de dificultades, siempre ha estado conmigo, para lo bueno y para lo malo, dándome aliento, cariño y miles de abrazos físicos y emocionales. A Garazi, Deiene y Patricia, quienes cada día, sin olvidar uno, me han escuchado, me han dado soporte y sosiego en aquellos momentos en los que parecía que perdía el aliento, me han apoyado y animado con un sinfín de mensajes, detalles, abrazos y muestras de cariño.

Gracias a Isabel... mi compañera de fatigas, mi compañera en este largo y duro proceso que parecía que nunca iba a terminar... gracias por todos "los abrazos de fuerza" que me ha dado, por todos los mensajes de ánimo que me ha enviado mes tras mes, día tras día, por todos los ratos, todas las lágrimas y todas las "risas" provocadas por el cansancio que hemos compartido, su apoyo, sus consejos y sus ánimos los últimos meses han sido sin duda alguna fundamentales para mí.

Gracias, a Almudena, Natxo, Zoe, Rosa, Concha, Isabel R., Javi, Miryam, Marije, Susana, Conchi, Lourdes, Begoña, María, Lirio y muchos/as más... quienes especialmente al final del proceso, han intentado animarme, asesorarme, aconsejarme, apoyarme y acompañarme en el cierre del mismo.

Gracias a mis chicas, Beni, Garbi y Ainara... por los cafés para "cargarme la pila"... por transmitirme vuestras ganas de ver la vida de otro color, por aguantar mis "silencios"... por darme tanto cariño cada mañana que conseguía quedarme con vosotras un ratito... esos ratitos que realmente me hacían comenzar el día con más fuerza.

Y gracias a mis compañeros y compañeras de profesión y vocación, Eguzkiñe, Bego y Kepa... que han estado continuamente pendientes de mi, ofreciéndose a ayudarme en todo aquello que fuera posible, haciéndome ver lo relevante de este proceso cuando podía llegar a cuestionarme la importancia del mismo... compartiendo conmigo ratos de café, comidas, silencios y consejos que jamás olvidaré.

Es necesario también, dedicar unas palabras a todos aquellos y aquellas que han colaborado en el estudio: a las personas con discapacidad, usuarios y usuarias de los servicios asistenciales, residenciales, ocupaciones y/o laborales del Instituto Valenciano de

Acción Social y de la Fundación Lantegi Batuak de Bizkaia, y a todos y todas las profesionales que me ayudaron con la aplicación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual. Sin ellos, sin su desinteresada colaboración, nada de esto hubiera sido posible.

A todos y todas ellas, muchas gracias.

RESUMEN

La adopción de nuevos enfoques de aproximación al estudio de la discapacidad intelectual ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer sistemas de clasificación y de diagnóstico multidimensionales que permitan la realización de evaluaciones acordes a las necesidades particulares de cada persona. Para ello, es fundamental el uso de instrumentos psicométricamente válidos y acordes a la actual definición de discapacidad intelectual que implica la consideración de tres criterios fundamentales; la existencia de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, junto con limitaciones significativas en conducta adaptativa, presentes antes de los 18 años. Así, el hecho de que la existencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa se constituya como una condición necesaria, aunque no suficiente para el diagnóstico, ha dado lugar en las últimas décadas al desarrollo de una gran variedad de instrumentos normativos y criterios de evaluación cuyas propiedades psicométricas, en ocasiones, se tornan cuestionables.

En este estudio, se analiza la estructura factorial de la conducta adaptativa a través del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP (Montero, 1996), herramienta con más de veinte años ininterrumpidos de uso profesional en nuestro país y que, durante mucho tiempo, ha sido la única escala normativa de conducta adaptativa en lengua castellana y baremada en nuestro entorno con una muestra representativa de la población general. Además, se persigue la obtención de evidencias que permitan comprobar en qué medida el inventario puede contribuir al estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual a través de las variables personales y contextuales que la herramienta mide o registra en una muestra de personas con discapacidad usuarias y/o empleadas en talleres ocupaciones o centros especiales de empleo de la comunidad Valenciana y de Bizkaia.

Palabras clave: Conducta adaptativa, discapacidad intelectual, diagnóstico, evaluación, multidimensionalidad, instrumentos normativos, instrumentos criterios, sistemas internacionales de evaluación y clasificación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	21
MARCO TEÓRICO	
CAPITULO 1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA.....	33
1.1. INCLUSIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA COMO CRITERIO DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL: LAS DEFINICIONES DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, AAMD (HERBER, 1959) Y LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (HERBER, 1961; GROSSMAN, 1973; GROSSMAN, 1983).....	35
1.2. EL CAMBIO DE PARADIGMA EN LA CONCEPCIÓN DEL "RETRASO MENTAL": EL SISTEMA DE 1992 DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (LUCKASSON ET AL., 1992).....	45
1.3. LA CONDUCTA ADAPTATIVA Y EL MODELO TEÓRICO DE LA DÉCIMA EDICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (LUCKASSON ET AL., 2002).	58
1.4. LA CONDUCTA ADAPTATIVA Y EL MODELO TEÓRICO DE LA DECIMO PRIMERA EDICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DEL DESARROLO, AAIDD (SCHALOCK ET AL., 2010).....	70
1.5. LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN OTROS SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	77
1.5.1. <i>La conducta adaptativa en los sistemas de diagnóstico y clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)</i>	78
1.5.2. <i>La conducta adaptativa en los sistemas de diagnóstico y clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)</i>	103
1.6. CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE EL ESTADO ACTUAL DEL CONSTRUCTO DE CONDUCTA ADAPTATIVA.....	114
CAPITULO 2 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	119

2.1.	LA IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL	119
2.2.	LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA DESDE EL MOVIMIENTO DE LOS TEST DE INTELIGENCIA HASTA EL PARADIGMA DE LOS APOYOS	124
2.3.	LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA A PARTIR DEL CAMBIO DE PARADIGMA: EL SISTEMA DE 1992 DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (LUCKASSON ET AL., 1992).....	128
2.4.	LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN EL MOMENTO ACTUAL: LA DÉCIMA EDICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (LUCKASSON ET AL., 2002) Y LA DECIMO PRIMERA EDICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DEL DESARROLLO, AAIDD (SCHALOCK ET AL., 2010)	130
2.5.	HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN, LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA	138
2.5.1.	<i>Instrumentos normativos significativos para la medición, la evaluación y el diagnóstico de la conducta adaptativa.....</i>	<i>145</i>
2.5.1.1.	Las Escalas de Conducta Independiente Revisadas (SIR-R)	146
2.5.1.2.	Las Escalas Vineland de Conducta Adaptativa (VABS).....	147
2.5.1.3.	Las Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR (ABS)	149
2.5.1.4.	Test Comprensivo de Conducta Adaptativa – Revisado – (CTAB-R)	151
2.5.1.5.	Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS).....	152
2.5.1.6.	Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa II (ABAS-II).....	153
2.5.1.7.	Perfil de Actividades de la Vida Cotidiana (LSP).....	155
2.5.1.8.	Escala de Evaluación de Conducta Adaptativa Revisada – Segunda Edición (ABES-R2)	156
2.5.1.9.	Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS).....	156
2.5.1.10.	Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)	159
2.5.2.	<i>Instrumentos criterios para la medición y el diseño de programaciones individuales en conducta adaptativa.....</i>	<i>165</i>
2.5.2.1.	Inventario de Destrezas Adaptativas (CALs)	165
2.5.2.2.	Curriculum de Destrezas Adaptativas (ALSC)	178
2.5.2.3.	Programas Conductuales Alternativos (PCA)	185
2.6.	ESTUDIOS E INVESTIGACIONES PARA LA OBTENCIÓN DE EVIDENCIAS DE VALIDEZ Y LA DEFINICIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA.....	188
2.6.1.	Especificación e identificación de modelos	210
2.7.	CONCLUSIONES SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA	212

CAPITULO 3 EL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL (ICAP)	219
3.1. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL (ICAP) (BRUININKS, WEATHERMAN Y WOODCOCK, 1983; MONTERO, 1996).....	219
3.1.1. <i>Apartados y componentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)</i>	226
3.1.2. <i>Procedimiento y herramientas para el cálculo y la conversión de puntuaciones en Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)</i>	240
3.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL (ICAP).....	243
3.2.1. <i>Proceso de construcción, adaptación y tipificación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)</i>	243
3.2.1.1. Precedentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP).....	243
3.2.1.2. Adaptación y tipificación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP).....	248
3.2.2. <i>Fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)</i>	253
3.2.2.1. Descripción de la muestra seleccionada para los estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)	253
3.2.2.2. Consistencia interna de las escalas y del índice de dependencia general del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)	255
3.2.2.3. Estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) test - retest	256
3.2.2.4. Estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) entre evaluadores independientes.....	258
3.2.2.5. Estudios de fiabilidad del sistema de registro del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)	260
3.2.3. <i>Estudios de Validez del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)</i>	260
3.2.3.1. Estudios de validez de constructo del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP).....	261
3.2.3.1.1. Dimensión evolutiva de las puntuaciones de conducta adaptativa y no evolutiva de los problemas de conducta del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP).....	261
3.2.3.1.2. Estudios comparativos de las puntuaciones de conducta adaptativa, problemas de conducta y puntuaciones de servicio del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP).....	262

3.2.3.2.	Estudios de validez de criterio del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)	264	
3.2.3.3.	Estudios de validez de contenido del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)	271	
PARTE EMPÍRICA			
CAPITULO 4 ESTUDIO EMPÍRICO			277
1.1.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	277	
1.2.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	278	
1.2.1.	<i>Características de las personas evaluadas.....</i>	279	
1.3.	PROCEDIMIENTO	291	
4.3.1	<i>Selección de la muestra.....</i>	291	
4.3.2	<i>Recogida de datos.....</i>	297	
1.4.	VARIABLES DEL ESTUDIO	298	
CAPITULO 5 RESULTADOS.....			301
5.1.	PRIMER ESTUDIO	301	
5.1.1.	<i>Estructura factorial del ICAP (salvo destrezas motoras).....</i>	303	
5.1.2.	<i>Fiabilidad y validez</i>	321	
5.1.2.1.	Fiabilidad.....	321	
5.1.2.1.1.	Fiabilidad individual de cada ítem	321	
5.1.2.1.2.	Fiabilidad del constructo o consistencia interna	321	
5.1.2.2.	Validez de criterio	322	
5.2.	SEGUNDO ESTUDIO	324	
5.2.1.	<i>Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del género</i>	325	
5.2.2.	<i>Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del estado civil.....</i>	327	
5.2.3.	<i>Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del nivel de discapacidad intelectual.....</i>	329	
5.2.4.	<i>Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de la residencia actual.....</i>	335	
5.2.5.	<i>Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de si se recomienda o no el cambio de residencia.....</i>	341	
5.2.6	<i>Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de si se recomienda o no el cambio de servicio de día.....</i>	345	

5.2.7	<i>Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de la realización de diferentes tipos de actividades de ocio.....</i>	349
5.2.8	<i>Perfil de las personas de la muestra en relación a las diferentes actividades de ocio y las variables; edad, nivel de discapacidad intelectual, gravedad de los problemas de conducta y residencia.....</i>	370
CAPITULO 6 CONCLUSIONES GENERALES, DISCUSIÓN Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN		379
6.1.	CONCLUSIONES GENERALES CON RESPECTO AL ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA INTERNA DEL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL MEDIANTE ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO.....	383
6.2.	CONCLUSIONES GENERALES CON RESPECTO A LA OBTENCIÓN DE EVIDENCIAS QUE PERMITAN AFIRMAR LA IDONEIDAD DEL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL PARA EL ESTUDIO DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	385
6.3.	DISCUSIÓN GENERAL Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	390
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		395

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Evolución de la definición de discapacidad intelectual	42
Tabla 2: Dominios del comportamiento adaptativo general propuestos por distintos autores	53
Tabla 3: Resumen del proceso para el diagnóstico del "retraso mental" según la AAMR en su novena edición (Luckasson et al., 1992)	56
Tabla 4: Correspondencia dimensional entre la novena y décima edición de la AAMR (Luckasson et al., 1992; Luckasson et al., 2002)	61
Tabla 5: Resumen del proceso para el diagnóstico del "retraso mental" según la AAMR en su décima edición (Luckasson et al., 2002)	66
Tabla 6: Aspectos principales del proceso de evaluación establecido en 2002 por la AAMR	67
Tabla 7: Dimensiones de la conducta adaptativa contempladas en la décima y decimo primera definición de la AAMR y la AAIDD respectivamente (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010)	73
Tabla 8: Resumen del proceso de revisión de la CIDDM	84
Tabla 9: Definición y aspectos significativos de la CIF	90
Tabla 10: Diferencias significativas entre la CIDDM y la CIF	95
Tabla 11: Resumen del contenido de las categorías diagnósticas del "retraso mental" según la CIE-10	101
Tabla 12: Definición del "retraso mental" en los manuales diagnósticos y estadísticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)	104
Tabla 13: Comparativa de los criterios diagnósticos establecidos para el diagnóstico del "retraso mental" en los manuales DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000) y la discapacidad intelectual en el DSM-V (APA, 2013)	108
Tabla 14: Escala de gravedad de la discapacidad intelectual según el DSM-V (APA, 2013)	110
Tabla 15: Instrumentos normativos de evaluación de la conducta adaptativa con fines clasificatorios, descriptivos y diagnósticos	163
Tabla 16: Estructura en áreas, módulos e ítems del CALS y áreas, módulos y unidades de enseñanza del ALSC	168
Tabla 17: Unidades de los ítems del CALS en sus cuatro áreas y módulos de destrezas adaptativas	169
Tabla 18: Componentes del sistema integrado de valoración – enseñanza – evaluación	172
Tabla 19: Correspondencia de módulos de destrezas adaptativas del CALS con las escalas de destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal y destrezas de la vida en comunidad del ICAP	174
Tabla 20: Resumen descriptivo de las unidades de enseñanza del ALSC en sus cuatro áreas y módulos de destrezas adaptativas	182
Tabla 21: Instrumentos normativos y criterios para la evaluación y programación en conducta adaptativa	186

Tabla 22: Estudios que emplean el análisis factorial en herramientas que miden la conducta adaptativa en discapacidad intelectual.....	190
Tabla 23: Modelos factoriales de conducta adaptativa.....	212
Tabla 24: Resumen de los principales aspectos de la evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa.....	214
Tabla 25: Descripción de las escalas de conducta adaptativa del ICAP.....	229
Tabla 26: Puntuaciones normativas sobre conducta adaptativa del ICAP.....	231
Tabla 27: Ejemplos ilustrativos de las conductas recogidas en cada categoría de problemas de conducta del ICAP.....	233
Tabla 28: Resumen de la muestra para la tipificación del ICAP por género y grupos de edad.....	250
Tabla 29: Características de la muestra de personas con discapacidad para los estudios de fiabilidad del ICAP.....	254
Tabla 30: Resumen de los datos significativos obtenidos de los estudios de fiabilidad test-retest del ICAP.....	257
Tabla 31: Estudios de fiabilidad entre evaluadores independientes.....	259
Tabla 32: Estudios de fiabilidad del sistema de registro de la información del ICAP.....	260
Tabla 33: Estudios sobre validez de criterio del ICAP realizados mediante análisis discriminante múltiple.....	266
Tabla 34: Estudios sobre la validez de criterio del nivel de servicio del ICAP.....	270
Tabla 35: Distribución de la muestra por estado legal.....	280
Tabla 36: Distribución de la muestra por categoría diagnóstica principal.....	281
Tabla 37: Distribución de la muestra por diagnóstico/s secundario/s.....	282
Tabla 38: Distribución de la muestra por categorías diagnósticas principales y secundarias.....	283
Tabla 39: Distribución de la muestra según capacidades y limitaciones funcionales.....	285
Tabla 40: Distribución de la muestra por tipo de medicación necesaria/administrada.....	286
Tabla 41: Distribución de la muestra por ausencia, presencia, frecuencia y nivel de gravedad de los problemas de conducta.....	288
Tabla 42: Autovalor, porcentaje de varianza y varianza acumulada de los once factores de conducta adaptativa que inicialmente constituyen el ICAP.....	303
Tabla 43: Saturación factorial de los ítems y componentes principales en los once factores de conducta adaptativa iniciales.....	304
Tabla 44: Autovalor, porcentaje de varianza y varianza acumulada de los cuatro factores de conducta adaptativa que constituyen el ICAP.....	313
Tabla 45: Saturación factorial de los ítems y componentes principales en los cuatro factores de conducta adaptativa.....	314
Tabla 46: Resultados del estudio de fiabilidad de los cuatro factores de conducta adaptativa....	322
Tabla 47: Correlación entre las escalas de conducta adaptativa del ICAP y los cuatro factores de conducta adaptativas resultantes.....	323
Tabla 48: Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según género.....	326
Tabla 49: Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según el estado civil.....	328
Tabla 50: Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según el grado o nivel de discapacidad intelectual.....	334
Tabla 51: Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según lugar de residencia.....	340
Tabla 52: Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según la recomendación o no de cambio de residencia.....	344
Tabla 53: Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según la recomendación o no de cambio de servicio de día.....	348

Tabla 54: Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según la realización o no de las actividades de ocio; hablar por teléfono con parientes y amigos, visitar a parientes y visitar a amigos o vecinos fuera de su residencia	368
Tabla 55: Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según la realización o no de las actividades de ocio; ir de compras o comer fuera (sólo/a o con otros/as), asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa y tener un hobby	369
Tabla 56: Perfil de la muestra en relación a las diferentes actividades de ocio que llevan a cabo y las variables; edad, nivel de discapacidad intelectual, gravedad de los problemas de conducta y residencia actual	376

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura general de la definición de "retraso mental" según la AAMR en su novena edición (Luckasson et al., 1992).....	46
Figura 2. Modelo teórico de "retraso mental" según la AAMR en su décima edición (Luckasson et al., 2002).....	60
Figura 3. Representación gráfica del modelo de la CIF (OMS, 2001, p.21).....	88
Figura 4. Secuencia de pasos para la aplicación del sistema íntegro de valoración - enseñanza - evaluación.....	176
Figura 5. Componentes de las escalas de conducta independiente SIB	228
Figura 6. Componentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP.....	228

INTRODUCCIÓN

Los objetivos que se han perseguido con este trabajo de Tesis Doctoral son dos: el análisis de la estructura factorial de la conducta adaptativa a través del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP (Montero, 1996) y, la obtención de evidencias que permitan comprobar en qué medida el instrumento puede contribuir al estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual a través de las variables personales y contextuales que la herramienta mide o registra. Los resultados obtenidos son fruto de varios años de trabajo, más de seis. Comenzó con la revisión del marco teórico – conceptual y con la aplicación del inventario en cuestión a usuarios y usuarias, operarios y operarias de los Centros Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo del Instituto Valenciano de Acción Social y de la Fundación Lantegi Batuak de Bizkaia.

Esta investigación surge como respuesta a una necesidad e inquietud personal y profesional. Para quienes trabajan con y para las personas con discapacidad, directa o indirectamente, es una necesidad manifestada reiteradamente el contar con herramientas que permitan la evaluación, el diagnóstico, la descripción y la determinación de necesidades individuales que posibiliten el diseño de apoyos, la programación, planificación y puesta en práctica de estrategias de intervención y el uso de recursos ajustados a la realidad de cada persona con discapacidad. Todo ello, para el diseño y la planificación de servicios de calidad, destinados a la respuesta de sus necesidades presentes a lo largo del ciclo vital.

Son necesarios instrumentos fiables y válidos para la evaluación y valoración, que permitan la consecución de nuestro fin profesional: una intervención, que respetando las características, capacidades, necesidades, intereses y motivaciones de cada uno/a, permitan a las personas con discapacidad mejorar y ampliar sus destrezas adaptativas; habilidades que permiten a las mismas participar en y de los contextos en los que crecen, se desarrollan, interactúan y desenvuelven, mejorando así su calidad de vida al ser

conductas más factibles de enseñanza - aprendizaje que lo que pueda ser la capacidad intelectual. Conductas que facilitan, sin duda alguna, muchos de los aspectos más significativos y fundamentales para la obtención del bienestar bio – psico – social de las personas con discapacidad intelectual.

En las dos últimas décadas se han producido avances sustanciales en la concepción que actualmente se tiene sobre la discapacidad intelectual. Dichos avances se han producido fruto de la evolución histórica acontecida en el último siglo (a menudo sólo podemos entender los cambios del presente a través del conocimiento del pasado) y del arduo trabajo de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, AAIDD). Esta asociación es considerada la principal autoridad a la hora de definir la discapacidad intelectual (Tassé, 2013) y ha ido aglutinando, en fundamentaciones y modelos teóricos, los distintos avances en la investigación y la multitud de reflexiones y experiencias de instituciones, entidades, asociaciones y personas individuales (personas con discapacidad y significativos/as).

La AAIDD, en su novena edición (Luckasson et al., 1992), propulsó un cambio importante de paradigma, evidenciando y justificando una nueva forma de comprender a las personas con discapacidad, poniendo el énfasis en la interacción de estas con el entorno y no en variables puramente personales. Este último planteamiento hace que se entienda erróneamente la discapacidad como un rasgo absoluto. Por el contrario, la nueva concepción implica una perspectiva ecológica y multidimensional, que requiere de respuestas basadas en intervenciones centradas en las fortalezas, las metas y las necesidades individuales y enfatizar el rol de los apoyos para la mejora del funcionamiento y el acceso de la persona con discapacidad a las demandas de los entornos significativos para la misma.

Además, la AAIDD ha conseguido la transmisión de sus concepciones facilitando la unificación de criterios a nivel internacional y favoreciendo el avance y la evolución de sistemas de diagnóstico y clasificación internacionales, como son los sistemas de clasificación editados por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental, DSM-V, APA, 2013; la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, CIF, OMS, 2001; y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

relacionados con la Salud, CIE-10, OMS, 2003). Con ello se ha respondido a la necesidad de constituir medios y herramientas para la comunicación común entre profesionales del ámbito educativo, sanitario, social y laboral, que trabajan por y para las personas con discapacidad intelectual. Aunque existen ciertas discrepancias en cuanto al modo en que los sistemas más importantes de diagnóstico nombrados han definido operacionalmente cada uno de los tres aspectos esenciales de la discapacidad intelectual, existe un claro acuerdo en un punto: el considerar, de cara al diagnóstico, que han de existir déficits tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, y que estos han de originarse durante el periodo de desarrollo sin que este aspecto excluya que la realización de un primer diagnóstico de discapacidad intelectual tenga lugar cuando una persona ya es adulta. Esto se podrá llevar a cabo siempre y cuando el profesional responsable de dicho proceso diagnóstico documente que tales déficits en el funcionamiento intelectual y adaptativo estuvieron presentes antes y después del periodo de desarrollo.

En nuestro país, la encomiable labor de transmisión e implementación de los últimos avances producidos la han realizado numerosas instituciones, entidades como FEAPS (Confederación Española de Asociaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual), el Instituto INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad), la Asociación Española para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual, universidades del país, federaciones, asociaciones y otros entes que, con su trabajo, han procurado, facilitado e impulsado la difusión de sus principios teórico – prácticos.

Hoy en día, si bien es difícil lograr un consenso en relación a qué instrumento diagnóstico ha de ser utilizado en la práctica diaria y para la intervención lo más funcional y significativa posible con personas con discapacidad intelectual, es también cierto que los avances señalados en párrafos anteriores han conseguido centrar el objetivo de la evaluación del colectivo de personas que nos ocupa. Dicha evaluación está marcada por el desarrollo de sistemas de clasificación y de diagnóstico cada vez más centrados en los entornos en los que la persona vive y se desenvuelve y no sólo en las limitaciones que esta pueda presentar. Esto hace que resulte fundamental el empleo de instrumentos psicométricamente válidos acordes con el paradigma actual y la definición de discapacidad intelectual vigente. Instrumentos que permitan, a su vez, que el juicio clínico emitido en base a los resultados obtenidos a través de los mismo (ya sea su finalidad el diagnóstico, la clasificación o la planificación de apoyos) se base en un estudio y análisis competente,

riguroso y basado en datos significativos procedentes de la observación de la persona durante la ejecución y puesta en práctica de habilidades y destrezas básicas y fundamentales, que permitan a la misma tener más o menos éxito en su interacción con los demás. Herramientas que permitan obtener puntuaciones normativas de conducta adaptativa para la determinación de un modo objetivo y fiable de si una persona cumple o no el segundo criterio diagnóstico de la definición actual de discapacidad intelectual (Schalock et al., 2010), a saber: "*limitaciones significativas en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en un conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas*". Limitaciones significativas que se operacionalizar como "*un desempeño que se encuentra aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media (a) en uno de los tres tipos de habilidades adaptativas: conceptuales, sociales o prácticas o (b) en una medida general estandarizada de habilidades conceptuales, sociales y prácticas*" (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010, p.43).

Aunque la evaluación de la inteligencia tiene una historia más amplia que la de la conducta adaptativa, las propiedades psicométricas de los instrumentos baremados sobre la población general y administrados de forma individual para la evaluación del constructo, han mejorado considerablemente desde la publicación de la *Escala Vineland de Madurez Social* (Doll, 1936). A pesar de ello, el uso de las escalas de conducta adaptativa más actuales es a menudo insuficiente para capturar todos los aspectos de la conducta adaptativa de una persona (Tassé, 2009; Tassé, 2013; Schalock et al., 2010) ya que algunos de ellos, especialmente los relacionados con habilidades de competencia social adulta u otras habilidades interpersonales de mayor complejidad, no están presentes en la mayor parte de las escalas existentes (Reschly, Myers y Hartel, 2002; Schalock et al., 2010).

En nuestro país, y a pesar de que las limitaciones significativas en conducta adaptativa constituyen una condición necesaria, aunque no suficiente, para el diagnóstico de discapacidad intelectual, sólo existen instrumentos adaptados a nuestro contexto como la Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa, DABS (*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*) (Balboni et al., 2014; Tassé, Bertelli, Kates, Navas y Simón, en prensa; Verdugo, Arias y Navas, 2014) que será editada y comercializada en breve, o el Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa-II (*Adaptive Behavior Assessment System-II*, ABAS-II) (Harrison y Oakland, 2003; Montero y Fernández – Pinto, 2013), que pueden resultar de gran utilidad en el cambio hacia el logro de mejores prácticas de evaluación. Estas dos

herramientas se basan en el consenso actual sobre la definición operativa de la conducta adaptativa (Balboni et al., 2014; Harrison y Oakland, 2003; Montero y Fernández – Pinto, 2013; Navas et al., 2011), donde la triple dimensión es coherente con la forma que toma el constructo (Coulter y Morrow, 1978; Meyers, Nihira y Zetlin, 1979; Reschly, 1990) y la excepción de lo relativo al dominio motor y de desarrollo físico se ausenta, tal y como se especifica en las conceptualizaciones más recientes (Navas, 2012; Schalock, 1999).

Por ello, en este trabajo de investigación, partiendo de los conocimientos que la comunidad científica dispone y con el ánimo de favorecer y garantizar la existencia de nuevas herramientas psicométricamente válidas, acordes a los nuevos principios y paradigmas que aseguren la idoneidad de los servicios diseñados y prestados a las personas con discapacidad en base a los resultados obtenidos a través de su aplicación, además de la precisión en el diagnóstico, presentamos a continuación, el proceso de análisis realizado y basado en el instrumento que durante años ha sido la única escala normativa de conducta adaptativa en español, capaz de producir puntuaciones que comparen la conducta adaptativa de una persona con una muestra representativa de la población general, el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996).

Para ello, el trabajo realizado se presenta en dos grandes apartados: Justificación teórica y estudio empírico. El primero de ellos, se divide en tres capítulos:

- (a) Capítulo 1: *Conceptualización de la conducta adaptativa*. En este capítulo se expone, de forma detallada, el recorrido que el constructo de *conducta adaptativa* ha seguido en el conjunto de definiciones emitidas por la actual Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, AAIDD). Se analizar el constructo desde que el mismo fuera incluido como criterio diagnóstico de discapacidad intelectual en la quinta edición del manual emitido por la Asociación (Herber, 1959) señalando, además, el rol desempeñado por dicho constructo en los sistemas internacionales de clasificación y diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization*) y los sistemas de diagnóstico y clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, APA).

- (b) Capítulo 2. *Evaluación y diagnóstico de la conducta adaptativa en discapacidad intelectual*. Un capítulo destinado al análisis y la descripción de las prácticas que han guiado el proceso de diagnóstico de la discapacidad intelectual en las últimas décadas. Se estudia, a su vez, un amplio conjunto de herramientas e instrumentos normativos y criterios para la medición, la evaluación, el diagnóstico y el diseño de programaciones individuales en conducta adaptativa. El capítulo concluye con el estudio de investigaciones que han tenido como objetivo la obtención de evidencias de validez y la definición de la estructura factorial del constructo de conducta adaptativa.
- (c) Capítulo 3: *El inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual (ICAP)*. En el tercer y último capítulo del primer gran apartado de este trabajo, se analiza en profundidad el contenido, la funcionalidad y las características psicométricas del ICAP, por ser el instrumento normativo utilizado para el estudio empírico que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral.

En un intento de acercarnos al modo en que la conducta adaptativa ha sido definida y operativizada a lo largo de su historia, en los tres primeros capítulos que configuran la justificación teórica del estudio, se intentará dar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el papel que ha desempeñado la conducta adaptativa en la definición de discapacidad intelectual desde su inclusión como criterio diagnóstico de la misma?

¿Cuál es en la actualidad la concepción de la conducta adaptativa?

¿Cuáles son algunos de los instrumentos normativos y criterios más relevantes desarrollados para la medición, la evaluación, el diagnóstico y el diseño de programaciones individuales en conducta adaptativa?

¿Qué resultados han obtenido investigaciones realizadas en las dos últimas décadas que persiguen la definición de la estructura factorial del constructo de conducta adaptativa?

Con el objetivo de contestar a las preguntas formuladas, han sido revisadas diversas fuentes de información como artículos científicos y de investigación, libros, capítulos de libros, tesis doctorales y actas de congreso, a partir de búsquedas realizadas

en las bases de datos PsycINFO, ERIC, ProQuest y el repositorio TDR. Los principales términos de búsqueda en castellano fueron; *conducta adaptativa, discapacidad intelectual, diagnóstico, evaluación y problemas de conducta*; y en inglés; *adaptive behavior, intellectual disabilities, diagnosis, assessment y behavioral problems*.

El segundo gran apartado, el marco empírico, se compone de dos capítulos:

- (d) Capítulo 4: *Estudio empírico*. En este cuarto capítulo, se definen los dos objetivos perseguidos con esta investigación, los cuales dieron lugar a la realización de dos estudios; la descripción de la muestra utilizada para el desarrollo del mismo; el procedimiento seguido para su selección, la aplicación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual y la recogida de datos; junto con la definición del conjunto de variables del estudio.
- (e) Capítulo 5: *Resultados*. En el capítulo se recogen y comentan, por un lado, los resultados obtenidos en el primer estudio que tiene por objeto el análisis de la estructura factorial del ICAP (Montero, 1996) sometiendo a prueba dos modelos (estructura unidimensional de la conducta adaptativa, y estructura multidimensional de la conducta adaptativa); y por otro, los resultados obtenidos en el segundo estudio realizado para la obtención de evidencias que permitan afirmar que el inventario puede contribuir al estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual a través de las variables personales y contextuales que la herramienta mide o registra.

Por último, en el Capítulo 6 se resumen las conclusiones generales que pudieran derivarse de este trabajo de Tesis Doctoral, la discusión de los resultados junto con las principales limitaciones encontradas en el estudio y se plantean sugerencias para continuar con la línea de investigación iniciada.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Conceptualización de la conducta adaptativa

- 1.1. Inclusión de la conducta adaptativa como criterio diagnóstico de discapacidad intelectual: Las definiciones de la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental, AAMD (Herber, 1959) y la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR (Herber, 1961; Grossman, 1973; Grossman, 1983)
- 1.2. El cambio de paradigma en la concepción del "retraso mental": El sistema de 1992 de la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR (Luckasson et al., 1992)
- 1.3. La conducta adaptativa y el modelo teórico de la décima edición de la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR (Luckasson et al., 2002)
- 1.4. La conducta adaptativa y el modelo teórico de la decimo primera edición de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD (Schalock et al., 2010)
- 1.5. La conducta adaptativa en otros sistemas de diagnóstico y clasificación de la discapacidad intelectual
 - 1.5.1. La conducta adaptativa en los sistemas de diagnóstico y clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
 - 1.5.2. La conducta adaptativa en los sistemas de diagnóstico y clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)
- 1.6. Conclusión general sobre el estado actual del constructo de conducta adaptativa

CAPITULO 1

Conceptualización de la conducta adaptativa

Las personas con discapacidad intelectual, como ciudadanos de pleno derecho, han de poder hacer uso y participar en y de los programas y servicios específicos diseñados para dar respuesta a las necesidades que pueden ir presentando a lo largo del ciclo vital, servicios que han de basarse en un diagnóstico preciso y fiable, que oriente la evaluación, la intervención y el diseño de los apoyos en cada caso oportunos y pertinentes, y que asegure, la idoneidad de las actividades programadas, además de garantizar el derecho de la persona a participar de cuales quiera que desee.

Las puntuaciones de cociente intelectual (en adelante CI), han sido durante décadas, criterio para la clasificación de personas con discapacidad intelectual en diferentes categorías diagnósticas, como las conocidas *leve*, *moderada*, *severa* y *profunda*, existiendo multitud de instrumentos tipificados sobre amplias y significativas muestras de la población, que permiten la evaluación y el diagnóstico preciso de dicha dimensión intelectual, instrumentos que han determinado la *elección* de las personas con discapacidad intelectual para su acceso a programas, recursos y servicios, educativos, sanitarios, sociales, residenciales, ocupacionales, asistenciales y laborales. A partir del cambio de paradigma promovido en 1992, por la entonces denominada, Asociación Americana de Retraso Mental (*American Association on Mental Retardation*) (Luckasson et al., 1992), se desarrolla un modelo teórico multidimensional de la discapacidad intelectual, reduciéndose considerablemente y poco a poco la importancia y el peso otorgado en el diagnóstico de dicha discapacidad a las puntuaciones CI, a la vez que van cobrando la misma importancia otras dimensiones que reflejan la forma en la que interactúa la persona con discapacidad

intelectual en su entorno, dimensiones, como; la conducta adaptativa, la participación, los roles sociales y el contexto (Luckasson et al., 1992; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2007a, 2007b; Verdugo, 1994a, 1999, 2003a; Verdugo y Jerano, 2004).

La concepción multidimensional de la discapacidad intelectual implica la consideración de tres criterios para el establecimiento de un diagnóstico; (a) limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, (b) limitaciones significativas en conducta adaptativa y, (c) una edad de aparición anterior a los 18 años. Dichos criterios diagnósticos, son asumidos por los manuales de diagnóstico y clasificación internacional más reconocidos, los desarrollados por la Organización Mundial de la Salud y lo Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Disorder*), de la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association, APA*).

Esta Tesis Doctoral y más concretamente, los capítulos del marco teórico que tras esta breve introducción comienzan, se centra en uno de los tres criterios diagnósticos señalados en párrafos anteriores, la *conducta adaptativa*, definida y entendida como "*el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria*" (Luckasson, et al., 2002, p.31; Schalock et al., 2010, p.15), ya que tras su inclusión en la definición de lo que hoy conocemos como discapacidad intelectual, se comenzó a restar importancia al rendimiento puramente académico, para enfatizar en el hecho de que la discapacidad, no sólo depende de las características de la propia persona, sino del entorno social en el que vive y se desenvuelve.

Además, en nuestra realidad, a pesar de la importancia otorgada en la evaluación y el diagnóstico de la discapacidad intelectual a la dimensión que nos ocupa, sólo ha desarrollado un instrumento cuyo fin es el diagnóstico y que en breve se espera, verá la luz, acorde con la última definición, la Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa, DABS (*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*) (Balboni et al., 2014; Tassé, Bertelli, Kates, Navas y Simón, en prensa; Verdugo, Arias y Navas, 2014). Contamos también recientemente, con el Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa-II (*Adaptive Behavior Assessment System-II, ABAS-II*) (Harrison y Oakland, 2003; Montero y Fernández – Pinto, 2013), un instrumento que a pesar de que su fin no es únicamente el diagnóstico, permite realizar valoraciones finas y versátiles cubriendo todos los momentos del ciclo vital (Montero, 2003), evaluaciones individuales detalladas que proporcionan una base sólida sobre la cual planificar intervenciones en muy distintos servicios educativos, sociales y sanitarios, relacionados con la psicología educativa, la educación, la atención temprana, los servicios de orientación

familiar, las unidades de diagnóstico neurológico o psiquiátrico o de rehabilitación, en programas de inserción laboral, en servicios residenciales, etc. (Oakland y Harrison, 2008, 2012, 2013).

Por los motivos expuestos y en un intento de acercarnos al modo en que ha sido definido, operativizado y medido el constructo de conducta adaptativa a lo largo de su historia, en los tres primeros capítulos que configura la justificación teórica del estudio.

1.1. INCLUSIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA COMO CRITERIO DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL: LAS DEFINICIONES DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, AAMD (HERBER, 1959) Y LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (HERBER, 1961; GROSSMAN, 1973; GROSSMAN, 1983)

(...) una cuestión esencial para una definición, así como para otros procesos, es saber si ésta conducirá a una comprensión respetuosa de la persona (Luckasson y Revé, 2001, p.7).

En la segunda mitad del siglo XIX proliferan en EEUU las asociaciones profesionales y así, hace casi ciento cuarenta años, en 1876, se crea bajo la tutela y presidencia de Seguin, la que hoy se conoce como American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, en adelante AAIDD) y que en primera instancia y en aquellos momentos se denominó; Asociación de Oficiales Médicos de Instituciones Americanas para personas débiles mentales e idiotas.

Tras sufrir varios cambios históricos en su denominación (1906: Asociación Americana para el estudio de débiles mentales; 1933: Asociación Americana sobre Deficiencia Mental AAMD; 1987: Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR), a comienzos de 2007 pasa a denominarse tal y como se conoce en la actualidad, por percibir

que la denominación AAMR no estaba en armonía con la orientación de las ideas, de los productos y servicios prestados por dicha organización, entre otros, el trabajo con personas con trastornos del desarrollo, hasta este momento no incluidas en su denominación (Schalock, 2007a, 2007b).

En 1876, el primer objetivo de la recién fundada asociación fue, el estudio de todas las cuestiones relacionadas con las causas, condiciones y estadísticas, así como el tratamiento, la instrucción y la educación de las personas en aquella época definidas como "idiotas y débiles mentales" para la difusión de información y elaboración de documentos que permitieran y favorecieran la conceptualización, comprensión, clasificación y definición de los apoyos que las personas con discapacidad intelectual pudieran necesitar. Desde su fundación por tanto, ha sido una de sus principales preocupaciones conseguir una delimitación clara y no discriminatoria de la condición de las personas con discapacidad intelectual, hecho que hizo de esta organización un punto referencial para todos aquellos y aquellas que por motivos personales o profesionales se veían relacionados con personas que presentaban limitaciones a nivel intelectual. De este modo la Asociación, ha tratado de cumplir con su responsabilidad formulando y difundiendo a lo largo de los años, manuales e información sobre terminología y clasificación.

En 1877 formuló la primera definición de la discapacidad intelectual, entonces denominada "idiocia e imbecilidad", asegurando que:

La idiocia y la imbecilidad son condiciones en las que el individuo presenta una carencia del desarrollo natural o armónico de sus facultades mentales, activas o morales, asociada generalmente a un defecto visible o trastorno de la organización física y a anomalías funcionales, que se expresan en diversas formas y grados de actividad vital desordenada, en el defecto a la ausencia de uno o más sentidos especializados, en una volición irregular o incierta, y en el torpor o ausencia de sensibilidad y percepción (Wilmarth, 1906, Citado por Scheerenberger, 1984, p.159).

Antes de la llegada del movimiento de los test de inteligencia alrededor del siglo XX, la discapacidad intelectual fue descrita en términos de lo que ahora denominamos conducta adaptativa utilizando conceptos como competencia social, normas sociales y/o adaptación al

entorno (Schalock, 1999a). A principios de siglo, autores como Itard, Seguin, Voison y Howe señalaban que lo que fundamentalmente caracterizaba a las personas con discapacidad intelectual era la dificultad que mostraban para valerse por sí mismas, para satisfacer o cumplir las normas sociales establecidas, requiriendo de un intenso entrenamiento en habilidades para la adquisición de competencias (Nihiria, 1999).

Con el relativamente nuevo movimiento de los test de inteligencia, la conducta adaptativa dejó de ocupar un papel significativo en el diagnóstico y clasificación de niveles diagnósticos de la discapacidad intelectual durante la primera mitad del siglo XX, aunque la importancia del constructo en la comprensión de la discapacidad intelectual, no fue completamente abandonado por diversos autores, así, Doll, en 1936 por ejemplo, diseña y elabora un instrumento que por primera vez y como podremos comprobar más adelante, incluye 117 ítems centrados en el uso de habilidades prácticas en situaciones de la vida cotidiana, la Escala Vineland de Madurez Social (*Vineland Social Maturity Scale*), (Schalock et al., 2010).

De este modo, de esa primera definición emitida por la ahora denominada AAIDD a las posteriores, como iremos presentando a lo largo del capítulo, el avance en la comprensión de la discapacidad intelectual fue progresivo. Remontándonos al año 1921, encontramos la primera edición de su manual sobre la definición de la discapacidad intelectual (realizado junto con el Comité Nacional para la Higiene Mental). Desde aquella primera, se han publicado diez ediciones más.

El punto de partida de la definición emitida en ese primer manual tenía en el coeficiente intelectual, su eje fundamental. La aparición de los tests de inteligencia y las puntuaciones de CI, unido a su aplicación generalizada en la población estadounidense a comienzos de 1900, hacían de este, un parámetro objetivo y eficiente para distinguir a las personas, en el que basar los estudios y servir de referencia para clasificar a la población en función de sus niveles de rendimiento intelectual (Scheerenberger, 1983), convirtiéndose en indicadores muy fiables del grado en el que una persona se alejaba significativamente de las puntuaciones obtenidas por las demás. Sin embargo, y como iremos mostrando, poco después comenzó a perderse la confianza depositada en las puntuaciones CI como criterio diagnóstico significativo, necesario y suficiente de discapacidad intelectual, al ver que éstas, sólo reflejaban el rendimiento en tareas académicas y perjudicaban a aquellas personas que

procedían de entornos sociales más pobres o minoritarios cuyo acceso a la formación había sido nula o muy restringida (Reschly, Myers y Hartel, 2002; Scheerenberger, 1983).

La Asociación, tras constituir en 1952 un Comité para el estudio de la definición y nomenclatura sobre la discapacidad intelectual (entonces retraso mental), con objeto de aclarar dificultades que se iban planteando desde el punto de vista social, educativo, legal y de investigación, además de intentar con ello beneficiar a la sociedad y al individuo particular (Scheerenberger, 1983, 1984, p.316), en 1959, la entonces AAMD, marcaría nuevas pautas en cuanto al concepto y la comprensión de las personas con discapacidad intelectual. Una de las propuestas de dicho comité, del que fue parte Herber, tras ser aprobadas por los miembros de la Asociación, fue un trabajo que permitió la publicación por un lado de un Manual sobre Terminología y por otro el diseño de un Sistema de Clasificación Etiológica, documentos ambos dados a conocer de manera oficial en 1959 y con ligeras modificaciones en 1961.

Pero antes, la AAMD (*American Association on Mental Deficiency*) en una cuarta edición de su manual (1957), constituyó por primera vez un sistema de clasificación etiológico, añadiendo a la mera catalogación numérica fundamentada en parámetros que tomaban como base a la población general, el origen de las causas que tenían como consecuencia un rendimiento intelectual por debajo de la generalidad, permitiendo así la diferenciación de lo que entraría dentro del ámbito del "retraso mental" de lo que sería una enfermedad mental o lesión cerebral, es decir, la distinción entre aquellas personas que nacen y crecen con una limitación intelectual de aquellas otras, que por causas diversas inician su desarrollo con unas capacidades cognitivas normalizadas pero por hechos objetivos (enfermedad o accidente) les sobrevienen limitaciones en el desempeño intelectual.

Durante la década de los 60, vuelve a resurgir con fuerza una aproximación basada en parte en el constructo de conducta adaptativa. Con la quinta edición (1959, reimpressa con pequeñas modificaciones en 1961), aparece por primera vez en escena el término de conducta adaptativa aunque en ese momento el problema era su medición. Algunos autores como Clausen (1967) o Zigler, Balla y Hodapp (1984), criticaron la inclusión del criterio relativo a la conducta adaptativa en la definición emitida por la quinta edición al considerar que el constructo no estaba definido operativamente o argumentando la carencia de validez de las pruebas hasta el momento existentes para su evaluación o medición. Autores como

Scheerenberger (1984, p.318), destacaron que "*la tecnología psicológica no estuvo a la altura de las nuevas ideas*", además de elevar el techo de CI una desviación típica por debajo de la media – aproximadamente un CI de 85 o inferior -:

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

De este modo, las limitaciones en conducta adaptativa como uno de los criterios (aunque no suficiente) para el diagnóstico de lo que hoy denominamos discapacidad intelectual, comienzan a estar presentes en la quinta edición (y se ha mantenido a lo largo de las posteriores ediciones) de la denominada entonces Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (*American Association on Mental Deficiency, AAMD*) donde se considera que las limitaciones en el funcionamiento intelectual general debían aparecer acompañadas de deficiencias de adaptación social, madurez o aprendizaje (Herber, 1959). De acuerdo con este autor, el cociente intelectual no debía ser utilizado como único criterio diagnóstico del entonces denominado "retraso mental" dado que el desempeño de las personas en los test de inteligencia a su juicio, no siempre se correspondía con el nivel de limitaciones en la adaptación total. Herber (1959), conceptualizó la conducta adaptativa a partir de tres factores fundamentales: maduración, ajuste social y aprendizaje, dimensiones estas que siguen a día de hoy siendo parte de la mayoría de conceptualizaciones de conducta adaptativa aunque reformuladas como habilidades prácticas, conceptuales y sociales (Schalock et al., 2010).

En la sexta edición (Herber, 1961) en la que pasa a denominarse Asociación Americana de Retraso Mental (*American Association on Mental Retardation, AAMR*), aparece por primera vez el concepto de conducta adaptativa. En esta edición, se establece que el funcionamiento intelectual general por debajo de la media que comienza durante el periodo de desarrollo, debía acompañarse de deficiencias en conducta adaptativa (Herber, 1961), concibiendo esta, como la capacidad del individuo para adaptarse a las demandas de su entorno.

En la séptima edición de la AAMR (Grossman, 1973), al igual que en la edición anterior, se siguen manteniendo los déficits en conducta adaptativa como criterio diagnóstico del entonces denominado "retraso mental", pero si bien anteriormente la conducta adaptativa era entendida como la capacidad de la persona para hacer frente a las demandas naturales y sociales del contexto, en esta edición, se considera que la conducta adaptativa viene además determinada por el grado y la eficacia con que la persona alcanza una serie de estándares de independencia personal y de responsabilidad social determinados por su grupo social/cultural y de edad. De este modo, los déficits en conducta adaptativa comienzan a definirse como limitaciones significativas que presenta la personas a la hora de conseguir o de alcanzar los estándares mencionados tal y como se determine mediante instrumentos de evaluación estandarizados y el juicio clínico profesional, comenzando a poner el énfasis en la necesidad de realizar evaluaciones válidas y fiables, desde una perspectiva además de profesional, psicométrica (Tassé, 2013).

En la séptima edición (Grossman, 1973) además, se establece el carácter evolutivo de la conducta adaptativa, desglosándose en las tres siguientes áreas: edad temprana (habilidades sensoriomotoras, comunicación, autoayuda y socialización); infancia y primera adolescencia (aplicación de habilidades académicas básicas a la vida diaria, aplicación de razonamiento y juicio, y habilidades sociales); y adolescencia posterior y vida adulta (responsabilidades y desempeños profesionales y sociales).

En la octava edición de la AAMR (Grossman, 1983), se sigue manteniendo la importancia que la conducta adaptativa posee a la hora de hablar de "retraso mental" y establecer su diagnóstico, pero son eliminadas las áreas de habilidades específicas establecidas y especificadas en la edición anterior, comenzando a enfatizarse la importancia de la calidad de las ejecuciones habituales en la persona a la hora de hacer frente a las demandas de sus entornos significativos, considerando que la calidad de la conducta adaptativa en general, esta mediada por la inteligencia de cada persona. A este respecto, Schalock (1999a) matizó y especificó, que el constructo de conducta adaptativa se refiere a lo que las personas hacen para cuidar de sí mismas y de los demás en actividades y situaciones de la vida cotidiana, mientras que el constructo de inteligencia, implica un mayor nivel de abstracción y que por tanto, ambas capacidades o competencias, aunque estrechamente relacionadas, han de considerarse como independientes.

Hasta este momento, la conducta adaptativa fue conceptualizada en el marco de las capacidades de la propia persona, sin tener en cuenta el impacto que sobre dichas capacidades pudiera ocasionar el entorno en el que la persona interactuaba y había de desenvolverse. A este respecto, ha de admitirse que comienza a enfatizarse el hecho de que las limitaciones en habilidades adaptativas para ser consideradas como tales, debían darse en los ambientes naturales de la persona con discapacidad (Tassé, 2013).

Tras la octava edición (Grossman, 1983), se produce un cambio significativo de paradigma en el campo del "retraso mental" (Schalock, 1995). La discapacidad intelectual necesita ser definida en un contexto social, se entiende que generalmente con los apoyos apropiados durante periodos prolongados, el funcionamiento de la persona con discapacidad intelectual puede experimentar mejoras y que las prácticas de los servicios destinados a la respuesta de las necesidades de las personas con discapacidad intelectual (por aquel entonces entendidos como servicios de rehabilitación), debían basarse en las capacidades, limitaciones y necesidades de apoyo de cada persona.

Unido a lo hasta ahora descrito, a partir de la quinta edición y en posteriores ediciones hasta llegar a la novena, se baja el techo del CI a dos desviaciones típicas por debajo de la media (CI de 70 o inferior), se producen matices terminológicos añadiendo el término "significativamente" en la frase "funcionamiento intelectual general por debajo de la media", se le da un carácter "orientativo" al límite de CI y se amplía el límite de edad para la aparición del proceso etiológico detonante de los 16 a los 18 años. La Tabla 1 recoge la evolución ocurrida a este respecto y los cambios en la definición de discapacidad intelectual resumidos y destacados hasta el momento en este primer apartado.

Tabla 1.
Evolución de la definición de discapacidad intelectual

Número edición del Manual	Definición del concepto de discapacidad intelectual y del constructo de conducta adaptativa
Quinta Edición (Herber, 1959)	<p>Definición: <i>"Retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general por debajo de la media que comienza durante el periodo de desarrollo y que se asocia con deficiencia en una o más de las siguientes áreas: (1) maduración, (2) aprendizaje, (3) adaptación social"</i></p> <p>Límite de CI: Menos de una desviación típica por debajo de la media de la población del grupo de edad comprendida en medidas de funcionamiento intelectual general</p> <p>Niveles de gravedad por CI: Nivel 1: menor a 5 DT Nivel 2: de 4 a 5 DT Nivel 3: de 3 a 4 DT Nivel 4: de 2 a 3 DT Nivel 5: de 1 a 2 DT</p> <p>Periodo de desarrollo: Que comienza durante el periodo de desarrollo (p.e., desde el nacimiento hasta los 16 años aproximadamente)</p> <p>Definición del constructo de conducta adaptativa: Se refiere a la eficacia con la cual el individuo afronta las demandas naturales y sociales del ambiente. Tiene dos facetas principales: 1) el grado en el cual el individuo es capaz de funcionar y mantenerse independientemente y 2) el grado en el cual cumple satisfactoriamente las demandas de responsabilidad social y personal impuestas culturalmente</p>
Sexta Edición (Herber, 1961)	<p>Definición: <i>"Retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general por debajo de la media que comienza durante el periodo de desarrollo y que se asocia con deficiencia en conducta adaptativa"</i></p> <p>Límite de CI: Más de una desviación típica por debajo de la media de la población</p> <p>Niveles de gravedad por CI: Retraso mental borderline (límite) 1 DT. Ligero, medio, severo y profundo.</p> <p>Periodo de desarrollo: Que comienza durante el periodo de desarrollo (p.e., desde el nacimiento hasta los 16 años aproximadamente)</p> <p>Definición del constructo de conducta adaptativa: Eficacia del individuo para adaptarse a las demandas naturales y sociales de su ambiente como reflejan la maduración, el aprendizaje y la adaptación social.</p>
Séptima Edición (Grossman, 1973)	<p>Definición: <i>"Retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que coexiste con déficits en conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo"</i></p> <p>Límite de CI: Dos o más desviaciones típicas por debajo de la media de la población.</p> <p>Niveles de gravedad por CI: Ligera, media, severa y profunda. Inteligencia límite se define como la situada entre retraso e inteligencia promedio ("aprendices lentos").</p> <p>Periodo de desarrollo: Que se manifiesta durante el periodo de desarrollo (límite superior de edad, los 18 años)</p> <p>Definición del constructo de conducta adaptativa: Grado de eficacia con el que el individuo cumple los estándares de independencia persona y responsabilidad social esperados por su edad y grupo cultural. Puede reflejarse en las siguientes áreas: a) edad temprana: habilidades sensorio motoras, comunicación, autoayuda, socialización; b) infancia y primera adolescencia: aplicación de habilidades académicas básicas a la vida diaria, aplicación de razonamiento y juicio; c) adolescencia posterior y vida adulta: responsabilidades y desempeños profesionales y sociales.</p>

Octava Edición (Grossman, 1983)	<p>Definición: Igual a la séptima edición</p> <p>Límite de CI: CI de 70 o menos en medidas estandarizadas de inteligencia; el límite superior sirve como referencia y puede ampliarse a 75 o más</p> <p>Niveles de gravedad por CI: Ligero, medio, severo y profundo.</p> <p>Periodo de desarrollo: que se manifiesta durante el periodo de desarrollo (periodo de tiempo entre la concepción y el decimo octavo cumpleaños)</p> <p>Definición del constructo de conducta adaptativa: Limitaciones significativas en la eficacia de un individuo para cumplir los estándares de maduración, aprendizaje, independencia personal o responsabilidad social que se esperan por su nivel de edad o grupo cultural.</p>
Novena Edición (Luckasson et al., 1992)	<p>Definición: <i>"Retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo"</i></p> <p>Límite de CI: Puntuación estándar de CI de 70 a 75 o menos aproximadamente, basado en una evaluación que incluya uno o más test generales de inteligencia administrados individualmente.</p> <p>Niveles de gravedad: Se omiten las clasificaciones por puntuaciones CI. Se añaden intensidades de apoyos necesarios para un individuo en áreas de habilidades de adaptación. Las intensidades cambian a lo largo del tiempo y en cada área de habilidad para un individuo dado, por lo que no sustituye los niveles de clasificación de CI.</p> <p>Periodo de desarrollo: se manifiesta antes de los 18 años.</p> <p>Definición del constructo de conducta adaptativa: Habilidades de adaptación se refiere a un conjunto de competencias que reflejan tanto la habilidad para estar incluido en un lugar dado como la habilidad para cambiar la propia conducta para adaptarse a las demandas de la situación. Se especifican diez áreas de habilidades de adaptación con el requisito de que el individuo manifieste limitaciones comprensivas suficientes, interpretando como una limitación en una o dos áreas de habilidades aplicables a su edad.</p>
Décima Edición (Luckasson et al., 2002)	<p>Definición: <i>"Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa que se manifiestan en habilidades prácticas, sociales y conceptuales"</i></p> <p>Límite de CI: Al menos dos desviaciones típicas por debajo de la media aproximadamente teniendo en cuenta el error típico de medida de los instrumentos específicos de evaluación que se utilicen y los puntos fuertes y limitaciones de los instrumentos.</p> <p>Niveles de gravedad: Dependiendo de los propósitos de la aplicación de la definición, diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos, la persona puede ser clarificada de varias formas: por intensidad de apoyo, rango de CI, limitaciones en conducta adaptativa, etiología, categorías de salud mental, etc.</p> <p>Periodo del desarrollo: se manifiesta antes de los 18 años.</p>
	<p>Definición del constructo de conducta adaptativa: La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria.</p> <p>Criterios de corte en la conducta adaptativa: Desempeño que es al menos dos desviaciones típicas por debajo de la media de: (a) uno de los tres tipos de conducta adaptativa siguientes: conceptual, social o práctica, o de (b) una puntuación general en una medida estandarizada de habilidades, conceptuales, sociales y prácticas.</p>

Décimo primera Edición (Schalock et al., 2010)	Definición: "La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades conceptuales, sociales y prácticas" Límite de CI: Igual a la décima edición Niveles de gravedad por CI: Igual a la décima edición Periodo del desarrollo: discapacidad que se origina antes de los 18 años. Definición del constructo de conducta adaptativa: Igual al de la décima edición Criterios de corte en la conducta adaptativa: Igual a la décima edición
--	--

Nota: Adaptado de Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and system of supports (10th Ed.)*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation. Y Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V., Buntix, W. H. E., Coulter, M. D., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Smell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompsonm J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L. y Yeager, M. H. (2010). *Intellectual Disability. Definition, classification and systems of supports (11th Ed.)*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

1.2. EL CAMBIO DE PARADIGMA EN LA CONCEPCIÓN DEL "RETRASO MENTAL": EL SISTEMA DE 1992 DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (LUCKASSON ET AL., 1992)

En 1992, la entonces AAMR (novena edición), propone una definición de la discapacidad intelectual (entonces denominada "retraso mental") que supone un cambio radical del paradigma tradicional en su comprensión, alejándose de una concepción de dicha discapacidad como rasgo absoluto manifestado exclusivamente por el individuo, para plantear una concepción basada en la interacción de la persona con una limitación intelectual y un conjunto de habilidades adaptativas y el contexto o las demandas de sus entornos más significativos (Verdugo, 1994). Este cambio de paradigma, concibe el "retraso mental" con tres implicaciones importantes de cara a su conceptualización: (a) el "retraso mental" ha de ser definido teniendo en cuenta el contexto social que rodea a la persona; (b) se introduce por primera vez el concepto de apoyos y la consideración de que con los mismos el funcionamiento de la persona puede mejorar considerablemente; y (c) que las limitaciones de una persona pueden verse acompañadas de otras muchas capacidades (Schalock, 1995; Verdugo, 1999). Por tanto, comienza a surgir una visión de la conducta adaptativa situacional más que de rasgo (Montero, 1993) y la principal aportación resulta ser la modificación del modo en que las personas (profesionales, familia, significativos, investigadores), pudieran concebir dicha categoría diagnóstica, alejándose de su identificación exclusiva como característica de la persona para su comprensión como un estado de funcionamiento de la misma (Verdugo, 2003a):

El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad (Luckasson et al., 1992).

Con esta propuesta, se produce por primera vez un planteamiento multidimensional de la discapacidad intelectual (entonces "retraso mental") con la intención de eliminar el reduccionismo, y la excesiva confianza en el uso de tests de inteligencia cuyo objetivo era el diagnóstico del CI de la persona. De este modo y como bien señala Schalock (1999a), son tres los elementos clave en el concepto de discapacidad intelectual especificado en 1992, las capacidades, el contexto y el funcionamiento, elementos representados en la Figura 1.



Figura 1. Estructura general de la definición de "retraso mental" según la AAMR, en su novena edición (Luckasson et al., 1992)

Tomado de Schalock, R. L. (1999). *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

En la base del triángulo estaría el *funcionamiento* para enfatizar que el sistema de 1992 es un modelo funcional, en el que aun existiendo limitaciones en alguna de las áreas, si tales no afectasen al funcionamiento o desenvolvimiento de la persona en su vida cotidiana, no se podría hablar de discapacidad intelectual. Las *capacidades* se presentan en el lado izquierdo del triángulo, capacidades entendidas como las competencias intelectuales y las habilidades adaptativas que una persona posee y le permiten funcionar de una manera normalizada en su entorno. El lado derecho del triángulo representa los *contextos* en los que la persona con discapacidad intelectual vive, aprende, trabaja, se socializa e interactúa, los lugares donde ordinariamente vive y se desarrolla. Un entorno o contexto óptimo para una persona con discapacidad intelectual es el mismo que para cualquier otra persona: aquel

que da la posibilidad de que cada uno/a satisfaga sus necesidades, fomente su completo bienestar y promueva sentimientos de eficacia, auto-concepto positivo, autocontrol... El modelo muestra finalmente, como la presencia o ausencia de *apoyos* apropiados puede influir en el funcionamiento de cada uno/a en la comunidad.

En este nuevo paradigma, la discapacidad intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual de la persona (deficitario en ciertos aspectos concretos), aunque éste, esté influenciado por determinadas características o capacidades personales. Plantea por tanto, una nueva perspectiva de análisis de la "deficiencia mental" que supera la concepción hasta ese momento dominante basada fundamentalmente en el cociente intelectual, que clasificaba a la persona en función de los niveles de "retraso mental" derivados de la medida de este último. En el sistema de 1992 propuesto por la AAMR, el "retraso mental" es definido como un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes diez áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, y trabajo. Además, el "retraso mental" debe manifestarse antes de los 18 años de edad (Verdugo y Jenaro, 1997).

El concepto de habilidades adaptativas introducido en esta novena edición, dio continuidad a la atención que históricamente y como ya apuntamos en el apartado anterior, se había otorgado a la competencia social en las definiciones anteriores de "retraso mental" (Schalock, 1995). Además, proporciona por primera vez, una definición operativa del constructo al especificar un conjunto de diez habilidades adaptativas, todas ellas consideradas centrales a la hora de lograr un funcionamiento exitoso de las personas en su entorno. Esto a su vez, implicó la adopción de una concepción multifactorial o multidimensional de la conducta adaptativa, al suponer que las dificultades presentes en cada persona con "retraso mental" se derivaban fundamentalmente de la presencia de limitaciones en dos tipos de inteligencias: *inteligencia social* (entendida como la habilidad para comprender las expectativas sociales y discernir de un modo adecuado cómo es necesario comportarse en situaciones sociales) e *inteligencia práctica* (concebida como la capacidad de la persona para dirigir de un modo independiente las actividad de su vida diaria). Este hecho, supuso un salto significativo y cualitativo en la forma de concebir la conducta adaptativa ya que hasta el momento, desde un punto de vista empírico, eran dos las aproximaciones al estudio de su estructura las planteadas; una primera que

argumentaba que la conducta adaptativa era un constructo único, unifactorial, y la segunda, que sostenía su naturaleza multifactorial, siendo varios los dominios que la componen.

Autores como Nihiria, Foster, Shellhaas y Leland (1969) a partir del estudio de instrumentos como la *Adaptive Behavior Checklist* (Nihiria, Foster, Shellhaas y Leland, 1967) fueron los primeros en proponer una aproximación unifactorial al constructo de conducta adaptativa, pudiendo ser explicada en base a un único factor denominado "independencia personal". Posteriormente y a partir del análisis factorial de las dimensiones que integraban las Escalas de Conducta Independiente (*Scales of Independent Behaviour, SIB*, Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1985), estudio que recibió por otra parte, muchas críticas (Widaman, Borthwick-Duffy y Little, 1991), Bruininks, McGrew y Maruyama (1988), propusieron la existencia de un único factor que explicaba la mayor parte de la varianza, denominando dicho factor "Independencia Personal o Desarrollo General".

Las aproximaciones multifactoriales al constructo de conducta adaptativa, recibieron mucho más apoyo (Kamphaus, 1987; Meyers, Nihira y Zetlin, 1979; Widaman, Gibbs y Geary, 1987). Estas, apostaron por una estructura en la que algunos dominios o habilidades (a diferencia de la concepción unifactorial que presupone la existencia de un factor único), representan niveles de habilidad superiores que a su vez pueden desglosarse en habilidades de menor dificultad que representarían los niveles inferiores.

La adopción del término de habilidades adaptativas en la novena edición de 1992, respondía, además, a una serie de objetivos clave y significativos a tener en cuenta (Luckasson et al., 1992; Schalock, 1995; Verdugo, 1999):

- (a) Las limitaciones en habilidades adaptativas específicas a menudo coexisten con capacidades y fortalezas en otras habilidades adaptativas o áreas de competencia personal.
- (b) Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación y en factores comportamentales.
- (c) Tanto las limitaciones en habilidades adaptativas como las competencias, se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los iguales en edad y reflejan la necesidad de apoyos individualizados, por tanto, han de ser documentadas dentro del contexto de dichos entornos. Por tanto, el "retraso mental" se define desde una

perspectiva ecológica en el contexto en el cual la persona vive, aprende, trabaja y se divierte, produciéndose cuando las limitaciones intelectuales y adaptativas afectan a la habilidad de esta para dar respuesta a los desafíos ordinarios de la vida diaria en la comunidad en la que ha de desenvolverse. La significación de las limitaciones por tanto, pasa a ser relativa al entorno de la persona.

- (d) En el caso de que la persona no presente limitaciones significativas en dos o más áreas de estas habilidades adaptativas, no podrá establecerse el diagnóstico de "retraso mental".
- (e) A diferencia de lo que sucedía en definiciones anteriores, desaparecen las conductas desadaptadas a la hora de hablar de comportamiento adaptativo, considerando que la evaluación de estas áreas ha de realizarse dentro de una dimensión en la que se abordan otras consideraciones psicológicas y emocionales.
- (f) Resulta de importancia subrayar el carácter evolutivo de la conducta adaptativa y la relevancia de cada una de las áreas en función de la edad de cada persona. Además, si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con "retraso mental" mejorará generalmente. Por tanto, se entiende que lo verdaderamente significativo, es que el crecimiento, el progreso, el desarrollo de una persona no es sólo cuestión genética, ni de síndromes, sino que es también cuestión del entorno y más concretamente de la potencialidad de cada contexto para cubrir las necesidades de apoyo que cada persona pueda presentar en cada momento del ciclo vital.

No se demostró sin embargo, si todas las áreas propuestas y establecidas tenían entidad como tales mediante estudios de análisis factorial o si alguna de ellas podría quedar subsumida por otras, criticando así algunos autores la falta de contraste empírico de las mismas (Montero, 2003) o la artificiosidad del constructo de habilidades adaptativas (Verdugo, 2003a). Tampoco existía un claro acuerdo sobre el papel que los déficits en habilidades adaptativas debían de jugar en la definición y en el diagnóstico del "retraso mental", ni tampoco la relación existente entre ambos constructos, es decir, entre inteligencia y conducta adaptativa (Schalock, 1999a). Ahora bien, la importancia de la inclusión como criterio de la existencia de limitaciones significativas en dos o más áreas de las diez habilidades adaptativas propuestas y anteriormente nombradas, hizo que entidades

como la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association*, en adelante APA), publicase un manual de diagnóstico y práctica profesional, en el que como veremos en próximos apartados de este primer capítulo, el concepto de funcionamiento adaptativo, era entendido como un constructo unidimensional (Jacobson y Mulick, 1996).

La falta de consenso, unido a la ausencia de estándares de evaluación fiables y válidos a la hora de utilizar medidas de conducta adaptativa, hizo que algunos autores criticasen el uso del criterio relativo a la presencia de dificultades significativas en conducta adaptativa para el diagnóstico del "retraso mental". Este hecho, se tradujo en muchas ocasiones, en una preponderancia excesiva de las medidas de CI (Greenspan, 1997) y en la consiguiente clasificación de las personas con discapacidad intelectual, en las categorías diagnósticas de "retraso mental" *ligero, moderado, severo y profundo*.

En respuesta a dichas críticas, algunos autores como Schalock (1995) y Greenspan (1997), se plantean la posibilidad de que los constructos de conducta adaptativa e inteligencia pudieran ser incluidos dentro de un marco teórico común de competencia global, pudiendo implementarse un modelo heurístico para abordar la discapacidad intelectual, dando lugar a una mejora de lo que hasta ese momento se conocía acerca de tal condición. De este modo, comienzan a llevarse a cabo estudios para el análisis del tipo de relación existente entre los constructos de inteligencia y conducta adaptativa (Greenspan, 1997, 2006; Greenspan y Dirscoll, 1997; Greenspan y Love, 1997; Greenspan, Switzky y Granfield, 1996), estudios que intentan despejar las dudas resultantes de investigaciones anteriores y realizadas en esta misma línea y con el mismo fin (Keith, Fehrmann y Pottebaum, 1987; Reschly, 1982). Hoy en día, dicha relación aún no está totalmente clarificada y así puede deducirse de la multitud de estudios significativos que actualmente y en las últimas décadas continúan intentando comprender la misma (Barnhill, Hagiwara, Myles y Simpson, 2000; Detterline y Oakland, 2009; Dolado, Oberts y Domínguez, 1998; Kenworthy, Case, Harms, Martin y Wallace, 2010; Koning y Magill-Evans, 2001; Kraijer, 2000; Szatmari, Archer, Fisman, Streiner y Wilson, 1995).

Muchas investigaciones han puesto de manifiesto la existencia de un paralelismo entre los dominios de ejecución que componen ambos procesos (Schalock, 1999a). En ellas, se pudo observar que un bajo funcionamiento intelectual se correspondía a su vez con un bajo nivel de habilidades adaptativas (Harrison, 1989; Liss et al., 2001; Nihira, 1985). Por el contrario, hay otras investigaciones realizadas con personas con Trastornos del Espectro Autista con altos niveles de funcionamiento pero con limitaciones en conducta adaptativa,

que dan evidencias de una relación menos clara en aquellos casos de personas que muestran un funcionamiento intelectual alrededor de la media (Bolte y Pouska, 2002; Freeman, Del'homme, Guthrie y Zhang, 1999; Liss et al., 2001; Nihira, 1985).

Paralelamente, Greenspan junto a otros (Greenspan, 1997, 2006; Greenspan y Love, 1997; Greenspan, Switzky y Granfield, 1996) se plantean la posibilidad de un modelo tripartito de inteligencia que a día de hoy se ha convertido en un modelo de referencia fundamental a la hora de establecer el paralelismo existente entre los componentes del funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa. Este modelo contempla la existencia de tres tipos de inteligencia; una *inteligencia conceptual*, una *inteligencia práctica* y una tercera *inteligencia social*. La *inteligencia conceptual* vendría a equivaler al factor *g*; la *inteligencia práctica* abarcaría el desempeño de todas aquellas habilidades de la vida cotidiana o diaria medidas por escalas de evaluación de la conducta adaptativa, y finalmente, la *inteligencia social* se definiría por todas aquellas habilidades sociales e interpersonales de la persona (De Bildt, Serra, Luteijn, Kraijer, Sytema y Minderaa, 2005; Greenspan y Granfield, 1992; Greenspan, Loughlin y Black, 2001).

Continuando con el modelo de competencia general, el constructo de "retraso mental" es reformulado y orientado hacia una perspectiva multifactorial de la inteligencia y la conducta adaptativa, englobando aspectos clave y significativos como los que destaca y resume Schalock (1999a):

- (a) La definición de "retraso mental" ha de incorporar lo que hasta esa fecha se define y conoce del comportamiento y el desarrollo de las personas con discapacidad intelectual.
- (b) La discapacidad intelectual no es una entidad única o aislada.
- (c) Es necesaria la medición no sólo de la inteligencia académica sino también de la inteligencia personal y social.
- (d) Las personas con discapacidad intelectual muestran déficits en su capacidad para la resolución de situaciones de la vida cotidiana, por lo que las limitaciones significativas en conducta adaptativa deben tener un peso mayor y más significativo en el diagnóstico del "retraso mental".

- (e) Los déficits en inteligencia social, proporcionan una base más justificada para el diagnóstico al dar cuenta de la mayor parte de las dificultades que las personas con discapacidad intelectual muestran en contextos significativos como los educativos, laborales y comunitarios (Chadsey-Rusch, 1992; Schalock, 1995).

Según Schalock (1999a), las ventajas de conceptualizar el “retraso mental” dentro de un modelo de competencia general que abarca limitaciones significativas en los dominios conceptual, social y práctico, son entre otras; (a) otorgar el mismo énfasis a los aspectos de carácter más cognitivo y a la competencia social e instrumental, combinando de este modo, el componente intelectual con aspectos relacionados con la competencia social y personal de cada persona; (b) capturar mejor la esencia de la discapacidad intelectual al reflejar las dificultades o déficits intelectuales que las personas muestran a la hora de hacer frente a situaciones de la vida cotidiana; y por último, (c) restar importancia a las puntuaciones de CI y a través de la definición de las limitaciones en habilidades prácticas y sociales, poder dar cuenta de las dificultades con las que las personas pueden encontrarse en entornos significativos, escolares, laborales y comunitarios.

A su vez, comienza a producirse un consenso en la forma de entender la conducta adaptativa desde una perspectiva multifactorial, (Schalock, 1999a) que incluye cuatro tipos de competencias o habilidades: (a) competencia física o motora (motricidad fina y gruesa, deambulación, habilidades básicas relacionadas con la comida y el uso del baño); (b) habilidades de la vida independiente (vestido, aseo, preparación de la comida y tareas del hogar); (c) habilidades cognitivas, comunicativas y académicas (lenguaje expresivo y receptivo, habilidades de lectura y escritura y manejo del dinero); y (d) habilidades de competencia social (creación y mantenimiento de amistades, interacción con otros/as, participación social, razonamiento social, comprensión y razonamiento). La Tabla 2 recoge los dominios propuestos por distintos autores.

Tabla 2.
Dominios del comportamiento adaptativo general propuestos por distintos autores

Autor/es	Dominios propuestos
Meyers, Nihira y Zetlin (1979)	Habilidades de autoayuda Desarrollo físico Habilidades de comunicación Funcionamiento cognitivo Actividades domésticas y ocupacionales Autodirección y responsabilidad Socialización
Kamphaus (1987)	Físico/motor Autoayuda/independencia Interpersonal/social Responsabilidad Cognitiva/comunicación
McGrew y Bruininks (1989)	Independencia personal Responsabilidad personal Responsabilidad social Habilidades académicas funcionales/cognitivo Profesional/comunidad Físico/evolutivo
Widaman, Borthwick-Duffy y Little (1991)	Desarrollo motor Habilidades para la vida independiente Competencia cognitiva Competencia social
Widaman, Stacy y Borthwick-Duffy (1993)	Competencia cognitiva Competencia social Desadaptación social Desadaptación personal

Nota: Tomado de Schalock, R. L. (1999). *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Por otra parte, y para concluir, hemos de señalar que con la propuesta de 1992, además, se plantea un giro significativo en el proceso de evaluación, cuyo objetivo último debía ser la obtención de información sobre las necesidades de cada persona en las diferentes dimensiones propuestas para posteriormente relacionarlas con los niveles de apoyo apropiados, intentando unir evaluación e intervención o apoyo a la persona teniendo en cuenta aspectos personales y ambientales que pueden modificarse en el tiempo, partiendo de un enfoque multidimensional, en el que cuatro dimensiones ofrecen un diseño más completo de la persona como globalidad:

- (a) Primera dimensión: *Funcionamiento intelectual y destrezas adaptativas*. Para la evaluación del funcionamiento intelectual se establece el uso de test de inteligencia estandarizados conforme a la cultura de cada persona objeto de evaluación, requiriendo en ocasiones de un equipo multidisciplinar para el desarrollo de dicho

proceso, al no tenerse en cuenta únicamente la puntuación CI (70-75 o inferior), sino también que dicha puntuación esté acorde con lo observado en el desenvolvimiento de la persona en su entorno cotidiano. Además, ha de valorarse cómo afectan las limitaciones intelectuales a la conducta adaptativa concretada en diez áreas.

- (b) Segunda dimensión: *Consideraciones psicológicas y emocionales*. En ocasiones, (aunque no en todos los casos) la discapacidad intelectual puede coexistir con algún tipo de patología o trastorno mental, circunstancia esta que debe ser objeto de evaluación e intervención para su mejora.
- (c) Tercera dimensión: *Consideraciones físicas, de salud y etiológicas*. La salud es un aspecto fundamental de la vida de cualquier persona, es por ello, que se convierte en una dimensión susceptible de valoración para una posible mejora, también en las personas con discapacidad intelectual. Los hábitos de salud, sobre todo los no saludables, pueden tener gran impacto en el funcionamiento particular, pudiendo desencadenar enfermedades que incapaciten más aún a la persona con discapacidad intelectual para la realización de ciertas tareas de la vida cotidiana. Luckasson y colaboradores (1992) clasifican y codifican la etiología según el siguiente esquema: *Causas prenatales* (trastornos cromosómicos, trastornos sindrómicos, errores congénitos del metabolismo, trastornos embriológicos de la formación cerebral, influencias ambientales y otros), *causas perinatales* (trastornos intrauterinos, trastornos neonatales) y *causas postnatales* (lesiones craneales, infecciones, trastornos desmielinizantes, trastornos degenerativos, trastornos epilépticos, trastornos tóxico-metabólicos, malnutrición, deprivación ambiental, síndrome de hipo conexión).
- (d) Cuarta dimensión: *Consideraciones Ambientales*. Cuestiones relativas a los entornos significativos para cada persona con discapacidad (hogar, escuela, ocio, comunidad y trabajo). Como apuntan Luckasson y sus colaboradores (1992) los entornos saludables tienen al menos tres características destacables: Proporcionan oportunidades (servicios y apoyos en la vivienda, escuela, trabajo, ocio, aumentan la satisfacción, el auto concepto, el autocontrol, favorecen las relaciones interpersonales, dan posibilidades de elección...); fomentan el bienestar (dan apoyos físicos, materiales, sociales, estimulación cognitiva, trabajo satisfactorio...); y

promueven la estabilidad (previsibilidad y autocontrol, aumentan los aprendizajes, las relaciones positivas, reducen el estrés...).

Según la propuesta de 1992, cualquier sistema para el diagnóstico de la discapacidad intelectual debe seguir un proceso de tres pasos resumidos en la Tabla 3: el *diagnóstico*, la *clasificación* y *descripción* para la identificación de necesidades e intensidad de los servicios en las cuatro dimensiones establecidas y por último, la *identificación de modelos de servicios de apoyo*, obteniendo un perfil, condicionado por las necesidades de apoyo y su nivel de intensidad y duración, que puede ser (Luckasson et al., 1992); *intermitente* (la persona no necesita servicios de una forma continuada, solamente de forma esporádica, episódica u ocasional y que además estos pueden ser de alta o baja intensidad y requeridos por un breve espacio de tiempo, en transiciones propias del ciclo vital); *limitada* (Se caracterizan por su consistencia en el tiempo es decir, la persona requiere apoyo durante un tiempo limitado pero no intermitente); *extensa* (La persona necesita apoyos regularmente en, al menos, algún ambiente cotidiano, sin límite temporal, de forma continuada); y *generalizada o completa* (necesidad de servicios constantes y con elevada intensidad en diferentes entornos clave para la persona con posibilidad de mantenerse durante toda la vida).

Además, se establece la necesidad de determinar en primer lugar, las fuentes de apoyo (personales – naturales, otras personas, tecnologías o servicios); posteriormente las funciones que estos/as han de desempeñar (ofrecimiento de ayuda, planificación económica, asistencia para la vida en el hogar, acceso a y uso de los servicios de la comunidad, asistencia sanitaria, ayuda en el trabajo y/o apoyo en la conducta); y por último, determinar la intensidad y duración de los mismos en las cuatro categorías establecidas y ya descritas en el párrafo anterior, para la obtención de los resultados en cada caso deseados (por ejemplo: el aumento de los niveles de habilidades adaptativas o capacidades funcionales; la consecución de metas relacionadas con el bienestar físico, psicológico o funcional, y/o la promoción de aspectos ambientales para el aumento de la presencia en la comunidad, elección, grado de implicación, consideración y participación).

Tabla 3.

Resumen del proceso para el diagnóstico del "retraso mental" según la AAMR en su novena edición (Luckasson et al., 1992)

Pasos	Procedimiento/s
Primer paso	<p>Diagnóstico del "retraso mental" (Determinar si una personas debe ser seleccionada como receptora de apoyos/servicios)</p> <p>Se diagnostica "retraso mental" si:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) El funcionamiento intelectual de la persona es aproximadamente de 70-75 o inferior (2) Existen limitaciones significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas (comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo) (3) La edad de aparición es anterior a los 18 años
Segundo paso	<p>Clasificación y descripción (Identificación de las capacidades y limitaciones que presenta la persona, además de los apoyos requeridos por la misma)</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Descripción de las capacidades y limitaciones relacionadas con los aspectos psicológicos y/o emocionales de la persona (2) Descripción del estado de salud física general de la persona e indicación/estimación de la etiología de su condición (3) Descripción del/los entorno/s habitual de la persona así como del/los ambiente/s óptimo/s que facilitan su crecimiento e idóneo desarrollo
Tercer paso	<p>Perfil e intensidad de apoyos</p> <p>Identificación del tipo e intensidad de los apoyos necesarios (intermitente, limitada, extensa o generalizada/completa) en cada una de las cuatro dimensiones establecidas por la AAMR en 1992</p>

Nota: Adaptado de Fredericks, D. W. y Williams, W. L. (1998). New definition of mental retardation for the American Association on Mental Retardation. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 53-56. Y Schalock, R. L. (1995). Implicaciones para la investigación de la definición, clasificación y sistema de apoyo de la AAMR de 1992. *Siglo Cero*, 26(1), 5-13.

La propuesta de 1992 presentada y descrita en la Tabla 3, tuvo muchas adhesiones y también recibió muchas críticas desde el inicio de su formulación (Borthwich-Duffy, 1994; Jacobson, 1994; Verdugo, 1994). Luckasson y colaboradores (2002), resultado del análisis de los múltiples y principales argumentos de las críticas vertidas, destacaron que los problemas más significativos encontrados se centraban básicamente en tres aspectos:

- (a) La eliminación de los niveles de gravedad intelectual del déficit (ligero, medio, severo y profundo) para la clasificación de personas con "retraso mental" ya que a diferencia de sistemas anteriores como el propuesto en 1983 (Grossman, 1983), la propuesta de 1992 utiliza un único código diagnóstico de "retraso mental" ya descrito (el cumplimiento de los tres criterios de; edad de aparición, funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media y limitaciones asociadas en dos o más áreas de habilidades adaptativas).

Se abandonaron los niveles de discapacidad intelectual basados en puntuaciones CI por varias razones (Luckasson et al., 2002); además de porque la discapacidad intelectual se basa en limitaciones de CI y conducta adaptativa, mientras que el "nivel de gravedad" de un individuo se basa sólo en un CI, porque la exactitud de las puntuaciones de CI en los extremos son menos fiables que aquellas cercanas a la media. Además, "el retraso mental ligero" es una condición que representa una desventaja considerable y hasta ese momento, se daba excesiva confianza a la subclasificación de una persona para su ubicación en tipos de servicios y las oportunidades de estos últimos. De este modo, en el sistema de 1992, las puntuaciones pasan a ser utilizadas sólo para la realización de un diagnóstico y no para la clasificación.

- (b) La sustitución de los niveles de apoyo en lugar de los niveles de gravedad del déficit, a pesar de que inicialmente no se intenta o persigue tal sustitución.
- (c) La ampliación de la puntuación criterio de CI a 70 a 75, suponiendo un incremento significativo del número de personas identificadas con "retraso mental". La desaparición de los niveles de retraso mental que supone la eliminación de la categoría de "retraso mental ligero", categoría que puede llegar a representar entre el 75% y el 89% de la población de personas con discapacidad intelectual según Luckasson y cols. (2002) genera consecuencias significativas a la hora de estimar las necesidades de las personas.

A lo largo de los diez años transcurridos desde la novena definición hasta la siguiente, gracias a la experiencia acumulada en la aplicación de la propuesta hecha entonces, como al estudio y consideración de las aportaciones de la investigación y de las críticas tanto positivas como negativas realizadas a dicha formulación, se produjeron avances significativos en la concepción, lo que llevo a la AAIDD (entonces AAMR) a realizar una revisión sustancial del sistema de 1992 (Luckasson et al., 2002) y a elaborar una nueva propuesta y formulación adaptada a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001), que como podremos comprobar más adelante en este trabajo de Tesis Doctoral, permitiera operativizar más claramente el constructo multidimensional de la discapacidad intelectual y las directrices sobre mejores prácticas respecto al diagnóstico, la clasificación y la planificación de apoyos para personas con discapacidad intelectual.

1.3. LA CONDUCTA ADAPTATIVA Y EL MODELO TEÓRICO DE LA DÉCIMA EDICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (LUCKASSON ET AL., 2002)

Como especificábamos al finalizar el apartado anterior, una de las mayores consecuencias de las críticas realizadas al modo de concebir la conducta adaptativa en la novena edición fue, que ésta, fuese conceptualizada en la posterior y décima edición propuesta por la AAMR (Luckasson et al., 2002) desde un enfoque triárquico de inteligencia desglosándola en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. A partir de ese momento, inteligencia y conducta adaptativa son considerados constructos multidimensionales y jerárquicos, observándose entre ambos un gran y significativo paralelismo y los dominios de ejecución que los componen (intelectual, práctico y social) (Schalock, 1999a).

En la décima definición, el "retaso mental" (término que aún se mantiene y no es modificado hasta la decimo primera edición), es definido como recogimos en la Tabla 1 del siguiente modo:

Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004, p.17).

Con esta nueva formulación, se considera que el funcionamiento intelectual, la conducta adaptativa y la edad de inicio, son aspectos fundamentales de cara a la realización del diagnóstico de "retraso mental", junto con la consideración de las siguientes cinco asunciones o premisas esenciales durante el desarrollo de un proceso diagnóstico (Luckasson et al., 2002):

- (a) Las limitaciones en el funcionamiento actual o presentes de la persona con discapacidad, deben considerarse en el contexto de los entornos o ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura. Esto significa que los

estándares con los cuales se debe medir el funcionamiento de cada persona no deben ser ambientes que estén aislados o segregados por tipo de habilidad.

- (b) Una evaluación válida, ha de considerar y tener en cuenta la diversidad lingüística y cultural, además de las diferencias en los factores relativos a la comunicación y en aspectos sensoriales, motrices y comportamentales.
- (c) En una misma persona, pueden coexistir limitaciones y puntos fuertes.
- (d) Un objetivo importante a la hora de describir las limitaciones que la persona pueda presentar, es el desarrollo de un perfil de los apoyos o soportes necesarios.
- (e) Generalmente, el funcionamiento vital de la persona con "retraso mental" mejorará si se le proporcionan los apoyos personalizados adecuados durante un periodo de tiempo continuado.

Esta última propuesta, ofrece un modelo o enfoque de la discapacidad intelectual que adopta una perspectiva multidimensional y que dejan atrás sistemas de clasificación que contemplan únicamente como criterio, bien la etiología de la discapacidad, bien las medidas de inteligencia. Nos sitúa ante una forma de entender a la persona y su funcionamiento, mediante la descripción de esta, utilizando cinco dimensiones personales que engloban todos sus aspectos y los de su contexto, siendo la conducta adaptativa una de ellas: capacidades intelectuales, conducta adaptativa (conceptual, social y práctica), participación, interacciones sociales, salud (salud física, salud mental y etiología) y contexto (ambiente y cultura).

La Figura 2, sintetiza gráficamente el modelo teórico descrito.

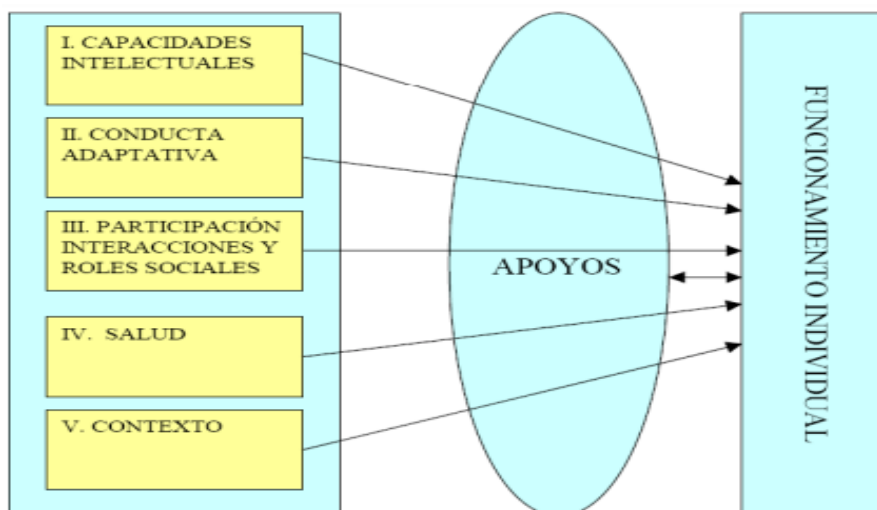


Figura 2. Modelo teórico de "retraso mental" según la AAMR en su décima edición (Luckasson et al., 2002, p.10) Tomado de Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E.M., Reeve, A. y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and system of supports (10th Ed.)*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Este nuevo modelo usa tres elementos clave: la persona, los entornos de la persona y los apoyos que se dan a la persona. Dispone de manera diferente estos tres elementos esenciales. Es un modelo multidimensional en el que las cinco dimensiones quedan filtradas o aumentadas por los apoyos para determinar el funcionamiento individual de la persona. Con otras palabras, el funcionamiento del individuo se ve a través del prisma de los apoyos actuales. Los apoyos juegan un papel mediando en el funcionamiento del individuo (Luckasson et al., 2002, p.15)

(...) Este enfoque exige una descripción comprensiva de las cinco dimensiones del sistema que incluye:

1. La existencia del retraso mental (en comparación con otras condiciones de discapacidad);
2. Una consideración de la participación, interacción y roles sociales de la persona (dentro de los entornos actuales) que ayudan u obstaculizan el bienestar personal;

3. Una consideración del estado de salud de la persona (física y mental) y la etiología relevante;
4. Los entornos y apoyos óptimos que facilitan la independencia, las relaciones, las contribuciones, la participación y el bienestar personal; y
5. Un perfil de los apoyos necesarios en base a los factores antes citados (Luckasson et al., 2002, p.15).

La Tabla 4, recoge la posible correspondencia dimensional existente entre la novena y décima edición.

Tabla 4.
Correspondencia dimensional entre la novena y décima edición de la AAMR (Luckasson et al., 1992; Luckasson et al., 2002)

Dimensiones novena Edición (Luckasson et al., 1992)	Dimensiones décima edición (Luckasson et al., 2002)
Dimensión I: Funcionamiento intelectual y destrezas adaptativa	Dimensión I: Aptitudes intelectuales
Dimensión II: Consideraciones psicológicas y emocionales	Dimensión II: Nivel de adaptación (conceptual, práctica y social) Dimensión III: Participación, interacción y rol social
Dimensión III: Consideraciones físicas y de salud	Dimensión IV: Salud (Salud física, salud mental y etiología)
Dimensión IV: Consideraciones ambientales	Dimensión V: Contexto social (ambiente, cultura y oportunidades)

Nota: Adaptado de Schalock, R. L. (1999b). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. En M. A. Verdugo y B. Jordan de Urries (Eds.), *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad.* (pp. 1-35). Salamanca: Amarú.

A continuación se resume el significado de cada dimensión en la décima edición (Luckasson et al., 2002):

- (a) Primera dimensión: *Capacidades Intelectuales*. "La inteligencia es considerada como una capacidad mental general que incluye; razonamiento, planificación, solucionar problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia" (Luckasson y cols. 2002, p.40).

El funcionamiento intelectual ha de explicarse por un factor general de inteligencia, un factor que ha de ir más allá del rendimiento académico o de la respuesta a los tests de inteligencia (aunque se siga considerando al CI como la mejor

representación del funcionamiento intelectual, siendo criterio diagnóstico un funcionamiento dos desviaciones típicas por debajo de la media), refiriéndose a la capacidad para comprender el entorno, sin olvidar la consideración de las cinco premisas anteriormente señaladas. Además, las limitaciones en dicha dimensión han de ser consideradas junto a las cuatro restantes, puesto que por sí solas no son criterio suficiente para el diagnóstico (la medición de la inteligencia varía en su relevancia según se haga para el diagnóstico o la clasificación, el diagnóstico supondría algo más).

- (b) Segunda dimensión: *Conducta Adaptativa*. Entendida como "*conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las persona para funcionar en la vida diaria*" (Luckasson y cols. 2002, p.73). Las limitaciones en habilidades de adaptación pueden coexistir con capacidades en otras áreas por lo que su evaluación ha de realizarse de manera diferencial en diversos aspectos del constructo, examinando tanto dificultades como capacidades, en contextos y ambientes significativos para la persona por edad y necesidades individuales de apoyo.

A diferencia del planteamiento realizado en la novena edición, en esta propuesta, se especifica *la necesidad de uso de medidas estandarizadas con baremos de la población general incluyendo personas con y sin discapacidad* (Luckasson y cols. 2002, p.76) para el diagnóstico de limitaciones en la conducta adaptativa, siendo criterio para considerar las mismas significativas, dos desviaciones típicas por debajo de la media (del mismo modo que al evaluar la inteligencia).

Además, la entonces AAMR, propone una serie de instrumentos psicométricos para la evaluación de la dimensión que nos ocupa y que serán descritos con detalle en el segundo capítulo de este trabajo de Tesis Doctoral, entre los que se encuentran; Las Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR (*AAMR Adaptive Behavior Scales*. Lambert, Nihira y Leland, 1993; Nihira, Leland y Lambert, 1993); la Escala Vineland de Madurez Social (*Vineland Social Maturity Scale*. Doll, 1936, 1965); las Escalas de Conducta Independiente (*Scales of Independent Behavior*. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985); y el Test Comprensivo de Conducta Adaptativa (*Comprehensive Test of Adaptive Behavior*. Adams, 1984).

- (c) Tercera dimensión: *Participación, interacciones y roles sociales*. Se refiere a la medida en que la persona participa activamente de y en su entorno y es evaluada mediante la observación directa de las interacciones que establece con su mundo material y social en la ejecución o desarrollo de actividades cotidianas.

La tercera dimensión que nos ocupa, es considerada uno de los aspectos más relevantes de la décima definición (Verdugo, 2003a), por resultar ser similar a la propuesta de plantear como alternativa a los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, los de discapacidad, actividad y participación que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001, para conocer el funcionamiento de cada persona y poder clasificar sus competencias y limitaciones.

Como veremos más adelante, ambos sistemas resaltan el destacado papel que se presta al análisis de las oportunidades y restricciones que tiene la persona para participar en la comunidad, *"la falta de recursos y servicios comunitarios así como la existencia de barreras físicas y sociales pueden limitar significativamente la participación e interacciones de las personas. Y es esta falta de oportunidades la que más se puede relacionar con la dificultad para desempeñar un rol social valorado"* (Verdugo, 2003a, p.8)

Esta dimensión, se centra en el estudio de las interacciones que la persona con discapacidad intelectual establece con los demás y del rol o roles sociales desempeñados por la misma, estableciendo que los roles sociales, han ser entendidos como el conjunto de actividades socialmente valoradas, acciones entendidas como *normales* o propias de un grupo específico de edad y que pueden referirse a aspectos personales, familiares, escolares, laborales, comunitarios, o de otro tipo.

- (d) Cuarta dimensión: *Salud (salud física, salud mental y factores etiológicos)*. Resulta importante señalar la relevancia y significatividad concedida a la salud mental. Con objeto de poder diferenciar entre una conducta o comportamiento adaptativo y otro patológico, en la novena definición de 1992 se propuso una segunda dimensión referida a consideraciones psicológicas y emocionales. Esta diferenciación a pesar de suponer un paso adelante, fue ampliamente criticada al comprobar que la

perspectiva desde la cual había de evaluarse dicha dimensión, hacía que se destacaran únicamente los problemas de comportamiento y la posible patología de la persona. Es por ello, que se propuso la extensión de sus planteamientos hacia la inclusión de aspectos no patológicos del bienestar emocional (Verdugo, 1999). Con todo ello, la AAMR incluye en su décima definición la dimensión de salud que nos ocupa en un intento de dar una respuesta a las críticas planteadas, basándose en el concepto de salud propuesto por la OMS en su carta magna o constitucional (OMS, 1948), *estado de completo bienestar físico, mental y social*, y a diferencia de lo que hizo en 1992, obvia la inclusión de la simple enumeración de etiologías existentes.

A pesar de ello, como apunta Verdugo (2003a), la décima definición se queda corta en su desarrollo, al centrarse únicamente en ubicar en esta tercera dimensión los problemas de salud mental y formular una propuesta general del concepto de salud de la OMS, habiendo sido un mejor desarrollo, desde el punto de vista del autor, aquel que incluyera una comprensión más amplia del bienestar emocional y psicológico evaluando las necesidades de apoyo de cada persona.

- (e) Quinta dimensión: *Contexto (ambientes y cultura)*. Se refiere a los escenarios, a las condiciones y ambientes interrelacionados en los cuales las personas viven y se desarrollan diariamente. El contexto es observado desde una perspectiva ecológica que comprende tres niveles diferentes, niveles todos ellos que abarcan los distintos ambientes que pueden proporcionar oportunidades y fomentar el bienestar de la persona con discapacidad intelectual; *microsistema* (espacio social inmediato, que incluye a la persona con discapacidad, la familia y a otras personas próximas); *meso sistema* (que engloba a la comunidad, la vecindad y las organizaciones que proporcionan servicios educativos, de habilitación/capacitación o apoyos); y *macro sistema* (los patrones generales de la cultura, la sociedad, los grandes grupos de población, países o influencias sociopolíticas).

Como apunta Verdugo (2003a), los ambientes inclusivos educativos, laborales, de vivienda y de ocio, favorecen el crecimiento de las personas, es por ello, que las oportunidades que estos proporcionan deben ser analizadas en relación a cinco aspectos significativos: presencia comunitaria en los lugares habituales de la comunidad; experiencias de elección y toma de decisiones (autodeterminación); competencia (aprendizaje y ejecución de actividades); respeto al ocupar un lugar

socialmente valorado y participación comunitaria con la familia, amistades y/o significativos.

La evaluación del contexto no suele realizarse con medidas estandarizadas sino que para ello se propone como componente imprescindible y necesario, el juicio clínico e integral para una comprensión del funcionamiento humano y de la provisión de apoyos individualizados.

Una de las características dominantes del sistema de 2002 es, que en lugar de hablar de un proceso de tres pasos como se hacía en 1992, se habla de la estructura del proceso de evaluación en la discapacidad intelectual que lleva a la identificación de los apoyos requeridos por la persona y que comprende tres funciones diferentes: diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos.

En la Tabla 5 puede verse la estructura de evaluación de la discapacidad intelectual propuesta en la décima edición y en la Tabla 6, una síntesis de los aspectos principales del proceso evaluativo a desarrollar.

Tabla 5.
Resumen del proceso para el diagnóstico del “retraso mental” según la AAMR, en su décima edición (Luckasson et al., 2002)

Función	Procedimiento/s
Función 1	<p>Diagnóstico del “retraso mental” (determinar si una persona debe ser seleccionada como receptora de apoyos / servicios)</p> <p>Se diagnostica “retraso mental” si:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Hay limitaciones significativas del funcionamiento intelectual. (2) Existen limitaciones significativas de la conducta adaptativa. (3) La edad de aparición es anterior a los 18 años. <p>Variación de gran importancia con respecto al sistema de 1992: En lugar de hablar de dos o más áreas de habilidades de adaptación se habla de limitaciones significativas de la conducta adaptativa. Esa limitación puede manifestarse tanto en una medida general estandarizada que englobe habilidades conceptuales, prácticas y sociales, como en uno solo de esos tipos de habilidades.</p>
Función 2	<p>Clasificación y descripción (identificación de los puntos fuertes – capacidades - y limitaciones de la persona en las cinco dimensiones, y sus necesidades de apoyos)</p> <p>Describe los puntos fuertes y las limitaciones de la persona en cada una de las cinco dimensiones establecidas por la AAMR en 2002. La finalidad y lo esencial del proceso de evaluación sería, la obtención de datos significativos para el desarrollo de un perfil ajustado de apoyos, en el que los agentes evaluadores no habrán de perder de vista el conjunto de apoyos que cada persona pueda requerir para la mejora de su funcionamiento individual.</p>
Función 3	<p>Perfil de necesidades de apoyos (identificación de los apoyos necesarios para la mejora del funcionamiento individual)</p> <p>Identificar el tipo de apoyos requeridos, la intensidad y la persona responsable de proporcionar el apoyo en cada una de las nueve áreas establecidas por la AAMR:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Desarrollo humano (2) Enseñanza y educación (3) Vida en el hogar (4) Vida en la comunidad (5) Empleo (6) Salud y seguridad (7) Conductual (8) Social (9) Protección y defensa <p>El modelo de apoyos propuesto se basa en un enfoque ecológico de comprensión de la conducta y se dirige a evaluar la discrepancia existen entre capacidades y habilidades de la persona y los requerimientos y demandas de los contextos. Este modelo de apoyos pasa por ser un aspecto clave en la concepción actual de la discapacidad intelectual por lo que se debe pensar tanto en los apoyos naturales posibles (la propia persona y otras personas) como en los que se basan en los servicios educativos, de habilitación y sociales. De su puesta en marcha depende en gran manera el que existan o no verdaderos cambios en el sistema de atención a la población con limitaciones intelectuales.</p> <p>Las funciones de los apoyos considerados como base para el uso juicioso de los mismos, son al igual que en el sistema de 1992: enseñanza, amistad, planificación económica, ayuda al empleado, apoyo conductual, ayuda en el hogar, acceso y utilización de la comunidad y atención sanitaria.</p>

Nota: Adaptado de Verdugo, M. A. (octubre, 2003). *Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad.* Ponencia presentada en el Congreso La respuesta a las necesidades educativas especiales en una escuela inclusiva, Donostia – San Sebastián. Y Verdugo, M. A. (septiembre, 2004). *Cambios conceptuales en la discapacidad.* Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de Discapacidad intelectual. Enfoques y realidad: Un desafío. Medellín, Colombia.

Tabla 6.
Aspectos principales del proceso de evaluación establecido en 2002 por la AAMR

Función	Propósitos esenciales	Medidas y herramientas	Consideraciones para la evaluación
Diagnóstico	Establecer la presencia o no de discapacidad intelectual Establecer la idoneidad de: (a) Servicios (b) Prestaciones (c) Protección legal	Evaluaciones requeridas para el establecimiento del diagnóstico de "retraso mental" (a) Test de inteligencia (b) Escala de conducta adaptativa (c) Edad de inicio documentada (d) Medidas de desarrollo (e) Historia social y expediente educativo	(a) Correspondencia entre medidas y propósitos (b) Características psicométricas de las pruebas o herramientas seleccionadas (c) Adecuación a las características de la persona (grupo de edad, cultura, lengua materna, medio de comunicación, género, limitaciones sensorio-motoras) (d) Capacitación del examinador/a (e) Características del examinador/a y sesgo potencial (f) Consistencia con estándares, normas y prácticas profesionales (g) Selección de los informadores/as (h) Contexto y ambientes relevantes (i) Roles sociales, participación e interacciones (j) Oportunidades – experiencias (k) Historia clínica y social (l) Factores de salud física y mental (m) Conducta en situación de evaluación (n) Metas personales (ñ) Información del equipo
Clasificación	Agrupamiento para: (a) La financiación de servicios (b) La investigación (c) Ofrecer servicios ajustados y significativos (d) Obtener información sobre determinadas características	(a) Escalas de intensidad de apoyos (b) Rangos o niveles de CI (c) Categorías o modalidades de educación especial (d) Evaluaciones ambientales (e) Sistemas de factores de riesgo etiológicos (f) Niveles de conducta adaptativa (g) Medidas de salud mental (h) Niveles de financiación (i) Categorías de prestaciones	
Planificación de Apoyos	Mejora de los funcionamiento personal, proporcionando apoyos para mejorar: (a) resultados (b) implementar decisiones personales (c) Asegurar derechos humanos	(a) Planificación centrada en la persona (b) Recursos para la apreciación personal (auto – informe) (c) Inventarios ecológicos (d) Test de desarrollo (e) Evaluación de sensorial, motora, del habla/lenguaje (f) Pruebas de rendimiento (g) Escalas de intensidad de apoyo (h) Evaluación funcional de la conducta (i) Plan de apoyo conductual (j) Plan de apoyo a la familia (k) Plan autodirigido (l) Elementos requeridos de y para la planificación individual: PIAF, PEI, PIT, PPI y PIH*	

Nota: Adaptado de Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and system of supports (10th Ed.)*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

* El significado de los elementos requeridos para la planificación individual es el siguiente: PIAF (Plan Individual de Apoyos para la Familia); PEI (Programa Educación Individual); PIT (Plan Individual de Transición); PPI (Plan de Programa Individualizado); PIH (Plan Individualizado de Habilitación).

El proceso de evaluación y planificación de los apoyos propuestos en 2002 por la AAMR en su décima edición para la confección de perfiles de soportes adecuados y ajustados, queda resumido según Verdugo (2003a) en los siguientes cuatro pasos:

- (a) Identificación de las áreas de apoyo relevantes entre las nueve ya citadas y enumeradas en la Tabla 5,
- (b) Identificación de las actividades de apoyo relevantes por cada una de las áreas de apoyo de acuerdo con los intereses y preferencias de la persona con discapacidad y con la probabilidad de participar en ellas,
- (c) Valoración del nivel o intensidad de las necesidades de apoyo de acuerdo con la frecuencia, la duración y el tipo de apoyo, y
- (d) Elaboración del Plan de Apoyos Individualizado que refleje a la persona: sus intereses y preferencias; las áreas y actividades de apoyo necesitadas; los contextos y actividades en las cuales la persona probablemente participará; las funciones específicas de apoyo dirigidas a las necesidades identificadas; énfasis en los apoyos naturales; las personas responsables de proporcionar las funciones de apoyo; los resultados personales; y un plan para el control de la provisión y los resultados personales de los apoyos proporcionados.

El modelo de evaluación propuesto sin embargo, no especifica los parámetros o varemos que pudieran resultar útiles para el desarrollo pleno del tercer paso del proceso de evaluación descrito.

La décima edición, tras su difusión y conseguir la aceptación del cambio de paradigma propuesto por gran parte de la comunidad científica y profesional, enfatiza la necesidad de reducir el peso de las puntuaciones CI en el diagnóstico de la discapacidad intelectual y pretende, operacionalizar con claridad la naturaleza multidimensional de la misma, marcando directrices de buenas prácticas para el diagnóstico, la clasificación y la planificación de apoyos, entendidos estos, como recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de una persona y la mejora del funcionamiento individual.

El retraso mental se refiere a un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional, y está afectado positivamente por los apoyos individualizados (Luckasson et al., 2002)

Esta propuesta además, apuesta porque la conducta adaptativa pueda ser entendida y representada por habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria, en vez de por las diez habilidades hasta el momento consideradas. Mantiene por el contrario, características importantes de la anterior edición, como el término de "retraso mental" (en lugar de discapacidad intelectual), si bien la propia organización modificó unos años después su nombre para pasar a denominarse *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* AAIDD (Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo), la orientación funcional y el énfasis en los apoyos (aspecto del que se ha ocupado mucho la investigación en los años que han transcurrido entre una propuesta y otra) (Verdugo, 2003a), los tres criterios diagnósticos incluidos también en definiciones previas como la formulada en 1983 (limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, en conducta adaptativa – concurrente y relacionada - y manifestación durante el periodo de desarrollo) y el compromiso de desarrollo de un sistema de clasificación basado en las intensidades de los apoyos.

Las principales novedades de la décima concepción serían por tanto, la propuesta de un nuevo modelo teórico, la suma de una dimensión más (Participación, interacciones y roles sociales), la precisión del contenido de otras dimensiones y la propuesta de un marco de referencia para la evaluación que supera, la anterior propuesta de un proceso compuesto por tres pasos. A estas cuestiones, se le suma el avance en la planificación de los apoyos y determinación de la intensidad de los mismos, la mayor precisión en la medición de la inteligencia y la conducta adaptativa (organizado en torno a las habilidades conceptuales, sociales y prácticas) y el examen con detenimiento de lo que supone el juicio clínico, orientando como aplicarlo, además de relacionar el sistema propuesto, con otros sistemas clasificatorios de interés y que serán descritos en próximos apartados de este mismo capítulo.

Resulta fascinante apreciar la rapidez con la que se suceden cambios conceptuales profundos que implican nuevas y mejores prácticas que conducen directamente a mejorar

las condiciones de vida y las posibilidades de independencia de las personas con limitaciones intelectuales. Basándonos en reflexiones a tener en cuenta para una mejor comprensión del cambio de concepción sobre la discapacidad intelectual, realizadas por autores como Egea y Sarabia (2004) cabe destacar; el tiempo invertido hasta llegar a la décima definición de la AAMR y que la propia asociación no da por cerrada en 2002, abriendo un periodo de transición hasta llegar a una nueva ya emitida en 2010 y de la que daremos cuenta en el siguiente apartado; la utilización aún, de términos como "retraso mental" de matiz estigmatizante y por último, la existencia de premisas específicas para la aplicación de la definición que puede crear diferencias en la concepción que se aplica a personas diferentes, que en sí mismas pueden tener capacidades iguales, pero que dependiendo de factores externos, pudieran ser catalogadas de forma distinta.

1.4. LA CONDUCTA ADAPTATIVA Y EL MODELO TEÓRICO DE LA DECIMO PRIMERA EDICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DEL DESARROLLO, AAIDD (SCHALOCK ET AL., 2010)

En 2010, la ya denominada desde 2007, Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, AAIDD), en un intento de adaptar el lenguaje utilizado a la perspectiva ecológica y al sistema de apoyos que venía ya promoviendo desde 1992 en su novena edición (Luckasson et al., 1992), sustituye el término hasta ese momento utilizado de "retraso mental" por el de *discapacidad intelectual*. El nuevo término, tal y como apuntan Schalock y sus colaboradores (2010) y posteriormente Verdugo (2011) en la adaptación al castellano del manual, cubre la misma población de personas que el término de "retraso mental", es decir, que cada persona que eso era elegible para un diagnóstico de "retraso mental", pasa a ser elegible para un diagnóstico de discapacidad intelectual.

La nueva edición, como puede comprobarse en la Tabla 1, considera al igual que se hacía en la décima, que la discapacidad intelectual se caracteriza por: (a) limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual; (b) junto con limitaciones significativas en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado, en habilidades conceptuales (lenguaje,

lectura y escritura, y conceptos relativos al dinero, el tiempo y los números), sociales (habilidades interpersonales, responsabilidad social, autoestima, candidez, ingenuidad, seguimiento de reglas y normas, evitar la victimización y resolución de problemas sociales) y prácticas (actividades de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, habilidades ocupacionales, manejo del dinero, seguridad, cuidado de la salud, viajes/desplazamientos, programación/rutinas y uso del teléfono); (c) limitaciones que aparecen antes de los 18 años (Schalock et al., 2010; Verdugo, 2011). Por tanto, no se modifican los criterios diagnósticos establecidos con respecto a la definición anterior, ni tampoco el modelo teórico compuesto por cinco dimensiones propuesto en 2002 y descrito en apartados anteriores y cuya representación gráfica presentamos en la Figura 2.

Con la nueva definición, continúa predominando la perspectiva ecológica y multidimensional en la forma de entender la discapacidad intelectual (el funcionamiento humano y la presencia de discapacidad intelectual implica la interacción dinámica y recíproca entre habilidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyos individualizados), donde la conducta adaptativa sigue siendo conceptualizada como *"el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria"* (Schalock et al., 2010, p.15; Verdugo, 2011, p.80).

Además, el funcionamiento intelectual, es considerado como un término más amplio que el de *capacidades intelectuales o inteligencia*. El funcionamiento intelectual, en este sentido, refleja la consideración de que el comportamiento inteligente mostrado por una persona, depende además de otras dimensiones del funcionamiento humano; depende de la conducta adaptativa que esta muestre; de su estado de salud físico y mental; de las oportunidades que posee para participar en actividades vitales significativas, funcionales e importantes; y depende, del contexto en el cual desarrolla su vida diaria (Schalock et al., 2010).

En esta última edición, al igual que ocurría en con la anterior (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010), el constructo de conducta adaptativa y las habilidades que la componen, se sustenta en la revisión de trabajos de análisis factorial que han ido dando cuenta de las mismas, considerando que la multidimensionalidad del mismo, viene representada por un amplio conjunto o abanico de habilidades conceptuales, sociales y prácticas (Mathias y Nettelbeck, 1992; Tassé y Craig, 1999; Thompson, McGrew y Bruininks,

1999; Widaman y McGrew, 1996). Ahora bien, como una de las consecuencias de los múltiples trabajos de análisis factorial realizados y de sobre los que daremos cuenta de manera más detalla en el próximo capítulo de este trabajo de Tesis Doctoral, a diferencia de lo que sucedía en definiciones anteriores, en las dos últimas ediciones (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010), es eliminada la dimensión de *competencia física y motorica* a la hora de hablar de conducta adaptativa, considerando que su evaluación ha de realizarse en el contexto de la dimensión salud (cuarta dimensión) (Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Tompson, McGreew y Bruininks, 1999).

Por tanto, tres son las dimensiones que integran el constructo de conducta adaptativa (Greenspan y Grandfield, 1992; Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Luckasson et al., 2002; Schalock et al. 2010; Thompson, McGrew y Bruininks, 1999; Widaman y McGrew, 1996; Widaman, Stacy y Borthwick-Duffy, 1993): *habilidades conceptuales* que incluyen factores cognitivos, de comunicación, habilidades académicas, autodeterminación y lenguaje; *habilidades prácticas o habilidades para la vida independiente* que vienen dadas por la capacidad física para el mantenimiento personal, actividades profesionales y de la vida diaria; y, *habilidades sociales o de competencia social* que se refieren a habilidades necesarias para las relaciones sociales e interpersonales, competencia emocional y social y responsabilidad.

En la Tabla 7, se muestra el desglose de las dimensiones de conducta adaptativa contempladas en la décima y decimo primera definición de la AAMR y la AAIDD respectivamente (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010) y en paralelo las habilidades contempladas en la novena definición de 1992 de la entonces AAMR (Luckasson et al., 1992).

Tabla 7.

Dimensiones de conducta adaptativa contempladas en la décima y decimo primera definiciones de la AAMR y la AAIDD respectivamente (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010)

Áreas de habilidades de la conducta adaptativa establecidas en la décima edición (2002)	Habilidades representadas en la décima (2002) y decimo primera (2010) definición	Áreas de habilidad incluidas en la novena definición (1992)
Conceptual	Lenguaje expresivo y receptivo Lectura y escritura Conceptos monetarios Autodirección	Comunicación Académico funcionales Autodirección Salud y seguridad
Social	Habilidades interpersonales Responsabilidad social Autoestima Ingenuidad Inocencia/candidez Seguimiento de reglas y normas Cumplimiento de leyes Evitar la victimización	Habilidades sociales Ocio
Práctica	Actividades de la vida diaria (comida, transferencia, movilidad, aseo y vestido) Actividades instrumentales de la vida diaria (preparación comida, limpieza del hogar, transporte, toma de medicación, manejo del dinero, uso del teléfono) Habilidades ocupacionales Mantenimiento de ambientes seguros	Autocuidado Vida en el hogar Uso comunitario Salud y seguridad Trabajo

Nota: Adaptado de Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and system of supports (10th Ed.)*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation; Luckasson, R. L., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnick, D. M. y Stark, J. A. (1992). *Mental retardation: Definition, classification and systems or support*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. Y Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V., Buntix, W.H.E., Coulter, M.D., Craig, E.M., Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snmell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompsonm J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L. y Yeager, M. H. (2010). *Intellectual Disability. Definition, classification and systems of supports (11th Ed.)*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

En la actualidad, existen multitud de definiciones sobre el constructo de conducta adaptativa, siendo la más aceptada la propuesta realizada en 2002 por la AAMR (Luckasson et al., 2002) y que la AAIDD ha mantenido en su última edición (Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2007a, 2007b; Wehmeyer et al., 2008). Todas ellas, enfatizan aspectos como: (a) que la conducta adaptativa refleja el funcionamiento de cada persona a la hora de dar respuesta a sus necesidades físicas y a su participación como miembro de la comunidad a la que pertenezca; (b) que la conducta adaptativa es reflejo del desempeño habitual de

una persona y no la ejecución máxima que esta pudiera llegar a alcanzar en tareas determinadas; (c) que las limitaciones significativas en conducta adaptativa han de ser consideradas en el marco de contextos acordes a la edad cronológica y grupo cultural al que pertenece la persona con discapacidad intelectual; (d) la inteligencia y la conducta adaptativa son conceptos y constructos diferentes pero a su vez muy relacionados, por lo que ambos pueden ser concebidos teniendo en cuenta un modelo triárquico de habilidades sociales, conceptuales y prácticas; y finalmente, (e) destacan el carácter social de la discapacidad y la capacidad individual para mantener o iniciar relaciones sociales de un modo responsable y significativo.

A partir del momento en el que la conducta adaptativa fue considerada como criterio diagnóstico fundamental e imprescindible en el campo de la discapacidad intelectual, el establecimiento de una definición operativa del constructo ha sido objeto de un gran debate. Según Greenspan (1997), la conducta adaptativa desde un punto de vista operativo, podría ser definida como la inteligencia aplicada por las personas para la resolución de situaciones cotidianas, o como el logro de las habilidades necesarias para una adaptación exitosa. Para Bruininks, McGrew y Maruyama (1988), también pudiera ser conceptualizada en función de la disminución o eliminación de comportamientos que interfieren con un ajuste efectivo y significativo en entornos habituales para cada persona, o como señalan Ditterline y Oakland (2009), como las capacidades de cada uno/a para satisfacer las responsabilidades de la vida diaria y responder a las necesidades de los demás. De acuerdo con Verdugo y Schalock (2010), una definición operativa es aquella que establece los límites del término y separa lo que no está incluido dentro del mismo, distinguiéndose de una definición *constitutiva*, que define el constructo en función de su relación con otros.

Pese a que como se especificaba en párrafos anteriores, la definición de conducta adaptativa establecida por la AAIDD no varía significativamente entre las dos últimas ediciones (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010), la definición más reciente otorga mayor énfasis a las dimensiones de credulidad e ingenuidad dentro de las habilidades sociales, considerando que estas pueden proporcionar información clave para el diagnóstico de discapacidad intelectual, al dar cuenta de la posible victimización de las personas, especialmente en aquellos casos en los que existen ligeras limitaciones en el funcionamiento intelectual (Greenspan 1999, 2006; Greenspan, Loughlin y Black, 2001). Sin embargo, y salvo herramientas como la que en breve se prevé estará a disposición de los profesionales del ámbito, la DABS (*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*. Tassé, Schalock, Balboni,

Bersani, Duffy, De Valenzuela, Spreat, Thissen, Widaman y Zhang, 2008) una escala de conducta adaptativa diseñada por la AAIDD y adaptada a nuestro contexto español por investigadores del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca (INICO) (Verdugo, Arias y Navas, 2014) o el Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa-II (*Adaptive Behavior Assessment System-II, ABAS II*. Harrison y Oakland, 2003; Montero y Fernández-Pinto, 2013) que podrán resultar de gran utilidad en el cambio hacia el logro de mejores prácticas de evaluación (Montero, 2015; Navas, Verdugo y Arias, 2015; Rueda, 2015), el resto de medidas existentes para la evaluación de la conducta adaptativa, cubren básicamente la evaluación de habilidades sociales básicas necesarias para el desempeño correcto en las rutinas del día a día, olvidando aquellas que son particularmente importantes en el caso de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo de alto funcionamiento.

Del mismo modo, y a pesar del fuerte apoyo que gran parte de medidas existentes para la evaluación de la conducta adaptativa otorgan a la dimensión de *conducta desadaptativa* (término utilizado para hacer referencia a los problemas de conducta o conductas no deseables que pueden interferir en la puesta en marcha o ejecución de las habilidades adaptativas), esta es una dimensión no contemplada en la evaluación y el diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa, al existir en la actualidad, un acuerdo general a cerca de que la presencia de niveles clínicamente significativos de problemas de conducta no implica el cumplimiento del criterio de limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo (Bortgwick-Duffy, 2007; Greenspan, 1999; Tassé, 2009). Esta decisión consensuada, responde a varios motivos. En primer lugar, porque la presencia de una enfermedad mental o de comportamientos que puedan interferir el desempeño satisfactorio de las actividades diarias de una personas, ha de ser considerada como un problema de conducta y no como la ausencia de conducta adaptativa, si bien, estos problemas son más que significativos a la hora de establecer el tipo de servicios requeridos por la persona, se consideran irrelevantes de cara al diagnóstico de discapacidad intelectual, considerando así mismo, que tales comportamientos, pueden constituir la respuesta de entornos inadaptados a las necesidades que personas con dificultades en destrezas de comunicación alternativas (Schalock, 1995). Además, existe la posibilidad de que personas con un elevado nivel desempeño en habilidades adaptativas, presenten problemas de conducta debido a la presencia de alguna enfermedad mental, lo cual, no tiene porqué hacerlos elegibles para un diagnóstico de discapacidad intelectual (Tassé, 2009, 2013). En segundo lugar, las correlaciones encontradas en distintas investigaciones entre las

dimensiones de conducta adaptativa y la conducta desadaptada, son generalmente muy bajas (Harrison, 1989; Tassé, 2009), mostrando una tendencia a ser mayores en muestras de personas con niveles severos de discapacidad intelectual. De este modo, las conductas disruptivas, a pesar de ser importantes para la interpretación de las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad en instrumentos válidos y fiables para la evaluación de la conducta adaptativa, no han de ser consideradas como ausencia de conducta adaptativa (Durand y Crimmins, 1998; Durand y Kishi, 1987).

Ambas ediciones (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010) entienden que las limitaciones en conducta adaptativa vienen dadas por la incapacidad para responder a los cambios vitales y las demandas del contexto y que incluyen; (a) no saber cómo realizar una habilidad (déficit de adquisición); (b) no saber cuándo utilizar habilidades ya aprendidas o adquiridas (déficit de desempeño); y (c) otros factores motivacionales que puedan influir negativamente en la manifestación de una habilidad determinada (déficit de desempeño). Limitaciones que por otra parte, deben de ser consideradas a la luz de las otras cuatro dimensiones (habilidades intelectuales, participación, salud y contexto) propuestas en el sistema de 2002 (Luckasson et al., 2002) y que se mantienen en la propuesta de 2010 (Schalock et al., 2010). Finalmente, para considerar la existencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa en ambas definiciones (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010), se especifican directrices para su medición y evaluación de las que hablaremos con mayor detalle en el próximo capítulo, y se contempla al igual que en el caso de las puntuaciones CI, el criterio de dos desviaciones típicas por debajo de la media.

A partir del modo de concebir la conducta adaptativa en la dos últimas definiciones (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010) y como ya se especificó en el punto anterior de este capítulo, se generan dos aspectos clave y significativos relacionados con el modo de evaluar el constructo y que serán detallados a lo largo del capítulo segundo de este trabajo de Tesis Doctoral. Estos aspectos se resumen de la siguiente forma: (a) las limitaciones en habilidades adaptativas a menudo coexisten con capacidades en otras áreas de habilidades adaptativas; y (b) la evaluación de las habilidades adaptativas de cada persona ha de realizarse en los ambientes o contextos comunitarios y culturales que son típicos para sus iguales en edad, teniendo en cuenta la necesidad de apoyos individualizados y que la posible presencia o ausencia de habilidades adaptativas tendrá mayor o menor relevancia dependiendo del propósito u objetivo del proceso de evaluación: el diagnóstico, la clasificación o la planificación de apoyos.

1.5. LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN OTROS SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las limitaciones significativas en conducta adaptativa como uno de los tres criterios diagnósticos de discapacidad intelectual no son sólo contempladas en el momento actual por la AAIDD (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2007a, 2007b; Wehmeyer et al., 2008). Reconocidos manuales de diagnóstico y clasificación internacional siguen este mismo criterio (Lacavalier, Tassé y Lévesque, 2002). La clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 (*World Health Organization, WHO, 1993*) y los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales, DSM-IV, DSM-IV-TR y DSM V, propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1994, 2000 y 2013 respectivamente (*American Psychiatric Association, APA, 1994, 2000, 2013*), comparten un modelo similar, subrayando la importancia del conjunto de los tres criterios: funcionamiento intelectual, conducta adaptativa y edad de inicio anterior a los 18 años.

Otros modelos internacionales de clasificación, reflejan el modelo multidimensional de la discapacidad propuesto por la AAIDD, como es el caso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF (OMS, 2001), que, a pesar de ser un marco conceptual para la descripción de todos los estados relacionados con la salud y no servir de herramienta diagnóstica (Buntix y Schalock, 2010), comparte como veremos, muchos de los principios conceptuales presentes en las últimas ediciones de "retraso mental" y discapacidad intelectual de la AAMR (Luckasson et al., 2002) y la AAIDD (Schalock et al., 2010) respectivamente (Buntix, 2006). Un enfoque multidimensional de la discapacidad centrado en la persona, que contempla tanto las capacidades como las limitaciones de esta, permitiendo a su vez identificar los apoyos que cada una precisa y en el que conceptos como el de participación o el de entorno, adquieren una importancia más que significativa para la comprensión del funcionamiento individual (Crespo, Campo y Verdugo, 2003a).

Durante las tres últimas décadas, se ha llevado a cabo un gran esfuerzo por desarrollar sistemas de clasificación y de evaluación diagnóstica cada vez más sofisticados, sistemas que permitan la obtención de información cada vez más completa y fiable, para el

establecimiento de políticas más ajustadas y realistas, que promuevan en última instancia, la igualdad de oportunidades para todos/as.

Estos sistemas, han ido modificándose y revisándose en el tiempo, en un intento por evitar el efecto estigmatizante de enfoques biomédicos, por lo que en este apartado, además de destacar los aspectos más significativos de los mismos, trataremos de describir la evolución acontecida en cada sistema, comenzando por la familia de clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud, haciendo especial mención a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (en adelante CIF) (OMS, 2001) y al proceso de revisión y modificaciones de anteriores clasificaciones que ha permitido la elaboración y el desarrollo de la misma, sin olvidar la décima y última revisión de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (en adelante, CIE-10) (OMS, 1993). Posteriormente, serán especificados los criterios diagnósticos empleados por la Asociación Americana de Psiquiatría en las distintas ediciones de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM).

1.5.1. La conducta adaptativa en los sistemas de diagnóstico y clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Las consecuencias de la enfermedad en las diferentes dimensiones de la vida de la persona afectada por la misma, han sido objeto de diversos intentos de clasificación y sistematización a lo largo de la historia. Dichos intentos, han ido proporcionando visiones parcialmente adecuadas en las diversas disciplinas orientadas a la enfermedad, su resolución y sus secuelas. La atención a la salud, ha experimentado una evolución significativa desde lo meramente paliativo, a la prevención, y desde la mera "recuperación", a la intervención integral considerando a la persona en su globalidad. Así, el concepto de salud ya no es considerado como la ausencia de enfermedad, sino como define la OMS en 1948 (OMS, 1948) en su carta magna o carta constitucional, la salud es "el completo estado de bienestar físico, psíquico y social de las personas y no meramente la ausencia de enfermedad o debilidad", teniendo en cuenta además de la desaparición de la enfermedad, el conjunto de secuelas orgánicas que esta haya podido dejar, las consecuencias que en caso de existir estas se puedan producir en la persona y su influencia en la relación que la misma pueda establecer con sus entornos habituales y significativos.

De este modo, para comprender y analizar en detalle la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) que la OMS elabora en 2001, y como punto de partida de la misma, es necesario realizar un repaso de los contenidos y las aportaciones realizadas previamente por dicha organización, con la *Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías* (en adelante CIDDM) (OMS, 1980).

La CIDDM, fue puesta en marcha por primera vez en los años setenta (en 1972 la OMS desarrolló un esquema preliminar contemplando las consecuencias de la enfermedad) y publicada en 1980 como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida de cada persona (Egea y Sarabia, 2001a, 2001b; Pertejo, 1993).

El cometido de la CIDDM era, servir de complemento a la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* (más conocida como *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, en adelante CIE y de la que se hablará con más detalle según avancemos en este apartado), con objeto de establecer un catálogo, un marco conceptual sobre información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos, tanto en el cuerpo del individuo, como en su persona y en su relación con la sociedad, más allá de la mera recopilación de cuáles pueden ser las causas de la misma (Egea y Sarabia, 2001a). La CIE, responde a un modelo o esquema lineal, en cuya secuencia sus componentes se especifican por separado y de forma diferente dentro de la clasificación. Dicha secuencia, podría ser representada como un continuo lineal que comienza en la *etiología* que da lugar a una *patología* con su consecuente *manifestación* (OMS, 1997, p.41).

La CIDDM en ese intento de reflejar las dimensiones o niveles de las consecuencias de la enfermedad, adoptó por tanto, el modelo secuencial derivado del modelo lineal de la CIE (modelo clínico de enfermedad) pero recogiendo los tres procesos propuestos en la misma (la repercusión en el órgano o su función –deficiencia-, la que se produce en la propia persona –discapacidad– y la que tiene lugar en la relación de la misma con su entorno –minusvalía- (OMS, 1997, p.66). De este modo, en esta primera clasificación (CIDDM), se introdujeron los conceptos de: *enfermedad* clasificada por la OMS en la CIE, y entendida como una *situación intrínseca*, que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente; *deficiencia* definida y entendida como "*toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica*" (OMS, 1997, p.62), por tanto,

la deficiencia es definida como las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. En principio, las deficiencias representan trastornos en el ámbito del órgano; *discapacidad* definida como "*toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano*" (OMS, 1997, p.64), es decir, que la discapacidad reflejaría la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo, por tanto, la discapacidad representa para la CIDDM, trastornos en el ámbito de la persona; y *minusvalía* entendida como "*una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)*" (OMS, 1997, p.65). El concepto de minusvalía resultó ser por tanto, un término que hacía referencia a las desventajas experimentadas por la persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, por lo que, la minusvalía reflejaba la interacción y adaptación la persona a su entorno.

Por otra parte, aunque la representación gráfica del modelo descrito, diera la impresión de que existía una progresión lineal unidireccional de los niveles propuestos por la CIDDM que condujera a la interpretación de "necesariamente implica" o "pueden conducir a", la situación era en realidad más compleja, dado que la secuencia de pasos podía ser incompleta o bidireccional, es decir, una minusvalía podía ser consecuencia de una deficiencia sin que mediase un estado de discapacidad.

Los aspectos fundamentales a tener en cuenta sobre los que incidía la CIDDM son (Egea y Sarabia, 2001b): (a) La utilización indistinta de términos que han podido ir degenerando con el uso a lo largo de los años, produce desconcierto, resultando necesaria la diferenciación clara de los tres procesos que se dan, debidos a las consecuencias de la enfermedad; (b) tras clasificarse de manera exhaustiva las enfermedades en la CIE, en un intento de mantener la coherencia en la forma de obrar, las consecuencias debieran seguir un procedimiento catalogador congruente con dicha clasificación que abarcara de forma ordenada todas las áreas en los tres niveles de la CIDDM; y por último, (c) debiera darse la posibilidad de medir las consecuencias de la enfermedad.

Desde su instauración en 1980 la CIDDM fue ampliamente utilizada en todo el mundo (Egea y Sarabia, 2004) y por supuesto también en nuestro país, sirviendo de base

para un amplio desarrollo de medidas legislativas y de actuaciones en el campo de la provisión de servicios para personas con discapacidad (Herrera, 2004).

Además, los conceptos utilizados en la CIDDM, suscitaron gran interés y sus aplicación se extendió a diversos ámbitos y realidades profesionales; el campo de la seguridad social, el diseño, la realización de encuestas para la descripción de las circunstancias en las que se hallaban las personas con discapacidad en diversos contextos, y a otros sectores como la evaluación de la capacidad laboral, la demografía, la evaluación de las necesidades comunitarias, el urbanismo y la arquitectura (OMS, 1997). Tanto es así, que en las instituciones sanitarias, la CIDDM sirvió para la determinación de la cantidad y las características del personal sanitario necesario, el análisis de la atención dispensada a la persona en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento y la evaluación de los resultados de éste, así como las modalidades y usos de los servicios asistenciales. De la misma manera, fue funcional para la determinación de las necesidades de las personas con discapacidad en la comunidad, para la identificación de situaciones discapacitantes en entornos sociales y físicos, y para la formulación y toma de decisiones políticas necesarias para la mejora de la calidad de vida cotidiana, incluidas las modificaciones del entorno físico y social (Vázquez, Herrera, Ramos y Gaité, 2001). En los sectores relativos a la seguridad social, al trabajo y al empleo, la CIDDM permitió o facilitó diversas actividades con miras a la toma de decisiones sobre subsidios, orientación individual y la denominación de las discapacidades, evaluación de las aptitudes para el trabajo, acceso a la asistencia institucional, etc. El marco ofrecido por la CIDDM, fue utilizado con éxito por demógrafos, epidemiólogos, urbanistas, responsables de la gestión y personal estadístico en la realización de encuestas sobre distintas discapacidades. Por último, en el ámbito conceptual, el empleo de la CIDDM modificó la manera de considerar y destacable la discapacidad, a las personas con discapacidad y el papel que estas desempeñan en entornos físicos y sociales en procesos discapacitantes. También modificó las reacciones en las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión tanto a nivel de gobiernos, como a nivel de organizaciones. En este sentido, cabe destacar la labor realizada por tres organismos públicos de la Administración Española (Egea y Sarabia, 2001b): (a) El *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*, como principal valedor de la CIDDM en los países de habla hispana, fomentando su uso, propiciando la investigación y financiando iniciativas de formación y uso normativo de los conceptos en que se basa dicha clasificación; (b) El *Instituto de Migraciones y Servicios Sociales* (en adelante IMSERSO), antes *Instituto Nacional de Servicios Sociales* (en adelante INSERSO) por la traducción y homologación de

la versión en castellano de la clasificación, así como por el impulso dado a las encuestas que utilizaron la terminología CIDDM y la edición de estudios que se basaron en datos recabados mediante las mismas; y (c) El *Instituto Nacional de Estadística* (en adelante INE) por la realización de una encuesta nacional sobre la población con discapacidad utilizando términos y conceptos de la clasificación CIDDM.

A pesar del valor y significatividad de la CIDDM a lo largo de más de dos décadas, fueron identificadas en una serie de limitaciones y convertidas a su vez en críticas significativas (Herrera, 2004; Vázquez, 2003; Vázquez, Herrera, Ramos y Gaité, 2001, 2003):

- (a) La principal crítica que se hizo a la CIDDM, fue la relacionada con el modelo conceptual en el que se sustentaba. Dicho modelo, aun cuando permitía distinguir entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, no informaba suficientemente sobre la relación existente entre dichos conceptos. Así, se echaba de menos la presencia de una formulación que fuese menos lineal y que incorporase una interacción más clara entre los distintos elementos, que no sugiriera de manera tan directa una causalidad y que fuese más compleja, de forma que en ella se incorporasen de manera más activa otros elementos que, como los factores contextuales, se había visto que eran relevantes en la discapacidad.
- (b) La segunda crítica, fue relativa al "abordaje negativo" que aportaba al estudio y clasificación del estado de salud de la persona. A pesar de que resulta más interesante y funcional conocer el conjunto de habilidades adquiridas y conservadas en cada persona, basándose en la clasificación que nos ocupa, únicamente se obtenían descripciones detalladas de aquellos aspectos perdidos o limitados en la misma.
- (c) La falta de una estructura clara que cumpliera todas las reglas de una clasificación jerárquica, se convirtió en la tercera crítica significativa emitida sobre la clasificación.
- (d) El escaso énfasis que en ella se hacía de los modelos sociales y su excesiva medicalización, tampoco fueron cuestiones pasadas por alto.
- (e) Por último, también fue destacada la presencia de problemas en la definición y organización de los conceptos incorporados por la clasificación. Así, por ejemplo, hubo quien planteó que las definiciones propuestas para los conceptos de deficiencia y discapacidad se prestaban a confusión, generando problemas a la hora de separar

discapacidades y deficiencias, lo que hacía que existieran problemas de aplicación y utilización práctica de dichos conceptos.

Por lo tanto, parecía esencial para la difusión de la CIDDM, el desarrollo de definiciones para los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía que fueran claras, prácticas y sistemáticas, que no se prestasen a una mala interpretación, y que no poseyeran connotaciones que pudiesen estigmatizar o disponer a las personas en situación de desventaja, considerándose de vital importancia la utilización de una terminología neutral.

Por otra parte, se decidió estandarizar las definiciones de las "condiciones de salud", así como realizar una valoración transcultural que permitiese depurar todos aquellos conceptos o ejemplos demasiado vinculados a un contexto cultural determinado.

Con objeto de subsanar las deficiencias en la CIDDM apuntadas, en 1993 la OMS puso en marcha el proceso de revisión de dicha clasificación para generar lo que provisionalmente se denominó la CIDDM-2. Los principios esenciales sobre los que se fundamentaba dicho proceso, estaban dirigidos a posibilitar que con la nueva clasificación fuese posible, aplicar el modelo bio-psico-social de discapacidad, introducir en el modelo teórico el concepto de universalidad de la discapacidad, crear un instrumento que enfatizase los elementos positivos de la persona y no los aspectos estigmatizantes y cómo no, establecer un lenguaje común, aplicable transculturalmente, que permitiera describir de manera fiable y replicable los estados funcionales inherentes a las "condiciones de salud" de las personas (Vázquez, 2003).

Para la ejecución de este proceso de revisión, la OMS generó y gestionó un extenso equipo internacional. Sin intentar ser demasiado exhaustivos, en la Tabla 8 se recogen los hitos principales del proceso de revisión que condujeron al establecimiento de una nueva clasificación por parte de la OMS.

Tabla 8.
Resumen del proceso de revisión de la CIDDM

Año	Acontecimiento
1976	La OMS aprueba a modo de ensayo con propósito experimental, la CIDDM como manual de las consecuencias de la enfermedad.
1980	Se publica la versión oficial (en Ingles) de la CIDDM.
1983	El entonces INSERSO publica la versión oficial en castellano de la CIDDM. Naciones Unidad publica su programa de Acción Mundial para personas con discapacidad cuya terminología en la versión castellana no coincide con la propuesta por el entonces INSERSO en la traducción de la CIDDM, es por ello, que en 1988 el entonces Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías publica una traducción armonizada.
1986	El INE, realiza una encuesta de ámbito nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, tomando como referencia los conceptos y la terminología utilizada por la OMS en la CIDDM.
1987	Se constituye una red técnica de centros colaboradores de la OMS en materia de aplicación y desarrollo de la CIDDM (ninguno ubicado en países de habla hispana). Establecimiento de un Comité de Expertos para la aplicación de la CIDDM en el consejo de Europa.
1989	El Consejo de Europa publica un documento sobre el uso de la CIDDM
1991	El Equipo de Revisión y Actualización de la Clasificación Internacional de Minusvalías (RACIM) por encargo del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías realiza un estudio sobre la aplicación de la CIDDM en España y países de habla hispana.
1992	En la reunión anual sobre CIDDM celebrada en Zoetermeer (Holanda), se revisan algunos ítems de la CIDDM y se redacta una nueva introducción. Por otra parte, se acuerda el impulso del proceso de revisión asignando diversas responsabilidades a los centros colaboradores de la OMS. El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías hace llegar a la OMS una propuesta sobre la CIDDM.
1993	En la reunión anual sobre CIDDM celebrada en Washington, se programa el proceso de revisión y se distribuyen tareas y responsabilidades entre los centros colaboradores. La OMS publica una reimpresión de la CIDDM donde desaparece la mención "para ensayo" y añade un nuevo prólogo donde son reconocidas las aportaciones realizadas por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías. Durante el proceso de revisión, se tuvieron presentes consideraciones como; que la clasificación en tres niveles (deficiencia, discapacidad y minusvalía) había sido de gran utilidad y debiera por tanto permanecer considerando la inclusión de factores contextuales/ambientales; que la CIDDM de 1980 era difícil de utilizar considerando necesaria la simplificación de su utilización; las deficiencias debían reflejar los avances en el conocimiento de los mecanismos biológicos; la aplicabilidad cultural y la universalidad y el desarrollo de materiales de entrenamiento y presentación de la clasificación. Las Naciones Unidas publican las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad, donde vuelve a realizarse un uso incorrecto del término aplicado en lengua hispana "discapacidad" según la versión en castellano de la CIDDM.
1996	Crean el primer borrador "alfa" de la nueva versión CIDDM, que utilizará las siglas CIDDM-2 (no hay versión española). El Consejo de Europa lleva a cabo un Taller Internacional sobre "El uso y la utilidad de la CIDDM" cuyos materiales no serán publicados hasta 1999.
1997	Crean el segundo borrador "beta1" de la CIDDM-2, con el nombre de "Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividades y Participación" (con versión en castellano).
1998	Con objeto de incorporar a los procesos de revisión una representación más significativa del mundo y cultura de habla hispana, se constituye la Red de Habla/Cultura Hispana en Discapacidad (RHHD) como interlocutora de la OMS para la versión en castellano de la revisión. A través de dicha red que integrar expertos en el área de la discapacidad de más de 15

países, se ha promovido la constitución en todos los países de habla hispana de redes nacionales dirigidas a colaborar en los procesos de desarrollo y difusión de la nueva clasificación de discapacidades.

Ejemplo de dichas iniciativas es la creación en nuestro país de la Red Española para la Clasificación y Evaluación de Discapacidades (RECEDIS), auspiciada por el IMSERSO e integrada por más de 40 grupos locales y más de 300 expertos nacionales en el campo de la discapacidad.

- 1999 Crean un tercer borrador "beta2" de la CIDDM-2 con el nombre de "Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad" (con versión en castellano). Con el cambio de nombre, aunque se mantiene el concepto de discapacidad, se incorpora el de funcionamiento con la intención de ofrecer una visión más positiva de dichas problemáticas, minimizando así los problemas de marginación y estigmatización. Se constituye la Red Española de Verificación y Difusión de la CIDDM-2 (REVEDIC), siendo la responsable del desarrollo en nuestro país de los trabajos de campo diseñados por la OMS para el proceso de revisión de la CIDDM y ser la representante oficial de España en la Red de Habla/Cultura Hispana en Discapacidad (RHHD)
- 2000 Crean dos borradores "pre-finales" (octubre y diciembre respectivamente) de la CIDDM-2, con el nombre de "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud" (ambos con versión en castellano). Durante el mes de noviembre se celebra en Madrid la Reunión anual de la CIDDM, donde se decide elevar al Comité Ejecutivo de la OMS un borrador de la nueva clasificación para que pueda ser aprobado en la próxima asamblea mundial.
- 2001 En enero el Comité Ejecutivo de la OMS acuerda elevar para su aprobación en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud el segundo borrador "pre-final" (de diciembre de 2000) de la CIDDM-2. En abril aparece el borrador "final" de la CIDDM (con versión en castellano), para que el 22 de mayo se apruebe la nueva versión de la clasificación con el nombre definitivo de "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud" con las siglas CIF (en junio aparece la versión española con rectificación de errores de traducción en producidos en la traducción de abril). En octubre se difunde a través de Internet la noticia de la publicación oficial de la nueva clasificación, la CIF cuya versión en castellano editada por el IMSERSO se presenta en Madrid el 15 de noviembre. La quincuagésimo cuarta Asamblea Mundial de la Salud, además de hacer suya la CIDDM-2 y modificar la denominación de la clasificación a CIF distanciándose de la anterior clasificación y aproximándose a otro componente de la "familia" de clasificaciones internacionales la CIE. Por otra parte, insta a los estados miembros a utilizar cuando proceda dicha clasificación en sus actividades de investigación, vigilancia y notificación, teniendo en cuenta situaciones específicas en los Estados Miembros y, en particular, en vista a las posibles modificaciones que puedan producirse en el futuro, ofertándoles los apoyos que estimen necesarios para hacer uso de la CIF.

Nota: Adaptado de Egea, C. y Sarabia, A. (2001a). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 50, 15-30; Egea, C. y Sarabia, A. (2001b). Experiencias de aplicación en España de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. *Documentos del Real Patronato sobre Discapacidad*, 58. Madrid: Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales; Gómez, G. y Nevado, C. (2001). Utilización de la CIDDM-2 en los trabajos de campo propuestos por la OMS. Un estudio de su fiabilidad. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad*, 49, 29-44; Jiménez, M. T., González, P. y Martín, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista Española Salud Pública*, 76(4), 271-279; Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); y Pantano, L. (2003). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): La revisión en lengua española. La trastienda de la CIF del modelo cultural y social subyacente. *Siglo Cero*, 34(1), 27-43.

Los cambios conceptuales y estructurales que se introdujeron a lo largo del proceso de revisión prolongado por casi una década, descrito en el apartado anterior y recogido en la Tabla 8, fueron de tal magnitud que la CIF, ha llegado a configurarse como un nuevo sistema nosológico (sistema de clasificación sistemática de las enfermedades) que incorpora todos los principios rectores del proceso de revisión.

La nueva clasificación que, pretende aportar una terminología estandarizada, unificada, neutral (que facilite la superación de la marginación y discriminación de las personas con discapacidad), fiable y aplicable transculturalmente, que permita la descripción del funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto físico y social en el que se desenvuelve (OMS, 2001).

En la propia denominación, nos encontramos una clara declaración de intenciones (Egea y Sarabia, 2001a). Ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad (deficiencia, discapacidad, minusvalía), sino que se habla de *funcionamiento* (como término genérico o global que designa todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social – condiciones de salud positivas -), *discapacidad* (como término genérico que recoge o engloba las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social, dejando de emplearse como parte de las consecuencias de la enfermedad y elevándose a término “paraguas” para todas las condiciones de salud negativas) y *salud* (como elemento clave que relaciona los dos anteriores y que puede hacer referencia tanto a aspectos negativos como positivos).

Autores como Egea y Sarabia (2001a), señalan que el cambio de nombre, rompiendo con las siglas CIDDM, responde básicamente al intento de dejar patente que se trata de una nueva clasificación y que a pesar de tratarse del producto de la exhaustiva revisión de la anterior, en la práctica, poco queda de la misma ni en los conceptos, ni en la terminología empleada. Esta, tiene como objetivo principal brindar un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”, definiendo tanto componentes de la salud como algunos componentes “relacionados con la salud” y el “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.) a través, como apuntábamos anteriormente, de un lenguaje unificado y estandarizado. Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF, pueden ser considerados como *dominios de "salud"* y *dominios "relacionados con*

la salud", abandonando el anterior enfoque de "consecuencias de la enfermedad", yendo más allá del campo médico – sanitario e incluyendo ámbitos sociales más amplios (Casado, 2001; Kearney y Prior, 2004).

Evidentemente, la elaboración de un sistema clasificatorio responde a un modelo conceptual en este caso, y como ya se ha apuntado en párrafos anteriores, del funcionamiento humano y de la discapacidad, modelo que por otra parte, permite entender además, las estrategias de resolución y áreas principales de competencia (Pantano, 2003). En la introducción de la CIF (OMS, 2001, p.22), tras la descripción de los modelos médico y social de la discapacidad como en pugna, al presentar uno *versus* el otro, se la declara "basada en la integración de ambos". Por un lado, se especifica que el *modelo médico* es el que considera a la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales, y cuyo propósito ha de ser la *cura* o bien la máxima adaptación posible. Por otro lado, se explica que el *modelo social* de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente, como un problema de origen social y principalmente como un asunto central en la completa integración de las personas en la sociedad, de este modo, la discapacidad más que un atributo de la persona resulta ser un complicado conjunto de condiciones, muchas de ellas creadas por el contexto social en el que está se desenvuelva.

La clasificación tras, la integración de estos dos modelos *opuestos* y *contrapuestos*, se pronuncia por un enfoque bio-psico-social y ecológico (Egea y Sarabia, 2001a) más coherente para la comprensión del funcionamiento y de la discapacidad, que contempla una perspectiva biológica, individual y social (Pantano, 2003), quedando dicho aspecto especialmente evidenciado con la inclusión de un apartado dedicado exclusivamente a factores ambientales. Adoptando las palabras de Pantano (2003), la CIF, permite entender que la discapacidad sería un problema gestado en el área de la salud y registrado en la persona, tanto en el desenvolvimiento de su actividad, como en su participación en un determinado contexto cultural, social, histórico y geográfico, de manera que el modelo que orienta la CIF, es lo suficientemente realista, no sólo para guiar la clarificación de factores, sino para llamar la atención respecto de las acciones necesarias para procurar el *bienestar* de las personas.

Entendiendo que un dominio es "un conjunto relevante y práctico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas o áreas de la vida relacionadas entre

sí" (OMS, 2001, p.3 nota a pié de página), los dominios incluidos en la CIF se describen desde la perspectiva corporal, individual y como analizaremos más adelante, a través de la descripción del modelo en que se sustenta, mediante dos listados básicos (a) funciones y estructuras corporales y, (b) actividades – participación.

De este modo, el esquema o modelo propuesto por la CIF muestra múltiples interacciones entre diversas dimensiones y áreas, sin establecer un *proceso* del funcionamiento y la discapacidad. La Figura 3 representa el mismo.

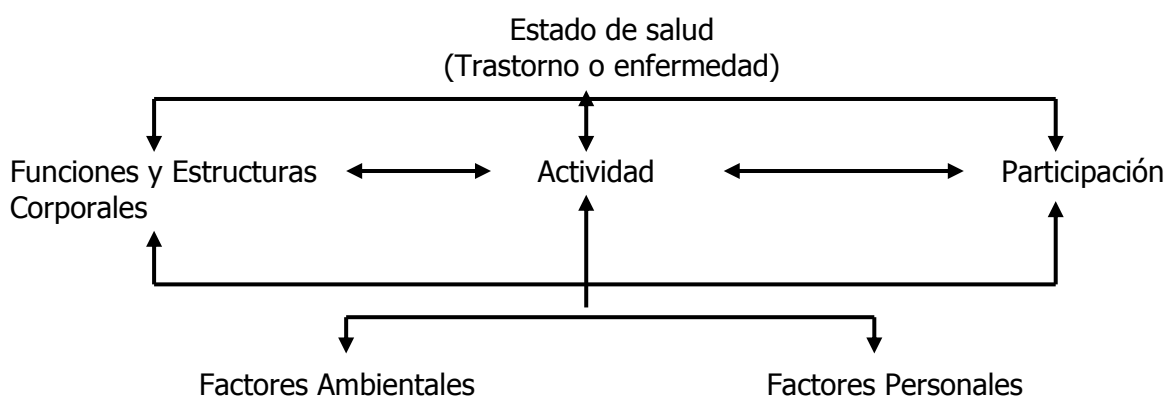


Figura 3. Representación gráfica del modelo de la CIF (OMS, 2001, p.21) Tomado de Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

La lectura a realizar del nuevo esquema de la CIF (que a diferencia de la clasificación anterior emplea terminología positiva con excepción de la aclaración entre paréntesis que se hace de los estados de salud) nos hace ver que: (a) los *estados de salud* tienen consecuencias en todos los *componentes del funcionamiento* (corporal, actividad y participación); (b) a su vez, los componentes del funcionamiento, repercuten directamente sobre los estados de salud condicionando la posible aparición de nuevos trastornos o enfermedades; (c) los componentes del funcionamiento, por pares, todos entre sí y en ambos sentidos (cuerpo y actividad; cuerpo y participación; actividad y participación); y por último (d) todos los componentes del funcionamiento se ven influidos por factores contextuales, ambientales como personales; (e) al mismo tiempo que, ambos tipos de factores contextuales, pueden ser determinados por las circunstancias que acontezcan en los tres componentes del funcionamiento humano.

La Figura 3 deja en evidencia que la CIF, organiza la información en dos grandes partes. Una primera, versa sobre el *funcionamiento* y la *discapacidad* subdividiéndose a su vez en dos componentes (componentes que pueden ser expresados en términos positivos como negativos); (a) *funciones y estructuras corporales*, con dos constructos o calificadores, *cambios en las funciones corporales* (fisiológico) y *cambios en las estructuras corporales* (anatómico), ambos con sus distintos niveles de dominio y categorías; y (b) *actividades y participación*, nuevamente con dos constructos o calificadores, (c) *capacidad*, entendida como la ejecución de tareas en un entorno uniforme y (d) *desempeño – realización*, que hace referencia a la ejecución de tareas en el entorno real, ambos con sus distintos niveles de dominio y categorías. Este primer componente, cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social. Los componentes de la primera parte de la CIF, pueden ser empleados de dos maneras (OMS, 2001) ya que, por un lado, permiten identificar la presencia de problemas (deficiencias, limitaciones en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos bajo el concepto global de *discapacidad*) y por otro, aspectos no problemáticos de la salud y de aspectos “relacionados con la salud” (todos ellos incluidos en el concepto de *funcionamiento*).

Los cuatro constructos con los que pueden ser interpretados los componentes del funcionamiento y la discapacidad son diferentes, pero están todos ellos relacionados entre sí, haciéndose operativos cuando se utilizan los calificadores. El funcionamiento y la discapacidad de una persona, se conciben como una interacción dinámica entre *los estados de salud* (enfermedades, trastornos, lesiones, traumatismos, etc.) y los factores especificados en la segunda parte de la CIF, los contextuales.

La segunda parte, versa sobre *factores contextuales* y cuenta de igual forma que la primera, con dos componentes (componentes que igualmente, pueden ser expresados en términos positivos como negativos); (a) *factores ambientales*, entendidos como la influencia externa sobre todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad, organizados partiendo del contexto / entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general, cuyo constructo es el efecto *facilitador o barrera* de las características del contexto físico, social y actitudinal, con distintos niveles de dominio y categorías; y (b) *factores personales*, entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad. Estos no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con los mismos.

La salud viene descrita en forma positiva, por funciones y estructuras corporales, la actividad y la participación, mientras que la salud descrita en forma negativa lo será, por medio de las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Los factores ambientales, actúan de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación. Por el contrario, actuarán de forma negativa, si suponen una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores.

La Tabla 9, recoge la definición de cada uno de los componentes de la CIF (OMS, 2001). Autores como Egea y Sarabia (2001a), opinan que las definiciones establecidas en esta ocasión a diferencia de las contenidas en la CIDDM para los tres niveles de consecuencias de la salud (deficiencia, discapacidad y minusvalía), son menos operativas a consecuencia del enfoque positivo que trata de dar la nueva clasificación. En este sentido, la propia OMS, reconoce que la CIF no es una clasificación de personas, sino de las características de la salud de estas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales (OMS, 2001).

Tabla 9.
Definición y aspectos significativos de los componentes de la CIF

Componentes	Definición	Aspectos significativos
Bienestar	Engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales, sociales que componen lo que se considera como tener "una buena vida".	Los dominios de salud son un subgrupo dentro de los dominios que componen todo el universo de la vida humana. Otros dominios de bienestar serían la educación, el trabajo, el ambiente, etc.
Estados dominios de salud	y de Un <i>estado de salud</i> es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado <i>dominio de salud</i> de la clasificación.	Los dominios de salud indican áreas de la vida incluidas en el concepto de salud (consideradas responsabilidad prioritaria para los sistemas de salud).
Estados dominios relacionados con la salud	y Un <i>estado relacionado con la salud</i> es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado <i>dominio relacionado con la salud</i> .	Los dominios relacionados con la salud son aquellas áreas de funcionamiento que, aún teniendo una fuerte relación con una <i>condición de salud</i> , no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino que las incluyen dentro de las de otros sistemas que contribuyen al bienestar global de la personal.
Condición de salud	de Término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión.	Las condiciones de salud se codifican utilizando la CIE-10

Funcionamiento	Término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación.	El funcionamiento indica los aspectos positivos de la interacción entre la persona (con una condición de salud) y sus factores (ambientales y personales)
Discapacidad y minusvalía		Durante el proceso de revisión de la CIDDM, mientras que el término de minusvalía fue abandonado, se mantuvo el término de discapacidad aunque pasara a ser utilizado como término genérico que engloba las tres perspectivas: corporal, individual y social. Por lo tanto, discapacidad persiste en la CIF, como término que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre la persona (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).
Funciones corporales	Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas o mentales, ya que con "corporal" se refiere al organismo humano como un todo)	(a) Las funciones y estructuras corporales se clasifican en dos secciones diferentes aunque esté diseñadas para utilizarse de manera paralela. Por lo tanto, un término incluido en uno de estos componentes no se repite en otro. (b) El estándar empleado para valorar las funciones y estructuras corporales es lo que se considera norma estadística para los seres humanos.
Estructuras corporales	Son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades o miembros y sus componentes.	(c) Las deficiencias de la estructura pueden incluir anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las estructuras corporales. Las deficiencias no son equivalentes a patologías subyacentes sino que constituyen la forma de manifestarse dicha patología.
Deficiencias	Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.	(d) Las deficiencias representan una desviación de la "norma" leve o grave, con relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones, pudiendo ser temporales o permanentes; progresivas o regresivas; intermitentes o continuas. (e) Las deficiencias son parte o una expresión de un estado de salud, pero no indican necesariamente que esté presente una enfermedad o que el individuo deba ser considerado como un enfermo. (f) El concepto de deficiencia es más amplio e incluye más aspectos que el de trastornos o el de enfermedad. (g) Las deficiencias pueden derivar en otras deficiencias. (h) Aunque parezca de algunas categorías de los componentes Funciones y Estructuras corporales puedan superponerse a otras de la CIE-10 en cuanto a síntomas y signos, los propósitos de ambas clasificaciones varían. La CIE-10 clasifica los síntomas para documentar la morbilidad (número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo

		<p>determinados) o el uso de servicios. La CIF muestra los síntomas como parte de las funciones corporales que pueden ser utilizados para programas de prevención o para la identificación de las necesidades de las personas al concebirse que la clasificación de funciones y estructuras corporales ha de ser utilizada junto con las categorías de actividades y participación.</p> <p>(i) Las deficiencias son clasificadas en categorías utilizando criterios de identificación que son iguales para las funciones y estructuras corporales: (1) pérdida o ausencia (2) reducción (3) aumento o exceso (4) desviación.</p>
Actividad	Es la realización de una tarea o acción por parte de la persona. Representa la perspectiva de la persona respecto al funcionamiento.	(a) Los dominios para el componente de Actividades y participación se establecen a través de un listado que cubre todo el rango de áreas vitales (aprendizaje y aplicación de datos; tareas y demandas generales; comunicación; movilidad; auto cuidado; vida doméstica; interacciones y relaciones interpersonales; áreas principales de la vida; vida comunitaria, cívica y social), listado que calificado por los dos calificadores <i>desempeño / realización</i> y <i>capacidad</i> , la información recogida, proporciona una matriz de datos.
Participación	Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.	(b) El calificador <i>desempeño / realización</i> describe, lo que una persona hace en su contexto o entorno real, actual, y de esta forma, conlleva el aspecto de la participación de esta en situaciones vitales. El contexto o entorno real, actual, se puede describir utilizando el componente de <i>factores ambientales</i> .
Limitaciones en la actividad	Son dificultades que la persona puede tener en el desempeño o realización de actividades. Este término sustituye al término de "discapacidad" utilizado por la CIDDM versión de 1980	(c) El calificador de <i>capacidad</i> describe la aptitud de una persona para realizar una tarea o acción. Dicho calificador tiene por objeto indicar el máximo nivel de funcionamiento que una persona puede llegar a alcanzar en un dominio incluido en <i>actividad y participación</i> y en un momento dado, resultando necesario para la evaluación de la máxima habilidad de la persona, disponer de un contexto o entorno normalizado o uniforme que neutralice el diferente efecto de los diversos contextos o entornos en la capacidad de la persona. Se puede utilizar el componente <i>factores ambientales</i> para describir las características de dicho contexto o entorno uniforme o normalizado.
Restricciones en la participación	Son problemas que la persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Sustituye al término de minusvalía usado en la CIDDM, versión de 1980.	Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.

	(d) La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.
<p>Factores contextuales</p>	<p>Constituyen conjuntamente, el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.</p> <p>(a) Son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño o la realización de la persona como miembro de la sociedad, en la capacidad de esta o en sus estructuras y funciones corporales</p> <p>(b) Los factores ambientales están organizados contemplando dos niveles; <i>individual</i> (contexto inmediato de la persona como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela, incluidas las propiedades físicas y materiales de cada ambiente con las que la persona ha de enfrentarse así como el contacto directo con personas de cada uno como, familia, amigos, compañeros o conocidos) y <i>social</i> (estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas comunitarios o culturales)</p>
<p>Facilitadores</p>	<p>Se conciben como todos aquellos factores en el entorno de la persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento o reducen la discapacidad.</p> <p>(a) Se incluyen facilitadores como: que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, actividades positivas de la población respecto a la discapacidad, sistemas, servicios y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.</p> <p>(b) Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, con independencia del problema que la persona tenga respecto a la capacidad para llevar a cabo la acción en cuestión.</p>
<p>Barreras</p>	<p>Todos aquellos factores del entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.</p> <p>Se incluyen barreras como: que el ambiente físico sea inaccesible, la falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de la persona con una condición de salud en todas las áreas de la vida.</p>

Nota: Adaptado de Herrera, S. (2004). Modelo conceptual y aplicaciones de la CIF. En Y. Lázaro (Coord.), *Ocio, inclusión y discapacidad. Documentos de Estudios de Ocio, 28*. Bilbao: Universidad de Deusto. Y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Cabe destacar dos aspectos o hechos relevantes de la nueva estructura propuesta por la CIF frente a la establecida en la CIDDM (Egea y Sarabia, 2004). En primer lugar, la CIF está compuesta por cuatro escalas (funciones corporales, estructuras corporales,

actividades y participación y factores contextuales), frente a las tres (deficiencia, discapacidad y minusvalía) que componían la CIDDM. La escala de deficiencias de la CIDDM, se convierte en dos escalas (funciones corporales y estructuras corporales) en la CIF, si bien el conjunto de las dos es considerado como un solo componente. Por el contrario, la escala de Actividades y Participación de la CIF, se deriva de las dos escalas restantes de la CIDDM (Discapacidades y Minusvalías), aunque su aplicación puede realizarse de forma diferenciada para la limitación en la actividad y para la restricción de la participación. Por último, en la CIF, se crea una nueva escala no presente en la clasificación anterior relativa a los factores ambientales, quedando a la expectativa de la posible aparición de una más sobre factores personales, que es enunciada pero no desarrollada en la CIF, formando ambas parte de los factores contextuales.

En segundo lugar, en la CIF, aparecen unos elementos estructurales inéditos en la CIDDM, concretamente los *dominios* (entendidos como conjuntos de ítems relacionados entre sí) y los *constructos* (entendidos como conjuntos de calificadores o elementos que vendrán a determinar la gravedad o consecuencia en un determinado ítem según su aparición y en función de su grado o intensidad).

A continuación basándonos en el trabajo de Casado (2001) y a modo de resumen para una mayor comprensión del cambio significativo que supuso la última clasificación emitida por la OMS, la Tabla 10 aporta una comparativa entre la clasificación aprobada en 1980 (CIDDM) y la última establecida en 2001 (CIF), teniendo en cuenta las definiciones, los conceptos básicos y elementales y las clases o categorías establecidas en ambas.

Tabla 10.
Diferencias significativas entre la CIDDM y la CIF

CIDDM Deficiencia	CIF Deficiencias:
Definición: <i>"Dentro de la experiencia de la salud una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".</i>	Definición: <i>"Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida"</i>
Clases de deficiencia: (1) Intelectuales (2) Otras deficiencias psicológicas (3) Del lenguaje (4) Del órgano de la audición (5) Del órgano de la visión (6) Viscerales (7) Músculo-esqueléticas (8) Desfiguradoras (9) Generalizadas, sensitivas y otras	Categorías de las funciones corporales: (1) <i>Funciones mentales</i> (funciones mentales globales y específicas) (2) <i>Funciones sensoriales y dolor</i> (funciones de los sentidos; vista, oído, gusto, etc. así como de la sensación de dolor) (3) <i>Funciones de la voz y el habla</i> (funciones implicadas en la producción de sonidos y del habla) (4) <i>Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio</i> (5) <i>Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino</i> (6) <i>Funciones genitourinarias y reproductoras</i> (7) <i>Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento</i> (funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad, incluyendo la funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos) (8) <i>Funciones de la piel y estructuras relacionadas</i> (funciones relacionadas con la piel, las uñas y el pelo) Categorías de estructuras corporales: (1) <i>Estructuras del sistema nervioso</i> (2) <i>El ojo, el oído y estructuras relacionadas</i> (3) <i>Estructuras involucradas en la voz y el habla</i> (4) <i>Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio</i> (5) <i>Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino</i> (6) <i>Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor</i> (7) <i>Estructuras relacionadas con el movimiento</i> (8) <i>Piel y estructuras relacionadas.</i>
Discapacidad: Definición: <i>"Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano".</i>	En la CIF los conceptos de discapacidad y minusvalía de la CIDDM que se presentan a continuación, se corresponden, aproximadamente y en su conjunto, a los de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación Limitaciones en la actividad: <i>"Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño / realización de actividades".</i> Restricciones en la actividad: <i>"Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales".</i>

Clases de discapacidad:

- (1) De la conducta
- (2) De la comunicación
- (3) Del cuidado personal
- (4) De la locomoción
- (5) De la disposición del cuerpo
- (6) De la destreza
- (7) De la situación
- (8) De una determinada aptitud
- (9) Otras restricciones de la actividad

Minusvalía:

Definición: "Dentro de la experiencia de la salud una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia, o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)".

Clases de minusvalía:

- (1) De orientación
- (2) De independencia física
- (3) De movilidad
- (4) Minusvalía ocupacional
- (5) De integración social
- (6) De autosuficiencia económica
- (7) Otra minusvalía

Categorías de actividades y Participación:

- (1) *Aprendizaje y aplicación del conocimiento* (el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones)
- (2) *Tareas y demandas generales* (Aspectos generales relacionados con la puesta en práctica de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés)
- (3) *Comunicación* (Aspectos generales como específicos de la comunicación a través del lenguaje, los signos o los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación)
- (4) *Movilidad* (coger, mover o manipular objetos, andar, correr o trepar y uso de medios de transporte)
- (5) *Autocuidado* (cuidado personal entendido como; lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud)
- (6) *Vida doméstica* (cómo llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidiana, incluyendo dentro de las áreas de la vida doméstica; conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas)
- (7) *Interacciones y relaciones interpersonales* (La realización de acciones y conductas necesaria para el establecimiento con otras personas de interacciones personales, básicas y complejas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social)
- (8) *Áreas principales de la vida* (Desarrollo de tareas y acciones necesarias para participar en las actividades educativas, en el trabajo, en el empleo y en las actividades económicas)
- (9) *Vida comunitaria, social y cívica* (Acciones y tareas necesarias para participar en la vida social organizada fuera del ámbito familiar, en áreas de la vida comunitaria, social y cívica)

Categorías de factores ambientales:

- (1) *Productos y tecnología*
- (2) *Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana*
- (3) *Apoyo y relaciones* (la cantidad de apoyo físico y emocional, así como en aspectos relacionados con la nutrición, protección, asistencia y relaciones, en el hogar, en lugares de trabajo, en la escuela, en el juego o en cualquier otro aspecto de las actividades diarias de cada persona, que proporcionan personas y animales, sin abarcar sus actitudes)
- (4) *Actitudes* (consecuencias observables de las costumbres, prácticas, ideologías, valores, normas, creencias reales y creencias religiosas)
- (5) *Servicios, sistemas y políticas*

Nota: Adaptado de Casado, D. (2001). Conceptos sobre la discapacidad. Apuntes. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 50, 5-13.

La OMS (2001, en Anexo 5), reconoce que los términos utilizados en la CIF pueden, a pesar de todos los esfuerzos realizados, estigmatizar y etiquetar a las personas con

discapacidad. Por ello, la OMS insiste en que la clasificación que nos ocupa, no es en absoluto una clasificación de personas, sino una clasificación de las características de salud de estas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales, al entender que la discapacidad es producida por la interacción entre características de la salud y las características contextuales concretas, sin reducir o caracterizar a las personas sobre la base de sus deficiencias, restricciones o limitaciones. Así, y modo de ejemplo, la clasificación, en lugar de referirse a *"una persona mentalmente discapacitada"* utiliza la frase *"persona con limitación en las actividades de aprendizaje"*, expresándose de manera neutral, evitando el menosprecio, la estigmatización y las connotaciones inapropiadas. No obstante, la OMS (2001, en Anexo 5), asegura que la discapacidad existirá independientemente de cómo se la denomine, dado que el problema no depende únicamente del lenguaje sino principalmente de las actitudes de otros/as y de la sociedad en relación con la discapacidad.

El mero hecho de la aprobación de una clasificación que, como la CIF, instaure un nuevo modelo de discapacidad más positivo y universal, y por lo tanto, menos estigmatizante y excluyente, que busca lo positivo de la individualidad, de la diferencia, evitando la clasificación que sólo ayuda al profesional a tener las cosas claras pero no a las personas, posee en sí mismo, una alta capacidad de promover cambios en las actitudes y en los modos de entender la discapacidad, y también, en el desarrollo de políticas y actuaciones en dicho campo (Vázquez, 2003).

A pesar de las ventajas que tiene la CIF como instrumento apto para ser aplicado en la práctica clínica, para la evaluación con repercusiones en el modo de entender la discapacidad y con fines de investigación en muchas disciplinas y para profesionales de diferentes ámbitos relacionados con la discapacidad, sin limitarse a ser simplemente un modelo y una conceptualización de la discapacidad sino constituyendo un nuevo sistema de clasificación y codificación de los elementos esenciales que definen a nivel individual y social la discapacidad y las repercusiones de la salud y de los "estados de salud", se han vertido algunas críticas sobre esta última clasificación (Crespo, Campo y Verdugo, 2003a). La CIF, es vista como una clasificación difícil de manejar por cualquier profesional, fundamentalmente porque posee gran cantidad de términos médicos y psicológicos los cuales, no todo el mundo puede conocer, resultando además, más fácil de utilizar en casos relativos a discapacidades físicas y sensoriales. Autores como Pantano (2003), aseguran que existe una diferencia importante entre la CIDDM y la CIF, siendo ésta de más complejo manejo, teniendo en cuenta que la OMS recomienda su aplicación con la CIE-10,

clasificación que pasaremos a describir con más detalle a continuación, por resultar ser, un instrumento técnico para cuyo empleo y aplicación se requiere de capacitación y preparación específica.

Aunque su implementación práctica y el desarrollo de aplicaciones útiles puedan contribuir a la consecución de cambios significativos en el modo de entender y evaluar la salud y las actuaciones en el campo de la salud, su mejora como herramienta pasa por (Herrera, 2004); el desarrollo de normas y criterios más específicos y operativos de codificación; la identificación de series de ítems clave para su aplicación en la recogida de información en áreas específicas; el desarrollo y la verificación de posibles instrumentos de evaluación; la creación de aplicaciones prácticas mediante el uso de tecnologías informáticas y de formularios de registro de casos; y la creación de instrumentos o estrategias de estudio y de recogida de información sobre tratamientos e intervenciones.

Es evidente que la CIF, no es una clasificación de la discapacidad, sino que trataría de servir como marco descriptivo de capacidades del ser humano y limitaciones que le afectan, persiguiendo como fin básico, la clasificación de *componentes de salud* (sin ser una clasificación de consecuencias de enfermedades), facilitando la observación de una realidad que afecta a todo ser humano y que tiene que ver de lleno con su salud integral. En el modelo de discapacidad promovido por la CIF que permite la descripción de aspectos positivos de la persona, la discapacidad es parte o expresión de un determinado estado de salud, sin indicar que el individuo deba ser considerado como un enfermo. La CIF, permite ver en una misma persona, no sólo una discapacidad que pueda limitar algunas de sus posibilidades, sino también cualidades y capacidades que esta posea.

Pese a que la CIF ofrece un modelo general de discapacidad, puede servir de puente a la hora de que profesionales de otras disciplinas no tan familiarizados con el modelo de la AAIDD (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010), se acerquen al modelo multidimensional del funcionamiento humano propuesto por ésta (Buntix, 2006).

En la CIF, también se enfatiza la importancia de la conducta adaptativa en cualquier descripción del estado de funcionamiento de una persona al incluir los componentes de *actividad* y *participación*, los cuales subrayan la importancia de considerar las destrezas adaptativas de una persona con cualquier tipo de discapacidad a la hora de evaluar y de establecer su estado de funcionamiento actual (Ditterline y Oakland, 2009). De este modo, tal y como se resume en la Tabla 9, los componentes nombrados y descritos de *actividad* y

participación presentes en esta clasificación, incluyen nueve capítulos, cuya correspondencia con el conjunto de habilidades adaptativas sería la siguiente: aprendizaje y aplicación del conocimiento y comunicación (correspondencia con habilidades adaptativas de carácter conceptual); tareas y demandas generales, movilidad, autocuidado y áreas principales de la vida (correspondencia con habilidades adaptativas de carácter práctico); interacciones y relaciones interpersonales y vida comunitaria, social y cívica (correspondencia con habilidades adaptativas de carácter social).

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.), se clasifican principalmente en la CIE-10. La OMS, viene coordinando la revisión periódica de dicho sistema clasificatorio (el más antiguo hasta el momento) desde 1948, hasta llegar a su décima edición, en español y con las correcciones acumulativas y las actualizaciones pertinentes en enero de 2003 a la actual Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, Décima revisión -CIE-10-. El sistema, brinda un marco conceptual basado en la etiología. Consiste en un sistema de códigos alfanuméricos (categorías y subcategorías), los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados. Cuenta además con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad, en especial, las basadas en una sola causa.

El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF, por lo tanto, la CIE-10 y la CIF resultan ser herramientas complementarias (Casado, 2001; OMS, 2001), cuyo uso conjunto es además recomendado. Ambas clasificaciones, comienzan por los sistemas corporales, de modo que las deficiencias hacen referencia a las estructuras y funciones corporales que habitualmente forman parte del "proceso de enfermedad" y por lo tanto, también se utilizan en el sistema de la CIE-10. Sin embargo, el sistema CIE-10 utiliza las deficiencias (tales como signos y síntomas) como partes de un conjunto que configura una enfermedad, o en ocasiones, como razones para contactar por ejemplo con servicios de salud, mientras que el sistema CIF, utiliza las deficiencias, como problemas de las funciones corporales asociados con las condiciones de salud.

La CIE-10 con su carácter eminentemente descriptivo, proporcionaría un *diagnóstico* de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud (con el propósito de valorar el origen o la causa de la enfermedad – etiología -), información que se enriquece con la que

brinda la CIF sobre el funcionamiento (descripción del estado de funcionalidad relacionándolo con el estado de salud, con el propósito de valorar los efectos de la enfermedad en la vida cotidiana), ya que dos personas con la misma enfermedad, pueden tener diferentes niveles de funcionamiento y dos personas con el mismo nivel de funcionamiento, no tienen por qué tener necesariamente la misma condición de salud (OMS, 2001).

El sistema CIE-10, ubica la discapacidad intelectual (el término utilizado en la clasificación sigue siendo el de "retraso mental") en el ámbito de las deficiencias, codificándola con los códigos F70-F79 y definiéndola de la siguiente forma:

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización (OMS, 2003).

La CIE-10 establece que para el diagnóstico definitivo, debe estar presente un deterioro del rendimiento intelectual, que dé lugar a una disminución de la capacidad de adaptación a las exigencias cotidianas del entorno social en el que la persona viva, estableciendo la necesidad de realizarse una evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit en área o capacidad concreta (OMS, 2003). Según el sistema, el CI debe determinarse mediante la aplicación individual de tests de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura, al nivel de funcionamiento individual y las discapacidades concretas que pueda presentar cada persona, como dificultades para la expresión oral, deficiencia auditiva o deficiencias motoras. Por otra parte, considera que el uso de escalas de conducta adaptativa pueden aportar una información complementaria siempre y cuando, las herramientas utilizadas, estén adaptadas a la cultura de la persona, y puedan completarse con entrevistas a padres-madres, tutores legales y profesionales que trabajan y conocen la capacidad de la misma para en el desarrollo de su actividad cotidiana.

La Tabla 11 recoge y resume las categorías diagnósticas establecidas en la CIE-10, entendidas como divisiones diagnósticas arbitrarias de un espectro complejo que no pueden ser definidas con absoluta precisión.

Tabla 11.
Resumen del contenido de las categorías diagnósticas del "retraso mental" según la CIE-10

Categoría Diagnóstica	Código CIE-10	Características significativas según la CIE-10
Retraso mental leve	F70	<p>(a) Adquisición tardía del lenguaje aunque la mayoría alcance la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica.-</p> <p>(b) Posibilidades de alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse...), para el desarrollo de actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque para el desarrollo o la adquisición de dichas habilidades requieran de un ritmo considerablemente más lento de lo normal.</p> <p>(c) Pueden presentar mayores dificultades en actividades escolares, pudiendo presentar problemas específicos en lectura y escritura.</p> <p>(d) Pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits.</p> <p>(e) Pueden llegar a desempeñar trabajos que requieran aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados.</p> <p>(f) En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, pueden no presentar problemas. Sin embargo, con la existencia de una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit.</p> <p>(g) En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de las personas con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de aquellas con retraso mental moderado o grave.</p> <p>(h) Rango de CI comprendido entre 50 y 69.</p>
Retraso mental moderado	F71	<p>(a) Lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje, alcanzando en esta área un dominio limitado. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje sólo suficiente para necesidades prácticas individuales. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque puedan responder a instrucciones simples. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla.</p> <p>(b) Adquisición tardía de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices, de tal manera que algunos pudieran necesitar de supervisión permanente.</p> <p>(c) Progresos escolares limitados, aunque puedan darse aprendizajes básicos para la lectura, la escritura y el cálculo.</p> <p>(d) Programas educativos específicos pueden dar la oportunidad de desarrollo de algunas de las funciones deficitarias, resultando especialmente adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo.</p> <p>(e) En la edad adulta, suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y cuentan con supervisión adecuada.</p> <p>(f) Rara vez suelen conseguir una vida completamente independiente, aun siendo físicamente activos y tener una total capacidad de movimientos.</p> <p>(g) La mayoría alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales</p>

		<p>simples.</p> <p>(h) Existen discrepancias entre los perfiles de rendimiento; existencia de personas con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples.</p> <p>(i) En la mayoría puede reconocerse una etiología orgánica.</p> <p>(j) En una proporción pequeña pero significativa están presentes Trastornos del Espectro Autista, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de intervención necesaria.</p> <p>(k) Son frecuentes las crisis epilépticas, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas. En ocasiones es posible identificar otros trastornos psiquiátricos, pero el escaso nivel del desarrollo del lenguaje hace difícil el diagnóstico, que puede tener que basarse en información obtenida de terceros.</p> <p>(l) Rango de CI comprendido entre 35 y 49.</p>
Retraso mental grave	F72	<p>(a) Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los especificados en la categoría de retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajos que los mencionados en F71.</p> <p>(b) Muchos/as pueden padecer un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indican la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central de significación clínica.</p> <p>(c) Rango de CI comprendido entre 20 y 34.</p>
Retraso mental profundo	F73	<p>(a) Están totalmente incapacitados/as para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y a hacer peticiones simples.</p> <p>(b) La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, con controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal.</p> <p>(c) Poseen una muy limitada capacidad para el cuidado de sus necesidades básicas, requiriendo de ayuda y de supervisión constantes.</p> <p>(d) Pueden adquirir las funciones viso-espaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas.</p> <p>(e) Puede ponerse de manifiesto una etiología orgánica.</p> <p>(f) Frecuentemente se acompañan de déficits somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad, de epilepsia o de déficits visuales o de audición.</p> <p>(g) Es muy frecuente la presencia de Trastornos del Espectro Autista.</p> <p>(h) CI inferior a 20</p>
Otro retraso mental	F78	<p>Se trata de una categoría que únicamente ha de utilizarse cuando la evaluación del grado de "retraso mental" es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.</p>
Retraso mental sin especificación	F79	<p>Existe evidencia de "retraso mental", pero con información insuficiente como para asignar una de las categorías anteriores.</p>

Nota: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10*. Madrid: OMS.

En breve, se prevé la edición de la CIE-11, con cambios importantes en el modo de entender la discapacidad intelectual, en un intento por alinearse con la terminología y definición propuestas por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD (Schalock et al., 2010), abandonando definitivamente el término de "retraso mental" y acuñando los términos de discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual (Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015).

1.5.2. La conducta adaptativa en los sistemas de diagnóstico y clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Para concluir con el quinto apartado de este primer capítulo, hemos de hablar de los sistemas de clasificación y diagnóstico elaborados, establecidos y diseñados por la *American Psychiatric Association* (APA). A lo largo de la historia, ha existido la necesidad de clasificar los trastornos mentales, con escaso acuerdo sobre aquellos que deberían incluirse y sobre el método óptimo para su organización.

La Tabla 12, recoge las definiciones dadas de "retraso mental" por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) a lo largo de los años en sus distintos manuales diagnósticos y estadísticos.

Tabla 12.
Definición del “retraso mental” en los manuales diagnósticos y estadísticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Manual	Definición de “retraso mental”
DSM II (1968)	Retraso mental se refiere a un funcionamiento general por debajo de lo normal que se origina durante el periodo de desarrollo y se asocia con deficiencia en el aprendizaje o el ajuste social, o en ambos. (p. 14) Estos trastornos fueron clasificados como <i>Síndrome cerebral crónico con deficiencia mental y deficiencia mental</i> en el DSM I
DSM III (1980)	Las características esenciales son: (a) funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media, (b) que da lugar, o se asocia a, déficit o deficiencias en la conducta adaptativa, (c) con inicio anterior a los 18 años. (p.36)
DSM III-R (1987)	Las características esenciales de este trastorno son: (a) funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, acompañado de (b) déficit significativos o deficiencias en la habilidad adaptativa, con (c) inicio anterior a los 18 años. (p.28)
DSM-IV (1994)	La característica esencial del retraso mental es un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media (criterio a), acompañado de limitaciones significativas en las habilidades adaptativas en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales/interpersonales, utilización de los recursos de la comunidad, autodirección, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo, salud y seguridad (criterio b). El inicio es anterior a los 18 años (criterio c). El retraso mental tiene diferentes etiologías y podría considerarse como resultado de varios procesos patológicos que afectan al funcionamiento del sistema nervioso central. (p.39)
DSM-IV-TR (2000)	Igual que la de 1994. (p.41)

Nota: Tomado de Schalock, et al. (2007b). El nuevo nombre del retraso mental: comprendiendo el cambio de término discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 1-19.

El DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000), pretendían servir como guía funcional de orientación descriptiva y ateórica (respecto a las causas) para la práctica clínica, apoyándose en fundamentos empíricos y centrándose en objetivos clínicos, de investigación y educativos (herramienta docente gracias al texto descriptivo que acompaña a los criterios diagnósticos establecidos). Con este fin, proporcionaban criterios diagnósticos específicos para cada trastorno mental clasificado, definiendo para cada uno, un listado de características que han de estar presentes para poder hacer el diagnóstico (entendiendo que este hecho aumenta la fiabilidad del proceso), siempre que procedía, realizaban una descripción sistemática de cada trastorno en función de características asociadas como: trastornos específicos de la edad, culturales y relacionados con el género; prevalencia, incidencia y riesgo; curso, complicaciones y factores predisponentes; patrón familiar y diagnóstico diferencial. Por último, proporcionaban reglas específicas a utilizar en caso de

que la información disponible sea insuficiente o no satisfaga los criterios diagnósticos de una categoría clínica, es decir, para posibles casos de incertidumbre diagnóstica.

Ambos manuales (APA, 1994, 2000), perseguían la clasificación de los trastornos que las personas padecen pero no la clasificación de estas. De este modo, cada trastorno mental fue conceptualizado como un síndrome o un patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica, que puede aparecer asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad, sin que este patrón sea respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.e. la muerte de un ser querido). En los manuales, cualquiera que fuera la causa del trastorno, debía considerarse como una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre la persona y la sociedad son considerados trastornos mentales, a no ser, que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (López-Ibor y Valdés, 2002).

En el DSM-IV-TR (APA, 2000), el "retraso mental" es incluido en una sección específica destinada a trastornos que pueden ser diagnosticados por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia, junto con los trastornos de aprendizaje, de las habilidades motoras, de la comunicación, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez, trastornos de tic, trastornos de la eliminación y otros, definiéndola de la siguiente forma:

Trastorno que se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa (López-Ibor y Valdés, 2002, p.45).

Según el manual DSM-IV-TR (APA, 2000), la característica esencial del "retraso mental", es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (criterio A: un CI aproximadamente de 70 o inferior) que se acompaña de limitaciones significativas o alteraciones de la actividad adaptativa (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural) propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales / interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol,

habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (criterio B). Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad (criterio C).

La capacidad intelectual general, se define por el coeficiente de inteligencia (CI) obtenido mediante la aplicación de uno o más test de inteligencia normalizados y administrados individualmente. En el manual de 2000, una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define, como un CI situado alrededor de 70 o por debajo de 70 (aproximadamente 2 desviaciones típicas por debajo de la media).

Por otra parte, la capacidad adaptativa, haría referencia a cómo afronta la persona efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y a cómo cumple las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La APA (2000), establece que la capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características de escolarización, motivacionales y de la personalidad, así como por las oportunidades sociales, laborales, los trastornos mentales y las enfermedades médicas que puedan coexistir con la discapacidad intelectual.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), es posible diagnosticar el "retraso mental" en personas con cocientes intelectuales situados entre 70 y 75 (por la posibilidad de error de medida de aproximadamente 5 puntos que puede variar según el instrumento), personas que además, manifiestan déficits significativos en su comportamiento adaptativo, pero no si carecieran de déficit o insuficiencias significativas en su capacidad adaptativa, dando por tanto, especial y particular relevancia a este último componente.

La APA (2000), recomienda el uso de una o más escalas de conducta adaptativa que proporcionen un punto de corte clínico basado en el rendimiento demostrado en distintas áreas de la capacidad adaptativa.

En el DSM-IV-TR, se especifican cuatro grados de discapacidad intelectual (retraso mental), de acuerdo con el nivel de déficit intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo) y profundo, proporcionando códigos separados para cada uno de ellos. Dado que los profesionales que confeccionaron la CIE-10 y el DSM-IV-TR trabajaron en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos y dar lugar a una recíproca influencia, los códigos y términos de los sistemas de clasificación son totalmente compatibles. Aunque cabe destacar, que los métodos utilizados para definir los niveles de gravedad del "retraso mental" difieren ligeramente entre uno y otro sistema (López-Ibor y Valdés, 2002); La CIE-10 define estos

niveles con puntos de corte exactos (leve: entre 50 y 69; moderado: entre 35 y 49; grave: entre 20 y 34; profundo: por debajo de 20), mientras que el DSM-IV-TR se caracteriza por un mayor grado de flexibilidad al relacionar la gravedad con la puntuación de CI, intentando formular un espectro solapado y tener en cuenta a su vez el nivel de adaptación de la persona.

Recientemente, en 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría publicó un nuevo sistema de clasificación y diagnóstico, el DSM-V, un sistema que propone cambios significativos en el modo de entender la discapacidad intelectual. En este último sistema, se abandona definitivamente el término de "retraso mental" y se acuña el término de discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo (*Intellectual Developmental Disorder*), en un intento por alinearse con la terminología y definición propuesta por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD (Schalock et al., 2010).

Salvando la pequeña diferencia en lo que al momento de aparición de la discapacidad se refiere, ambos sistemas de clasificación coinciden nuevamente en señalar tres criterios diagnósticos necesarios y ninguno de ellos suficiente para determinar la presencia de discapacidad intelectual: (a) limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y (b) conducta adaptativa; (c) que aparecen durante el periodo de desarrollo (APA, 2013) o antes de los 18 años (Schalock et al., 2010). No obstante, si bien los criterios diagnósticos no sufren apenas modificación alguna en el nuevo manual, se introducen cambios significativos y funcionales con respecto al peso otorgado a la conducta adaptativa en el proceso de diagnóstico en detrimento de las puntuaciones de CI.

Como señalan Haydt, Greenspan y Agharkar (2014) este último aspecto, refleja lo que numerosos investigadores y expertos en el ámbito de la discapacidad intelectual vienen señalando desde hace muchos años, que las limitaciones en conducta adaptativa representan el mayor impedimento para que las personas con discapacidad intelectual puedan desenvolverse con éxito en su entorno, debiendo adquirir por tanto, un peso mayor y más significativo en el proceso diagnóstico (Greenspan 2006, 2009, 2012; Harrison y Boney, 2002; Lecavalier, Tassé y Lévesque, 2001; Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015; Smith, 2005).

La Tabla 13, muestra una comparativa entre los criterios para el diagnóstico del "retraso mental" establecidos en el DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000) y los criterios para el diagnósticos de la discapacidad intelectual establecidos en el último manual DSM-V (APA, 2013).

Tabla 13.

Comparativa de los criterios diagnósticos establecidos para el diagnóstico del “retraso mental” en los manuales DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000), y la discapacidad intelectual en el DSM-V (APA, 2013)

Criterios diagnósticos del “retraso mental” DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000)	Criterios diagnósticos de la discapacidad intelectual DSM-V (APA, 2013)
(a) Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños/as pequeños/as, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio)	(a) Déficits en el funcionamiento intelectual, tal como en razonamiento, solución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, toma de decisiones, aprendizaje académico y aprendizajes a través de la propia experiencia, confirmando por evaluaciones clínicas a través de tests de inteligencia estandarizados aplicados individualmente
(b) Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad	(b) Los déficits en el funcionamiento adaptativo que resultan en la no consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social. Sin el consiguiente apoyo, los déficits adaptativos limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, tales como la comunicación, la participación social, y la vida independiente, a través de múltiples entornos, tales como la casa, la escuela, el trabajo y la comunidad.
(c) El inicio es anterior a los 18 años	(c) Inicio de los déficits intelectuales y adaptativos durante el periodo de desarrollo

Nota: Adaptado de American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª Ed.)*. Washington, DC: Author; American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed., text rev.)*. Washington, DC: Author; Y American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5ª Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Los manuales DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000), distinguían entre cinco tipos de “retraso mental” en función del nivel de CI; (a) *leve* (CI entre 50-55 y aproximadamente 70); (b) *moderado* (CI entre 35-40 y 50-55); (c) *grave* (CI entre 20-25 y 35-40); (d) *profundo* (CI inferior a 20 o 25); y (e) *de gravedad no especificada* cuando existe clara presunción de “retraso mental”, pero la inteligencia de la persona no puede ser evaluada mediante los test usuales. Por el contrario, el DSM-V (APA, 2013), especifica que el trastorno requiere de una especificación en función de la gravedad establecida en base al funcionamiento adaptativo y no del nivel de CI. La APA, argumenta el cambio, en base a que es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de los apoyos requeridos por cada persona y que las medidas de CI son menos válidas en los valores más bajos. Así, establece los tipos de discapacidad intelectual recogidos en la Tabla 14.

Desde un punto de vista práctico, esta manifestación de la “relativización” de las puntuaciones de cociente intelectual, y el paso a entender las limitaciones significativas en conducta adaptativa como indicadores de la severidad de la discapacidad intelectual, conlleva implicaciones importantes y supone un gran paso adelante en la evaluación diagnóstica de la discapacidad intelectual (Tassé, Bertelli, Kates, Navas y Simón, en prensa), pues como veremos resumido en la tabla 14, son habilidades tales como interactuar con los iguales, conseguir un trabajo o hacer la compra, lo que en última instancia va a determinar resultados personales tales como vivir en comunidad, conseguir puestos de trabajo en entornos ordinarios o tener pareja (Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015; Papazoglou, Jacobson, McCabe, Kaufmann y Zabel, 2014).

Ahora bien, el DSM-V si bien subraya la necesidad de emplear instrumentos estandarizados en la población general para la evaluación del nivel competencial de cada persona, y propone distintos niveles de severidad en cada una de las tres dimensiones conceptual, social o práctica, no establece un punto de corte a partir del cual hablar de la existencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa, a diferencia de lo que sucede en el sistema de clasificación y diagnóstico propuesto por la AAIDD en su décima y decimo primera edición (dos desviaciones típicas por debajo de la media de uno de los tres tipos de conducta adaptativa conceptual, social o práctica, o de una puntuación general en una media estandarizada de habilidades conceptuales, sociales y prácticas) (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010). Por el contrario, se considera que este criterio diagnóstico se cumple, cuando al menos una de las tres dimensiones de conducta adaptativa (conceptual, práctica o social) está lo suficientemente afectada como para requerir un apoyo continuado (APA, 2013, p.38).

Se puede afirmar, que el DSM-V adopta la definición operativa de conducta adaptativa establecida por la AAIDD (conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por la persona para funcionar en su vida diaria) aunque continúe siendo impreciso con respecto a la misma (Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015).

Tabla 14.
Escala de gravedad de la discapacidad intelectual según el DSM-V (APA, 2013)

Nivel de gravedad	Área conceptual	Área Social	Área Práctica
Leve (F70)	<p>(a) En edad preescolar, puede no haber diferencias obvias. En edad escolar y adultos/as, hay dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas básicas como la lectura, la escritura, la aritmética, el control del tiempo, o del dinero, y se necesita apoyo en una o más áreas para cumplir con las expectativas relacionada con la edad.</p> <p>(b) En personas adultas, está disminuido el pensamiento abstracto, la función ejecutiva (por ejemplo; planificación, establecer estrategias o prioridades y flexibilidad cognitiva), y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas.</p> <p>(c) Hay un planteamiento más concreto a la hora de solucionar los problemas de lo esperado para personas de su misma edad.</p>	<p>(a) En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, la persona es inmadura en cuanto a las relaciones sociales.</p> <p>(b) La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado para su edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y del comportamiento de forma apropiada para la edad.</p> <p>(c) Comprensión limitada del riesgo en las situaciones sociales, siendo el juicio social inmaduro para la edad, por lo que la persona puede correr el riesgo de ser manipulada por los otros/as (ingenuidad)</p>	<p>(a) Puede existir un funcionamiento apropiado para la edad en el cuidado personal.</p> <p>(b) Necesidad de cierta ayuda con las tareas complejas de la vida cotidiana en comparación con sus iguales.</p> <p>(c) En la vida adulta, la ayuda implica normalmente, la compra, el transporte, la organización doméstica y el cuidado de los hijos, la preparación de alimentos y la gestión bancaria y del dinero.</p> <p>(d) Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque necesiten ayuda respecto al juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio.</p> <p>(e) En la edad adulta, con frecuencia pueden darse situaciones de competitividad en los trabajos que no destacan en habilidades conceptuales.</p> <p>(g) Generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y sobre temas legales, además de para aprender a realizar de manera competente una ocupación que requiera habilidad.</p> <p>(h) Necesidad de ayuda para criar una familia.</p>

**Moderado
(F71)**

(a) Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales.

(b) En edad preescolar, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente.

(c) En edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas, la comprensión del tiempo y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con los iguales.

(d) En la edad adulta, el desarrollo de las aptitudes académicas esta típicamente a un nivel elemental y necesitan ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal.

(e) Necesidad de ayuda continua a diario para completar tareas conceptuales de la vida cotidiana y otras personas podrían tener que encargarse de la totalidad de las responsabilidades de la persona.

(a) Presencia de notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo.

(b) El lenguaje hablado es típicamente el principal instrumento de comunicación social, pero es mucho menos complejo que en sus iguales.

(c) La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y a los amigos/as, y la persona puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta.

(d) Podrían no percibir o interpretar con precisión las señales sociales.

(e) El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar a la persona en las decisiones de la vida.

(f) La amistad, que normalmente se desarrolla con los compañeros/as, con frecuencia puede estar afectada por limitaciones de la comunicación o sociales.

(g) Para tener éxito en el trabajo es necesaria una ayuda social y comunicativa importante.

(a) Pueden responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer y vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesite de un periodo largo de aprendizaje y tiempo para que la persona sea autónoma. Podría necesitar de personas que le recuerden lo que tiene que hacer.

(b) Pueden participar en todas las tareas domésticas de la vida adulta, aunque se necesita un periodo largo de aprendizaje y se requiera de ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto.

(c) Pueden asimilar encargos independientes en los trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesitará ayuda considerable de sus significativos/as, para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y las responsabilidades complementarias, como la programación, el transporte, los beneficios sanitarios y la gestión del dinero.

(e) Se pueden desarrollar diversas habilidades recreativas.

(f) Necesitan ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un periodo de tiempo largo.

(g) Una minoría significativa puede presentar un comportamiento inadaptado que causa problemas sociales.

<p>Grave (F72)</p>	<p>(a) Habilidades conceptuales reducidas.</p> <p>(b) Generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de los conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero.</p> <p>(c) Las personas responsables de su cuidado han de proporcionar un grado notable de ayuda para la resolución de los problemas durante toda la vida.</p>	<p>(a) Lenguaje hablado bastante limitado en cuanto a gramática y vocabulario.</p> <p>(b) El habla puede consistir en palabras o frases sueltas y se pueden complementar con medios potenciadores.</p> <p>(c) El habla y la comunicación se centra en el aquí y ahora dentro de los acontecimientos cotidianos.</p> <p>(d) El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación.</p> <p>(e) Comprensión del habla sencilla y la comunicación gestual.</p> <p>(f) Las relaciones con significativos son fuente de placeres y de ayuda.</p>	<p>(a) Necesidad de ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana; comer, vestirse, bañarse y realizar funciones excretoras.</p> <p>(b) Necesidad de supervisión constante.</p> <p>(c) Incapacidad para la toma de decisiones responsables sobre el bienestar propio o de otras personas.</p> <p>(d) En la edad adulta, la participación en tareas domésticas, de ocio y de trabajo necesidades de apoyo y de ayuda constante.</p> <p>(e) La adquisición de habilidades en todos los dominios implica aprendizaje a largo plazo y con ayuda constante.</p> <p>(f) En una minoría importante, existen comportamientos inadaptados, incluidas las autolesiones.</p>
<p>Profundo (F73)</p>	<p>(a) Las habilidades conceptuales se refieren generalmente al mundo físico más que a procesos simbólicos.</p> <p>(b) Puede darse el uso de objetos específicos para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio.</p> <p>(c) Pueden haberse adquirido algunas habilidades visoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas, sin embargo, la existencia</p>	<p>(a) Comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad.</p> <p>(b) Comprensión de algunas instrucciones o gestos sencillos.</p> <p>(c) Expresión del propio deseo y emociones principalmente mediante la comunicación no verbal y no simbólica.</p> <p>(d) Disfrute de la relación con significativos, e inicio y respuesta a las interacciones sociales mediante señales gestuales y emocionales.</p>	<p>(a) Dependencia de otros/as para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también pueden participar en algunas de estas actividades.</p> <p>(b) Las personas sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar.</p> <p>(c) Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con un alto nivel de ayuda continua.</p> <p>(d) Las actividades recreativas, pueden implicar desde escuchar música, ver películas, salidas hasta la participación en actividades acuáticas, todo ello con la</p>

concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir el uso funcional de los objetos específicos.

(e) La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas pueden impedir muchas actividades sociales.

ayuda de otros/as.

(e) La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación en actividades domésticas, recreativas y vocacionales.

(f) En una minoría importante existen comportamientos inadaptados.

No especificada (F79) Categoría diagnóstica a utilizar únicamente en circunstancias excepcionales y que se debe volver a valorar después de un periodo de tiempo, reservada para personas mayores de 5 años cuando la valoración de la discapacidad intelectual es difícil o imposible mediante procedimientos localmente disponibles debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como la ceguera o la sordera prelingual y la discapacidad locomotora, a la presencia de problemas de comportamiento graves o a la existencia recurrente de un trastorno mental.

Nota: Adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5ª Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. [Traducción al castellano American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.]

Autores como Navas, Verdugo, Arias y Gómez (2015), reconociendo el paso importante que constituye la nueva definición propuesta en el DSM-V hacia la consecución de buenas prácticas en la evaluación y el diagnóstico de la discapacidad intelectual, señalan, que se desconoce hasta qué punto los niveles de severidad propuestos a partir de indicadores de conducta adaptativas recogidos en la Tabla 14, representan el resultado de un trabajo de análisis estadístico riguroso que dé cuenta de distintos perfiles (leve, moderado, severo y profundo) en función de aquellas habilidades adaptativas, cuya puesta en práctica, pudiera resultar especialmente difícil para la persona en proceso de evaluación. Añadiendo además, que al ser indicadores de severidad basados en conducta adaptativa imprecisos, su aplicabilidad en la práctica cotidiana pudiera ser dificultosa.

1.6. CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE EL ESTADO ACTUAL DEL CONSTRUCTO DE CONDUCTA ADAPTATIVA

A lo largo de este primer capítulo, se ha intentado plasmar cómo el concepto de conducta adaptativa ha sido objeto de un extenso debate desde su inclusión en las primeras definiciones de discapacidad intelectual y la triple dimensión que toma en consenso actual, la definición operativa del constructo (Coulter y Morrow, 1978; Meyers, Nihira y Zetlin, 1979; Reschly, 1990), con la excepción en lo relativo al dominio motor y de desarrollo físico no presente a partir de las conceptualizaciones más recientes (Navas, 2012; Schalock, 1999).

A pesar de las controversias existidas y descritas, el criterio diagnóstico de *limitaciones significativas en conducta adaptativa* ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia y significatividad de cara a enfatizar la importancia que las limitaciones en el funcionamiento intelectual tienen sobre el funcionamiento práctico y social. Si bien es cierto que aún es mucho el trabajo que queda por hacer, como por ejemplo; la adaptación y elaboración de nuevas herramientas para la evaluación de la conducta adaptativa que reflejen la actual concepción tripartita del constructo propuesta por la AAIDD (2002 y 2010); el establecimiento de puntos de corte operativos a partir de los cuales poder establecer la existencia o no de limitaciones significativas en conducta adaptativa en sistemas clasificatorios y diagnósticos actuales (APA; 2013); o la delimitación de la extensión del concepto que desdibuja los límites de la conducta adaptativa, aunque tenga por otra parte,

la ventaja de facilitar la visualización de la suma e interacciones de gran variedad de variables precisas para el ajuste exitoso a las exigencias de lo cotidiano (Montero, 2015).

A lo largo de este primer capítulo, hemos intentado reflejar aquello que realmente se desea evaluar, un conjunto de habilidades sociales, conceptuales y prácticas, que incrementan en complejidad con el desarrollo y la edad, y que se adquieren a lo largo del ciclo vital en constante interacción con los entornos sociales y culturales significativos para cada persona. Esto implica, adoptar una *perspectiva evolutiva y contextual*, que refleja los cambios que en los niveles de habilidades adaptativas pueden ir produciéndose a medida que las experiencias de vida de cada persona son cada vez más funcionales, significativas y enriquecedoras y que los entornos sociales y/o culturales ofrezcan las oportunidades, situaciones y apoyos necesarios.

Es evidente, que la inclusión del criterio diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa en los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación, ha producido un cambio en el modo de pensar acerca de la discapacidad intelectual, alejado de las puntuaciones CI y centrado en la adquisición de habilidades para el desempeño satisfactorio diario. Este aspecto supone además, una evidencia de la existencia de un proceso de cambio además de conceptual, práctico, aunque especialmente este último, requiera por parte de la comunidad científica, de un mayor esfuerzo investigador que arroje más luz respecto a la relación existente entre las habilidades adaptativas y el funcionamiento intelectual, permitiendo el establecimiento de estándares aún más uniformes de evaluación, que den el mismo peso y significatividad diagnóstica a ambos constructos.

Capítulo 2. Evaluación y diagnóstico de la conducta adaptativa en discapacidad intelectual

- 2.1. La importancia de los sistemas diagnósticos en el ámbito de la discapacidad intelectual
- 2.2. La evaluación de la conducta adaptativa desde el movimiento de los test de inteligencia hasta el paradigma de los apoyos
- 2.3. La evaluación de la conducta adaptativa a partir del cambio de paradigma: El sistema de 1992 de la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR (Luckasson et al., 1992)
- 2.4. La evaluación de la conducta adaptativa en el momento actual: La décima edición de la Asociación Americana sobre Retraso Mental, AAMR (Luckasson et al., 2002) y la decimo primera edición de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD (Schalock et al., 2010)
- 2.5. Herramientas e instrumentos para la medición, la evaluación y el diagnóstico de la conducta adaptativa
 - 2.5.1. Instrumentos normativos significativos para la medición, la evaluación y el diagnóstico de la conducta adaptativa
 - 2.5.1.1. Las Escalas de Conducta Independiente Revisadas (SIR-R)
 - 2.5.1.2. Las Escalas Vineland de Conducta Adaptativa (VABS)
 - 2.5.1.3. Las Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR (ABS)
 - 2.5.1.4. Test Comprensivo de Conducta Adaptativa – Revisado (CTAB-R)
 - 2.5.1.5. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS)
 - 2.5.1.6. Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa II (ABAS-II)
 - 2.5.1.7. Perfil de Actividades de la Vida Cotidiana (LSP)
 - 2.5.1.8. Escala de Evaluación de Conducta Adaptativa Revisada – Segunda edición (ABES-R2)
 - 2.5.1.9. Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS)
 - 2.4.1.10. Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)
 - 2.5.2. Instrumentos criterios para la medición y el diseño de programaciones individuales en conducta adaptativa
 - 2.5.2.1. Inventario de Destrezas Adaptativas (CALs)
 - 2.5.2.2. Curriculum de Destrezas Adaptativas (ALSC)
 - 2.5.2.3. Programas Conductuales Alternativos (PCA)
- 2.6. Estudios e Investigaciones para la obtención de evidencias de validez y la definición de la estructura factorial de la conducta adaptativa
- 2.7. Conclusiones sobre el estado actual de la evaluación de la conducta adaptativa

CAPITULO 2

Evaluación y diagnóstico de la conducta adaptativa en discapacidad intelectual

2.1. LA IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En el primer capítulo de este trabajo de Tesis Doctoral, realizamos un recorrido a través de las diferentes formas en que la discapacidad intelectual ha sido concebida a lo largo de la historia y en los distintos sistemas de diagnóstico y clasificación internacionalmente reconocidos. Pudimos observar cómo se ha pasado de considerar que ésta se reduce a una puntuación de CI a entenderla desde un enfoque multidimensional, en el que la conducta adaptativa pasa a desempeñar un papel fundamental y significativo de cara a realizar un diagnóstico formal.

En este capítulo, comprobaremos que son varias las funciones que ha de cumplir un proceso de evaluación diagnóstico de la discapacidad intelectual (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010): diagnóstico, clasificación y planificación de sistemas de apoyo individualizados; daremos a conocer herramientas normativas y criterios para la evaluación y planificación en conducta adaptativa, y se dará cuenta de estudios e investigaciones que persiguen la obtención de evidencias de validez dichos instrumentos, centrados fundamentalmente en la definición de la estructura factorial de la conducta adaptativa evaluada mediante los mismos.

En este primer apartado, nos centraremos en el rol fundamental que las habilidades adaptativas han de jugar en el proceso diagnóstico de la discapacidad intelectual, intentado destacar y resumir las ventajas de un empleo adecuado de los sistemas actuales de diagnóstico y tratando de exponer la manera de subsanar los posibles inconvenientes de un uso inadecuado de los mismos.

A lo largo de la historia, el diagnóstico de la discapacidad intelectual, se ha constituido en un tema de interés fundamental y principal para todos/as aquellos/as que intentan comprender el fenómeno y acercarse de manera más significativa y funcional al complejo entramado de la intervención en el ámbito (Navas, Verdugo y Gómez, 2008). En ese intento de conocer y de comprender la naturaleza de la discapacidad, los sistemas tradicionales de diagnóstico, han tratado de explorar y de definir las semejanzas y diferencias existentes entre personas y grupos de personas (Wedell, 2008), para establecer y asegurar en base a las mismas, igualdad de oportunidades en el acceso de las mismas a recursos y servicios comunitarios y necesarios. Pero las categorías diagnósticas establecidas, han sido formuladas en términos médicos, convirtiéndose en *compartimentos estancos* que invitan a la asunción de que el hecho de formar parte o pertenecer a una de ellas, implica en las personas, un mismo tipo de necesidades o el acceso a recursos y servicios de iguales características (Navas, 2012; Navas, Verdugo y Gómez, 2008). A su vez, un uso inadecuado de las categorías diagnósticas, puede dar lugar al conocido problema del etiquetaje y estigmatización de las personas, sin olvidar, la incidencia que las mismas pueden llegar a tener sobre el autoconcepto y la autoestima de la persona con discapacidad (Langone, 1990; Schalock, 1999b). El debate sobre los efectos que la etiquetación y clasificación tienen en las personas con discapacidad intelectual es antiguo en la literatura profesional, existiendo autores que señalan que sin duda alguna, estigmatiza a las personas y origina el desarrollo de actitudes negativas hacia las mismas (Dickie, 1982; Gallagher, 1976; Hobbs, 1975; Langone, 1990; McMillan, 1982; Meyen, 1988; Meyers, MacMillan y Yoshida, 1978; Roger, 1982; Smith y Neisworth, 1975).

Autores como Florian y McLaughlin (2008), defienden que uno de los peligros fundamentales del empleo de categorías diagnósticas reside en su resistencia al cambio, de manera que aquello que se utiliza inicialmente como herramienta o estrategia para la organización de la información, acaba convirtiéndose, en ocasiones, en un modo de entender y de reaccionar ante la discapacidad. Rouse, Henderson y Danielson (2008) añaden además, que el uso de dichas categorías, genera inercias en el trabajo en las organizaciones, centros e instituciones destinadas a la respuesta de las necesidades que

personas con discapacidad puedan presentar a lo largo de su ciclo vital, asumiendo que la ubicación de cada persona en una categoría diagnóstica, constituye el fin del proceso diagnóstico que determina las mismas, sin llevar a cabo ningún tipo de adaptación organizacional o a nivel de intervención (Gallagher, 1976).

Junto al inconveniente descrito en el párrafo anterior, encontramos otros como los destacados por Langone (1990): (a) la posible magnificación de las áreas deficitarias o débiles; (b) la llamada *profecía autocumplida* que puede llevar a la explicación del porque de los no progresos o avances en la persona con discapacidad; y (c) que en base a las mismas, se deje fuera de los programas y propuestas educativas ordinarias al colectivo de personas que nos ocupa. Además, Gallagher (1976) señaló, que las etiquetas diagnósticas, pueden conducir a una jerarquización social y llevar a los profesionales a ignorar los complejos problemas sociales y ecológicos que requieren de una reforma significativa.

En definitiva, el problema esencial de las clasificaciones diagnósticas, reside en su posible falta de conexión con el proceso de intervención, ya que estas, únicamente han de permitir el conocimiento general de las personas y la toma de decisiones sobre sus necesidades y tipo de intervenciones, servicios y apoyos requeridos a nivel y de manera muy general.

A pesar de lo hasta ahora apuntado, tal y como señalan MacMillan, Jones y Aloia (1974) y Verdugo (1994b, 2003a), las categorías diagnósticas no tienen por qué tener en sí mismas un cariz negativo, sino que pueden adquirirlo cuando son utilizadas de forma peyorativa. Es evidente que las personas con discapacidad que no reciben una *etiqueta* formal, esa que para los significativos/as de las personas con discapacidad al inicio de su ciclo vital necesitan conocer para ser conscientes de lo que ocurre con su ser querido y minimizar la ansiedad generada por la incertidumbre (Quine y Rutter, 1994), pueden correr el riesgo de no tener acceso a los recursos, apoyos, medidas, intervenciones o servicios necesarios, además de recibir por parte de la sociedad en general, etiquetas informales peyorativas (Kamphaus, Reunolds e Imperato-McCammon, 1999).

Si la persona con discapacidad intelectual es situada en un primer plano, protagonista como persona con sus peculiaridades individuales del proceso de evaluación, y posteriormente son abordados los aspectos negativos ya destacados que pudieran derivarse del proceso diagnóstico, traduciendo la categoría diagnóstica en expectativas, metas, retos líneas de actuación e intervención presente y futuras, significativas y funcionales (Navas,

Verdugo, Gómez, 2008), tal y como apunta Navas (2012), son muchos los beneficios a obtener del empleo adecuado y funcional de un sistema de diagnóstico. Entre ellos encontramos:

- (a) La planificación de la intervención y determinación de la idoneidad de los servicios (Durkin y Stein, 1996; Florian y McLaughlin, 2008; Vig, 2005; Wedell, 2008).
- (b) Facilitar la comunicación y el intercambio de información entre profesionales de la salud y de los servicios destinados a dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad a lo largo de su ciclo vital (Durkin y Stein, 1996; Montero, 2005; Sturney, 1999; Verdugo, 2003b; Vig, 2005; Wedell, 2008).
- (c) La identificación de las variables objeto de evaluación de cara a la intervención (Verdugo, 2003b).
- (d) Favorecer un mayor conocimiento sobre la discapacidad (Vig, 2005).
- (e) Facilitar la comprensión del ritmo de progreso, aprendizajes y avances en la discapacidad para el establecimiento de metas y expectativas ajustadas, realistas y apropiadas (Durkin y Stein, 1996; Verdugo, 2003b; Vig, 2005; Volkmar, Burack y Cohen, 1990).
- (f) El conocimiento de la categoría diagnóstica que le corresponde a cada persona con discapacidad, puede ayudar a sus significativos/as en la búsqueda de manera funcional y eficaz de recursos, servicios, grupos de apoyo, organizaciones y ayudas de carácter social y económicas (Durkin y Stein, 1996; Vig, 2005).
- (g) Favorecer un diagnóstico precoz que permita la estimulación del desarrollo cognitivo de la persona con discapacidad (Durkin y Stein, 1996; Vig, 2005)
- (h) Favorece y potencia el desarrollo teórico en torno a la discapacidad (Verdugo, 2003b).

Tal y como veremos en el presente capítulo, la evaluación de la conducta adaptativa con fines diagnósticos, ha constituido y constituye un reto importante y significativo para la comunidad científica y los profesionales del ámbito. En nuestro país (al igual que en otras

realidades) y en el ámbito educativo, contexto en el que habitualmente se establece y enmarca el diagnóstico de la discapacidad intelectual, la evaluación de las habilidades adaptativas de estas personas, desempeña un papel central durante el periodo de desarrollo, y ha resultado siempre un tema complejo para profesores/as, psicólogos/as, psicopedagogos/as y otros profesionales responsables de la determinación de las necesidades educativas especiales del alumnado y su respuesta, teniendo en cuenta las limitaciones especialmente en habilidades cognitivas y del lenguaje que el colectivo puede presentar a edades tempranas (Navas, Verdugo, Benito y Gómez, 2015; Rueda, 2015; Smith, 2005).

Estos profesionales, necesitan y solicitan instrumentos de evaluación y estrategias para la intervención, para el diseño y el desarrollo de programas funcionales, eficaces y ajustados a necesidades individuales. Dicha necesidad, ha favorecido el uso quizás excesivo, de instrumentos y herramientas para la evaluación del funcionamiento intelectual de cara a determinar entre otras cuestiones, el nivel educativo que corresponde a la competencia cognitiva de cada alumno/a concreto/a, a pesar de que es de sobra conocido que las medidas de inteligencia son poco funcionales en la implementación de programas educativos, mientras que las habilidades adaptativas pueden contribuir de forma significativa a alcanzar las metas educativas y a la adaptación a las demandas de dicho contexto, siendo los déficits en conducta adaptativa predictores del fracaso escolar (Smith, 2005). Autores como Montero (2015), apuestan por la necesidad de solicitar al sistema educativo que se interese por la búsqueda de *conectores* y *decodificadores* para el ámbito escolar de todo lo que esconde el concepto de conducta adaptativa, estableciendo un conjunto de herramientas de intervención, que permitan alcanzar un mayor control de las vidas de tantos niños y niñas con discapacidad intelectual que se harán adultos/as.

Thompson, McGrew y Bruininks (1999), defienden que la conducta adaptativa puede convertirse en una herramienta funcional para incrementar la equidad en la toma de decisiones sobre emplazamientos educativos (centro educativo ordinario, aula ordinaria, aula estable, aula de aprendizaje de tareas, centro educativo específico, etc.), enfatizando además, la importancia de tener presente en las planificaciones para la intervención, el entrenamiento de habilidades que favorezcan y permitan el tránsito exitoso a la condición de joven y a la vida adulta.

Las pruebas criterioles de conducta adaptativa, pueden ser muy útiles para la identificación de la ausencia o presencia de habilidades específicas, ofreciendo un retrato

inicial válido y funcional en la detección de fortalezas y debilidades, que consideradas a la luz de las preferencias, intereses, necesidades y otras consideraciones del entorno de cada persona, permitan la elaboración de planes de intervención con el establecimiento de objetivos y metas de gran relieve, funcionalidad y significatividad (Montero, 2015).

Es evidente por tanto, la importancia de establecer los estándares de evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual, por ello, consideramos de interés, dedicar este segundo capítulo a la definición de las prácticas de evaluación de la conducta adaptativa que han tenido lugar desde la inclusión del constructo como criterio diagnóstico, así como al análisis de las características más significativas de muchos de los instrumentos más relevantes y comúnmente utilizados, junto con el resumen de investigaciones y estudios realizados durante las dos últimas décadas y que persiguen, entre otros objetivos, el análisis de la estructura factorial del constructo medido mediante algunas de las herramientas estudiadas.

2.2. LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA DESDE EL MOVIMIENTO DE LOS TEST DE INTELIGENCIA HASTA EL PARADIGMA DE LOS APOYOS

La irrupción de las escalas de evaluación de la inteligencia a principios del siglo XX tuvo un gran impacto en las prácticas de diagnóstico de la discapacidad intelectual y su preponderancia en este ámbito, fue motivo de insatisfacción para muchos/as profesionales, estudiosos e investigadores del ámbito desde bien temprano. Era evidente, que las herramientas para la evaluación de la inteligencia, no daban cuenta de un aspecto de la discapacidad intelectual sumamente visible; las dificultades de las personas con discapacidad intelectual para manejarse de manera significativa y funcional en lo cotidiano a la hora de satisfacer las propias necesidades e intereses personales. Como ya hemos comentado en el primer capítulo de este trabajo de Tesis Doctoral, cuando esta percepción alcanzó un consenso científico suficiente, se tomó la decisión de incluir la conducta adaptativa en la definición del constructo de discapacidad intelectual, siendo este aspecto quizás el que más haya influido en el desarrollo de su evaluación.

En la década de los setenta, dada la importancia de la evaluación de la conducta adaptativa para el establecimiento de diagnósticos precisos y funcionales de la discapacidad intelectual, los profesionales e investigadores del ámbito, centraron sus estudios en la identificación del conjunto de habilidades adaptativas precisas para la inclusión satisfactoria en el contexto social de las personas con discapacidad intelectual. Para autores como Tassé (2009), este era un trabajo de gran importancia, ya que hasta ese momento únicamente disponían de la Escala Vineland de Madurez Social (*Vineland Social Scale*. Doll, 1936).

El movimiento de desinstitucionalización y el principio de normalización, incrementaron la necesidad de evaluar y posteriormente, entrenar, conductas, destrezas o comportamientos considerados funcionales e importantes para la inclusión de las personas con discapacidad intelectual en entornos de enseñanza – aprendizaje, de relación y convivencia, reconociendo y certificando así, la evidente y clara interacción existente entre las características de los contextos significativos para cada persona y la conducta mostrada por la misma (Bruininks, Thurlow y Gilman, 1987).

El movimiento de desinstitucionalización que conlleva el gradual y significativo abandono de las grandes instituciones residenciales y asistenciales, y su sustitución por servicios comunitarios a pequeña escala que permiten a las personas con discapacidad su desarrollo y relación con la comunidad, desempeñando de este modo, un papel fundamental en la sociedad en la que viven y se desarrollan, fue probablemente, uno de los mayores y más significativos avances en torno a la discapacidad (Mansell, 2006; Mansell y Ericsson, 1996). Unido al mismo, el principio de normalización, han sido propulsores de la búsqueda de procesos y procedimientos de evaluación de la conducta adaptativa, que ofreciesen medidas útiles de cara a la planificación y programación de estrategias y procesos de intervención dirigidas a potenciar al máximo y estimular en lo posible, la adquisición y el desarrollo de determinadas conductas y destrezas, permitiendo a su vez, la evaluación del funcionamiento general en colectivos de personas en los que la evaluación de la inteligencia y el establecimiento del nivel de CI, se tornaba especialmente compleja, como puede ser el colectivo de personas con Trastorno del Espectro Autista (Kraijer, 2000). Comienzan por tanto, a desarrollarse escalas e instrumentos de medida, cuyo propósito se centraba o en la identificación de diversos niveles de conducta adaptativa para la clasificación o en el diagnóstico o en servir de base para la programación de intervenciones.

El principio de normalización, principio formulado por Bank-Mikkelsen (1975) y definido en sus orígenes como, la posibilidad de que las personas con discapacidad

intelectual llevasen una existencia tan próxima a lo *normal* como fuera posible, fue años después, profundizado por Nirje (1969), quien llegó a formulándolo como las acciones que hacen accesibles a las personas con discapacidad intelectual las normas y pautas sociales. Wolfensberger (1975) a su vez, retocó la definición realizada por Bank-Mikkelsen (1975), en un intento de formular una definición con carácter más didáctico que facilitase la comprensión de los aspectos que permiten el cumplimiento del principio en cuestión, estableciendo lo que aún hoy en día se entiende al hablar de normalización, como el uso de los medios culturalmente normativos (técnicas, instrumentos, métodos, etc. significativos y valorados), que permitan que las condiciones de vida de las personas con discapacidad sean al menos tan buenas como las de aquellos/as que no poseen discapacidad, mejorando y apoyando la conducta, habilidades y competencias, apariencia, experiencias, roles o estatus y reputación de las mismas.

La ausencia de un marco teórico con evidencia científica significativa común, dio lugar al desarrollo de multitud de herramientas e instrumentos carentes de estándares uniformes y significativos de evaluación. Meyers, Nihira y Zetlin (1979), llegaron a identificar más de doscientos instrumentos de medida, todos ellos carentes de un marco teórico común respaldado por análisis factoriales en los que sustentarse (Greenspan, 1997). Según iba aumentando la importancia de la evaluación de la conducta adaptativa (Grossman, 1973; Grossman, 1983), también lo hacían las evidencias en torno a la existencia de herramientas e instrumentos para su medición carentes de características psicométricamente adecuadas (Keith, Fehrmann, Harrison y Pottebaum, 1987). Esto hizo, que durante la década de los ochenta, gran parte de las investigaciones y estudios sobre la evaluación del constructo, giraran en torno a la obtención de un mayor e importante nivel de comprensión sobre la naturaleza del mismo, su estructura, desarrollo y medida.

Autores como Harrison (1989), destaca tras una revisión del constructo de conducta adaptativa y del conjunto de escalas y herramientas o instrumentos desarrollados para su medición, una serie de rasgos y elementos comunes que resumimos a continuación (Navas, 2012):

- (a) La mayor parte de las definiciones formuladas sobre el constructo, coincidían en señalar la importancia de tener en cuenta en los procesos de evaluación el carácter evolutivo de la conducta adaptativa, entendiendo que esta se desarrolla e incrementa en complejidad con la edad.

- (b) La mayoría de los instrumentos, escalas e inventarios de evaluación analizados, centraban su foco de interés en: habilidades comunicativas, profesionales, domésticas, interpersonales y de cuidado personal.
- (c) En los procesos de evaluación establecidos con dichas herramientas, la conducta adaptativa, era concebida como dependiente de las expectativas del grupo cultural y del conjunto de demandas existentes en situaciones particulares y significativas para cada personas objeto de evaluación y para aquellos/as con los que la persona interactuaba (aspecto este significativo en la evaluación de colectivos procedentes de grupos culturales minoritarios).
- (d) Finalmente, en la mayor parte de los instrumentos de evaluación, el propósito final consistía en la medición del funcionamiento diario en aquellas actividades que requieran de autosuficiencia tanto personal como social.

No es hasta la década de los noventa, cuando los distintos estudios de análisis factorial y conjunto de investigaciones, comienzan a arrojar y a concluir resultados significativos y comunes en torno a la conducta adaptativa y a su estructura destacando curiosamente (Greenspan, 1997; Mathias y Nettelbeck, 1992; Tassé y Craig, 1999; Thompson, McGrew y Bruininks, 1999; Widaman y McGrew, 1996) y a pesar de que la inclusión del criterio de limitaciones significativas en conducta adaptativa en el diagnóstico de discapacidad intelectual (entonces "retraso mental") tenía por objeto responder a la necesidad de basar el proceso de evaluación y de diagnóstico en contextos significativos y de la vida real, más que en el uso de tests psicológicos, todos los instrumentos que en el momento comenzaron a desarrollarse, tenían entre sus más importantes limitaciones, la atención insuficiente prestada a los contextos en los cuales ocurría el comportamiento objeto de evaluación (Greenspan, 1997; Greenspan, 2006).

2.3. LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA A PARTIR DEL CAMBIO DE PARADIGMA: EL SISTEMA DE 1992 DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (LUCKASSON ET AL., 1992)

Como especificamos en el primer capítulo de este trabajo de Tesis Doctoral, una de las consecuencias más significativas producidas con el cambio de paradigma introducido por la entonces AAMR mediante su novena definición (Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997), fue el hecho de concebir el contexto en el que se desenvuelve la persona con discapacidad, como un contexto activo y cambiante, entendiendo que la realidad social que rodea a cada persona, puede ser transformada por esta última y la que misma, puede ser influida por la realidad social que le rodea, por ser las propias personas, agentes activas de su propio desarrollo. Este aspecto, pasó a ser fundamental para la evaluación de la conducta adaptativa, tanto fue así, que quizás una de las consecuencias más importantes de la inclusión de esta perspectiva contextualista en el sistema de 1992 (Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997), fue el énfasis otorgado al establecimiento de la necesidad de evaluar las habilidades adaptativas dentro de los entornos comunitarios típicos y significativos para los iguales en edad a la persona, vinculando además dicha evaluación, a los apoyos requeridos por cada personas (Schalock, 1995; Verdugo, 1994a).

El papel del contexto comenzó a ser especialmente significativo principalmente, en aquellas personas con niveles más altos de funcionamiento intelectual, al ser en estos casos, en los que resultaba especialmente difícil la realización de un diagnóstico definitivo y fiable. Estas, podían mostrarse relativamente competentes en el desempeño de determinadas tareas en contextos concretos y familiares y por el contrario, mostrar dificultades relevantes en la ejecución de aquellas producidas en contextos novedosos, llegando a enmascarar la naturaleza real de las necesidades concretas que pudieran mostrar o poseer (Soenen, Van Berckelaer-Onnes y Scholte, 2009).

A partir de ese momento, la evaluación de la conducta adaptativa se entiende como la base fundamental para la descripción en términos conductuales de las competencias que cada persona con discapacidad intelectual posee, convirtiéndose en el eje para el establecimiento de objetivos, metas, aspiraciones socialmente relevantes y programaciones

funcionales, que permitan a la persona, la inclusión a nivel comunitario y su progresiva desinstitucionalización (Schalock, 1999a).

En este sentido, comienzan a construirse herramientas e instrumentos para la evaluación del constructo (Lambert, Nihira y Leland, 1993; Nihira, Leland y Lambert, 1993), acordes con la novena definición de la entonces AAMR (Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997), y como ya fue descrito en el primer capítulo de este trabajo, la conducta adaptativa comenzó a ser evaluada teniendo en cuenta un conjunto de diez áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo (Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997).

Hubo autores que criticaron la artificiosidad del constructo de habilidades adaptativas establecido (Montero, 1996, 2003; Verdugo, 2003a), y el hecho de que la estructura de evaluación de estas, se derivara del análisis factorial realizado a partir de medidas y herramientas ya existentes, por ser una estrategia que no daba la relevancia que poseen a dominios insuficientemente representados en las mismas, como por ejemplo, las habilidades sociales, dando por el contrario, mayor importancia a otros dominios relativos por ejemplo a las habilidades motoras menos centrales y significativos a la hora de definir y de entender el constructo de discapacidad intelectual (Greenspan, 1999). La dimensión de *competencia física y motorica* fue descartada a la hora de hablar de conducta adaptativa, considerando que su evaluación ha de realizarse en el contexto de la dimensión salud (cuarta dimensión) (Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Tompson, McGreew y Bruininks, 1999). En definitiva, uno de los principales problemas que acarrea el análisis factorial como estrategia en herramientas que medían o evaluaban la conducta adaptativa en personas con discapacidad para el estudio de la estructura de la conducta adaptativa era que, a pesar de que ofrecían resultados significativos respecto a los dominios que en cada caso se agrupaban de manera jerárquica, no proporcionaban información sobre algunas dimensiones no representadas ni presentes en dichas herramientas (por ejemplo, ingenuidad, prudencia o credulidad).

Tras el desarrollo de la novena edición de la entonces AAMR (Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997) y en base a la propuesta realizada por autores como Greenspan (1997) y Schalock (1999) de pasar a realizar la evaluación de la conducta adaptativa en base a un modelo competencial, se pasó al establecimiento de tres dominios de ejecución; *práctico, social y conceptual*, que podían ser definidos en base a un conjunto de indicadores,

todos ellos presentes en la mayoría de herramientas e instrumentos estandarizados y elaborados hasta el momento con dicho fin (Schalock, 1999) y de los cuales daremos cuenta para concluir con este segundo subapartado del capítulo. A partir de ese momento, se genera cierto consenso con respecto a la manera en que han de ser evaluadas las habilidades adaptativas.

- (a) *Indicadores de habilidades prácticas:* Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, funcionamiento motor, vida en comunidad, habilidades ocupacionales y habilidades de cuidado personal. Habilidades todas ellas necesarias para la satisfacción de las necesidades personales más básicas.
- (b) *Indicadores de habilidades sociales:* Creación y mantenimiento de amistades, interacción con otros/as, participación en actividades grupales, competencia emocional, adaptación personal, adaptación social, solución de problemas, autodirección, responsabilidad, socialización, autocontrol y autoestima, sensibilidad y perspicacia. Destrezas precisas para ser miembro activo de la sociedad.
- (c) *Indicadores de habilidades conceptuales:* Lenguaje expresivo y receptivo, habilidades de lectura y escritura, uso del dinero y comunicación no verbal. Habilidades cognitivas y académicas, que muy a menudo se ejercitan y se aprenden en el ámbito educativo y permiten a la persona manejarse en lo cotidiano.

2.4. LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN EL MOMENTO ACTUAL: LA DÉCIMA EDICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA SOBRE RETRASO MENTAL, AAMR (LUCKASSON ET AL., 2002) Y LA DECIMO PRIMERA EDICIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DEL DESARROLLO, AAIDD (SCHALOCK ET AL., 2010)

En la décima edición de la entonces AAMR (Luckasson et al., 2002), tras la introducción del paradigma de los apoyos en su precedente (Luckasson et al., 1992), se

incorpora un nuevo marco o estructura de evaluación de la discapacidad intelectual y de la conducta adaptativa (y el resto de dimensiones), especificando como ya se dijo en el capítulo primero de este trabajo de Tesis Doctoral, su diferentes funciones: *diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos*. Este marco o proceso de evaluación, se mantienen en la última edición de la AAIDD (Schalock et al., 2010), incluyendo únicamente cambios con respecto a la planificación de los apoyos. En la Tabla 5 incluida y descrita en el primer capítulo, se presenta el proceso de evaluación de la discapacidad intelectual con las tres funciones y el resumen de los aspectos más significativos y relevantes a tener en cuenta en dicho proceso.

Dentro de la estructura de evaluación de la discapacidad intelectual, la conducta adaptativa y las dimensiones de salud, participación, contexto y los apoyos personales e individualizados, pueden ser objeto de medición y evaluación, con diversos objetivos y mediante una variedad de instrumentos y herramientas de medida que pueden variar en función del objetivo final del proceso, es decir, la clasificación, la planificación de apoyos o el diagnóstico. La Tabla 6, presentada en el capítulo anterior de este trabajo, recoge la estructura para la evaluación de la discapacidad intelectual nombrada, estableciendo para cada una de las tres posibles funciones, sus posibles propósitos esenciales, las medidas y herramientas a utilizar para su consecución y un conjunto de quince consideraciones fundamentales a tener en cuenta durante el proceso de evaluación (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010).

Es importante reconocer que, diferentes métodos, estrategias y medidas o herramientas para la evaluación de la conducta adaptativa tendrán, diferentes ventajas y limitaciones, dependiendo de los propósitos específicos del proceso de evaluación. La evaluación para el diagnóstico de la discapacidad intelectual, requiere del uso de instrumentos que sean psicométricamente válidos y estandarizados sobre grupos de personas con y sin discapacidad intelectual como detallaremos más adelante, centrados en las tres áreas de conducta adaptativa, conceptuales, sociales y prácticas, mientras que en la evaluación para la clasificación o la planificación de apoyos, son relevantes las pequeñas diferenciaciones por niveles de habilidad o el centrarse en áreas específicas de habilidades (Verdugo y Jenaro, 2004). Por lo tanto, debe entenderse que las características de una evaluación válida y funcional para una determinada función (por ejemplo, diagnóstica), no son necesariamente las mismas que aquellas que caracterizan una buena evaluación para otra (por ejemplo, clasificación e identificación de apoyos individuales). Pocas herramientas e instrumentos tienen la amplitud, profundidad y propiedades psicométricas esperadas para

su uso óptimo con cualquiera de los propósitos señalados. Las medidas que proporcionan suficientes datos, informaciones y detalles para permitir la planificación y programación de procesos de intervención funcionales y acordes a las necesidades la persona, pueden resultar demasiado extensas para su uso con fines diagnósticos, carecer de datos estandarizados, o describir conductas que habitualmente no diferencian a las personas con y sin discapacidad intelectual (Nihira, 1999).

Ahora bien, bien sea el diagnóstico, la clasificación o la planificación de apoyos el propósito final de la evaluación, a partir de la décima edición (Luckasson et al., 2002) se estable un conjunto de premisas que se mantienen en la última edición (Schalock et al., 2010), premisas significativas y a tener muy en cuenta y que a continuación pasamos a resumir:

- (a) En la evaluación de la conducta adaptativa ha de tenerse en cuenta el funcionamiento que muestra la persona en el momento de realizar la evaluación, al entender que la conducta adaptativa refleja el comportamiento habitual y típico de la misma, puesto que ésta, se refiere y es reflejo de aspectos de la vida cotidiana y pone el énfasis el comportamientos diarios y ordinarios. Por el contrario, la evaluación del funcionamiento intelectual, entendiéndolo que la inteligencia, implica un nivel significativo de abstracción y la puesta en marcha de procesos complejos y de pensamiento (Meyers, Nihira y Zetlin, 1995), resume y muestra el grado o nivel de ejecución máxima que la persona puede llegar a alcanzar en determinadas tareas.
- (b) Para el establecimiento de *limitaciones significativas en conducta adaptativa* es fundamental e indispensable, analizar las opciones que cada persona tiene para participar en la comunidad y en el conjunto de posibilidades que esta brinda (análisis de la existencia de oportunidades reales de participación), ya que en el caso de no poseer oportunidades significativas, las limitaciones que la persona pueda presentar, pudieran ser reflejo de un déficit no relacionado con su discapacidad.
- (c) Para el establecimiento de *limitaciones significativas en conducta adaptativa* es necesario tener en cuenta el entorno cultural y el contexto social en el que la persona se desenvuelve y desarrolla. Muchas personas susceptibles de ser evaluadas para el establecimiento de un diagnóstico de discapacidad intelectual,

pueden vivir en contextos *atípicos* o segregados (Schalock et al., 2010) y esta cuestión ha de reflejarse en la evaluación clínica, además de analizar el rol y estatus de la persona en relación a las expectativas y oportunidades que esta posee para el aprendizaje, el desarrollo y la puesta en práctica de determinadas competencias y destrezas a determinar en cada caso concreto (Reschly, 1987). Junto a esto y teniendo en cuenta la especificidad situacional de la conducta adaptativa, las evaluaciones deberán de tener en cuenta factores y expectativas significativas y relevantes desde el punto de vista ético o cultural (Tassé y Craig, 1999).

Centrándonos más concretamente en la evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa y no tanto en las funciones de clasificación y planificación de apoyos, la décima edición de la entonces AAMR (Luckasson et al., 2002), establece la necesidad de utilizar escalas, inventarios e instrumentos estandarizados en la población general, para la determinación de la existencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa, limitaciones que serán establecidas, siempre y cuando el resultado obtenido mediante dichas herramienta estandarizadas, se aleje dos desviaciones típicas por debajo de la media en; uno de los tres tipos de destrezas adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas, o en una medida general estandarizada de habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Ambos criterios son viables, por entender que las limitaciones en conducta adaptativa se generalizan a través de las dimensiones en los tres tipos de habilidades, pero sin olvidar, que teniendo en cuenta que las puntuaciones obtenidas en las subescalas de las que se componen las distintas herramientas de medida de conducta adaptativa correlaciones de un modo moderado no especialmente significativo (Schalock et al., 2010), cabe la posibilidad de defender la existencia de un déficit general, incluso si la puntuación en una única dimensión medida mediante un instrumento que evalúe habilidades conceptuales, sociales y prácticas, cumple el criterio operacional de encontrarse dos desviaciones típicas por debajo de la media.

Unido a esta última cuestión, en la última definición de discapacidad intelectual emitida por la AAIDD (Schalock et al., 2010), se establece la necesidad de tener en cuenta el error típico de medida del instrumento estandarizado utilizado en cada proceso diagnóstico a la hora de interpretar las puntuaciones obtenidas por cada persona, reflejando el mismo en el informe diagnóstico que se elabore respecto a cada caso. Este aspecto es relevante, porque el error estándar, es específico de cada herramienta y es utilizado para establecer un intervalo estadístico de confianza dentro del cual se encuentra la puntuación real de cada persona (Martínez, Castellanos y Chacón, 2015; Martínez,

Chacón y Castellanos, 2015). Para la medición lo más precisa posible de limitaciones significativas en conducta adaptativa, sería necesaria la construcción de instrumentos de evaluación cuyo propósito sea el diagnóstico, que proporcionen la máxima información, y que midan con la máxima precisión en el tramo de dos desviaciones típicas por debajo de la media la variable en cuestión (Navas, 2012).

La inquietud y propuesta planteada por Navas (2012), queda ya de alguna manera reflejada en la última definición de discapacidad intelectual emitida por la AAIDD (Schalock et al., 2010), donde se establece y determina el conjunto de estándares técnicos que toda herramienta diagnóstica de conducta adaptativa debiera de cumplir, estándares técnicos establecidos en base a los trabajos realizados por autores como Finlay y Lyons (2002), Greenspan (1999. 2006), Harrison y Raineri (2008) y Rechly, Myers y Hartel (2002), y que podríamos resumir de la siguiente forma:

- (a) Evaluación de las dimensiones específicas obtenidas en investigaciones y estudios de análisis factorial realizados con los diversos instrumentos y herramientas para la evaluación de la conducta adaptativa.
- (b) Han de centrarse en la identificación de limitaciones significativas en conducta adaptativa para el diagnóstico de discapacidad intelectual, dejando de lado otros propósitos como pudieran ser la programación, la planificación o la intervención.
- (c) Incluir la medición de aspectos de la conducta adaptativa novedosos y actuales, establecidos en base a trabajos de investigación llevados a cabo por Greenspan y colaboradores (Greenspan, 1997, 2006; Greenspan y Love, 1997; Greenspan, Switzky y Granfield, 1996) y entre los que se encuentran la ingenuidad, la prudencia, la credulidad y el conjunto de habilidades relacionadas con el empleo de las nuevas tecnologías, cuestiones estas no contempladas y evaluadas por ninguno de los instrumentos estandarizados existentes.

En la actualidad, en breve, los profesionales de nuestro país, contarán con herramientas como la Escala de Diagnóstico de la Conducta Adaptativa (*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*. Baloni et al., 2014; Tassé et al., en prensa; Tassé et al., 2008; Verdugo, Arias y Navas, 2014), escala de conducta adaptativa diseñada por la AAIDD, orientada exclusivamente al diagnóstico de limitaciones significativas en

conducta adaptativa en personas con sospecha de discapacidad intelectual, que incluyen los aspectos destacados.

- (d) Contener ítems con alto poder discriminativo, con objeto de minimizar los falsos diagnósticos positivos o negativos, para lo que resulta fundamental la consideración del error típico de medida de la herramienta utilizada, cuestión esta a la que hacíamos alusión en párrafos anteriores de este mismo subapartado, y el poder de discriminación de los ítems seleccionados.
- (e) Utilizar en la construcción de la escala, inventario o herramienta, la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), que; no se orienta a la puntuación global obtenida en la herramienta y permite, por tanto, el análisis de los patrones de respuesta en cada persona; las propiedades psicométricas de cada ítem, como pudiera ser el nivel de dificultad, no dependen de la muestra de personas; la puntuación de una persona no depende de la muestra de ítems que compongan la herramienta; permiten interpretaciones referidas a una variable concreta, además de la medición con la misma fiabilidad a lo largo de toda ella, y finalmente, las medidas de TRI, consideran las diferencias entre los ítem, al entender que estos no son invariantes y que las puntuaciones totales no pueden ser por tanto, la mera suma de observaciones (Muñiz, 1997).

En resumen, se apuesta por el uso de la Teoría de Respuesta al Ítem en la construcción de las herramientas, con objeto de, poder realizar mediciones con la misma fiabilidad de los niveles individuales de ejecución a lo largo del continuo de edad y habilidades adaptativas y permitir la selección de aquellos elementos o ítems que mejor reflejen niveles de habilidad cercanos al punto de corte establecido.

- (f) Finalmente, toda herramienta para el diagnóstico de conducta adaptativa, debe tener en cuenta como hemos especificado y detallado en párrafos anteriores, que la conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual puede verse influida por la disponibilidad del conjunto de oportunidades que el contexto en el que se desenvuelve y desarrolla de brinda, por la influencia que factores culturales pudieran ejercer en la expresión de la conducta y por la presencia de discapacidades de tipo sensorial, físico o motoras que pudieran condicionar significativamente o limitar la ejecución y el desempeño correcto de acciones o actividades concretas.

El uso de herramientas diseñadas para el diagnóstico de la conducta adaptativa, implican la obtención de información relativa a la misma en una persona, mediante la entrevista a significativos que conocen desde hace tiempo y en profundidad, a la persona objeto de evaluación. Lo ideal para autores como Montero (2005), sería la realización de observaciones continuadas y estructuradas en los distintos entornos y contextos en los que se desenvuelve la persona con discapacidad, pero reconoce a su vez, desde un punto de vista pragmático, la inviabilidad de su propuesta por muy diversos motivos, entre ellos, el del derecho a la intimidad de la persona con discapacidad evaluada y el tiempo disponible. Por lo que, confirma que el procedimiento más habitual y funcional resulta ser la entrevista realizada por un profesional familiarizado con la herramienta, inventario o escala, a una persona que posea un amplio y significativo conocimiento de la persona evaluada, además de una relación cotidiana con la misma, siendo este, un procedimiento que además de respetar la intimidad de cada uno/a, permite el acceso a gran cantidad de información en poco tiempo.

Además, en la entrevista, sería importante contar en la medida de lo posible, con más de un/a informante que a su vez, tenga la oportunidad de observar el desempeño habitual de la persona con discapacidad en distintos contextos y entornos vitales y diversos, ya que como apuntan Tassé y Lecavalier (2000), los resultados de la investigación, ponen de manifiesto que, sobre todo en lo que a conducta adaptativa se refiere, es fundamental contar con varios informantes que ofrezcan la máxima y más detallada y significativa información que sean capaces de ofrecer sobre la conducta o comportamiento que muestra la persona objeto de evaluación en el mayor número de contextos posible, debido a que las distintas fuentes, pueden proporcionar información relativa a un comportamiento determinado que es observado exclusivamente en su entorno, pudiendo no ser totalmente consistentes entre sí.

En este sentido, existen estudios que obtuvieron evidencias sobre correlaciones altas entre la información proporcionada por informantes que desempeñaban roles similares con la persona objeto de evaluación (padre – madre, profesores de diversas materias educativas...) o en aquellos casos en los que el funcionamiento intelectual de la persona era alto (Achenbach, McConaughy y Howel, 1987; Hundert, Morrison, Mahoney, Mundy y Vernon, 1997; Sexton, Thompson, Perez y Rheams, 1990). En investigaciones realizadas por autores como Harrison (1985), Foster-Gaitskell y Pratt (1989) y Nolan y MacCallun (2000), no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones otorgadas por padres, madres y profesionales en medidas de conducta adaptativa, aunque existen otras

(Dinnebeil y Rule, 1994; Shaw, Hamer y Leland, 1991) que llegaron a comprobar, que personas con discapacidad intelectual, obtenían resultados significativamente más altos en conducta adaptativa cuando la evaluación era realizada por padres-madres a diferencia de cuando ésta era realizada por su profesorado, mientras que autores como Cheramie (1994) y Tassé, Aman, Hammer y Rojahn (1996), solo pudieron demostrar la existencia de dicha diferencia cuando la evaluación se refería a conductas disruptivas o problemáticas.

Bien es cierto, que como apuntan Achenbach, McConaughy y Howel (1987), las diferencias en los resultados contradictorios obtenidos en el conjunto de investigaciones citadas en el párrafo anterior, pueden deberse a cuestiones metodológicas propias de cada investigación, o a que parte de las personas que conformaron las muestras en cada uno de ellas, se comportase de forma diferente en entornos significativamente distintos como puede ser el hogar o el escolar, con características marcadamente diferenciadas.

Otro recurso alternativo a las entrevistas es en ocasiones, la autoadministración independiente del instrumento con el que un profesional de atención directa esté mínimamente familiarizado/a y con la supervisión por parte de un técnico/a. A este respecto, autores como Schalock y sus colaboradores (2010), afirman que el procedimiento ideal es la entrevista (y no el autoinforme), dado que la investigación ha puesto de manifiesto que el uso de autoinformes para el establecimiento de diagnósticos de discapacidad intelectual con puntuaciones más altas de CI, tienden en mayor medida a enmascarar los déficits o necesidades con respecto a conducta adaptativa, mostrando en ocasiones a las personas más competentes y capaces de lo que realmente son, presentando a su vez, un sesgo significativo de aquiescencia (Finlay y Lyons, 2002; Tomás, Galiana, Hontangas, Oliver y Sancho, 2013), que podría conducir a patrones de respuesta erróneos.

Por todo lo hasta el momento descrito y argumentado, en la evaluación diagnóstica de la discapacidad intelectual y con respecto a la conducta adaptativa, será de especial relevancia la consideración del error típico de medida del instrumento seleccionado para dicho fin, como el asegurarse de la fiabilidad de la información emitida y proporcionada por los significativos/as seleccionados/as para la entrevista. La utilización de escalas, inventarios y pruebas estandarizadas para la evaluación de la conducta adaptativa en las personas con discapacidad intelectual, no debe excluir el uso del resto de instrumentos de valoración existentes en el campo que nos ocupa, para poder llegar a un conocimiento lo más preciso posible de la persona objeto de evaluación. De este modo, la evaluación completa realizada por cualquier profesional del ámbito, debiera incluir incluso la administración de otras

herramientas psicométricamente validas, la revisión del historial de la persona (historia familiar, logros educativos, logros laborales...), el análisis de evaluaciones psicológicas previas, la entrevista a la propia persona con discapacidad y como proponía Montero (2005) la observación de la misma en su entorno natural y en la variedad de contextos comunitarios donde se desarrolla y desenvuelve durante largos periodos de tiempo (Luckasson et al., 1992; Schalock et al., 2010).

En este arduo y metódico proceso, se convierte en algo más que significativo, crucial y fundamental el juicio clínico, juicio clínico entendido por Schalock y Luckasson (2005) y recogido su por García (2005), como el juicio que surge directamente de una gran cantidad de datos e información, basado en un alto nivel de habilidad y experiencia clínica por parte del profesional que lo emite. Esta habilidad y experiencia, se torna especialmente importante en situaciones en las que el grado de discapacidad y las limitaciones de las personas objeto de evaluación reducen la misma, a la utilización exclusiva de una única herramienta o instrumento, son significativamente reducidas las oportunidades de observación de la ejecución y el comportamiento de la persona, no hay antecedentes históricos, o estos resultan suficientes o relevantes (historiales educativas, psicológicos...), e incluso, pueden existir dudas más que importantes sobre la validez de los datos obtenidos (Schalock et al., 2010).

2.5. HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN, LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA

Durante casi cinco décadas, las dos piedras angulares para el diagnóstico de la discapacidad intelectual han sido y siguen siendo, los tests de inteligencia y las escalas de conducta adaptativa (Luckasson et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004). Mientras los tests de inteligencia se centran principalmente en el máximo rendimiento en tareas relacionadas con la inteligencia conceptual, las escalas de conducta adaptativa se centran en el nivel de habilidad que la persona objeto de evaluación manifiesta en la realización y el desempeño de tareas en entornos significativos para la misma. Las escalas de conducta adaptativa, miden aspectos de inteligencia conceptual, práctica y social, aunque la ejecución en tareas

que requieren inteligencia social está a menudo infrarrepresentada en este tipo de escalas (Thompson, McGrew y Bruininks, 1999; Widaman y McGrew, 1996).

Además de permitir la medida de las habilidades adaptativas en personas con discapacidad, las escalas de conducta adaptativa pueden ser útiles para la identificación y el establecimiento objetivos significativos de intervención (Nihira, 1999) y como señala Verdugo (2003a), para la determinación de los apoyos individuales requeridos por cada persona. Estas cuestiones permiten afirmar por tanto, que la evaluación del comportamiento adaptativo, permite la detección y determinación de aquellos factores que en cada caso podrían influir y predecir la posibilidad de tener éxito en la vida y la adaptación a los contextos y realidades significativas para cada persona con discapacidad intelectual.

En 1999, Schalock, llegó a identificar más de doscientas herramientas para la medición del comportamiento adaptativo y tal y como indican y exponen en sus trabajos autores como Patton (1990), Destefano y Thompson (1990), algunas características que pudieran definir a la mayoría de los instrumentos utilizados en la actualidad serían entre otras; (a) que todos ellos se centran en ámbitos de la vida cotidiana; (b) resultan útiles para el reflejo con precisión del funcionamiento presente de la persona objetivo de evaluación; (c) pueden variar en cuanto a las áreas objeto de medida; (d) es más probable que las valoraciones realizadas mediante los mismos sobre cuestiones específicas resulten más precisas que las realizadas sobre cuestiones generales; (e) varían en gran medida en cuanto a su calidad, objetivo de su uso y en su diseño, de tal forma que, algunos fueron diseñados para la evaluación de poblaciones amplias, y otros, por el contrario, se limitan exclusivamente a la evaluación de colectivos comprendidos en edades específicas o personas que muestran comportamientos gravemente limitados; y finalmente, (f) cabe destacar, que la mayoría se basa en datos obtenidos a través de entrevistas a padres, tutores legales o profesionales significativos (en ocasiones solicitando la participación de varios informantes) que interactúan y conocen en su día a día y en profundidad, a la persona evaluada y su desempeño en distintos contextos y diversas situaciones.

No cabe duda de que, un instrumento de medida de la conducta adaptativa, debe sistematizar el proceso de recogida de información y proporcionar instrucciones claras y concisas para la interpretación de los incidentes y problemas que puedan sobrevenir durante el proceso de evaluación. En este sentido, autores como Montero (2005), aconsejan que sean profesionales debidamente cualificados los encargados de interpretar los resultados y

decidir en consecuencia, sobre todo en aquellas decisiones que pueden afectar a las personas con discapacidad el resto de su vida.

Sattler en 1996, realizó una significativa revisión de gran cantidad de herramientas de evaluación normalizadas de conducta adaptativa, e identificó las siguientes aplicaciones como las más adecuadas para dichos instrumentos; (a) el establecimiento de los aspectos fuertes a nivel conductual y aquellos que requieren de intervención en cada persona; (b) la comparación del nivel de desempeño conductual en diferentes ambientes o contextos significativos; (c) la comparación y complementación de los datos proporcionados por distintos informantes en relación al funcionamiento adaptativo de una misma persona; (d) la presentación de una manera estandarizada de los datos funcionales de cada uno/a; y (e) facilitar o proporcionar una base objetiva para la evaluación y determinación de los progresos alcanzados o de los resultados de un programa de intervención diseñado, permitiendo en su caso la modificación o el refuerzo de acciones significativas.

Montero (2005) y Rueda (2015), además de reconocer la utilidad en la evaluación de las destrezas necesarias para la inclusión social de la persona y la consecución de una vida independiente, también refieren los siguientes usos de los instrumentos de conducta adaptativa:

- (a) Pueden ser de ayuda para la evaluación, la planificación de servicios y programas para las personas con discapacidad. El uso de herramientas para la evaluación de la conducta adaptativa, pueden ofrecer un retrato inicial válido y significativo para la detección de fortalezas y debilidades que, consideradas a la luz de las preferencias, motivaciones e intereses personales, además de otras características del entorno de la persona objeto de evaluación, den lugar al establecimiento de objetivos de intervención de gran relieve. De hecho, la AAIDD, desde su novena edición (Luckasson et al., 1992) hasta la actualidad, otorga especial importancia a la evaluación del constructo, junto a otras relevantes dimensiones, como paso previo para la determinación de los apoyos que cada persona precise y con qué intensidad.
- (b) Pueden emplearse en la intervención con personas que poseen severas discapacidades como apoyo a lo largo del proceso de intervención y para el establecimiento de prioridades en el mismo.

- (c) Para la adecuada clasificación de personas en grupos de iguales/similares necesidades, reflejando diferencias entre grupos según variadas características clínicas y evolutivas. Existen numerosas publicaciones científicas que resaltan, la eficacia de las escalas de evaluación de la conducta adaptativa para el diagnóstico y la evaluación de distintas problemáticas, pero quizás los dos colectivos en los que más se han utilizado herramientas de este tipo, tanto en el estado español como en otros países, han sido los formados por personas con discapacidad intelectual y personas con Trastorno del Espectro Autista (Kanne et al., 2011).
- (d) Con el objetivo de diferenciar a las personas según su pertenencia a determinados programas, tipos de centros o servicios, etc. La ubicación de una persona dentro de un aula de apoyo, una unidad residencial, de un servicio de día, de un servicio ocupacional o laboral, etc. debiera hacerse siempre desde una perspectiva inclusiva, de mejora de la calidad de vida y dentro de una planificación centrada en la persona. En este complejo proceso de toma de decisiones consensuado con la persona objeto de evaluación, su familia y otras personas significativas de su entorno, los resultados de una escala de conducta adaptativa, pueden proporcionar informaciones significativas y funcionales, siempre subordinadas a lo anterior. Además, pueden permitir, la ubicación o agrupación de personas de un nivel competencial similar, permitiendo la optimización de los recursos en cada momento disponibles, o por el contrario, crear grupos heterogéneos que permitan al conjunto de personas que los conforman, complementarse entre sí, favoreciendo procesos de ayuda mutua y la creación de redes de apoyo significativas entre iguales.
- (e) A la hora de realizar la orientación y ubicación profesional, identificar destrezas relevantes para el ajuste laboral, en el seguimiento del ajuste social, el empleo del tiempo libre, el auto-concepto, el cuidado de sí mismo/a y la responsabilidad en adultos con discapacidad intelectual. Las puntuaciones de una persona obtenidas por una herramienta para la evaluación de la conducta adaptativa utilizada desde una perspectiva inclusiva, de mejora de la calidad y condiciones de vida, y dentro de una planificación centrada en la persona que trae consigo un complejo proceso de toma de decisiones consensuada con la persona objeto de evaluación, su familia y otras personas significativas, junto con otras informaciones relevantes, pueden ayudar a los equipos de trabajo a diagramar posibles trayectorias de intervenciones a realizar (Montero, 2015).

- (f) Un aspecto destacable es su potencial para mejorar la coordinación y comunicación entre profesionales, familiares y otros significativos del contexto de la persona con discapacidad. El carácter descriptivo y observable del constructo de conducta adaptativa lo hace particularmente significativo y poco estigmatizador a la hora de propiciar procesos de comunicación entre las personas implicadas en un proceso de evaluación (persona evaluada, profesionales, familia y otros significativos del entorno). Un uso correcto y funcional de este tipo de instrumentos por parte de todos aquellos/as implicados en los procesos de evaluación, puede incrementar no solo la calidad del diagnóstico y su comunicación, sino la puesta en marcha de procesos posteriores de intervención compartidos por diversos agentes y la realización de seguimientos periódicos compartidos para la medición y estimación de los logros alcanzados.

Un uso creativo y compartido de un instrumento válido, fiable, significativo y funcional, puede generar en el personal de un servicio determinado, hábitos de observación sistemática a través de una herramienta común, posibilitando la eficacia en el tiempo de determinadas intervenciones, con el consiguiente beneficio para los usuarios del mismo.

- (g) Y finalmente, otra posible utilidad, sería la evaluación de servicios, centros o agencias destinados/as a dar respuesta a las necesidades que personas con discapacidad intelectual puedan presentar. Este tipo de evaluaciones no son tarea fácil, ya que entran en juego un gran número de variables de todo tipo: legales, organizativas, sindicales, de capacitación, de estilos de liderazgo, de participación en el entorno, etc. En este contexto, y pensando sobre todo en personas con discapacidad intelectual, la medida de la conducta adaptativa ofrece junto a otros instrumentos destinados a la valoración de apoyos, una tecnología válida para realizar evaluaciones del progreso de cada persona en su capacidad de adaptación a los requerimientos de lo cotidiano, una variable que sin duda es clave para determinar el grado en el que muchos de los servicios a los que acceden, cumplen su función (Claes, Van Hove, Van Loon, Vandeveldde y Schalock, 2009; Dessomontet, Bless y Morin, 2012).

Junto a las ideas hasta el momento señaladas, cabe destacar aspectos recogidos por Navas, Verdugo y Tassé (2013) basándose en Schalock y colaboradores (2010) y que en palabras de los autores, han de tenerse en cuenta durante el proceso de diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa y la elección de la herramienta que lo permita:

- (a) El propósito de la evaluación diagnóstica de conducta adaptativa, ha de perseguir la determinación antes de los 18 años de limitaciones significativas en las dimensiones específicas de habilidades adaptativas conceptuales, sociales y/o prácticas, acorde a las últimas ediciones de la AAIDD (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Verdugo 2011; Verdugo y Jenaro, 2004).
- (b) El conjunto de estándares técnicos como: estar baremados sobre la población general con y sin discapacidad intelectual; la inclusión de aspectos habitualmente no contemplados en la gran mayoría de herramientas estandarizadas como por ejemplo habilidades relacionadas con el empleo de las nuevas tecnologías; contener ítems con alto poder discriminativo que permitan minimizar falsos positivos o falsos negativos en la realización de diagnósticos y finalmente, han de tener en cuenta que la conducta adaptativa de las personas con discapacidad intelectual incrementa en complejidad con la edad y puede verse influida por la disponibilidad de oportunidades, por factores culturales así como por la presencia de discapacidades a nivel motor o físico que pudieran limitar la ejecución de actividades concretas.

Sin duda alguna, poco a poco, los instrumentos para la medición de la conducta adaptativa, han ido adquiriendo relevancia y su necesidad es frecuentemente demandada por los profesionales que trabajan con personas con discapacidad intelectual (Navas, Verdugo y Tassé, 2013), por su importancia para la evaluación de las capacidades y limitaciones de dichas personas y para el establecimiento de programas de intervención y desarrollo individual adaptados a las necesidades de apoyo de cada caso concreto.

Podemos afirmar que en la actualidad, se elaboran y aplican instrumentos de medida con el rigor técnico y científico suficiente para evaluar a las personas con discapacidad y que son de gran utilidad para los fines para los que están contruidos como se desprende de las aportaciones de autores como, Patton (1990), Destefano y Thompson (1990), Sattler (1996) y Montero (2005). Pasamos a la descripción más o menos detallada de algunas de estas

herramientas, que bien por su significatividad a lo largo de la historia, su uso generalizado o su actualidad, merecen ser contempladas en este trabajo de Tesis Doctoral.

Los datos que se obtienen mediante escalas e instrumentos para la medida y/o evaluación de la conducta adaptativa, constituyen solo una parte de todo un proceso de evaluación integral de la persona con discapacidad (Verdugo, 1995), esto hace que los profesionales deban tener en cuenta en la selección de herramientas, además de aquellos instrumentos que resulten ser técnicamente adecuados, los que por su diseño sean acordes a las características y necesidades de la persona objeto de evaluación o grupo al que pertenece (Reschly, 1990), es decir, el profesional responsable del proceso de evaluación, debe emplear instrumentos que estén normalizados en los ámbitos comunitarios significativos y con personas del mismo grupo de edad de la persona que está siendo evaluada.

Los instrumentos a utilizar en la evaluación de la conducta adaptativa pueden ser normativos o criteriosales. Los primeros, consisten en un *"test basado en pautas de normalidad destinado a determinar la posición del sujeto examinado en relación al rendimiento de un grupo de otros sujetos que hayan hecho ese mismo test"* (Popham, 1983, p.47), y los criteriosales *"se emplean para determinar la posición de un individuo con respecto a un dominio de la conducta perfectamente definida"* (Popham, 1983, p.136). Serán por tanto, instrumentos normativos los necesarios para el establecimiento de la existencia o no de limitaciones significativas en la conducta adaptativa de la persona con discapacidad intelectual puesto que están baremados sobre la población general con y sin discapacidad intelectual.

En los siguiente subapartados, se describen herramientas e instrumentos, normativos y criteriosales para la evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad, con fines de clasificación, descripción, diagnóstico y/o planificación. En el tercer capítulo, realizaremos un análisis más pormenorizado y detallado a las características y funcionalidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP (*Inventory for Client and Agency Planning*. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), por ser la herramienta o instrumento normativo utilizado para el estudio que da lugar a este trabajo Tesis Doctoral. De este modo, y en los siguientes subapartados del capítulo que nos ocupa, realizaremos una detalla descripción de los instrumentos criteriosales denominados, Inventario de Destrezas Adaptativas, CALS (*Checklist of Adaptive Living Skills*. Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks, y Montero, 2002) y Currículum de Destrezas

Adaptativas, ALSC (*Adaptive Living Skills Curriculum*. Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), por estar vinculados desde un punto de vista conceptual y estadístico a las dos herramientas o instrumentos normativos de medida de la conducta adaptativa nombradas, el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual -ICAP- (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) y las Escalas de Conducta Independiente (SIB) (Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1985) que aunque con menor detalle, también será una herramienta descrita en el apartado que nos ocupa.

2.5.1. Instrumentos normativos significativos para la medición, la evaluación y el diagnóstico de la conducta adaptativa

Aunque entre los inconvenientes que pueden presentar los instrumentos o herramientas de carácter normativo en la evaluación de la conducta adaptativa, podamos encontrar; el hecho de que los informantes no aporten datos o respondan de manera correcta y ajustada acerca del desempeño típico o habitual de la persona evaluada y que lo hagan conforme a las expectativas generadas con respecto a la persona, o que la herramienta no incluya todo el abanico de habilidades adaptativas significativas, Harrison y Boney (2002) señalan, que entre sus ventajas cabe destacar; (a) que habitualmente estas herramientas, se centran en habilidades adaptativas que tienden a ocurrir en entornos naturales; (b) proporcionan una evaluación comprehensiva de un amplio número de habilidades adaptativas; (c) permiten obtener información de distintos informantes y (d) proporcionan información acerca del grado de desarrollo de las habilidades adaptativas al incluir grupos de referencia de la misma edad a la persona evaluada sin discapacidad intelectual.

A continuación presentamos, algunos de los *instrumentos normativos* desarrollados para la evaluación de la conducta adaptativa.

2.5.1.1. Las Escalas de Conducta Independiente Revisadas (SIR-R)

Las Escalas de Conducta Independiente, SIB (*Scales of Independent Behavior*. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), originarias de las Escalas de Conducta Independiente Revisadas, SIB-R (*Scales of Independent Behavior – Revised*. Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1996), y de las que hablaremos con más detalle en el subapartado destinado a la descripción pormenorizada del Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual, ICAP (*Inventory for Client and Agency Planning*. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), fueron constituidas por un conjunto de pruebas de conducta adaptativa y problemas de conducta, diseñadas para la evaluación de la capacidad de la persona para desenvolverse con independencia en el hogar, la escuela y en entornos sociales significativos. Aplicables a personas con o sin discapacidades de tres meses a cuarenta años y más, y de administración individual, generalmente a través de entrevista estructurada a significativos/as que conozcan bien a la persona objeto de evaluación, a partir de una relación cotidiana con la misma. El material de las SIB, consistía en un cuestionario de doce páginas para el registro, puntuación e interpretación de la prueba, y un manual para el evaluador/a, en el que figuran los pasos a dar a lo largo de la entrevista. La parte de conducta adaptativa de las SIB, comprendía cuatro escalas, cada una de ellas compuesta de dos a cinco subescalas. Finalmente, y como expondremos más adelante, el sistema de puntuación, era el mismo que el que años después define y establece el Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual, ICAP (*Inventory for Client and Agency Planning*. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996).

En su versión revisada, las Escalas de Conducta Independiente Revisadas, SIR-R (*Scales of Independent Behavior- Revised*. Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1996), marcan un salto cualitativo en la elaboración de escalas de evaluación de la conducta adaptativa, al no utilizar población clínicamente definida y ser tipificadas utilizando una muestra representativa de la población general (Montero, 1996). Constituyen un instrumento normativo de medida de la conducta adaptativa y los problemas de conducta, que proporcionan una puntuación de independencia general, utilizada con propósitos de diagnóstico, planificación de programas y la evaluación de resultados, dirigido a personas con edades comprendidas entre los tres meses y los cuarenta años de edad y construido de acuerdo con los principios de modelo Rash (1960). Se administra individualmente, bien en

formato de entrevista estructurada a un informante que conozca de manera significativa a la persona evaluada, o bien el propio informante es quien las completa de manera autónoma.

Al igual que en el Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual, ICAP (*Inventory for Client and Agency Planning*. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), son cuatro las escalas que la componen; *destrezas motoras* (motricidad fina y gruesa); *destrezas sociales y comunicativas* (interacción social, comprensión del lenguaje y expresión lingüística); *destrezas de la vida personal* (comer, preparación de comidas, uso del servicio, vestido, cuidado personal, destrezas domésticas); y *destrezas de la vida en la comunidad* (tiempo y puntualidad, dinero y valor, destrezas laborales, orientación en el hogar y en la comunidad). Estas a su vez contienen 14 subescalas que totalizan un total de 259 ítems. La parte de problemas de conducta, valora ocho clases de conductas, proporciona tres índices de problemas de conducta; interno, externo y asocial (igual que el ICAP), que se resumen en un cuarto índice general (de igual forma que en el ICAP).

Además, las SIB-R, incluyen otras dos escalas, una versión abreviada de la herramienta y una escala de desarrollo temprano. Una novedad de la versión revisada comparada con la original y que merece la pena destacarse, es la inclusión de *puntuaciones de apoyo*, puntuaciones con significado idéntico a las *puntuaciones de servicio* del Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual, ICAP (*Inventory for Client and Agency Planning*. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) y de las que daremos cuenta más adelante. Dichas puntuaciones, son estimaciones numéricas de la intensidad de apoyos, atención, cuidado, supervisión, etc. que cada persona necesita. Las categorías derivadas de las *puntuaciones de apoyo* o *puntuaciones de servicio* son por otra parte, muy similares a las de la escala de intensidades de apoyo propuestas por la AAIDD (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010).

2.5.1.2. Las Escalas Vineland de Conducta Adaptativa (VABS)

Las Escalas Vineland de Conducta Adaptativa, VABS (*Vineland Adaptive Behavior Scales*. Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984a, 1984b), fueron desarrolladas a partir de la Escala Vineland de Madurez Social de Doll (*Vineland Social Maturity Scale*. Doll, 1936, 1965) y

durante la década de los noventa, se convirtió una de las herramientas más utilizadas a nivel internacional para la medición de la conducta adaptativa, llegando hasta el punto de ser incluida como herramienta significativa en los manuales diagnósticos de la OMS en 1994 y del Colegio Oficial de Psiquiatras del Reino Unido (*Royal College of Psychiatrists*) en 2001, cobrando especial relevancia en el campo del Trastorno del Espectro Autista (Beail, 2003).

Aunque traducida al castellano, no existe ninguna adaptación española reconocida oficialmente de la herramienta (Vallejo, 2006), y a pesar de su uso con población de personas con discapacidad intelectual, apenas existen datos disponibles que evidencien sus propiedades psicométricas en dicha población (De Bildt, Kraijer, Sytema y Minderaa, 2005; De Bildt, Serra, Luteijn, Kraijer, Sytema y Minderaa, 2005; De Bildt, Sytema, Kraijer, Sparrow y Minderaa, 2005). En el apartado de este trabajo de Tesis Doctoral destinado a la descripción de estudios que analizan la validez y estructura del constructo de conducta adaptativa medido con herramientas que persiguen la evaluación del mismo, (ver Tabla 22), encontramos referencias de la última y más reciente investigación realizada sobre la herramienta (De Bildt, Draiker, Sytema y Minderaa, 2005), y que tiene como objetivo, investigar si la división original establecida de tres dominios; comunicación, socialización y habilidades para la vida diaria, establecidos por los autores (Sparrow et al., 1984a, 1984b), la fiabilidad y la validez de la escala se replican en una población de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual.

En 2005, las escalas fueron revisadas (*The Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition, VABS-II*. Sparrow, Cicchetti y Balla, 2005), manteniendo las características significativas de la prueba inicial, pero ofreciendo un contenido adaptado que refleja tareas y habilidades de la vida diaria en sintonía con las expectativas actuales de la sociedad y de mayor versatilidad, por su actualización de las normas de aplicación y la ampliación de los rangos de edad, abarcando desde el nacimiento hasta los 90 años entre otras.

Las escalas Vineland, aplicadas en formato entrevista, se componen de tres subescalas con un total de 291 ítems; una en forma de encuesta (Vineland-S); otra en forma ampliada y detallada en su recogida de información sobre dificultades en habilidades específicas para el diagnóstico y la planificación de apoyos (Vineland-E), y una tercera, cuyo contexto de aplicación es el entorno escolar y dirigida a niños y niñas de tres a doce años (Vineland-C).

Estandarizadas con datos procedentes de una muestra de 3.000 personas sin discapacidad y con edades comprendidas desde el nacimiento hasta los 18 años y 11 meses, proporcionan medidas de conducta adaptativa en cuatro dominios: *comunicación* (expresiva, receptiva, escrita); *habilidades para la vida diaria* (personales, domésticas y comunitarias); *socialización* (relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, afrontamiento); y *habilidades motoras* (habilidades motrices finas y gruesas, sólo aplicable a menores de 6 años) e incluye además el dominio de conducta desadaptada.

Los datos de los estudios de fiabilidad y validez son buenos, teniendo en cuenta el formato flexible de conversación para la obtención de información (Luckasson et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004).

2.5.1.3. Las Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR (ABS)

Las Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR, ABS (*AAMR Adaptive Behavior Scales*. Nihira, Foster, Shellhas y Leland, 1975; Lamber, Nihira y Leland, 1993; Nihira, Leland y Lambert, 1993), fueron desarrolladas por la actual AAIDD en los años setenta con el fin de proporcionar un instrumento que informara sobre un amplio espectro de habilidades adaptativas de las personas con discapacidad intelectual (Nihira, Foster, Shellhas y Leland, 1975).

Aunque inicialmente fueron compuestas por 10 dominios y 14 tipos de problemas de conducta, posteriormente fueron reformuladas acorde a las diez áreas de conducta o habilidades adaptativas propuestas por la entonces AAMR en 1992, pasando a establecer dos versiones de las ABS (*Adaptive Behavior Scales*). En ambas escalas y en los dominios de la primera parte se obtienen tres factores; *autosuficiencia comunitaria*, *responsabilidad personal-social* y *autosuficiencia personal*, factores estos, que pueden relacionarse con las conductas adaptativas de tipo práctico, social y conceptual imprescindibles para el diagnóstico y la intervención con personas con discapacidad intelectual. En los dominios de la segunda parte serían dos los factores a obtener; *ajuste social* y *ajuste personal* (Medina y García, 2011). Se detalla a continuación, información significativa sobre cada una de las versiones de la escala.

- (a) **Escala de Conducta Adaptativa – Versión Centros Educativos (ABS-S:2)** (*Adaptive Behavior Scale – School Versión*. Lambert, Nihira y Leland, 1993). Escala aplicable en contextos educativos (que pueden no ser relevantes para ambientes adultos) y en la comunidad, con normas estandarizadas en inglés y en personas con y sin discapacidad intelectual de los 3 a los 21 años de edad. Esta escala se divide en dos partes; una relativa a la conducta adaptativa y otra, a los problemas de conducta; la primera parte sobre *independencia personal* compuesta por nueve dimensiones (funcionamiento independiente, desarrollo físico, actividad económica, desarrollo del lenguaje, números y tiempo, actividad prevocacional y vocacional, autodirección, responsabilidad y socialización) y la segunda, sobre *desadaptación social*, por siete (conducta social, conformidad, confianza, comportamiento estereotipado e hiperactividad, comportamiento autoabusivo, comportamiento de aislamiento social y comportamiento interpersonal molesto o perturbador) (Medina y García, 2011).

A pesar de que uno de sus objetivos principales sería el diagnóstico para la identificación de alumnado que está significativamente por debajo de la media en funcionamiento adaptativo y la evaluación de los resultados obtenidos tras el paso por programas de intervención (Luckasson et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004), hay autores como Lyman (2007), recomiendan limitar su uso al *screening*, al ser su validez discutible de cara a determinar la elección de servicios educativos para personas con discapacidad intelectual.

Recientemente se ha comenzado con su adaptación al castellano (García, De La Fuente y Fernández, 2010).

- (b) **Escala de Conducta Adaptativa – Versión Comunidad y Centros Residenciales (ABS-RC:2)** (*Adaptive Behavior Scale – Residencial and Community Versión*. Nihira, Leland y Lambert, 1993). Originalmente fue una escala diseñada y/o desarrollada para la evaluación de las habilidades adaptativas en personas adultas (hasta los 79 años de edad) y residentes en instituciones o entornos comunitarios, por lo que fue estandarizada con 4000 personas usuarias de 68 instituciones para personas con discapacidad intelectual en Estados Unidos, aunque no se tuvo en cuenta el nivel de CI, ni el grado de discapacidad intelectual de cada una de ellas, con la intención de resultar útil en la evaluación de los cambios producidos en el funcionamiento de cada uno/a a través del tiempo (Verdugo y Jenaro, 1994).

Escala ABS-RC:2 al igual que la ABS-S:2, se divide en dos partes; la primera mide en 10 dominios (los mismos que en la ABS-S:2 más el relativo a actividades domésticas) las habilidades básicas de supervivencia y de afrontamiento consideradas importantes para ofrecer una medida de independencia personal y responsabilidad en la vida cotidiana; y la segunda parte, la conforman 8 dominios de conducta inadaptada, uno más que en la ABS-S:2 y relativo a la conducta sexual, que se refieren a la existencia de trastornos de conducta y de personalidad (Medina y García, 2011).

A pesar de tener una larga historia proporcionando información significativa para la planificación de apoyos requeridos por personas con discapacidad en edad adulta y la evaluación del cambio en el funcionamiento individual a lo largo del tiempo, al no existir normas disponibles para su aplicación a adultos con un funcionamiento típico, y debido a que las puntuaciones típicas y los rangos de percentil no son de mucha confianza para personas sin discapacidades del desarrollo, la escala ABS-RC:2 no cumple con los criterios psicométricos propuestos por la AAIDD en su décima y decimo primera edición para el diagnóstico de la discapacidad intelectual (Luckasson, et al., 2002; Schalock, 2010; Verdugo, 2011; Verdugo y Jenaro, 2004).

Traducida al castellano por García (2001), en la actualidad, la Fundación INTRAS (entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo desde su constitución en 1994, ayudar a las personas con discapacidad causada por una enfermedad mental grave, a recuperar su proyecto de vida), dispone del permiso para su adaptación al contexto español, pero aún no existen como apuntábamos en el párrafo anterior, normas para adultos con un funcionamiento típico que la hagan válida psicométricamente en dicha realidad (Medina, 2010).

2.5.1.4. Test Comprensivo de Conducta Adaptativa – Revisado – (CTAB-R)

El Test Comprensivo de Conducta Adaptativa Revisado, CTAB-R (*Test of Adaptive Behavior- Revised*. Adams, 1999), originario del Test Comprensivo de Conducta Adaptativa, CTAB (*Comprehensive Test of Adaptive Behavior*. Adams, 1984), es una herramienta para la evaluación del funcionamiento independiente de niños, niñas, adolescentes y personas

adultas en diferentes áreas de habilidades adaptativas (Vallejo, 2006); *habilidades de autoayuda, habilidades de la vida en el hogar, habilidades para vivir independiente, habilidades sociales, habilidades sensoriales y motoras, conceptos relacionados con el lenguaje y habilidades académicas*; y en diferentes contextos, al existir normas con muestras estandarizadas en centros educativos, programas basados en la comunidad y en servicios residenciales (Luckasson et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004).

Con el sistema de puntuación que dispone que no se corresponde con las áreas de habilidades conceptuales, habilidades prácticas y habilidades sociales, la puntuación total obtenida en el CTAB-R pudiera resultar apropiada o útil para el diagnóstico de discapacidad intelectual (Luckasson et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004).

La herramienta proporciona directrices específicas para la evaluación de personas con dificultades del lenguaje, discapacidades físicas o visuales, no obstante en la actualidad, no existe adaptación española del instrumento (Navas, 2012).

2.5.1.5. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS)

El Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa, ABAS (*Adaptive Behavior Assessment System*. Harrison y Oakland, 2000), proporciona una medida de conducta adaptativa basada en las diez áreas de habilidades de adaptación propuestas por la AAIDD en la novena edición (Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997) y aunque no se corresponde claramente (aunque si se refieren a las mismas) con las tres áreas de habilidades conceptuales, prácticas y sociales definidas en la décima y decimo primera edición de la AAIDD (Luckasson, et al., 2002; Schalock, 2010; Verdugo, 2011; Verdugo y Jenaro, 2004), tal y como indica Medina (2010) y según la propia AAIDD (Luckasson, et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004), el uso de una puntuación total en el ABAS en conducta adaptativa con fines diagnósticos puede resultar apropiado por sus buenas propiedades diagnósticas. Dispone de normas estandarizadas a partir de los 5 años, hasta más mayores y personas adultas.

La herramienta, consta de tres versiones; un cuestionario dirigido a padres y/o cuidadores/significativos de personas con edades comprendidas entre los 5 y los 21 años que incluye 232 ítems; un cuestionario destinado a profesores de alumnado con edades

comprendidas entre los 5 y los 21 años que incluye 193 ítems y finalmente; una versión dirigida a adultos con edades comprendidas entre los 16 y los 89 años que incluye 239 ítems. No existe adaptación al castellano (Navas, 2012).

2.5.1.6. Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa II (ABAS-II)

El Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa-II (ABAS-II) (*Adaptive Behavior Assessment System-II*. Harrison y Oakland, 2000, 2003; Oakland y Harrison, 2012, 2013; Montero y Fernández-Pinto, 2013), tiene como objetivo, proporcionar una evaluación comprehensiva de la conducta adaptativa o habilidades funcionales diarias de una persona en distintos contextos a lo largo de todo el rango de edad o ciclo vital (personas con edades comprendidas desde el nacimiento hasta los 89 años), tanto a nivel global (índice de conducta adaptativa general), como en los tres dominios o índices generales conceptual, social y práctico establecidos por la AAIDD en 2002 (Luckasson et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004), como en las áreas específicas: comunicación, social, utilización de recursos comunitarios, habilidades académicas funcionales, vida en el hogar o en la escuela, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección, empleo y motora (Arribas, 2013; Harrison y Oakland, 2003; Oakland y Harrison, 2012, 2013; Montero y Fernández-Pinto, 2013).

Estas escalas, pueden ayudar a cuantificar las diez áreas de habilidad adaptativa que exige el DSM-IV-TR (APA, 2003) para un diagnóstico de discapacidad intelectual (retraso mental en el manual) e igualmente útil bajo el estándar del DSM-5 (APA, 2013), aunque en este, como ya se indicó en el capítulo anterior, no se enumeren expresamente las diez áreas del constructo, se enfatiza en la necesidad de examinar la conducta adaptativa en múltiples contextos, aspecto clave del ABAS-II al contar con cinco modelos de ejemplares dirigidos a diversos informadores (Montero, 2015; Montero y Fernández-Pinto, 2013; Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015; Rueda, 2015); 2 versiones para personas con edades comprendidas entre los 0 y los 5 años y dirigidas a padres o cuidadores principales y a profesorado; para personas con edades comprendidas entre los 5 y los 21 años y dirigidas nuevamente a padres, cuidadores principales y profesores/as; y una última versión para adultos a partir de los 16 años.

En el año 2009, TEA Ediciones tomó la decisión de comenzar con la adaptación española de la herramienta, en un intento de cubrir una importante necesidad de los profesionales de habla española que trabajan en el ámbito de la discapacidad (y fuera del mismo), que durante años únicamente han contado con una única escala en español (que será analizada más adelante y resulta ser la herramienta utilizada para el estudio que da lugar a esta Tesis Doctoral) (Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015), capaz de producir puntuaciones que comparen la conducta adaptativa de una persona con una muestra representativa de la población general como es el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP (*Inventory for client and agency Planning*, Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), proceso recientemente concluido (Montero y Fernández-Pinto, 2013), contando para su tipificación con una muestra representativa de la población española desde el nacimiento hasta los 89 años. De este modo, la herramienta ofrece baremos diferenciados en función de la edad (en tramos de tres meses en el caso de los niños/as más pequeños).

La adaptación española de la herramienta (Montero, 2015; Montero y Fernández-Pinto, 2013; Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015; Rueda, 2015), además de permitir la correcta clasificación de las personas con respecto a su conducta adaptativa a nivel global y en relación a los índices de conducta adaptativa práctica, social o conceptual establecidos por la AAIDD en sus últimas ediciones (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Verdugo 2011; Verdugo y Jenaro, 2004), facilita la definición y toma de decisiones en cuanto al emplazamiento más adecuado para cada persona (servicio, programa, aula, unidad residencial, etc.) desde una perspectiva inclusiva. Por otra parte, el instrumento, puede ofrecer información significativa e inicial válida para la detección de fortalezas y debilidades que consideradas a la luz de las preferencias, intereses, motivaciones y otras características o cuestiones relevantes del entorno en el que se desenvuelve la persona, dando lugar al establecimiento de objetivos, la definición de apoyos y programaciones de intervención de gran relieve, e incluso, utilizada junto con la aplicación de instrumentos destinados a la valoración de apoyos, permite, la evaluación de los progresos realizados por cada persona mediante los servicios, apoyos e intervenciones que está recibiendo la misma (Montero, 2015; Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015; Rueda, 2015).

2.5.1.7. Perfil de Actividades de la Vida Cotidiana (LSP)

El Perfil de Actividades de la Vida Cotidiana, LPS (*Life Skills Profile*, Rosen, Hadzi-Pavlovic, Parker, 1989; Fernández de Larrinoa, Bulbena y Domínguez, 1992; Rosen, Trauer, Hadzi-Pavlovic y Parker, 2001), es un instrumento diseñado para la medición de la funcionalidad general en las actividades de la vida cotidiana en las áreas de: *auto-cuidado*, *comportamiento social interpersonal*, *comunicación – contacto social*, *comportamiento social no personal* y *vida autónoma* (Bulbena, Berrios y Fernández de Larrinoa, 2003; Salvador y Rodríguez-Blázquez, 2001), durante los tres a seis meses previos al momento en el que se inicia el estudio, especialmente construido para personas que han sido diagnosticadas de un trastorno o enfermedad mental crónica como la esquizofrenia (Burgés, Fernández, Autonell, Melloni y Bulbena, 2007; Ortega, Miro, Segú y Fernández, 1996).

Al comparar la herramienta con otras escalas de medida del comportamiento adaptativo, Rosen y colaboradores (1989), demostraron que la escala se basa en comportamientos observables y significativos o que afectan a la capacidad de adaptación en la comunidad. Se trata además, de un instrumento de uso sencillo y tal y como apuntan Ortega y colaboradores (1996), aunque principalmente valora la aptitud para vivir autónomamente y no recoge cuestiones significativas para la medición de competencias significativas como la capacidad para gestionar asuntos económico - financieros, recomiendan su uso para la complementación de juicios clínicos en procesos de evaluación de la capacidad legal y el establecimiento del estado legal de las personas con discapacidad intelectual.

Existen diferentes versiones del Perfil de Actividades de la Vida Cotidiana, como la versión breve de 20 ítems, LSP-20 (Rosen, Trauer, Hadzi-Pavlovic y Parker, 2001) y su adaptación al contexto y realidad española (Fernández de Larrinoa, Bulbena y Domínguez, 1992).

2.5.1.8. Escala de Evaluación de Conducta Adaptativa Revisada – Segunda Edición (ABES-R2)

La Escala de Evaluación de Conducta Adaptativa Revisada en su segunda edición, ABES-R2 (*Adaptive Behavior Evaluation Scale Revised Second Edition*. McCarney y Arthaud, 2006), es una herramienta dirigida a personas con edades comprendidas entre los 4 y los 12 años, que proporciona una medida de las habilidades adaptativas necesarias para el funcionamiento exitoso en ambientes educativos y residenciales, realizando mediciones de comportamientos educativamente relevantes en torno a las áreas; *comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección* (incluyendo habilidades relacionadas con la toma de decisiones, el aprendizaje, el cumplimiento de horarios y la realización de actividades requeridas por el contexto), *salud y seguridad, académico funcionales, ocio y trabajo*, es decir, agrupa las diez áreas de habilidades adaptativas propuesta por la AAIDD en su novena edición (Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997) y en los tres dominios, conceptual, práctico y social, propuestos en las ediciones posteriores, décima (Luckasson et al., 2002; Verdugo y Jenaro, 2004) y undécima (Schalock et al., 2010; Verdugo 2011).

La herramienta puede ser empleada como medida general o específica de las habilidades adaptativas en alumnado con dificultades académicas o problemas de conducta, tengan o no discapacidad intelectual (Navas, 2012). En la actualidad, no existe adaptación española de la escala.

2.5.1.9. Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS)

La Escala de Diagnóstico de la Conducta Adaptativa (DABS) (*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*. Baloni et al., 2014; Tassé et al., en prensa; Tassé et al., 2008; Verdugo, Arias y Navas, 2014), inicialmente conocida como ABAI (*Adaptive Behavior Assessment Instrument*) es una herramienta elaborada por la AAIDD, cuyo proceso de construcción se inicia en 2006 y concluye en 2008 (Navas, 2012), ante la ausencia de instrumentos focalizados u orientados a la identificación de limitaciones significativas en conducta

adaptativa para la realización de diagnósticos de discapacidad intelectual; que evalúen la dimensiones específicas de conducta adaptativa: *conceptual* (leguaje, lectura y escritura, conceptos numéricos, temporales y relativos al manejo del dinero), *social* (habilidades interpersonales, responsabilidad social, autoestima, seguimientos de reglas y obediencia a órdenes, resolución de problemas sociales) y *práctica* (actividades de la vida diaria, actividades ocupacionales, manejo del dinero, seguridad, salud, transporte, rutinas, uso del teléfono); que ofrezcan medidas de otros aspectos sobre los cuales no proporcionan información otros instrumentos como pueden ser; las habilidades relacionadas con el uso de dispositivos de tecnología, ingenuidad o modales; ofreciendo una máxima discriminación entre personas con y sin discapacidad intelectual; sensible a factores culturales que puedan ejercer una influencia significativa en la expresión de la conducta y que fuera construida de acuerdo con los principios de la teoría de respuesta al ítem, permitiendo así la determinación de puntos de corte a partir de los cuales se pueda afirmar la existencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa (Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2010, 2012; Verdugo, Arias y Navas, 2014; Verdugo, Navas, Arias y Gómez, 2010; Navas, 2012).

Se trata por tanto, de un instrumento normativo, focalizado exclusivamente en el diagnóstico (y no tanto en la clasificación o programación y/o planificación de apoyos), y baremado sobre población general con y sin discapacidad, dirigido a personas con sospecha de discapacidad intelectual con edades comprendidas entre los 4 y los 21 años. La herramienta pretende medir el nivel de ejecución habitual de la persona en entornos comunitarios (teniendo en cuenta la disponibilidad de oportunidades así como la tecnología disponible en uso), diferenciándose así de los instrumentos dirigidos a la evaluación del funcionamiento intelectual (Navas, Verdugo y Tassé, 2013). Autores como, Montero (2015), Navas, Verdugo, Arias y Gómez (2015) y Rueda (2015), aseguran que la herramienta podrá resultar de gran utilidad hacia la consecución de buenas prácticas en la evaluación y el diagnóstico de la discapacidad intelectual.

Inicialmente, el instrumento se compuso de 260 ítems, divididos en tres subescalas; *habilidades o aptitudes conceptuales*, con 94 ítems, *habilidades o aptitudes sociales*, compuesta por 86 ítems y finalmente, *habilidades o aptitudes prácticas*, con 80 elementos (Verdugo, Navas, Arias y Gómez, 2010). En el momento actual, se están llevando a cabo procesos sistemáticos y rigurosos finales de traducción y validación al español y a la realidad española, por entender dicha herramienta como fundamental para la realización un mejor diagnóstico discriminativo de discapacidad intelectual en nuestro contexto (Navas, 2012; Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2010, 2012; Verdugo, Arias y Navas, 2009). Traducida al

castellano la versión preliminar de la escala, y tras la realización de estudios piloto de las propiedades psicométricas de la misma en una tercera fase del proceso de adaptación y validación, fueron eliminados aquellos ítems que presentaban elevados niveles de desajuste en cada uno de los rangos de edad y tenidos en cuenta aquellos que arrojaban puntuaciones máximas y mínimas extremas, lo que llevó a la obtención de tres versiones de la DABS, cada una de las cuales se orienta a la evaluación de aquellas habilidades conceptuales, sociales y prácticas susceptibles de ser medidas en distintos momentos del desarrollo evolutivo, teniendo presente que la conducta adaptativa incrementa en complejidad con la edad (Verdugo, Navas, Arias y Gómez, 2010; Verdugo, Arias y Navas, 2014). De este modo, en la actualidad podemos hablar de las siguientes versiones:

- (a) Versión DABS dirigida a personas con edades comprendidas entre los 4 y los 8 años con 168 ítems que evalúa las dimensiones de; *habilidades conceptuales* (lenguaje, lectura y escritura, uso del dinero, autodirección, tiempo, número y medidas, solución de problemas); *habilidades sociales* (relaciones interpersonales, responsabilidad, autoestima, prudencia, ingenuidad, seguimiento de reglas y normas, modales, solución de problemas sociales); y *habilidades prácticas* (actividades de la vida diaria, seguridad, cuidado de la salud, programación y rutinas).
- (b) Versión DABS dirigida a personas con edades comprendidas entre los 9 y los 15 años con 214 ítems. Además de las dimensiones especificadas en la versión para niños y niñas de 4 a 8 años, se incluyen para este tramo de edad, tres dimensiones más dentro de tercera subescala de *habilidades prácticas* (manejo del dinero, viajes y/o desplazamientos y uso del teléfono).
- (c) Versión DABS dirigida a personas con edades comprendidas entre los 16 y los 21 años con 219 ítems que evalúan la conducta adaptativa en las dimensiones definidas en las versiones para personas de edades comprendidas entre los 4 – 8 años y 9-15 años, incluyendo además dentro de la tercera subescala de *habilidades prácticas* la dimensión relativa a las habilidades ocupacionales.

Las implicaciones derivadas del uso de herramientas de evaluación como la DABS son significativas, teniendo en cuenta que a partir de los resultados obtenidos, se pretende conseguir la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad intelectual a la hora de recibir servicios y de acceder a recursos, permitiendo a los profesionales discernir

sobre que son limitaciones significativas o no en conducta adaptativa, contribuyendo a argumentar el diagnóstico y decisiones derivadas del mismo en algo más que en puntuaciones de cociente intelectual (Navas, Verdugo y Tassé, 2013; Navas, Verdugo, Arias y Gómez, 2015).

2.5.1.10. Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

El Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) (*Inventory for Client and Agency Planning*. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), herramienta que será descrita con detalle y de cuyas propiedades psicométricas daremos detenida cuenta en el tercer capítulo de este trabajo de Tesis Doctoral, en esencia, se compone de un registro sistemático de datos relevantes y funcionales sobre la persona, y de dos instrumentos normativos de medida, uno de conducta adaptativa y el otro de problemas de conducta. El inventario, es aplicable a personas de todas las edades y fundamentalmente está pensado para ser utilizado en personas con discapacidad, aunque puede admitir su uso con otro tipo de poblaciones, que en ocasiones son excluidas de la categoría anterior, como por ejemplo, los menores con problemáticas de inclusión/marginación, personas de la tercera edad, personas con problemas de salud mental, etc. Es una herramienta relativamente sencilla, que se completa de manera independiente (auto administrada) por parte de quien conozca en profundidad y de manera significativa a la persona evaluada. Obviamente, la interpretación de las puntuaciones obtenidas en el inventario y las decisiones posteriores sobre la persona objeto de evaluación, deberán ser tomadas por personal debidamente cualificado para dicho fin.

El ICAP, consta de: (a) Un registro del diagnóstico o diagnósticos de la persona, datos personales y limitaciones personales (movilidad, visión, audición y estado de salud); (b) un test de conducta adaptativa que mide el nivel de la persona en relación a las destrezas básicas para desenvolverse con independencia en su entorno, estructurado en cuatro escalas (destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personas, destrezas de la vida en comunidad y destrezas motoras). Para cada escala, más una general que las engloba, existen puntuaciones normativas (de edad, percentiles y puntuaciones típicas entre otras). Adicionalmente, es posible establecer un perfil de implicaciones instructivas en el que

se obtienen dos edades, entre las cuales pudiera ajustarse el conjunto de los programas específicos destinados a la persona objeto de evaluación, de forma que su nivel de dificultad no sea percibido por la misma como demasiado fácil o difícil; (c) una prueba de problemas de conducta, que los analiza en base a ocho áreas de las cuales se extraen cuatro índices normativos de problemas de conducta (interno, asocial, externo y general). Para su evaluación, se utiliza el grado de gravedad y la frecuencia en que estas conductas se producen. También se registra la respuesta que habitualmente reciben estas conductas por parte de personas significativas del entorno de la persona; (d) El ICAP ofrece además, un índice llamado nivel de servicio, que combina las puntuaciones de la conducta adaptativa en un 70% y de problemas de conducta en un 30% para ofrecer una estimación de la intensidad de atención, supervisión, apoyo o enseñanza que requiere cada persona; (e) se hacen constar los servicios y apoyos de los que hace uso la persona en el momento presente y una proyección de sus necesidades futuras; y, (f) se recogen de una manera estructurada, las recomendaciones sobre rehabilitación, educación y de los objetivos de apoyo de los diversos servicios a los que la misma puede acudir.

En 1999, Schalock llegó a identificar más de 200 pruebas e instrumentos de conducta adaptativa, a pesar de que tan solo son cuatro las recomendadas o especialmente consideradas como apropiadas en el contexto inglés para la realización del diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa (Tassé et al., 2008) y de las cuales ya hemos dado cuenta y proporcionado información significativa y relevante en apartados anteriores de este mismo capítulo:

- (a) Escalas Vineland de Conducta Adaptativa – Revisadas (*The Vineland Adaptive Behavior Scales – Second Edition*, VABS-II. Sparrow, Cicchetti y Balla, 2005)
- (b) Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa- II, ABAS-II (*Adaptive Behavior Assessment System-II*. Harrison y Oakland, 2000, 2003)
- (c) Escalas de Conducta Independiente – Revisadas, SIB-R (*Scales of Independent Behavior – Revised*. Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1996)
- (d) Escala de Conducta Adaptativa – Versión Centros Educativos (ABS-S:2) (*Adaptive Behavior Scale – School Versión*. Lambert, Nihira y Leland, 1993)

Como hemos podido comprobar, en nuestra realidad, disponemos de pocas herramientas. Por una parte estaría la herramienta tradicionalmente utilizada en el contexto español, el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP (Montero, 1996) aunque el diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa no es su objetivo principal y como se ha descrito, incluya el dominio de habilidades motoras, eliminado en la concepción actual de conducta adaptativa al considerar que estas han de ser evaluadas en el maco de la dimensión de salud (Schalock et al., 2010; Verdugo 2011), habiéndose puesto de manifiesto que dichas habilidades aparecen como factor independiente que no comparte cargas factoriales con el resto de dominios de conducta adaptativa tal y como apuntan Jagannathan, Camasso, Lerman y Cook en 1997 y como se ha podido comprobar tras la multitud de análisis estadísticos realizados para la realización de la Tesis doctoral que nos ocupa y de los que daremos cuenta en próximos capítulos. En segundo lugar, el Perfil de Actividades de la Vida Cotidiana, LSP (*Life Skills Profile*. Rosen, Hadzi-Pavlovic, Parker y Trauer, 1989, 2001; Fernández De Larrinoa, Bulbena y Domínguez, 1992). La escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa, DABS (*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*. Balboni et al., 2014; Tassé et al., en prensa; Verdugo, Arias y Navas, 2014) y por último, y también, de muy reciente publicación, con lo que probablemente los profesionales estén aún familiarizándose con su uso, el Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa, ABAS – II (*Adaptive Behavior Assessment System-II*. Harrison y Oakland, 2003; Montero y Fernández-Pinto, 2013). Sólo el DABS, que esperamos pronto se comercialice, está focalizados única y exclusivamente en la identificación de limitaciones significativas en conducta adaptativa para la realización de diagnósticos de discapacidad intelectual, entrando para el resto, la clasificación, la programación y/o la planificación de apoyos entre sus fines y objetivos.

Una característica de la mayoría de las pruebas, es que se estructuran en áreas de conducta adaptativa o lo que es lo mismo, en grupos de actividades significativas relacionadas con ítems, a su vez organizados según secuencias evolutivas o grado de dificultad (Montero, 2005). El número exacto de áreas es arbitrario y su definición y estructuración en la herramienta, puede diferir sustancialmente de unos instrumentos a otros (Meyers, Nihira y Zetlin, 1979).

Algunas escalas, herramientas o instrumentos aunque no todos, incluyen indicadores para la medida de los problemas de conducta o conductas desadaptadas. Dichos contenidos

son incluidos tal y como señala Montero (2005, p.285) por ser *“muy a menudo, los que dificultan el aprendizaje de nuevas habilidades adaptativas y también ocurre que las carencias de estas destrezas provocan o contribuyen a la aparición de esos problemas. Por otro lado, la evaluación combinada de destrezas adaptativas y de problemas de conducta es un excelente predictor del éxito de programas de intervención”*.

Evidentemente, la conducta adaptativa es considerada conceptualmente diferente a la conducta problema o inadaptada, a pesar de que muchas escalas de conducta adaptativa, incluyan como indica Montero (2005), evaluaciones de la conducta problema, conducta inadaptada o competencia emocional (Jacobson y Mulick, 1996; Thompson, McGrew y Bruininks, 1999). La realidad es que existe un acuerdo general sobre que la presencia de niveles clínicamente significativos de conducta problema encontrados en escalas de conducta adaptativa, que no cumplen el criterio de limitaciones significativas en funcionamiento adaptativo (Greenspan, 1999; Jacobson y Mulick, 1996), por tanto, las conductas que interfieren en el desarrollo de actividades de la vida cotidiana de la persona, o con las acciones de aquellos/as significativos/as que están en torno a la misma, deben considerarse conductas problema más que ausencia de conducta adaptativa (Verdugo y Jerano, 2004).

A continuación y a modo de resumen, se recoge en la Tabla 15, los instrumentos de evaluación de la conducta adaptativa con fines de clasificación, descripción y/o diagnóstico, junto con las cuestiones más relevantes de las herramientas de carácter normativo más utilizadas en la actualidad y descritas hasta el momento en el capítulo que nos ocupa.

Tabla 15.

Instrumentos normativos de evaluación de la conducta adaptativa con fines de clasificatorios, descriptivos y/o diagnósticos

Instrumentos normativos	Observaciones
<p>Escalas de Conducta Independiente (SIB) (<i>Scales of Independent Behavior</i>. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985)</p> <p>Escalas de Conducta Independiente Revisadas (SIB-R) (<i>Scales of Independent Behavior-Revised</i>. Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1996)</p>	<p>Herramienta que permite; la evaluación de la conducta adaptativa a través de cuatro escalas: destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personas y destrezas de la vida en comunidad; problemas de conducta (8 clases de conductas disruptivas), ambas cuestionares evaluables en el hogar, contextos educativos y entornos sociales significativos y la programación y/o planificación de recursos y apoyos.</p> <p>No existe adaptación española.</p>
<p>Escalas Vineland de Conducta Adaptativa (VABS) (<i>Vineland Adaptive Behavior Scales</i>. Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984a, 1984b)</p> <p>Escalas Vineland de Conducta Adaptativa –II (VABS-II) (<i>Vineland Adaptive Behavior Scales Second Edition</i>. Sparrow, Cicchetti y Balla, 2005)</p>	<p>Herramienta que permite la evaluación de dificultades en conducta adaptativa estructurada en cuatro dominios: comunicación, habilidades de la vida diaria, socialización y habilidades motoras, incluyendo un quinto dominio relativo a la conducta desadaptada y permitiendo además la planificación de apoyos.</p> <p>Aunque traducida al castellano, no existe adaptación española.</p>
<p>Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR (ABS) (<i>AAMR Adaptive Behavior Scales</i>. Nihira, Leland y Lambert, 1993; Lamber, Nihira y Leland, 1993)</p> <p>Escala de Conducta Adaptativa – Versión Centros Educativos (ABS-S:2) (<i>Adaptive Behavior Scale – School Version</i>. Lambert, Nihira y Leland, 1993)</p> <p>Escala de Conducta Adaptativa – Versión Comunidad y Centros Residenciales (ABS-RC:2) (<i>Adaptive Behavior Scale – Residential and Community Version</i>. Nihira, Leland y Lambert, 1993)</p>	<p>Ambas herramientas, aunque difieren en el colectivo al que van dirigidas (la escala ABS-S:2 para niños, adolescentes y jóvenes y la escala ABS-RC:2 para adultos) y contextos de aplicación o uso (ABS-S:2, escolar y comunitario y la ABS-RC:2, comunitario e institucional), proporcionan información sobre un amplio espectro de habilidades adaptativas (evaluadas mediante 9 dominios en la ABS-S:2 y 10 dominios la ABS-RC:2) y conducta inadaptada (evaluada mediante 7 en la escala ABS-S:2 y 8 en la ABS-RC:2), evaluables en contextos educativos y comunitarios e instituciones. Permite además la planificación de apoyos y la evaluación de cambios de funcionamiento a nivel individual.</p> <p>Aunque la escala ABS-RC:2 ha sido traducida al castellano y se han iniciado procesos de adaptación de la escala ABS-S:2, en la actualidad no existen adaptaciones españolas de los instrumentos.</p>
<p>Test Comprensivo de Conducta Adaptativa-Revisado (CTAB-R) (<i>Test of Adaptive Behavior-Revised</i>. Adams, 1999)</p>	<p>Herramienta para la evaluación de habilidades adaptativas a través de 8 áreas, en contextos educativos, residenciales y comunitarios.</p> <p>El sistema de puntuación no se corresponde con las áreas de habilidades conceptuales, prácticas y sociales establecidas por la AAIDD. No existe adaptación española.</p>

Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS)

(Adaptive Behavior Assessment System. Harrison y Oakland, 2000)

Herramienta que proporciona una medida de la conducta adaptativa basada en las diez áreas establecidas por la AAIDD en su novena edición aunque no exista clara correspondencia con las tres áreas de habilidades conceptuales, prácticas y sociales definidas en las posteriores ediciones. No existe adaptación española.

Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa-II (ABAS-II)

(Adaptive Behavior Assessment System-II. Harrison y Oakland, 2000, 2003; Oakland y Harrison, 2012, 2013; Montero y Fernández-Pinto, 2013)

Herramienta que permite la evaluación de la conducta adaptativa en las diez áreas y los tres dominios conceptual, social y práctico establecidos por la AAIDD en sus últimas ediciones. Permite además la planificación de apoyos y la medición de su idoneidad mediante la evaluación de cambios de funcionamiento nivel individual. Existe adaptación española de la herramienta.

Perfil de Actividades de la Vida Cotidiana (LPS)

(Life Skills Profile. Rosen, Hadzi-Pavlovic, Parker, 1989; Fernández de Larrinoa, Bulbena y Domínguez, 1992; Rosen, Trauer, Hadzi-Pavlovic y Parker, 2001)

Herramienta diseñada para la medición del desempeño en actividades de la vida cotidiana durante los tres a seis meses previos al proceso de evaluación, en las áreas de: Autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación – contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma. Existe adaptación española de la herramienta.

Escala de Evaluación de Conducta Adaptativa Revisada - Segunda Edición (ABES-R2)

(Adaptive Behavior Evaluation Scale Revised Second Edition. McCarney y Arthaud, 2006)

Herramienta que permite la medida de habilidades adaptativas significativas y relativas a las áreas de: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, académico funcionales, ocio y trabajo (en las diez áreas establecidas por la AAIDD en su novena edición), para el correcto funcionamiento en contextos educativos y residenciales, y en los tres dominios, conceptual, práctico y social propuestos por la AAIDD en sus últimas ediciones. No existe adaptación española de la herramienta.

Escala de Diagnóstico de la Conducta Adaptativa (DABS)

(Diagnostic Adaptive Behavior Scale. Baloni et al., 2014; Tassé et al., en prensa; Tassé et al., 2008; Verdugo, Arias y Navas, 2014)

Herramienta que se orienta exclusivamente al diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa en personas con sospecha de discapacidad intelectual, proporcionando medidas de habilidades prácticas, sociales y conceptuales (de acuerdo con la última definición operativa de conducta adaptativa emitida por la AAIDD) e incluyendo la evaluación de aspectos que hasta el momento no habían sido contemplados por otros instrumentos estandarizados como por ejemplo; ingenuidad, imprudencia, responsabilidad social, etc. En proceso de traducción y validación al español concluido, a la espera de su edición/publicación.

Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

(Inventory for Client and Agency Planning. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero 1993,1996)

Herramienta estructurada diseñada para la evaluación de la conducta adaptativa a través de cuatro escalas: destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personas y destrezas de la vida en comunidad, problemas de conducta (8 clases de conductas disruptivas), ambas cuestiones evaluables en el hogar, en contextos educativos y entornos sociales significativos y la programación y/o planificación de recursos y apoyos. Existe adaptación española de la herramienta.

2.5.2. Instrumentos criterios para la medición y el diseño de programaciones individuales en conducta adaptativa

Existen instrumentos criterios significativos y fundamentales para el diseño de programas individuales de intervención en conducta adaptativa adaptados a nuestra realidad. En este trabajo de Tesis Doctoral, dedicaremos este apartado a la descripción de los aspectos más significativos de herramientas como el Inventario de Destrezas Adaptativas, CALS (*Checklist of Adaptive Living Skills*. Morreau, y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) y el Currículo de Destrezas Adaptativas, ALCS (*Adaptive Living Skills Curriculum*. Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), por su vínculo conceptual y estadístico con el Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual, ICAP (*Inventory for Client and Agency Planning*. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero 1993, 1996), herramienta utilizada en la investigación que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral. Además, se analizarán los Programas Conductuales Alternativos, PCA (Verdugo, 1989, 1996, 1997, 2000) por ser instrumentos ampliamente utilizados en contextos significativos para la atención de las necesidades de personas con discapacidad, sin olvidar claro está, nombrar algunos de los más significativos en otras realidades.

2.5.2.1. Inventario de Destrezas Adaptativas (CALS)

El Inventario de Destrezas Adaptativas, CALS (*Checklist of Adaptive Living Skills*. Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002), es un instrumento o sistema de evaluación criterial de aplicación individual, que se fundamenta en la convicción de que el objetivo principal de todas las personas con o sin discapacidad, es el de poder desarrollar una vida lo más satisfactoria e independiente posible en los entornos significativos y habituales de la comunidad y contexto en el que cada uno vive (Morreau, Bruininks y Montero, 2002). Con este fin, el inventario, es una herramienta para la planificación de programas de actuación, que consta 814 destrezas adaptativas relativas al cuidado de uno mismo, la independencia personal y el funcionamiento adaptativo en entornos de ocio, laborales, comunitarios y residenciales. Aplicable a personas de una gran

variedad de edades, con o sin discapacidad, desde la infancia hasta la edad adulta, en numerosos y variados ámbitos; educativo, residenciales, centros de día, centros ocupaciones, centros especiales de empleo y otros servicios sociales.

Como sistema de evaluación de destrezas adaptativas, puede utilizarse para determinar las destrezas específicas que una persona ha logrado dominar o por el contrario, necesita adquirir en entornos de relevancia y significativos para la misma. Como herramienta para la planificación de programas de intervención, puede utilizarse para la determinación y el establecimiento de necesidades de enseñanza, el desarrollo de objetivos de aprendizaje individualizados y el seguimiento del progreso de cada persona hacia la consecución de los mismos (Morreau, Bruininks y Montero, 2002).

La herramienta, puede ser utilizada en procesos de evaluación para el establecimiento de objetivos a largo plazo, cada vez que una persona experimente cambios significativos en su entorno, o siempre y cuando se vea la necesidad de selección de nuevas áreas para la evaluación y posterior planificación de procesos de enseñanza – aprendizaje.

Tal y como se señalábamos al comienzo de este gran apartado del segundo capítulo, el CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002), está vinculado desde un punto de vista conceptual y estadístico a la herramienta o instrumentos normativo de medida de la conducta adaptativa Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual, ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) y a las Escalas de Conducta Independiente, SIB (Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1985), unión que hace posible la predicción a partir de las puntuaciones obtenidas del ICAP o las obtenidas mediante las SIB, del subconjunto de ítems del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) más significativos para ser aplicados a cada persona objeto de evaluación e intervención.

A su vez, el CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002), está unido al instrumento Currículum de Destrezas Adaptativas, ALSC (*Adaptive Living Skills Curriculum*. Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b). El ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), tal y como se detallará en el siguiente apartado, es un instrumento que propone una serie de marcos y procedimientos para que la persona objeto de estudio e intervención consiga o adquiera las destrezas incluidas en el CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y

Montero, 2002). Cada uno de los ítems del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) se transforma en el ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), en una unidad de enseñanza en la que se proporcionan objetivos de aprendizaje, niveles de rendimiento para la consideración de una estrategia como dominada o adquirida, estrategias de enseñanza – aprendizaje y actividades.

Para la correcta cumplimentación y administración del inventario, un informante familiarizado/a con la persona objeto de evaluación que haya tenido la oportunidad de observarle en entornos naturales durante un periodo de tres o más meses, ha de señalar los ítems que esta realice de forma independiente, es decir, aquellos relativos a las tareas que realiza correctamente (con buena calidad de ejecución), la mayoría de las veces (75% o más), cada vez que sea preciso o necesario y sin tener que pedírselo o recordárselo. La puntuación obtenida no es normativa y los prodecimientos, instrucciones y el cuestionario de respuestas fueron diseñados con el fin de que cualquier persona significativa para aquella objeto de evaluación, pueda servir como informante y proporcionar estimaciones de la conducta adaptativa que desarrolla de forma independiente.

El CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) se estructura en cuatro áreas generales; (a) *destrezas de la vida personal*; (b) *destrezas de la vida en el hogar*; (c) *destrezas de la vida en la comunidad*; y (d) *destrezas laborales*. El inventario además, está organizado en 24 módulos de destrezas distribuidos dentro de las cuatro áreas señaladas, compuestos por ítems para la valoración de destrezas básicas vinculadas al área al que pertenece cada módulo en cuestión. La Tabla 16, recoge y resume la estructura de áreas, módulos e ítems del Inventario de Destrezas Adaptativas, CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) y áreas, módulos y unidades de enseñanza del Currículum de Destrezas Adaptativas, ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), del que hablaremos en el siguiente subapartado.

Tabla 16.
Estructura de áreas, módulos e ítems del CALS y áreas, módulos y unidades de enseñanza del ALSC

Áreas generales	Área 1: Destrezas de la vida personal (Total: 242 ítems en el CALS y unidades de enseñanza en el ALSC repartidas en 7 módulos)	Área 2: Destrezas de la vida en el hogar (Total: 224 ítems en el CALS y unidades de enseñanza en el ALSC repartidas en 6 módulos)	Área 3: Destrezas de la vida en comunidad (Total: 263 ítems en el CALS y unidades de enseñanza en el ALSC repartidas en 7 módulos)	Área 4: Destrezas laborales (Total: 85 ítems en el CALS y unidades de enseñanza en el ALSC repartidas en 4 módulos)
Módulos de destrezas específicas y número de ítems/destrezas concretas de los que se componen	1.1. Socialización (33 ítems/unidades)	2.1. Cuidado de la ropa (27 ítems/unidades)	3.1. Interacción social (44 ítems/unidades)	4.1. Búsqueda de empleo (16 ítems/unidades)
	1.2. Comida (45 ítems/unidades)	2.2. Planificación y preparación de la comida (61 ítems/unidades)	3.2. Movilidad y viajes (35 ítems/unidades)	4.2. Conducta y actitud ante el empleo (30 ítems/unidades)
	1.3. Higiene y presencia (33 ítems/unidades)	2.3. Limpieza y organización del hogar (47 ítems/unidades)	3.3. Organización del tiempo (23 ítems/unidades)	4.3. Relación con los empleados (25 ítems/unidades)
	1.4. Uso del retrete (16 ítems/unidades)	2.4. Mantenimiento del hogar (26 ítems/unidades)	3.4. Manejo y administración del dinero. Compras (55 ítems/unidades)	4.4. Seguridad en el trabajo (14 ítems/unidades)
	1.5. Vestido (51 ítems/unidades)	2.5. Seguridad en el hogar (44 ítems/unidades)	3.5. Seguridad en la comunidad (30 ítems/unidades)	
	1.6. Cuidado de la salud (46 ítems/unidades)	2.6. Ocio en el hogar (19 ítems/unidades)	3.6. Ocio comunitario (20 ítems/unidades)	
	1.7. Sexualidad (18 ítems/unidades)		3.7. Participación en la comunidad (56 ítems/unidades)	

Nota: Adaptado de Gilman, C. J., Morreau, L. E., Bruininks, R. H., Anderson, J. L., Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002b). *Currículum de destrezas adaptativas (ALSC). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero. Y Morreau, L. E., Bruininks, R. H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALS). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

Para la descripción y/o definición de los componentes o ítems que recoge cada una de las cuatro áreas en sus distintos módulos de destrezas adaptativas, seguiremos tal y como se realizó en apartado sobre el Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual, ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero 1993, 1996), el orden en el que se encuentran en el inventario CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) y serán resumidos en la Tabla 17.

Tabla 17.
Unidades de los ítems del CALS en sus cuatro áreas y módulos de destrezas adaptativas

Área	Módulo	Descripción de los componentes/ítems
Área 1: Destrezas de la vida personal Agrupa ítems que persiguen la valoración del dominio de destrezas básicas para la higiene personal, la comprensión de la necesidad de la misma y el establecimiento de hábitos para el cuidado personal, organizados en siete módulos de destrezas.	Módulo 1.1. Socialización	Contiene destrezas relativas al modo de relacionarse con los demás e iniciar o responder a intercambios de tipo social con los demás, prestar atención a objetos y acontecimientos comunes del entorno.
	Módulo 1.2. Comida	Recoge destrezas precisas y básicas para la ingestión de bebidas y alimentos y aquellas de carácter más complejo como el uso de cubiertos, apertura de envases, la degustación de comidas de diferentes sabores y texturas, o la presencia de modales o conductas aceptables en la mesa.
	Módulo 1.3. Higiene y presencia	Incluye destrezas básicas relativas al cuidado o arreglo personal y de hábitos aseo necesarios para una correcta higiene.
	Módulo 1.4. Uso del retrete	Abarca destrezas significativas y necesarias para un buen uso del retrete de forma independiente y el control de esfínteres.
	Módulo 1.5. Vestido	Recoge destrezas relativas a competencias de vestido, desvestido, calzado, el uso de cierres, cremalleras, botones, corchetes, hebillas, o cordones, uso de complementos y la selección apropiada de prendas de vestir (estilo, talla, aspecto o apariencia).
	Módulo 1.6. Cuidado de la salud	Cubre destrezas vinculadas a la prevención y el tratamiento de problemas relativos al ámbito que nos ocupa, como por ejemplo, conductas propias de un estado de vida saludable, atención a dolencias esenciales o la adopción de medidas de emergencia para atender a enfermedades y lesiones de gravedad.
	Módulo 1.7. Sexualidad	Agrupar destrezas sociales relacionadas con la sexualidad que incluyen cuestiones relativas al establecimiento de relaciones interpersonales significativas y funcionales y la toma de conciencia sobre el propio cuerpo y sus funciones y las consecuencias derivadas de las relaciones sexuales.
Área 2: Destrezas de la vida en el hogar Destrezas de la vida en el hogar: Agrupa ítems que se centran en la valoración de destrezas básicas para el mantenimiento de un espacio en el que vivir, de forma segura, limpia y agradable, organizados en seis módulos de destrezas.	Módulo 2.1. Cuidado de la ropa	Incluye destrezas necesarias para la realización de tareas de limpieza de la ropa, realización de pequeños arreglos en la misma y su guardado.
	Módulo 2.2. Planificación y preparación de comida	Agrupar destrezas relacionadas con la preparación de la comida, uso de electrodomésticos y equipamiento de la cocina, planificación de comidas y realización según instrucciones de recetas, puesta en práctica de medidas de higiene mientras se cocina y finalizado el acto de comer.
	Módulo 2.3. Limpieza y organización del hogar	Abarca destrezas relativas a la realización de tareas de limpieza imprevistas, el establecimiento de rutinas cotidianas y semanales y el uso de utensilios y productos de limpieza comunes en el hogar.
	Módulo 2.4. Mantenimiento del hogar	Incluye destrezas relativas a la reparación de objetos de la casa que presenten pequeños desperfectos y a la realización de tareas cotidianas de mantenimiento del hogar, del coche o de la bicicleta.
	Módulo 2.5. Seguridad en el hogar	Recoge destrezas necesarias en el hogar para reducir posibles riesgos de accidentes como caídas y resbalones a causa de obstáculos, la prevención de accidentes provocados por la electricidad, el fuego o gas, manipulación y utilización de electrodomésticos u objetos potencialmente peligrosos en el hogar como los objetos afilados y medidas de actuación y reacción adecuadas ante situaciones de emergencia.

<p>Área 3: Destrezas de la vida en la comunidad</p> <p>Destrezas de la vida en la comunidad: Agrupa ítems que se centran en la valoración de destrezas necesarias para el desenvolvimiento autónomo en la comunidad, más allá de la residencia habitual de la persona, organizados en siete módulos de destrezas.</p>	Módulo 2.6. Ocio en el hogar	Cuenta con destrezas asociadas a la gestión del tiempo libre y el desarrollo de hábitos de ocio relativas a actividades en solitario y con otras personas en el entorno del hogar.
	Módulo 3.1. Interacción social	Incluye habilidades necesarias en los intercambios sociales, a la hora de manifestar y utilizar convenciones sociales, comprender la dinámica de las destrezas interpersonales que tienen lugar en la comunidad y la participación en acontecimientos públicos con el inicio y la respuesta a interacciones sociales.
	Módulo 3.2. Movilidad y viajes	Contiene destrezas que abordan aspectos relativos a la orientación y la movilidad, como el acceso y salida a edificios y locales habituales y de uso público en la comunidad, el desplazamiento y el uso de medios de transporte comunes.
	Módulo 3.3. Organización del tiempo	El módulo cubre destrezas relacionadas con la capacidad de respuesta y aplicación de a conceptos e ideas generales de tiempo aplicados a situaciones cotidianas (fechas, horas, uso del calendario...).
	Módulo 3.4. Manejo y administración del dinero. Compras	Contempla destrezas relacionadas con la toma de decisiones acerca del manejo del dinero, la planificación, selección, localización y compra de diferentes productos y servicios, incluido el uso de servicios bancarios.
	Módulo 3.5. Seguridad en la comunidad	Agrupar destrezas vinculadas a la respuesta ante situaciones de riesgo que puedan presentarse en el ámbito de la comunidad, haciendo hincapié en evitar situaciones peligrosas y resolver problemas que a menudo pueden surgir.
	Módulo 3.6. Ocio comunitario	Cubre destrezas necesarias para el disfrute de los equipamientos, acontecimientos y actividades de ocio que tienen lugar fuera del hogar, haciendo especial énfasis en aquellas actividades de bajo coste económico, que requieren de una equipación sencilla y que pueden disfrutarse en solitario o en grupos reducidos.
Módulo 3.7. Participación en la comunidad	El módulo recoge competencias relacionadas con el uso de servicios públicos, comerciales y financieros de la comunidad, así como con el manejo del teléfono.	
<p>Área 4: Destrezas laborales</p> <p>Agrupar ítems que se centran en la valoración de destrezas necesarias para la obtención y conservación de un empleo o puesto de trabajo, organizados en cuatro módulos de destrezas.</p>	Módulo 4.1. Búsqueda de empleo	Consta de destrezas necesarias para la búsqueda de empleo.
Módulo 4.2. Conducta y actitud ante el empleo	Incluye conductas asociadas con la calidad y cantidad de trabajo realizado, junto con los hábitos de la persona en el desempeño de sus tareas y funciones laborales.	
Módulo 4.3. Relación con los empleados	Recoge destrezas sociales e interpersonales relacionadas con la interacción con los compañeros/as de trabajo y con las personas que desempeñen puestos de responsabilidad.	
Módulo 4.4. Seguridad en el trabajo	Abarca destrezas necesarias en situaciones laborales en las que puede existir el riesgo de sufrir lesiones, incluyendo destrezas conducentes a la prevención de accidentes o enfermedades en el trabajo (normas de seguridad), así como procedimientos a seguir en caso de accidente laboral.	

Nota: Adaptado de Morreau, L. E., Bruininks, R. H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALIS). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

Para la redacción de los elementos del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) y ordenarlos en función de su nivel de dificultad, los autores

originales en su versión original (Morreau y Bruininks, 1991) llevaron a cabo un cuidadoso proceso de selección de los más adecuados y significativos, empleando para ello la consulta a profesionales de la investigación vinculados a ámbitos a la discapacidad y servicios sociales para personas con discapacidad (Montero, 1999), y en la adaptación del CALS a la lengua y realidad Española (Morreau, Bruininks y Montero, 2002), se realizó empleando procedimientos empíricos encaminados a controlar las cualidades psicométricas de cada ítem, siguiendo un proceso análogo al original. De este modo, tras la realización de una traducción inicial, se solicitó el juicio crítico de un amplio grupo de profesionales, con experiencia en el trabajo con personas con discapacidad, sobre la claridad de los ítems, su adecuación cultural, solicitando además la propuesta de nuevos elementos adecuados a nuestra cultura. Finalizado dicho análisis, la versión experimental del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) fue puesta a prueba en 524 personas de todas las edades, llevando a cabo el 64% del muestreo entre personas con discapacidad de diversas provincias españolas y el 36% restante entre personas sin discapacidad de la Comunidad Autónoma Vasca. Del análisis de los datos, se obtuvo el orden según dificultad de la versión definitiva española del CALS (Montero, 1999; Morreau, Bruininks y Montero, 2002).

El diseño del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) descrito en párrafos anteriores, permite ser aplicado de forma independiente, o bien dentro de un sistema integrado de valoración – enseñanza – evaluación (Morreau, Bruininks y Montero, 2002; Montero, 1999), es decir, con el SIB y el ICAP, y/o junto con el ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b). La Tabla 18, recoge simplificada los componentes del sistema integrado de valoración – enseñanza – evaluación, al que hacemos referencia.

Tabla 18.
Componentes del sistema integrado de valoración – enseñanza – evaluación

Componente	Objetivo/s – Función
Escalas de Conducta Independiente (SIB) <i>(Scales of Independent Behavior. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985)</i> Escalas de Conducta Independiente Revisadas (SIB-R) <i>(Scales of Independent Behavior-Revised. Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1996)</i>	Proporciona mediciones normativas de conducta adaptativa y problemas de conducta e indica las áreas en las que existen conductas satisfactorias o deficientes, todo ello con el propósito de seleccionar objetivos y diseñar programas de enseñanza
Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) <i>(Inventory for Client and Agency Planning. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996)</i>	Ofrece un sistema de evaluación normativa de la conducta adaptativa y problemas de conducta y organiza la información necesaria para tareas de despistaje, selección de centro o servicio, desarrollo de programas y coordinación, planificación y evaluación de centros o servicios
Inventario de Destrezas Adaptativas (CALs) <i>(Checklist of Adaptive Living Skills. Morreau, y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002)</i>	Permite una detallada evaluación criterial del dominio de destrezas específicas necesarias para llevar una vida independiente en el ámbito del hogar, el trabajo y la comunidad
Currículum de Destrezas Adaptativas (ALCS) <i>(Adaptive Living Skills Curriculum. Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b)</i>	Especifica objetivos de aprendizaje, estrategias de enseñanza, actividades y niveles de rendimiento correspondiente a cada ítem del CALS a fin de facilitar el dominio de destrezas precisas para desarrollar una vida autónoma en una gran variedad de entornos

Nota: Adaptado de Gilman, C. J., Morreau, L. E., Bruininks, R. H., Anderson, J. L., Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002b). *Currículum de destrezas adaptativas (ALSC). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero. Y Morreau, L. E., Bruininks, R. H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALs). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

El CALS (Morreau, Bruininks y Montero, 2002), utilizado como sistema de evaluación independiente, permite la consecución de objetivos tales como: (a) la realización de una valoración criterial del rendimiento de la persona en el ámbito de cuatro áreas generales de conducta adaptativa correspondientes a su vez con importantes ámbitos de la vida (destrezas de la vida personal, destrezas de la vida en el hogar, destrezas de la vida en la comunidad y destrezas laborales), en una gran variedad de destrezas específicas; (b) servir como fuente de información a partir de la cual puedan desarrollarse programas de enseñanza – aprendizaje individualizada; y/o finalmente, (c) como herramienta para el seguimiento del progreso individual de cada persona hacia la consecución de los objetivos de enseñanza – aprendizaje planificados y establecidos acordes a sus necesidades concretas (Morreau, Bruininks y Montero, 2002).

En su aplicación conjunta con el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero 1993,1996) o las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), hace que a los objetivos señalados se les sumen los dos siguientes: (a) la consecución de un sistema

de evaluación normativo del rendimiento de la persona en el campo de la conducta adaptativa para la identificación de los ámbitos generales que precisen de una evaluación más precisa y detallada; y (b) la previsión de los márgenes de rendimiento de cada persona mediante la conversión de las puntuaciones normativas obtenidas en el ICAP en los rangos de ítems del CALS que en cada caso concreto sea conveniente aplicar.

Para facilitar la identificación de las destrezas que en cada caso precisen ser evaluadas, se realizó una unión de los ítems de cada módulo del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) con la escala de conducta adaptativa del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996). De este modo y sobre la base de las puntuaciones obtenidas a partir del ICAP, es posible la previsión de los márgenes de los ítems del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) en los que se encuadran las destrezas que habrían de ser evaluadas en cada caso. Los módulos del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) se corresponden con las tres escalas de conducta adaptativa; *destrezas sociales y comunicativas*, *destrezas de la vida personal* y *destrezas en la comunidad* del ICAP.

La Tabla 19 reume la correspondencia que se establece entre de los módulos de destrezas adaptativas del CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) con las tres escalas de *destrezas sociales y comunicativas*, *destrezas de la vida personal* y *destrezas de la vida en comunidad* del Inventario para la planificación de servicios y Programación individual, ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996). La puntuación de *independencia general* del ICAP (Montero, 1996) que incluye las puntuaciones obtenidas en las tres escalas señaladas, junto con las obtenidas en la escala relativa a las *destrezas motoras*, es empleada para la realización de dichos cálculos.

Tabla 19.

Correspondencia de los módulos de destrezas adaptativas del CALS con las escalas de destrezas Sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal y destrezas de la vida en comunidad del ICAP

Escalas del ICAP			
Destrezas sociales y comunicativas		Destrezas de la Vida personal	Destrezas de la Vida en comunidad
Módulos de Destrezas del CALS	1.1 Socialización	1.2 Comina 1.3 Higiene y presencia 1.4 Uso del retrete 1.5 Vestido 1.6 Cuidado de la salud 1.7 Sexualidad	
		2.1 Cuidado de la ropa 2.2. Planificación y preparación de la comida 2.4 Limpieza y organización del hogar 2.4 Mantenimiento del hogar 2.5 Seguridad en el hogar	2.6 Ocio en el hogar
	3.1 Interacción social		3.2 Movilidad y viajes 3.3 Organización del tiempo 3.4 Manejo y administración del dinero. Compras 3.5 Seguridad en la comunidad 3.6 Ocio comunitario 3.7 Participación en la comunidad
			4.1 Búsqueda de empleo 4.2 Conducata y actitud ante el empleo 4.3 Relación con los empleados 4.4. Seguridad en el trabajo

Nota: Adaptado de Gilman, C. J., Morreau, L. E., Bruininks, R. H., Anderson, J. L., Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002b). *Currículum de destrezas adaptativas (ALSC). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero. Y Morreau, L. E., Bruininks, R. H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALS). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

Como tercera y última posibilidad, cuando el CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) es utilizado junto con el ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b) como currículum comprensivo, a los objetivos alcanzables con su aplicación como sistema de evaluación independiente, se le suma la posibilidad de acceso a unidades de enseñanza – aprendizaje que incluyen objetivos de aprendizaje, estrategias de enseñanza, actividades y niveles de rendimiento (o de dificultad), todo ello como no, directamente unido a la valoración criterial.

Como ya se especificará en el próximo subapartado destinado a la descripción del Currículum de Destrezas Adaptativas, ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), el sistema de numeración de los ítems del CALS (cifra de tres o cuatro dígitos) (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) es el mismo que el utilizado en las unidades de enseñanza que ofrece el ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b). El primer dígito del número, se refiere a una de las cuatro áreas generales (1. *destrezas de la vida personal*; 2. *destrezas de la vida en el hogar*; 3. *destrezas de la vida en la comunidad*; y 4. *destrezas laborales*). El segundo dígito alude a uno de los módulos de destrezas contemplados en el área concreta y el último o los dos últimos dígitos del número, indican la numeración del ítem en particular dentro de un área y un módulo concreto del CALS. Todo ello, sin duda, posibilita la vinculación de la valoración con la posterior intervención.

Finalmente, y como parte del sistema integrado de valoración – enseñanza – evaluación, el CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) convalidado con el ICAP o el SIB y con el ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b) permite: (a) la realización de una evaluación normativa y global del rendimiento de la persona en el ámbito de la conducta adaptativa (ICAP) y la identificación de aquellos ámbitos que requieren de una valoración más específica; (b) la previsión de márgenes de ítems del inventario (mediante la conversión de las puntuaciones normativas obtenidas del ICAP); (c) la realización de una valoración criterial del rendimiento de la persona en cuatro áreas generales de conducta adaptativa y en diversas destrezas específicas; (d) el acceso a unidades de enseñanza – aprendizaje que incluyen objetivos de aprendizaje, estrategias de enseñanza, actividades y niveles de rendimiento (directamente unido a la valoración basada en el CALS); y finalmente, (e) la realización de seguimientos continuos del progreso de la persona como parte del programa de enseñanza (Morreau, Bruininks y Montero, 2002).

La Figura 4, muestra la secuencia de pasos que comporta la aplicación completa del sistema de valoración – enseñanza – evaluación (de decir, aplicación conjunta del CALS junto con el ICAP o el SIB y el ALSC).

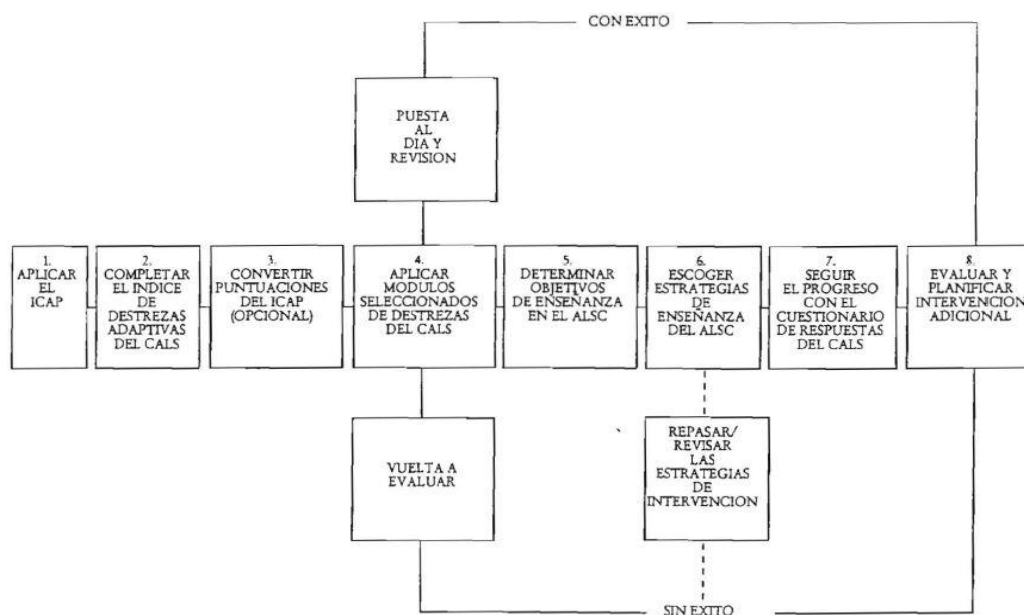


Figura 4. Secuencia de pasos para la aplicación del sistema íntegro de valoración – enseñanza – evaluación Adaptado de Gilman, C.J., Morreau, L.E, Bruininks, R.H., Anderson, J.L., Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002b). *Currículo de destrezas adaptativas (ALSC). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero; y Morreau, L.E., Bruininks, R.H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALS). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

El uso de las herramientas ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) y ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), es decir el enlace de dichos instrumentos para la consecución del sistema valoración – enseñanza – evaluación descrito en la Figura 4 (Morreau, Bruininks y Montero, 2002), consta de 6 fases compuestas por 8 pasos (Montero, 1999):

- (1) *Primera fase:* Valoración normativa mediante el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) de los puntos fuertes y débiles de las destrezas adaptativas de la persona evaluada y de sus posibles problemas de conducta, para el establecimiento e identificación de aquellas áreas que precisen de una evaluación más detallada y concreta, a través de un instrumento criterial como el CALS (Paso 1 de la Figura 4).

- (2) *Segunda fase:* En caso de ser necesaria una valoración más detallada debe completarse el *índice de destrezas adaptativas* del CALS. Para establecer el subconjunto de elementos a valorar, será necesario y funcional, convertir las puntuaciones del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) (Pasos, 2, 3 y 4 de la Figura 4).
- (3) *Tercera fase:* Selección de los objetivos y estrategias de enseñanza del CALS, para el diseño de un plan de intervención (Pasos, 5 y 6 de la Figura 4).
- (4) *Cuarta fase:* La evaluación continuada de plan, puede hacerse siguiendo los progresos de la personas mediante el cuestionario de respuestas del CALS (Paso 7 de la Figura 4).
- (5) Finalizado el plan de intervención propuesto, se realiza la valoración del mismo y se establecen o planifican próximos procesos y propuestas de enseñanza – aprendizaje (Paso 8 de la Figura 4).
- (6) En el caso de que el plan de intervención diseñado no tenga éxito, deben revisarse las estrategias de intervención contenidas en el ALSC (Paso 6 de la Figura 4), o bien volver a evaluar las destrezas objeto de intervención utilizando los módulos seleccionados del CALS (Paso 4 de la Figura 4). Si por el contrario el plan de intervención diseñado conduce el éxito, es decir, a la adquisición de destrezas por parte de la persona, sería necesaria la aplicación nuevamente del CALS para la valoración precisas de las áreas de intervención y de este modo actualizar el plan establecido (Paso 4 de la Figura 4), volviendo a iniciar los procesos anteriormente descritos (pasos 5, 6, 7 y 8 de la Figura 4).

Pasamos a describir las características esenciales del ALSC, recurso fundamental para el desarrollo del sistema íntegro de valoración – enseñanza – evaluación descrito.

2.5.2.2. Curriculum de Destrezas Adaptativas (ALSC)

El Currículum de Destrezas Adaptativas, ALSC (*Adaptive Living Skills Curriculum*, Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), es un amplio currículum comprensivo de 814 unidades de enseñanza, que incluye recomendaciones sobre estrategias, actividades y niveles de rendimiento, para la enseñanza – aprendizaje de habilidades adaptativas específicas en relación al cuidado e independencia personal en entornos laborales, comunitarios, residenciales y de ocio.

El eje central de cada unidad lo constituyen los distintos objetivos de aprendizaje, formulados en términos precisos (Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b).

El currículum, fue diseñado para facilitar la enseñanza de destrezas específicas necesarias para la vida cotidiana, permitiendo su aplicación a personas con o sin discapacidad, de diversas edades, desde la infancia hasta la edad adulta, pudiendo además ser utilizado en una amplia variedad de entornos; educativos, residenciales, centros de día, de rehabilitación, ocupacionales, especiales de empleo y diversos servicios sociales.

Las actividades de enseñanza que se establecen en el currículum y que a menudo incluyen un análisis de tareas y sugerencias para la realización de la instrucción de forma individual o grupal, abarcan una gran variedad de niveles de rendimiento y/o dificultad con objeto de permitir la respuesta diferencial a las necesidades que sean percibidas en función de la edad y grados de discapacidad, además de la evaluación de la consecución de los objetivos de aprendizaje.

Las estrategias a utilizar en las unidades de enseñanza permiten por su diseño, la promoción de la adquisición, el dominio de destrezas y la iniciación de una tarea por iniciativa propia además de su generalización a numerosos entornos naturales para cada persona, esto es así porque la herramienta hace especial hincapié en el producto funcional de la conducta y no tanto en la adquisición de conductas aisladas, al partir de la enseñanza en lugares donde es probable que se desarrollen dichas destrezas por parte de personas sin discapacidad.

En previsión de que puedan darse dificultades a la hora de planificar procesos de enseñanza-aprendizaje en contextos naturales, el currículum incluye simulaciones y representaciones de situaciones en muchas de las unidades a modo de estrategia de enseñanza complementaria. En cada unidad se sugieren además, los materiales recomendables por ser propios de los entornos naturales necesarios para la sesión de enseñanza (aunque no obligatorios) para su ejecución y desarrollo y la descripción de los preparativos específicos que deben tener en cuenta antes de poner en marcha las sesiones de enseñanza-aprendizaje.

El Currículum sugiere actividades que pueden servir de modelo en la evaluación de programas de enseñanza concretos y facilita un listado de vocabulario o frases que representan algunos de los conceptos clave en cada unidad, junto a posibles cuestiones o preguntas que podrían debatirse con personas competentes para la comunicación, que tiene como propósito de sensibilizar a la persona objeto de intervención sobre la importancia que puede tener para ella misma y para otros/as el aprendizaje y dominio de una determinada destreza.

Finalmente, y para aquellos casos en los que no se logra alcanzar los objetivos establecidos en cada unidad, el Currículum, aporta orientaciones para la adaptación de las actividades propuesta de forma que posibilita y facilita el intento de que la persona consiga su dominio.

El ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), integrado en una dinámica de evaluación continua, puede utilizarse para realizar el seguimiento del progreso de la persona en la adquisición y aplicación de las destrezas adaptativas, ya que el currículum cuenta además de con los componentes necesarios y descritos para la enseñanza, con aquellos imprescindibles para la evaluación como son; (a) condiciones ambientales en las que se necesita o evalúa la destreza; (b) conducta observable; y (c) criterios precisos para la evaluación del resultado funcional de la conducta en cuestión.

El ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), fue diseñado para ser aplicado bien de forma independiente o bien como parte del sistema de valoración – enseñanza –evaluación descrito en el apartado anterior y gráficamente definido en la Figura 4, por estar vinculado conceptual y estadísticamente a los instrumentos normativos de medida de la conducta adaptativa; las Escalas de Conducta Independiente, SIB (Bruininks, Woodcock, Weatherman

y Hill, 1985 y 1996) y al Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP (Bruininks, Hill, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996). El vínculo conceptual, se establece de igual forma con la herramienta de evaluación criterial de destrezas adaptativas denominado Inventario de Destrezas Adaptativas, CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002), vínculo, que permite sin duda, la conexión directa entre planes educativos individualizados y resultados de la evaluación normativa y criterial de la conducta adaptativa, al ser el ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b) componente curricular del sistema de valoración – enseñanza – evaluación descrito en el apartado anterior de este capítulo.

La decisión de utilizar el currículo separadamente o como parte del sistema según sus autores (Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), habrá de tomarse teniendo en cuenta las necesidades de la persona evaluada y las características del entorno o entornos significativos para la misma.

Al igual que el CALS (Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002), el ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b) se estructura en cuatro áreas generales: (a) *destrezas de la vida personal*; (b) *destrezas de la vida en el hogar*; (c) *destrezas de la vida en comunidad*; y (d) *destrezas laborales*, áreas a su vez, subdivididas en veinticuatro módulos de destrezas. En la Tabla 16 se mostraba la estructura de las áreas, módulos y unidades de enseñanza del Currículum.

Cada módulo de destrezas del ALSC (Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b) incorpora una amplia variedad de objetivos de enseñanza y los ítems relativos a cada área de destrezas adaptativas se organizan en orden progresivo de dificultad. La organización de los ítems establecidos en cada una de las áreas se fundamenta en el análisis del dominio de las destrezas mostrado por una extensa muestra de personas con y sin discapacidad y la opinión de personas significativas para los destinatarios de la atención de sus necesidades (profesionales, personal de atención directa y familiares).

Los componentes del ALSC, son además del manual (Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), la hoja de trabajo para la planificación y valoración (posibilita la documentación de todo lo que

ocurra durante el proceso de enseñanza aprendizaje de las destrezas adaptativas en cada caso seleccionadas y la planificación de acciones futuras) y la hoja de registro del proceso (facilita la anotación de los datos que reflejen el progreso hacia el dominio de destrezas seleccionadas), cuatro guías de enseñanza:

- (a) *Currículum de Destrezas Adaptativas: Destrezas de la Vida Personal* (Morreau, Anderson, Gilman y Bruininks, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002d), guía estructurada en siete módulos (socialización, comida, higiene y presencia, uso del retrete, vestido, cuidado de la salud y sexualidad), que contiene 242 unidades de enseñanza diseñadas para enseñar destrezas necesarias en la realización de tareas relacionadas con aspectos básicos de la autonomía personal y la relación con los demás.
- (b) *Currículum de Destrezas Adaptativas: Destrezas de la Vida en el Hogar* (Gilman, Morreau, Bruininks y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002e). Se estructura en seis módulos (cuidado de la ropa, planificación y preparación de comida, limpieza y organización del hogar, mantenimiento del hogar, seguridad en el hogar y ocio en el hogar) y consta de 224 unidades diseñadas para enseñar destrezas que permiten desenvolverse en el hogar o en el lugar de residencia.
- (c) *Currículum de Destrezas Adaptativas: Destrezas de la Vida en la Comunidad* (Anderson, Bruininks, Morreau y Gilman, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002a). Guía estructurada en siete módulos (interacción social, movilidad y viajes, organización del tiempo, manejo y administración del dinero y compras, seguridad en la comunidad, ocio comunitario y participación en la comunidad), con 263 unidades pensadas para la promoción de la participación de la persona en distintos entornos de la comunidad.
- (d) *Currículum de Destrezas Adaptativas: Destrezas Laborales* (Bruininks, Gilman, Anderson y Morreau, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002c). Currículo estructurado en cuatro módulos (búsqueda de empleo, conducta y actitud ante el empleo, relación con los empleados y seguridad en el trabajo), contiene 85 unidades de enseñanza, significativas y funcionales en diversos entornos relacionados con el empleo.

Para la descripción y/o definición de las unidades de enseñanza que contiene cada una de las cuatro áreas en sus distintos módulos de destrezas adaptativas resumidas en la Tabla 20, seguiremos (como se hizo en los apartados anteriores sobre el ICAP y el CALS), el orden en el que se estructuran en el currículo.

Tabla 20.
Resumen descriptivo de las unidades de enseñanza del ALSC en sus cuatro áreas y módulos de destrezas adaptativas

Área	Módulo	Descripción unidades de enseñanza
Área 1: Destrezas de la vida personal Área estructurada en siete módulos y diseñada para servir de guía en la enseñanza de numerosas destrezas básicas para la relación con los demás en situaciones sociales simples y el desarrollo de habilidades asociadas a la comida, la higiene personal, el vestido y el establecimiento de hábitos de cuidado personal.	Módulo 1.1. Socialización	Cubre destrezas sociales básicas y necesarias para iniciar y responder a interacciones con otros/as. El dominio de las destrezas agrupadas en el módulo de socialización, prepara a la persona para situaciones sociales de carácter más complejo y que se trabajan en el tercer módulo de interacción social de la tercera área de destrezas de la vida en la comunidad.
	Módulo 1.2. Comida	Se centra en destrezas necesarias para el consumo de alimentos y bebidas. Cubre destrezas básicas para ingesta de alimentos como; succionar, masticar y trabajar, así como destrezas más concretas como las de mostrar buenos modales en la mesa. Las actividades de enseñanza propuesta subrayan la necesidad de buscar oportunidades en las que la persona pueda familiarizarse con varias clases de alimentos y degustarlos. El dominio de estas destrezas capacita a la persona para la adquisición de otras de mayor nivel de complejidad como pudieran ser las correspondientes al módulo segundo de planificación y preparación de la comida perteneciente a la segunda área del currículo relativo a las destrezas de la vida en el hogar, así como aquellas objeto de enseñanza-aprendizaje del de la tercera área del currículo que recoge destrezas de la vida en la comunidad séptimo módulo (participación en la comunidad).
	Módulo 1.3. Higiene y presencia	Abarca cuestiones relativas al cuidado, higiene y arreglo personal, mediante la enseñanza de destrezas relacionadas con la limpieza de diferentes partes del cuerpo, cuidado del cabello, cepillado de dientes y el desempeño de tareas complementarias del cuidado personal como pudiera ser el cuidado de las uñas. El dominio de las destrezas básicas recogidas en este módulo puede facilitar la adquisición de otras como las que se concretan en el sexto módulo cuidado de la salud de esta primera área o aquellas recorridas en el módulo segundo, conducta y actitud ante el empleo pertenecientes a la cuarta área relativa a las destrezas laborales.
	Módulo 1.4. Uso del retrete	El cuarto módulo se centra en estrategias básicas de iniciación al uso del retrete y la adquisición del control de esfínteres tanto vesical como anal. Incluye además rutinas más complejas implicadas en el uso del retrete de forma independiente. Sin duda, el dominio del conjunto de destrezas recogidas en este cuarto módulo prepara a la persona para desenvolverse en situaciones de carácter más completo al utilizar servicios públicos, recogidas en el séptimo módulo participación en la comunidad, de la tercera área del currículo, destrezas de la vida en la comunidad.

	Módulo 1.5. Vestido	Abarca destrezas necesarias para la selección, vestido, desvestido y la realización de ajustes en diferentes prendas de vestir. Las destrezas recogidas van desde aquellas que permite la cooperación con otros/as al ejecutar la tareas señaladas, hasta la manipulación de diferentes tipos de cierres y corchetes, el uso de accesorios y la elección de ropa acorde con las tendencias.
	Módulo 1.6. Cuidado de la salud	Los objetivos y las actividades de enseñanza del módulo van encaminados a la prevención y el tratamiento de enfermedades y accidentes.
	Módulo 1.7. Sexualidad	Las unidades de enseñanza del módulo, tienen por objeto proporcionar conocimientos acerca de la vida sexual y relaciones íntimas, de forma que sea posible la toma de decisiones personales al respecto. Las interacciones socio-sexuales presentadas en el módulo pueden ser consideradas como una extensión de las habilidades sociales a trabajar en el primer módulo de socialización de esta misma área y/o el primer módulo interacción social de la tercera área, Destrezas de la vida en comunidad.
Área 2: Destrezas de la vida en el hogar	Módulo 2.1. Cuidado de la ropa	Las unidades del módulo focalizan habilidades necesarias para el lavado de la ropa y la realización de pequeños arreglos en la misma.
	Módulo 2.2. Planificación y preparación de comida	Recoge destrezas básicas y necesarias para la preparación de alimentos, tales como el uso funcional de electrodomésticos y el equipamiento de la cocina, la planificación de la comida y labores de limpieza tras la conclusión de esta última.
	Módulo 2.3. Limpieza y organización del hogar	Modulo centrado en tareas de la vida cotidiana relacionadas con el cuidado del hogar, aportando orientaciones relativas al uso de equipamiento y productos de limpieza de uso más común como parte integral de cada destreza.
	Módulo 2.4. Mantenimiento del hogar	Aporta sugerencias para la enseñanza de destrezas necesarias para la realización de pequeños arreglos incluyendo el uso de herramientas y la puesta en prácticas de nociones básicas de mecánica y tareas de limpieza del hogar más complejas que las establecidas en el tercer módulo de la segunda esta área, denominado limpieza y organización del hogar.
	Módulo 2.5. Seguridad en el hogar	Modulo centrado en procedimientos para la reacción ante accidentes y situaciones de emergencia que puedan surgir a nivel doméstico y que pueden entrañar riesgos, tales como la existencia de fuego, acciones relacionadas con la electricidad y la manipulación de maquinaria.
	Módulo 2.6. Ocio en el hogar	Recoge destrezas y hábitos básicos vinculados al tiempo de ocio, para su disfrute de manera individual o grupal.
Área 3: Destrezas de la vida en la comunidad	Módulo 3.1. Interacción social	Modulo centrado en habilidades sociales, comunicativos e interpersonales incluyendo acciones que permitan a la persona con discapacidad inicial contactos sociales con otros/as y responder significativamente a los mismos. Las destrezas que abarca el módulo son una extensión de los comportamientos sociales de nivel más básico establecidos en el módulo primero de la primera área denominado socialización y además, estarían relacionadas con aquellas programadas en el séptimo de esa misma área denominada sexualidad, por tanto, pudieran ser entrenadas de manera conjunta, junto con las destrezas socio-laborales del módulo tercero de la cuarta área denominado relaciones laborales.
	Módulo 3.2. Movilidad y viajes	Engloba sugerencias formativas para facilitar la participación activa en actividades que tienen lugar fuera del hogar incluyendo destrezas para el desplazamiento independiente por la comunidad.

La tercera área del currículo estructurada en siete módulos, se centra en habilidades que pudieran promover la participación de

las personas con discapacidad en diferentes entornos de la comunidad.	Módulo 3.3. Organización del tiempo	Modulo centrado en habilidades necesarias para la gestión de forma independiente del tiempo (conceptos temporales, distribución del tiempo personal a lo largo de la planificación del día...).	
	Módulo 3.4. Majeno y administración del dinero. Compras	Recoge habilidades que tienen que ver con la administración y uso funcional y responsable de los recursos monetarios y la economía personal.	
	Módulo 3.5. Seguridad en la comunidad	Aglutina propuestas para la enseñanza de estrategias que ayuden a la persona con discapacidad a evitar situaciones en las que pueda verse desprotegida ante el peligro o corra riesgos de sufrir accidentes o lesionar a otros/as.	
	Módulo 3.6. Ocio comunitario	Analiza destrezas necesarias para el disfrute individual o en grupo, de los equipamientos y ofertas de ocio disponibles en la comunidad.	
	Módulo 3.7. Participación en la comunidad	Incorpora habilidades necesarias para el uso funcional de los servicios que presta la comunidad y para el cumplimiento de las obligaciones propias de todo ciudadano.	
	Área 4: Destrezas laborales	Módulo 4.1. Búsqueda de empleo	Recoge destrezas necesarias para la búsqueda de empleo, siendo preciso para el desarrollo de algunas de las tareas propuestas en el módulo contar con conocimientos mínimos de lecto-escritura.
		Área estructurada en cuatro módulos y que incorpora destrezas necesarias en una amplia variedad de situaciones laborales.	Módulo 4.2. Conducta y actitud ante el empleo
Módulo 4.3. Relación con los empleados			Contempla destrezas para el establecimiento de relaciones sociales y laborales con los/as compañeros/as de trabajo y quienes ostentan cargos superiores.
Módulo 4.4. Seguridad en el trabajo			Abarca habilidades significativas y necesarias ante situaciones laborales que pudieran entramar riesgos de accidente, junto con medidas a tomar en caso de accidente o enfermedad durante el trabajo.

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

2.5.2.3. Programas Conductuales Alternativos (PCA)

Los programas conductuales alternativos, PCA (Verdugo, 1989, 1996, 1997, 2000) son desarrollados por Verdugo, en un intento de otorgar mayor énfasis e importancia a la evaluación de las habilidades adaptativas frente a la evaluación de la inteligencia, para lo cual, diseñó y lideró una amplia investigación que culminó con el diseño de distintos programas cuyo propósito fundamental consiste en proporcionar una alternativa de evaluación e intervención frente a un currículo exclusivamente académico seguido en la mayoría de los centros educativos, mediante el entrenamiento de una serie de habilidades cuya adquisición, mantenimiento y generalización y se desglosa en una serie de objetivos generales, específicos y operativos (Navas, 2012). Surgen así:

- (a) Los *Programas de Habilidades Sociales*, PHS (Verdugo, 1989, 1997); en la actualidad, el programa de entrenamiento en habilidades sociales más extenso que existe en lengua española y cuyo objetivo general es mejorar la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad. El manual consiste en un método de formación para que los profesionales puedan planificar procesos de enseñanza-aprendizaje de un total de 201 habilidades.
- (b) El *Programa de Habilidades para la Vida Diaria*, PVD (Verdugo, 2000); cuyo objetivo o meta principal es la consecución del máximo nivel de autonomía e independencia personal en tareas relacionadas con el hogar y el cuidado personal o hábitos cotidianos, preparando a las personas para vivir lo más autosuficientemente posible con su familia o de manera individual o en comunidad, participando en las actividades cotidianas, funcionales y significativas de mantenimiento del lugar, y;
- (c) El *Programa de Habilidades de Orientación al Trabajo*, POT (Verdugo, 1996); cuyo objetivo general es la mejora de la formación profesional de las personas con discapacidad, por lo que sintetiza el currículo y actividades de entrenamiento para la formación profesional, pre-laboral u ocupacional de estas personas. El programa comprende 4 objetivos generales un primero relacionado con las respuestas y patrones comportamentales que se requieren para trabajar en Centros Especiales de Empleo o Centros Ocupacionales, un segundo para la identificación, discriminación y utilización de distintas herramientas para la realización de operaciones profesionales polivalentes que permitan a la persona el incremento de su dominio sobre los

instrumentos de trabajo usuales en distintos puestos de trabajo y ambientes productivos, un tercero relativo a ciclos de trabajo que comprenden la secuencia de distintas habilidades necesarias hasta el logro de objetivos y por último, un cuarto relacionado con la visita a distintos centros de trabajo existentes en la realidad significativa para cada persona. Además en el programa, se establecen 9 objetivos específicos y 148 de carácter operativo.

A lo largo de estas páginas hemos intentado recoger los instrumentos tanto normativos como criteriosales que se utilizan en la actualidad para la evaluación y planificación en conducta adaptativa, aunque son muchos más los existentes y de alguno de los cuales damos cuenta en la Tabla 21, tabla que recoge un resumen de otros instrumentos de evaluación a los que la literatura científica ha otorgado también cierta atención con el objetivo de proporcionar la información hasta el momento proporcionada sobre el tema.

Tabla 21.
Instrumentos normativos y criteriosales para la evaluación y la programación en conducta adaptativa

Instrumentos	Breve Descripción
Sistema de Evaluación para Personas Plurideficientes (SEPP) (Zaldibar, Rubio y Márquez, 1995)	Instrumento de evaluación criterial que evalúa a través de un sistema jerárquico el comportamiento adaptativo de las personas con pluridiscapacidad con las que en ocasiones sólo el establecimiento de una conversación funcional entraña una dificultad casi insalvable, a través de siete áreas significativas: sensorial, motora, imagen corporal, autoayuda, socialización, cognitiva y lenguaje.
Social Behaviour Schedule (SBS) (Wykes y Sturt, 1986; Salvador-Carulla, Mellado, Romero, Velázquez y Alonso, 1998)	Adaptada al castellano por Salvador-Carulla, Mellado, Romero, Velázquez y Alonso (1998), evalúa el comportamiento adaptativo, con especial énfasis en los problemas de conducta, a través de un inventario formado por 21 ítems que abarcan una serie de problemas que interfieren en el funcionamiento diario y en la vida socio-familiar, aplicados en forma de entrevista. La herramienta aporta una valoración final que proporciona información sobre la gravedad de los problemas de conducta que pueda presentar la persona objeto de evaluación.
Sistema de Evaluación del Comportamiento Adaptativo West Virginia (<i>West Virginia Assessment and Tracking System</i> . Cone, 1981; Martín, Márquez, Rubio y Espinosa, 1989)	Instrumento criterial, adaptado al contexto español por Martín, Márquez, Rubio y Espinosa (1989), es un procedimiento objetivo conformado por un amplio rango de contenidos agrupados en áreas como: autonomía personal, motricidad, comunicación, aprendizajes escolares, habilidades específicas y área sensorial, siendo su objetivo fundamental determinar las áreas de comportamiento en las que se requiere de una intervención significativa y prioritaria. Dado que en el momento histórico de su desarrollo, el modo en que conceptualiza la conducta adaptativa difiere del modo en el que ésta es definida en la actualidad. Permite desarrollar un plan de entrenamiento de acuerdo a los resultados obtenidos, por lo que se podría llegar a utilizar en la planificación de apoyos.

Nisonger Child Behavior Rating Form (Nisonger CBRF) (Adams, Tassé, Rojahn, Hammer, 1996)	Herramienta creada para la medición de la competencia social y los problemas de conducta en niños/as y adolescentes con edades comprendidas entre los 4 y los 18 años. El instrumento está compuesto por 10 ítems que describen la competencia social o conducta adaptativa y 66 que describen problemas de conducta. No existe adaptación española.
Universal Brief Adaptive Behavior Index (UBABI) (Noland y McCallum, 2000)	Evalúa la conducta adaptativa de acuerdo con la novena definición de la AAIDD (Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997) mediante 55 ítems. Dirigido a personas con y sin discapacidad intelectual, especialmente a aquellas en riesgo de exclusión. No existe adaptación española.
Social Functioning Scale for the Mentally Retarded (SRZ) (Kraijer y Kema, 1994)	Basada en el trabajo previo elaborado por Cain, Levine y Elzey (1963), la escala evalúa la conducta adaptativa de la persona a través de cuatro áreas: autoayuda, comunicación, persistencia y habilidades sociales. No existe adaptación española.
Social performance Survey Schedule (SPSS) (Matson, Helsel, Bellack y Senatore, 1983)	Instrumento que tienen como objetivo la evaluación de habilidades adaptativas de carácter fundamentalmente social en personas con discapacidad intelectual ligera o moderada. No existe adaptación española del instrumento.
Matson Evaluation of Social Skills in Individuals with Severe Retardation (MESSIER) (Matson, 1995)	Instrumento que tienen como objetivo la evaluación de habilidades adaptativas de carácter fundamentalmente social en personas con discapacidad intelectual severa o profunda. No existe adaptación española del instrumento.

Nota: Adaptado de Navas, P. (2012). *Desarrollo y calibración de una escala de conducta adaptativa mediante modelos de teoría de respuesta a los ítems*. [Tesis Doctoral sin publicar]. Universidad de Salamanca Facultad de Psicología e Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Salamanca. Y Navas, P., Verdugo, M. A. y Tassé, M. J. (2013). Conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo. En M.A. Verdugo y R.L. Schallock, *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp. 111-134).

En los últimos años, estamos asistiendo a un importante desarrollo de instrumentos de evaluación en el ámbito de la discapacidad intelectual, pudiendo subrayar la Escala SIS, escala de evaluación de las intensidades de apoyo (Thompson et al., 2004; Verdugo, Arias e Ibañez, 2007), así como otros instrumentos centrados en las dimensiones de participación, interacción y el ambiente (Badley, 2008; Imms, 2007; King, Law, King, Hurley, Hanna, Kertoy y Rosebaum, 2006; Law, Petrenchik, King y Hurley, 2007; Okawa, Ueda, Shuto y Mizoguchi, 2008; Post, De Witte, Reichrath, Verdonschot, Wijnhuizen y Perenboom, 2008) y en la evaluación de la calidad de vida tanto desde una perspectiva objetiva como subjetiva (Harner y Heal, 1993; Heal y Chadsey-Rush, 1985; Nota, Soresi y Perry, 2006; Schallock y Keith, 1993; Van Loon, Van Hove, Schallock y Claes, 2008; Verdugo, Arias, Gómez y Schallock, 2009; Verdugo, Gómez y Arias, en prensa; Verdugo, Gómez, Arias y Schallock, 2009; Wolfensberger y Glen, 1975; Wolfensberger y Thomas, 1983).

De manera simultánea a estos avances, es imprescindible concluir con procesos sistemáticos de validación y adaptación al español de escalas como la DABS (*Diagnostic adaptive behavior Scale*. Balboni et al., 2014; Tassé et al., en prensa; Tassé et al., 2008), que permitan evaluar y diagnosticar con precisión las limitaciones en conducta adaptativa para el diagnóstico de la discapacidad intelectual, de acuerdo con los criterios propuestos en la concepción actual de la AAIDD (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Verdugo 2011; Verdugo y Jenaro, 2004).

Ante la creciente importancia de la dimensión de conducta adaptativa en procesos diagnósticos de la discapacidad intelectual, crece la lógica necesidad de evaluar el constructo de conducta adaptativa, por lo que se crean y/o revisan instrumentos que intentan medir, en algunos casos con mayor éxito y acierto que en otros, distintos elementos significativos del constructo que nos ocupa. En la actualidad, existen muy pocos instrumento acordes con la actual definición (Schalock et al., 2010; Verdugo 2011) y centrados exclusivamente en el diagnóstico de las limitaciones en conducta adaptativa, siendo este como ya se ha dicho en repetidas ocasiones y en apartados anteriores, uno de los tres requisitos para el diagnóstico de la discapacidad intelectual (Luckasson et al., 2002; Luckasson et al., 1992; Schalock et al. 2007; Verdugo y Jenaro, 1997; Verdugo y Jenaro, 2004; Wehmeyer et al., 2008).

En el próximo apartado de este segundo capítulo, daremos cuenta de investigaciones significativas realizadas en las dos últimas décadas, cuyo objetivo ha sido hallar evidencias de validez basadas en el análisis de la estructura interna de herramientas para la evaluación, el diagnóstico o la medición de la conducta adaptativa descritas en este subapartado.

2.6. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES PARA LA OBTENCIÓN DE EVIDENCIAS DE VALIDEZ Y LA DEFINICIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA

Es amplia y significativa la trayectoria de la investigación acerca de la estructura factorial de la conducta adaptativa (Bruininks et al., 1988; Guarnaccia, 1976; Harries et al., 2005; Hug et al., 1978; Jagannathan et al., 1997; Kamphaus, 1987; Katz-Garris et al., 1980; Lambert y Nicoll, 1976; Levine y Elzey, 1968; Luckasson et al., 1997; Luckasson et al.,

2004; McGrew y Bruininks, 1989; Meyers et al., 1979; Millsap et al., 1987; Nihira, 1969a; Nihira, 1969b; Nihira, 1976; Owens y Bowling, 1970; Reynolds, 1981; Schalock et al. 2010; Schalock et al. 2007; Silverman et al., 1983; Song et al., 1984; Sparrow y Chicchetti, 1978; Sturmey, 1994; Thompson et al., 1999; Walsh y McConkey, 1989; Widaman et al. 1991; Widaman et al., 1987; Widaman y McGrew, 1996; Widaman et al., 1993). Ejemplo de ello son, también, los datos recogidos en la Tabla 22 sobre investigaciones y estudios realizados durante las últimas dos décadas (1991-2013) y que han pretendido, entre otros objetivos, el análisis de la estructura factorial del constructo medido mediante algunas de las herramientas presentadas en el punto anterior sobre instrumentos para la medición, evaluación y diagnóstico de la conducta adaptativa. Por todo ello, este trabajo de Tesis Doctoral tiene como objetivo obtener evidencias de si la conducta adaptativa, medida a través del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996), puede ser considerada como un constructo unifactorial ó multifactorial.

El propósito de los estudios llevados a cabo, en relación a herramientas cuyo objetivo es la medida de la conducta adaptativa en personas con o sin discapacidad, es el análisis de las relaciones existentes entre un conjunto de indicadores (en este estudio/tesis los ítems de los que se compone el ICAP) y una o más variables latentes o factores (habilidades conceptuales, habilidades sociales y habilidades prácticas) (Arias, 2008). Veamos en la Tabla 22, una muestra significativa de investigaciones realizadas en los últimos años que utilizan el Análisis Factorial Exploratorio y/o Confirmatorio como estrategia en herramientas que miden o evalúan la conducta adaptativa en personas con discapacidad, ordenados de los más recientes a los más antiguos, de los cuales se aportan datos significativos como el objetivo u objetivos perseguidos, las herramientas utilizadas, la muestra y los resultados obtenidos en cada caso.

Tabla 22.
Estudios que emplean el análisis factorial en herramientas que miden la conducta adaptativa en discapacidad intelectual

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Arias, Verdugo, Navas y Gómez	2013	<p>Análisis Factorial Confirmatorio</p> <p>Objetivo:</p> <p>Obtención de resultados que apoyen la idea de una estructura multidimensional de la conducta adaptativa de habilidades conceptuales, sociales y práctica (conceptualización tripartita de la conducta adaptativa frente a una estructura unidimensional del constructo)</p>	<p>Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa, DABS (Diagnostic Adaptive Behavior Scale, DABS, Tassé, Schalock, Balboni, Bersani, Duffy, De Valenzuela, Spreat, Thissen, Widaman y Zhang, 2008)</p> <p>Versión/formulario dirigido a personas con edades comprendidas entre los 4 y los 8 años, compuesta por 168 ítems que evalúan las dimensiones: habilidades conceptuales (lenguaje, lectura y escritura, uso del dinero, autodirección, tiempo, números y medidas, solución de problemas); habilidades sociales (relaciones interpersonales, responsabilidad, autoestima, prudencia, ingenuidad, seguimiento de reglas y normas, modales, solución de problemas sociales) y habilidades prácticas (actividades de la vida diaria, seguridad, cuidado de la salud, programación y rutinas).</p> <p>Con el objetivo de desarrollar una medida simplificada y lo más exacta posible fueron seleccionados 25 ítems de cada sub-escala, es decir, un total de 75 elementos de 168.</p>	<p>388 personas de entre 4 y 8 años de edad (M: 5,88 y DT: 1.37). 164 sin discapacidad intelectual y 224 con discapacidad intelectual de los cuales 11 tenían diagnosticada (Mediante la Escala de Inteligencia para niños WISC-IV, Wechsler, 2005) una discapacidad intelectual profunda, 40 grave, 46 moderada y 67 leve.</p> <p>Sólo 32 personas con discapacidad intelectual tenían una medida de su conducta adaptativa realizada mediante el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) (Montero, 1996) El 61.5% eran varones y el 38.5 restante mujeres. El 73.78% de la muestra estaba escolarizada en Centros Educativos Ordinarios.</p>	<p>3 factores correlacionados de primer orden: habilidades prácticas, habilidades sociales y habilidades conceptuales subdivididos en 5 indicadores (compuestos por un total 15 indicadores observables)</p> <p>1 factor de segundo orden: Conducta adaptativa</p>

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Oakland, Ilescu, Chen y Chen	2013	<p>Análisis Factorial Confirmatorio</p> <p>Objetivos:</p> <p>(1) Detectar posibles similitudes o diferencias clave entre las cualidades psicométricas de la herramienta elaborada y adaptada para tres realidades/contextos: EU, Taiwán y Rumanía</p> <p>(2) Examinar la validez de constructo y la equivalencia estructural de la herramienta (estructura de la conducta adaptativa; conceptualización tripartita de la conducta adaptativa frente a una estructura unidimensional del constructo)</p>	<p>(1) Sistema de evaluación de la conducta adaptativa- II, ABAS-II (Adaptative Behavior Assessment System- II. Harrison y Oakland, 2003)</p> <p>(2) Versión Taiwán (Harrison y Oakland, 2008)</p> <p>(3) Versión Rumanía (Oakland y Harrison, 2012)</p> <p>De los cinco modelos de ejemplares dirigidos a diversos informadores de los que se compone la herramienta únicamente se utiliza la versión/formulario dirigido a padres y madres de personas con edades comprendidas entre los 5 y los 21 años.</p> <p>La herramienta ofrece un índice general de conducta adaptativa como en los tres dominios o índices generales conceptual, social y práctico, además de evaluar nueve de las diez áreas de habilidades adaptativas: comunicación, social, utilización de recursos comunitarios, académico funcionales, vida en el hogar, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección.</p> <p>Las pruebas de los tres países contaban con el mismo número de elementos: Índice general de conducta adaptativa (211), índice general conceptual (72), índice general social (45) e índice general práctico (94).</p>	<p>Estados Unidos: 1670 padres Taiwán: 660 padres Rumanía: 801 padres</p> <p>3 grupos de edad: de 7.0 a 7.3 de 12.00 a 12.3 y 16 por considerarse edades comúnmente utilizadas para la medida de la conducta adaptativa.</p> <p>Datos utilizados: Puntuaciones brutas obtenidas en los percentiles 84, 50 y 60 en el índice general de conducta adaptativa, los índices generales conceptual, social y práctico y las nueve áreas de conducta adaptativa (comunicación, social, utilización de recursos comunitarios, académico funcionales, vida en el hogar, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección)</p>	<p>Fueron halladas considerables similitudes psicométricas entre las tres versiones del instrumento. Las mayores diferencias en las estimaciones de fiabilidad aparecen en las puntuaciones obtenidas por los niños del grupo de edad 7.0 a 7.3</p> <p>Los datos demostraron la existencia de un factor subyacente: Conducta adaptativa y tres factores independientes relativos a los dominios conceptuales, sociales y prácticos (los datos ofrecen mayor soporte al modelo de 3 factores). Para el estudio no se tuvieron en cuenta los datos relativos a la escala que mide competencias/habilidades motoras.</p>

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Oakland y Algina	2011	<p>Análisis Factorial Confirmatorio</p> <p>Objetivos:</p> <p>(1) Medición de la estructura factorial del constructo de conducta adaptativa, hallando evidencias sobre la validez de constructo y confirmando la invariabilidad factorial de la herramienta en chicos y chicas de entre 5 y 21 años.</p> <p>(2) Obtener evidencias sobre la conceptualización tripartita de la conducta adaptativa frente a una estructura unidimensional del constructo.</p>	<p>Sistema de evaluación de la conducta adaptativa- II, ABAS-II (Adaptative Behavior Assessment System- II. Harrison y Oakland, 2003)</p> <p>De los cinco modelos de ejemplares dirigidos a diversos informadores de los que se compone la herramienta se utilizaron las dos versiones/formularios dirigidos a padres/madres y cuidadores de personas con edades comprendidas entre los 0 a los 5 años y la versión para profesorado de niños/as con edades comprendidas entre los 2 y los 5 años.</p> <p>La herramienta ofrece un índice general de conducta adaptativa así como en los tres dominios o índices generales conceptual, social y práctico, además de evaluar diez áreas de habilidades adaptativas: comunicación, social, utilización de recursos comunitarios, académico funcionales, vida en el hogar, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección y motora.</p> <p>A pesar de que la herramienta mide 10 áreas específicas de conducta adaptativa para el estudio no se tuvieron en cuenta los datos relativos a la escala que mide competencias/habilidades motoras.</p>	<p>1350 niños/as de 0 a 5 años de edad (675 varones y 675 mujeres).</p> <p>100 padres/madres por cada uno de los 12 intervalos de 3 meses desde el nacimiento hasta los 4.6 – 4.11 y 150 padres de niños/as de 5 años.</p>	<p>Los datos mostraron la existencia de un constructo/factor general de conducta adaptativa que subyace a las nueve áreas de conducta adaptativa medidas por la herramienta (modelo unidimensional) y tres factores/constructos subyacentes: conceptual (que engloba las áreas comunicación, académico funcionales, autodirección y salud y seguridad), social (engloba las áreas social y ocio) y práctico (engloba las áreas autocuidado, vida en el hogar/escuela, utilización de recursos comunitarios, salud y seguridad).</p> <p>Los resultados obtenidos fueron similares para niños y niñas de 0 a 5 años. Únicamente se evidenció una mínima y no significativa diferencia de género en conductas adaptativas asociadas a las áreas de autocuidado y habilidades pre-académico funcionales siendo las puntuaciones más altas las obtenidas por el género femenino.</p>

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Aricak y Oakland	2010	<p>Análisis factorial confirmatorio.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Medición de la estructura factorial del constructo de conducta adaptativa, hallando evidencias sobre la validez de constructo y confirmando similitudes en la estructura factorial de la herramienta en función del sexo y la edad</p>	<p>Sistema de evaluación de la conducta adaptativa- II, ABAS-II (Adaptative Behavior Assessment System- II. Harrison y Oakland, 2003)</p> <p>De los cinco modelos de ejemplares dirigidos a diversos informadores de los que se compone la herramienta únicamente se utiliza la versión/formulario dirigido a padres/madres y profesorado de personas con edades comprendidas entre los 5 y los 21 años.</p> <p>La herramienta ofrece un índice general de conducta adaptativa así como en los tres dominios o índices generales conceptual, social y práctico, además de evaluar nueve de las diez áreas de habilidades adaptativas: comunicación, social, utilización de recursos comunitarios, académico funcionales, vida en el hogar, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección.</p>	<p>1690 chicos y chicas de entre 5 y 21 años de edad con discapacidad (845 varones y 845 mujeres).</p> <p>La muestra incluía una proporción representativa en la población Estadounidense de personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista, trastornos de conducta, trastornos emocionales, epilepsia, discapacidad auditiva, lesión cerebral y trastornos del habla.</p> <p>La muestra fue dividida en dos grupos de edad: 1180 niños y niñas de 5 a 12 años y 510 chicos y chicas de 13 a 21 años.</p> <p>Se realizaron tres análisis factoriales confirmatorios uno con cada grupo de edad y un tercero con el total de la muestra.</p>	<p>Los datos mostraron la existencia de un constructo/factor general de conducta adaptativa que subyace a las nueve áreas de conducta adaptativa medidas por la herramienta, ofreciendo por tanto, evidencias en torno a un modelo unidimensional de conducta adaptativa.</p> <p>Además de considerables y significativas similitudes psicométricas por grupos de edad y sexo, confirmado una estructura factorial general similar para chicos y chicas de entre 5 a 21 años.</p> <p>Los resultados obtenidos por las personas con distintos tipos de discapacidad dieron a conocer diversidad de perfiles de ejecución en las nueve áreas de conducta adaptativa medidas por la herramienta.</p>

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Wei, Oakland y Algina	2008	<p>Análisis factorial confirmatorio.</p> <p>Objetivos:</p> <p>(1) Medición de la estructura factorial del constructo de conducta adaptativa, para hallar evidencias sobre la validez de constructo y confirmar la invariabilidad factorial de la herramienta en función de las variables sexo y edad.</p> <p>(2) Obtener evidencias sobre la conceptualización tripartita del constructo de conducta adaptativa tal y como es medido por el instrumento frente a una estructura unidimensional.</p>	<p>Sistema de evaluación de la conducta adaptativa- II, ABAS-II (Adaptive Behavior Assessment System- II. Harrison y Oakland, 2003)</p> <p>De los cinco modelos de ejemplares dirigidos a diversos informadores de los que se compone la herramienta únicamente se utiliza la versión/formulario dirigido a padres/madres de personas con edades comprendidas entre los 5 y los 21 años.</p> <p>La herramienta ofrece un índice general de conducta adaptativa así como en los tres dominios o índices generales conceptual, social y práctico, además de evaluar nueve de las diez áreas de habilidades adaptativas: comunicación, social, utilización de recursos comunitarios, académico funcionales, vida en el hogar, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección.</p>	<p>1670 chicos y chicas de entre 5 y 21 años de edad con discapacidad (835 varones y 835 mujeres).</p> <p>La muestra incluye una proporción representativa en la población Estadounidense de personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista, trastorno de conducta, dificultades de aprendizaje, lesión cerebral y trastornos emocionales.</p> <p>La muestra fue dividida en dos grupos de edad, 1120 niños y niñas de 5 a 12 años (560 niños y 560 niñas) y 275 chicos y chicas de 13 a 21 años (275 chicos y 275 chicas).</p> <p>Se realizaron tres análisis factoriales confirmatorios, uno con cada grupo de edad, y un tercero con el total de la muestra.</p>	<p>Los datos mostraron la existencia de un constructo/factor general de conducta adaptativa que subyacente a las nueve áreas de conducta adaptativa medidas por la herramienta y la existencia de tres factores/constructos subyacentes conceptual, social y práctico, aunque los análisis estadísticos se basan en el modelo teórico unidimensional.</p> <p>Los resultados demostraron una significativa invariabilidad factorial entre chicos y chicas de edades comprendidas entre los 5 y los 21 años (las pequeñas variaciones existentes no difieren significativamente por sexo ni para los tres grupos de edad), pero las puntuaciones obtenidas por las personas con distintos tipos de discapacidad variaban dando a conocer diversidad de perfiles de ejecución en las nueve áreas de conducta adaptativa medidas por la herramienta.</p>

A pesar de que la herramienta fue desarrollada en base a un modelo multidimensional de la conducta adaptativa que establece los dominios conceptual, social y práctico, los análisis estadísticos realizados a los subgrupos establecidos no apoyaron la estructura de tres dimensiones de la conducta adaptativa estableciendo altos e irrazonables coeficientes de correlación entre los tres dominios/factores.

Esta es la razón por la cual los investigadores decidieron basar la investigación en un modelo de factor general único que permitiera demostrar la invariabilidad factorial de la prueba para ambos sexos.

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
De Bildt, Draiker, Syttema y Minderaa	2005	<p>Análisis factorial confirmatorio</p> <p>Objetivo:</p> <p>Investigar si la división original en tres dominios de la conducta adaptativa (comunicación, socialización y habilidades para la vida diaria) establecidos por los autores de las escalas VABS (Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984a, 1984b), y la fiabilidad y la validez de la escala se replican en una población de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual.</p> <p>Aunque las escalas VABS son reconocidas y ampliamente utilizadas a nivel internacional como instrumento para la evaluación del funcionamiento adaptativo en niños/as</p>	<p>(1) Escalas Vineland de Conducta Adaptativa, VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales. Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984a, 1984b)</p> <p>Escalas diseñadas para la evaluación de la conducta adaptativa, compuestas por un total de 291 ítems organizados en tres subescalas, proporcionan medidas de conducta adaptativa en cuatro dominios: comunicación, habilidades para la vida diaria, socialización y habilidades motoras (sólo aplicable a niños y niñas menores de seis años) además de un dominio relativo a la conducta desadaptada.</p> <p>Teniendo en cuenta los últimos avances en la investigación sobre conducta adaptativa que ponen de manifiesto que las habilidades motoras aparecen como factor independiente que no comparte cargas factoriales con el resto de dominios de la conducta adaptativa, en el estudio fueron excluidos los datos relativos al dominio de habilidades motoras.</p> <p>(2) Lista de verificación de la conducta infantil, CBCL (The Child Behavior Checklist. Achenbach, 1991, 1992)</p> <p>Cuestionario para la evaluación de problemas emocionales y de</p>	<p>826 personas con discapacidad intelectual, de 4 a 18 años, de las cuales 516 eran niñas/chicas y 310 niños/chicos.</p> <p>82 personas (9.9%) tenían un diagnóstico de discapacidad intelectual profunda, 89 personas (10.8%) grave, 221 personas (26.8%) moderado y 434 (52.5%) leve.</p> <p>En la investigación, fueron utilizadas y completadas con 813 de los 826 participantes la versión Holandesa de la lista de verificación PDD y la ABC. Al resto se les aplicó la ADI-R y la ADOS.</p>	<p>Se hallaron correlaciones altas y significativas entre los dominios de conducta adaptativa: comunicación, socialización y habilidades para la vida diaria, y entre cada dominio y la puntuación total de las Escalas VABS en todos los subgrupos (establecidos por nivel de discapacidad intelectual) y la muestra total.</p> <p>Los tres dominios fueron divididos en 9 subdominios: comunicación (comunicación receptiva, comunicación expresiva y comunicación escrita); socialización (relaciones interpersonales, ocio y habilidades de afrontamiento) y habilidades para la vida diaria (personal, doméstica y comunitaria).</p> <p>Los resultados al respecto, mostraron que dicha división fue mejor corroborada en los subgrupos de personas con discapacidad intelectual leve y moderada.</p> <p>En la población con discapacidad intelectual severa y profunda, los</p>

y adolescentes con discapacidad, hasta el momento de la investigación que nos ocupa, no existían datos específicos sobre las propiedades psicométricas de la herramienta en dicha población.

comportamiento o conducta desadaptada. Existen dos versiones de la herramienta en función de tramos de edad, lo cual permite su uso en personas de 2 a 3 años o en personas de edades comprendidas entre los 4 y los 18 años. Las áreas evaluadas son: retraimiento social, problemas somáticos, ansiedad y depresión, conducta disruptiva, problemas de relación social, dificultades de pensamiento y atención, comportamiento agresivo y conductas delictivas/desafiantes.

La versión utilizada para el estudio que nos ocupa es la diseñada para el tramo de edad de 4 a 18 años.

(2) Lista de Verificación del Desarrollo, DBC (Developmental Behaviour Checklist. Einfeld y Tonge, 1994).

Cuestionario para el registro de problemas de comportamiento durante un periodo de seis meses.

(3) Lista de Verificación de Trastornos Generalizados del Desarrollo, PDD (Pervasive Developmental Disorder Checklist. Kraijer, 1997, 1999)

Lista de control sobre los síntomas en niños/as con TEA.

estudios indican que el comportamiento mostrado por ambas muestras pudiera ser explicado mejor por único factor denominado habilidades de la vida diaria en lugar de los tres dominios originales.

Dentro de cada dominio, los autores organizaron los ítems por orden de dificultad. En el presente estudio, dicha disposición es confirmada empíricamente, mostrando aproximadamente el mismo orden que el establecido en los dominios originales.

En conclusión, los resultados del presente estudio confirman la aplicabilidad de la estructura de las Escalas VABS en niños/as y adolescentes con discapacidad especialmente en los niveles más altos de funcionamiento intelectual.

Los estudios sobre la fiabilidad de las escalas mostraron que la consistencia interna de las VABS y para cada dominio fue muy alta en el total de la muestra. Con respecto a la validez de las escalas en la muestra,

(4) Lista de Verificación de la Conducta Autista, ABC (Autismo Behavior Checklist. Krug, Arick y Almond, 1980).

Lista de comportamientos atípicos característicos del TEA, organizados en cinco áreas: conducta social, comportamiento en el uso de objetos y del propio cuerpo, conducta verbal y evaluación educativa y de aprendizajes adquiridos, diseñada para el triage de niños/as con sospecha de TEA.

(5) Entrevista para el diagnóstico del Autismo Revisada, ADI-R (Autism Diagnostic Interview- Revised. Lord, Rutter y Le Couteur, 1994).

Entrevista clínica estructurada que permite la evaluación del comportamiento de personas con TEA útil para el diagnóstico y el diseño de planes educativos. Compuesta por 93 ítems organizados en cuatro factores principales: comunicación, interacción social, conductas repetitivas y síntomas del TEA por edad de inicio.

(6) Lista de observación para el diagnóstico del Autismo, ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule. Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 2002)

Instrumento estandarizado para el diagnóstico del autismo en niños/as

fueron investigados dos tipos de validez de constructo: la validez convergente, aquella que se demuestra cuando existe una clara correspondencia entre los resultados obtenidos con las escalas VABS y otras medidas de funcionamiento adaptativo (ya que su objetivo es medir constructos teóricamente similares) y la validez discriminante, aquella que se demuestra cuando no existe una relación entre los resultados obtenidos mediante las escalas VABS e instrumentos que miden constructos teóricamente diferentes a la conducta adaptativa (por ejemplo, la inteligencia, la conducta problemática y los comportamientos propios del TEA), de ahí el uso de instrumentos como los descritos en la tercera columna relativa a instrumentos de medida. Los resultados globales obtenidos sobre niveles de validez convergente y validez discriminante, proporcionaron una fuerte evidencia de la validez de constructo de las escalas Vineland en la población con discapacidad

mayores de 2 años, diseñado para detectar el comportamiento social y comunicativo asociado al TEA y organizado en 4 áreas: interacción social recíproca, comunicación/lenguaje, comportamientos restrictivos/estereotipias y estado de ánimo y comportamientos anormales no específicos.

intelectual del estudio, proporcionando evidencias empíricas sobre la idoneidad del uso de las escalas en niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual.

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin	2005	<p>Análisis factorial exploratorio</p> <p>Objetivos:</p> <p>(1) Obtener evidencias de una medición del constructo de conducta adaptativa subyacente común, mediante el uso conjunto de los dos instrumentos para la evaluación de la conducta adaptativa y la escala para la determinación de las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual.</p> <p>(2) Corroborar el acuerdo científico sobre la estructura multifactorial/multidimensional del constructo de conducta adaptativa, medida con el uso combinado, complementario y conjunto de las tres herramientas.</p>	<p>(1) Escala de Intensidad de Apoyos, SIS (Supports Intensity Scale. Thompson, Bryant, Campbell, Craig, Hughes, Rothoiz, Schalock, Silverman, Tassé y Wehmeyer, 2004)</p> <p>Escala diseñada para la determinación del patrón y la intensidad de las necesidades apoyo de personas adultas con discapacidad intelectual, compuesta por tres secciones (Sección 1: Escala de necesidades de apoyo; Sección 2: Escala suplementaria de protección y defensa; Sección 3: Necesidades de apoyo médicas y conductuales excepcionales) de las cuales para el estudio únicamente se utilizaron los datos obtenidos en la sección 1, compuesta por escalas y subescalas que miden los apoyos que la persona necesita en 57 actividades de la vida cotidiana referidas a 6 áreas: vida en el hogar, vida en la comunidad, aprendizaje para toda la vida, empleo, salud y seguridad e interacción social.</p> <p>(2) Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual, ICAP (Inventory for Client and Agency Planning. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986)</p>	<p>80 personas adultas de 20 a 72 años de edad, 25 mujeres, 54 hombres y de 1 persona se desconoce el sexo (no se informa)</p> <p>Niveles de gravedad de discapacidad intelectual: leve N: 6, moderado N:48, grave N: 25 y profundo N:1.</p> <p>De las 80 personas evaluadas en el estudio el 73,3% (61 personas) tenían otra discapacidad secundaria entre las que se encuentran: trastornos de voz (54%), discapacidad física (26%), trastornos neurológicos (36%), trastornos psiquiátricos (21%), discapacidad visual (20%), discapacidad auditiva (10%), TEA (7%) y daño cerebral adquirido (2%).</p>	<p>Tras la realización de análisis estadísticos que permitiesen demostrar la correlación existente entre los tres instrumentos basándose en el supuesto/hipótesis de que el comportamiento adaptativo y las necesidades de apoyo están estrechamente relacionadas se obtuvieron los siguientes resultados:</p> <p>Fueron hallados indicadores de las tres dimensiones conceptual, social y práctica de la conducta adaptativa mediante la identificación de 20 variables agrupadas en un total de tres factores, un factor principal que abarcaría habilidades que teóricamente podrían incluirse en la dimensión conceptual de la conducta adaptativa, un segundo factor de valor intermedio que abarcaría habilidades propias de la dimensión social y un tercero de pequeño valor (con sólo 3 variables) que abarcaría habilidades de la dimensión práctica .</p> <p>Los coeficientes de</p>

Instrumento diseñado para la evaluación del funcionamiento adaptativo, los problemas de conducta y las necesidades de servicio de personas con discapacidad.

(3) **Escala de Conducta Adaptativa – Versión Comunidad y Centros Residenciales, ABS-RC:2** (Adaptive Behavior Scale –Residencial and Community Version. Nihira, Leland y Lambert, 1993).

Escala diseñada para la evaluación de la conducta adaptativa en personas adultas con discapacidad intelectual residentes en instituciones o entornos comunitarios, compuesta por dos partes: una para la medición de habilidades básicas y otra para evaluación de la conducta inadaptada.

Las evaluaciones realizadas con las distintas herramientas se ejecutaron de manera aleatoria para desechar la posibilidad de que los datos recogidos e informaciones registradas pudieran alterar la recogida realizada mediante escalas posteriormente aplicadas.

correlación más bajas se obtuvieron con los datos obtenidos de la subescala de Empleo.

Las correlaciones con las puntuaciones obtenidas en las escalas para la medida de los problemas de conducta de las dos herramienta que miden la conducta adaptativa y la escala que mide la intensidad de apoyos no fueron significativas.

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Sturme y Matson y Lott	2004	<p>Análisis factorial confirmatorio.</p> <p>Objetivos:</p> <p>(1) Analizar la estructura factorial de la herramienta DASH-II</p> <p>(2) Hallar evidencias de validez convergente y discriminante entre los factores medidos por las tres herramientas.</p>	<p>(1) Evaluación diagnóstica para discapacitados graves versión revisada, DASH-II (The Diagnostic Assessment for several handicapped Revised II. Matson, 1995)</p> <p>Herramienta diseñada para la evaluación de la psicopatología comórbida en personas con discapacidad intelectual grave y profunda, compuesta por 84 ítems subdivididos en 13 subescalas (Ansiedad, depresión, manía, trastorno pervasivo del desarrollo, esquizofrenia, estereotipias/tics, conducta auto agresiva, trastornos de control de esfínteres, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del sueño, trastornos de la conducta sexual, síndromes orgánicos y trastornos del control de impulso).</p> <p>(2) Lista de Verificación de la Conducta Aberrante, ABC (The Aberrant Behavior Checklist. Aman, Singh, Stewart y Field, 1985).</p> <p>Herramienta estandarizada para la evaluación de los problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual, compuesta por 58 ítems divididos en 5 subescalas (Irritabilidad/agitación, aislamiento social, comportamiento estereotipado, hiperactividad/falta de cumplimiento</p>	<p>451 personas, 268 varones (el 59% de la muestra) y 183 mujeres (el 41% restante).</p> <p>La edad media de la muestra fue de 48 años con una desviación típica de 15.</p> <p>El 11% de la muestra, 51 personas, tenían discapacidad intelectual grave y el 89% restante, 400 personas, discapacidad intelectual profunda.</p>	<p>Fueron identificados cinco factores: Labilidad emocional/Antisocial, Trastorno del lenguaje, Demencia/Ansiedad, Trastorno del sueño y Psicosis.</p> <p>Se obtuvieron evidencias de validez convergente y discriminante entre los factores de DASH-II y el ABC</p> <p>Sin embargo, los análisis estadísticos mostraron pocas o nulas relaciones significativas entre los factores de DASH-II y los dominios de la VABS (correlaciones todas menores a 0.3).</p>

de las indicaciones y discurso inapropiado).

(3) **Escalas Vineland de Conducta Adaptativa, VABS** (Vineland Adaptive Behavior Scales. Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984b).

Escala diseñada para la evaluación de la conducta adaptativa a través de cuatro grandes dominios.

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Rojahn, Matson, Lott, Esbensen y Smalls	2001	<p>Análisis factorial confirmatorio</p> <p>Objetivos:</p> <p>(1) Obtener evidencias sobre la estructura multifactorial de la herramienta BPI-01</p> <p>(2) Hallar correlaciones multifactoriales significativas entre la subescala para la evaluación de problemas de conducta de la SIB y las subescalas del inventario BPI-01</p>	<p>(1) Inventario de problemas de conducta, BPI-01 (The Behavior Problems Inventory. Rojahn, Matson, Lott, Esbensen y Smalls, 2001).</p> <p>Instrumento para la evaluación de la conducta desadaptada en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, compuesta por 49 ítems (más 3 elementos residuales, uno por cada subescala, formando un total de 52 ítems), estructurados en 3 subescalas: comportamiento autoagresivo, comportamiento estereotipado y comportamiento agresivo/destructivo.</p> <p>(2) Escalas de Conducta Independiente, SIB (Scales of Independent Behavior. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985). Herramienta para la evaluación de la conducta adaptativa (mediante 4 subescalas y 14 dominios) y los problemas de conducta.</p> <p>Para el estudio únicamente se utilizaron los ítems de la subescala para la medición de los problemas de conducta.</p>	<p>432 personas con discapacidad intelectual de edades comprendidas entre los 14 y los 91 años agrupadas para el estudio en cuatro intervalos de edad: 14-38 años 107 personas (el 24.8%), 39-46, 103 personas (el 23.8%), 47-57, 113 personas (el 26.2%) y 58-91, 109 personas (el 25.2%).</p> <p>El 54% (233 personas) de la muestra eran varones y el 46% (199 personas) restante mujeres.</p> <p>9 personas (el 2.1%) tenían un diagnóstico de discapacidad intelectual leve, 21 (el 4.9%) moderado, 80 personas (el 18.5%) grave, 284 (el 65.7%) profunda y 38 personas (8.8%) no especificado.</p> <p>El 45.6% de la muestra (197 personas) tenía al menos un diagnóstico psiquiátrico añadido (4 personas tenían tres diagnósticos añadidos, 33 personas dos y 160 uno)</p>	<p>El análisis factorial confirmatorio apoya la existencia de tres factores y una correlación significativa con los elementos de la subescala para la evaluación de problemas de conducta de la SIB.</p>

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Stinnett, Fuqua y Coombs	1999	<p>Análisis factorial exploratorio</p> <p>Objetivo:</p> <p>Obtención de evidencias de la validez de constructo con la determinación de la estructura factorial de la herramienta</p> <p>Se realizan análisis factoriales exploratorios por entender que la base teórica aportada por la literatura de la época era débil. El objetivo primordial del estudio es la determinación del número de factores medidos por la herramienta y el grado de correlación entre los mismos.</p>	<p>Escala de Conducta Adaptativa – Versión Centros Educativos, ABS-S:2 (Adaptive Behavior Scale – School Versión. Lambert, Nihira y Leland, 1993).</p> <p>Escala para la evaluación de la conducta adaptativa y los problemas de conducta aplicable a contextos educativos para niños/as y jóvenes de 3 a 21 años con 16 dimensiones.</p> <p>Debido a que los autores del instrumento no informaron sobre las intercorrelaciones entre los distintos dominios/dimensiones de la herramienta para el trabajo con una muestra combinada, en el estudio se optó por realización de análisis o estudios estadísticos a cada grupo (personas con discapacidad y sin discapacidad), por separado.</p>	<p>3328 personas representativas de la población en edad escolar de Estados Unidos (se tuvieron en cuenta características demográficas como raza, etnia, género y zona geográfica).</p> <p>2074 personas de la muestra tenían discapacidad intelectual y pertenecían a 40 estados y 1254 no tenían discapacidad intelectual y pertenecían a 44 estados de USA.</p> <p>Dentro de la muestra de personas con discapacidad intelectual, el 12% poseía un CI inferior a 20, el 48% entre 20 y 40 y el 40% tenían un CI en el rango de 50 a 70. La etiología de la discapacidad intelectual, en el 54% de la muestra, era de origen desconocido, en el 43% de origen orgánico y en el 3% restante se vinculó a factores relativos a la diversidad cultural.</p>	<p>Para la realización de los análisis factoriales en ambos grupos fue excluida la dimensión de desarrollo del lenguaje de la primera parte de la herramienta, denominada independencia personal, que persigue la evaluación de la conducta adaptativa.</p> <p>En ambos grupos (con condiciones casi idénticas), los resultados mostraron evidencias de la existencia de dos factores con valores propios superiores a 1.0, Autonomía Personal y Comportamiento Social.</p>

Autores Estudio	Año	Método	Instrumento/s de medida	Muestra	Factores definidos / resultados del estudio
Thackrey	1991	<p>Análisis factorial confirmatorio</p> <p>Objetivo: Medición de la estructura factorial para el hallazgo de evidencias sobre la validez de constructo.</p>	<p>Test Comprensivo de Conducta Adaptativa, CTAB (Comprehensive test of adaptive Behavior. Adams, 1984)</p> <p>Instrumento para la medición de la conducta adaptativa para niños/as, adolescentes y adultos, que proporciona índices de funcionamiento en 6 áreas – más una puntuación global en conducta adaptativa - (habilidades de autoayuda, destrezas para la vida en el hogar, destrezas para la vida independiente, habilidades sociales, habilidades sensoriales y motoras, habilidades lingüísticas y académicas) y diferentes entornos: educativos, comunitarios y residenciales.</p>	<p>6647 niños y niñas, hombres y mujeres con discapacidad intelectual.</p> <p>4525 personas tenían entre 5 a 22 años y estaban escolarizadas, de las cuales 2736 eran varones y 1789 mujeres.</p> <p>Las 2122 personas restantes, tenían entre 10 y 60 años o más y no estaban escolarizadas (institucionalizados evaluados en entornos comunitarios), de las cuales, 1188 eran varones y 934 mujeres.</p> <p>Para el análisis de los componentes principales, debido a que los datos originales fueron presentados en seis matrices diferenciadas, se realizaron seis análisis factoriales: varones escolarizados, mujeres escolarizadas, combinación de los datos obtenidos por varones y mujeres escolarizadas, hombres no escolarizados, mujeres no escolarizados y combinación de los datos obtenidos por varones y mujeres no escolarizados.</p>	<p>Mediante el análisis se obtienen evidencias de la existencia de un único factor</p>

Los orígenes de las técnicas de Análisis Factorial (en adelante AF), en su formalización conceptual, se remontan a comienzos del siglo XX cuando Spearman (1904a, 1904b) desarrolla las mismas para la demostración de su teoría sobre el factor general de la inteligencia. Desde entonces han ido desarrollándose considerablemente a lo largo de sus más de cien años aunque dada la complejidad de los cálculos exigidos por dichas técnicas, no se generaliza su uso, notable y significativamente, hasta mediados de siglo dando lugar a una amplia familia de modelos que se utilizan no sólo en las ciencias sociales sino en otros dominios como la Biología y la Economía (Fernández, 2008; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

La mayor parte de los estudios factoriales realizados en ámbitos propios de las ciencias sociales, y especialmente en psicología, se utilizan para fines como: la evaluación de la estructura de un test partiendo de las puntuaciones obtenidas en los ítems (puntuaciones entendidas como conjunto de variables manifiestas y empíricamente observadas) y para la obtención de evidencias acerca de la validez de constructo del instrumento de medida en cuestión (Pérez-Gil et al., 2000); para el desarrollo de teorías sobre constructos y/o para la realización de estudios orientados a la reducción de variables simplificando el número de las mismas para conseguir un manejo más funcional o inteligible de la herramienta objeto de estudio (Fernández, 2008; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Martínez, Castellanos y Chacón, 2015; Martínez, Chacón y Castellanos, 2015).

El AF, por tanto, es un modelo estadístico que representa las relaciones existentes entre un grupo de variables manifiestas y permite el análisis de la relación entre las mismas a partir de una serie de variables no observables, latentes, denominadas factores, siendo el número de factores sustancialmente inferior o menor que el de las variables manifiestas (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

A pesar de que la familia de técnicas que constituye el AF es muy amplia, en líneas generales, conceptualmente y teniendo en cuenta las estrategias seguidas en las investigaciones analizadas en la Tabla 22 y la significatividad de las mismas, conviene distinguir entre dos grandes tipos: el Análisis Factorial Exploratorio (en adelante AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). A pesar de las semejanzas entre ambas estrategias, sus diferencias pueden resultar notorias tanto desde una perspectiva teórica como

matemática (Arias et al., 2010; Fernández, 2008; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Martínez et al., 2006; Pedhazur y Pedhazur, 1991; Pérez-Gil et al., 2000).

El AFE trata de explorar la existencia de una estructura de factores o dimensiones latentes (indicadores que supuestamente miden el constructo objeto de estudio y/o delimitación) partiendo de las correlaciones producidas entre las variables observadas o empíricas, mientras que el AFC, se centra en la comprobación de la existencia de una teoría o hipótesis establecida a priori mediante la formalización de un modelo de medida puesto a prueba (Fernández, 2008), es decir, que existe una teoría que dirige la propia definición del constructo objeto de estudio indicando los comportamientos que pueden considerarse indicadores del mismo. Las hipótesis planteadas en un AFC pueden ser, como apuntan Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010), de tres tipos: número de factores, patrón de relaciones entre las variables y los factores obtenidos, y relación existente entre los factores establecidos. Por tanto, una de las grandes y significativas diferencias entre AFC y AFE es que la primera se conduce principalmente por teorías sustantivas y por expectativas mientras que la segunda sería una técnica que, basada en los datos, intenta descubrir la estructura subyacente que estos poseen (Pérez-Gil et al., 2000). De este modo, ambos tipos de procedimientos se corresponderían con las dos grandes aproximaciones llevadas a cabo para la definición de constructos (en este trabajo de Tesis Doctoral, del constructo denominado conducta adaptativa), la aproximación inductiva o exploratoria y la deductiva o confirmatoria (Arias et al., 2010; Pérez-Gil et al., 2000).

Dado su carácter exploratorio, el AFE no presupone a priori un número determinado de factores, asumiendo como punto de partida la posible existencia de tantos factores como variables observadas aunque cabría esperar, para que el análisis tuviera valor funcional, un número más reducido o menor de factores y que todas la variables observadas mostraran pesos factoriales en todos los factores independientemente del grado de significatividad de los mismos (Fernández, 2008). Por el contrario, el AFC plantea un número concreto de factores, y además, el investigador ha de especificar el peso de cada uno de los indicadores o variables observadas en cada uno de los factores establecidos, por lo que su utilización como prueba complementaria de validación de los resultados obtenidos de un AFE, puede entenderse como uno de los usos específicos del AFC (Fernández, 2008; Pérez-Gil et al., 2000).

En el AFE se contempla como un todo la posibilidad de que los factores estén relacionados entre sí o, por el contrario, sean independientes. Sin embargo, el AFC permite plantear como modelo hipotético aquel en el que un factor guarde relación con otro u otros factores y algún otro sea independiente (Fernández, 2008; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Pérez-Gil et al., 2000). En el AFE se asume que los factores que corresponden al término de errores no están correlacionados. Por el contrario, en el AFC las correlaciones entre los términos de error se pueden contemplar como parte del modelo que se somete a prueba (Fernández, 2008).

Por último, y a modo de resumen, el AFE se contempla como una técnica multivariante funcional para el estudio de las relaciones de interdependencia (correlaciones) entre un conjunto de variables y el AFC se enmarca dentro de los Modelos de Ecuaciones Estructurales o Modelos de Estructura de Covarianza (conocidos en inglés como Structural Equation Modeling, SEM), como una técnica multivariante diseñada para el estudio de las múltiples relaciones de dependencia existentes entre diferentes conjuntos de variables dependientes e independientes. Dentro de estos modelos, también conocidos como modelos de estructuras de covarianza, tal y como se indicaba al comienzo del capítulo, el AFC se refiere al específicamente llamado modelo de medida que trata de explicar en qué forma un conjunto de variables medidas empíricamente son reflejo de otras latentes no observables empíricamente (Arias et al., 2010; Batista-Foguet y Coenders, 1998, 2000; Batista-Foguet et al. 2004; Fernández, 2008; Martínez et al., 2006).

A lo largo del siguiente apartado, trataremos de formular una explicación causal sobre la variable latente denominada conducta adaptativa a partir de las relaciones observadas entre los distintos indicadores medidos en la muestra de sujetos (ítems que miden habilidades conceptuales, sociales y prácticas) a los que les fue aplicado el ICAP, de tal modo que podamos otorgar una explicación cuantitativa al modelo teórico planteado (Schumacker y Lomax, 2004). En otras palabras, como señalan Batista-Foguet y Coenders (2000) al condensar las relaciones entre un gran número de variables en unos pocos factores, se intentará poner de relieve lo esencial y significativo en perjuicio de lo menos funcional o accesorio.

2.6.1. Especificación e identificación de modelos

Para el establecimiento de la estructura del modelo en esta investigación, nos basaremos en el conocimiento teórico ya existente y analizado en capítulos anteriores donde se ha podido comprobar que autores como Nihira, Foster, Shellhaas y Leland (1967, 1969) tras estudios realizados con instrumentos como La lista de conducta adaptativa de la AAMD (*AAMD Adaptive Behavior Checklist*. Nihira, Foster, Shellhas y Leland, 1975; Lamber, Nihira y Leland, 1993; Nihira, Leland y Lambert, 1993) y la Escala de Conducta Adaptativa (*Adaptive Behavior Scales*) proponen una aproximación unifactorial al constructo de conducta adaptativa, argumentando que la conducta adaptativa puede ser explicada en base a un único factor denominado independencia personal. Más tarde, en 1988, autores como Bruininks, McGrew y Maruyama a partir del análisis factorial de las dimensiones de las que se componen las Escalas de Conducta Independiente (*Scales of Independent Behaviour*, SIB. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), hablaron de la existencia de un único factor denominado de igual forma, independencia personal o desarrollo general.

Por otro lado, existen mayor número de aproximaciones multifactoriales al constructo de conducta adaptativa que señalan la presencia de un número determinado de factores que correlacionan entre sí y que han recibido mayor apoyo y menor número de críticas que las aproximaciones unifactoriales (Guarnaccia, 1976; Kampahus, 1987; Lambert y Nicoll, 1976; Levine y Elzey, 1968; Meyers et al., 1979; Nihira, 1976, 1978; Owens y Bowling, 1970; Reynolds, 1981; Silverman et al., 1983; Song et al., 1984; Sparrow y Cicchetti, 1978; Walsh y McConkey, 1989; Widaman et al., 1987). Entre los factores establecidos desde la perspectiva multifactorial al estudio de la conducta adaptativa destacan cuatro, aquellos de los que, por otra parte, se compone el ICAP (Bruininsk, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996):

- (a) Competencia física o motora que incluye habilidades de motricidad fina y gruesa, deambulación, habilidades básicas relacionadas con la alimentación y con el control de esfínteres (uso del wáter).
- (b) Habilidades de vida independiente que incluyen el vestido, aseo, la preparación de la comida y tareas del hogar.

- (c) Habilidades cognitivas, comunicativas y académicas que incluyen lenguaje expresivo y receptivo, habilidades de lectoescritura y manejo del dinero.
- (d) Habilidades de competencia social que incluyen la creación y mantenimiento relaciones amistosas, habilidades para la interacción con otros/as, participación social, razonamiento y comprensión social.

Tal y como se indica en capítulos anteriores de este trabajo, al hablar de conducta adaptativa, estudios posteriores a los citados en el párrafo anterior (Harries et al., 2005; Thompson et al., 1999), eliminaron la dimensión de competencia física o motora, al considerar que la evaluación de habilidades propias de dicha categoría ha de realizarse en el contexto de otras dimensiones del modelo de discapacidad intelectual, como es el caso de la dimensión Salud. Autores como Jagannathan, Camasso, Lerman y Cook (1997), pusieron de manifiesto que las habilidades motoras o físicas aparecen como factor independiente que no comparte cargas factoriales con el resto de dominios de la conducta adaptativa.

Por tanto, y teniendo en cuenta los resultados de investigaciones previas además de las realizadas posteriormente e incluidas y analizadas en la Tabla 22 (Arias, Verdugo, Navas y Gómez, 2013; Aricak y Oakland, 2010; Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Oakland y Algina, 2011; Oakland, Iliescu, Chen y Chen, 2013; Rojahn, Matson, Lott, Esbensen y Smaills, 2001; Stinnett, Fuqua y Coombs, 1999; Sturney, Matson y Lott, 2004; Thackrey, 1991; Wei, Oakland y Algina, 2008), así como el marco conceptual actual que considera la conducta adaptativa como "el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por la persona para funcionar en su vida diaria" (Schalock et al., 2010, p.15), se puede hablar de un modelo unifactorial y dos modelos multifactoriales en relación a la conducta adaptativa que no han sido todavía explorados a través del ICAP (Tabla 23).

Para tratar de explorar la existencia de una estructura de factores o dimensiones latentes (indicadores que supuestamente miden el constructo objeto de estudio, la conducta adaptativa y/o lo delimitan) partiendo de las correlaciones producidas entre las variables empíricas medidas a través del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996), se realizará un análisis factorial exploratorio. En base a los dos enfoques teóricos contrapuestos que abogan por la existencia de un constructo unidimensional o por el contrario, multidimensional, se realiza un análisis

factorial exploratorio, entendido como técnica multivariante funcional para el estudio de las relaciones de interdependencia (correlaciones) entre un conjunto de variables, a la espera de obtener resultados que aporten evidencias sobre la uni o multidimensionalidad del constructo medido a través del ICAP (1996). Además, y hasta el momento, no se había realizado con anterioridad ningún análisis exploratorio con el instrumento que nos ocupa.

Tabla 23.
Modelos Factoriales de Conducta Adaptativa

Modelo 1: La conducta adaptativa es un constructo unidimensional
Modelo 2: La conducta adaptativa se compone de tres factores correlacionados (habilidades conceptuales, sociales y prácticas)
Modelo 3: La conducta adaptativa se compone de tres factores de primer orden (habilidades conceptuales, sociales y prácticas) y uno de segundo orden (conducta adaptativa)

2.7. CONCLUSIONES SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA

Los sistemas de diagnóstico y clasificación reconocidos a nivel internacional, coinciden en el establecimiento de tres criterios fundamentales a la hora de realizar un diagnóstico de discapacidad intelectual: *funcionamiento intelectual, conducta adaptativa y edad de inicio*. Siendo esto así, debería de ser relativamente fácil la realización de diagnósticos de discapacidad intelectual mediante el uso de herramientas, pruebas e instrumentos para la evaluación, psicométricamente válidos que dieran cuenta de la presencia de dichos criterios. Pero la realidad nos muestra la existencia de dificultades significativas a la hora de realizar evaluaciones diagnósticas de la discapacidad intelectual. Estudios realizados por autores como Reschly y Ward (1991), pusieron de manifiesto que en el contexto americano, en muchas ocasiones, la evaluación de la conducta adaptativa puede no ser tomada en cuenta en el nivel y relevancia que esta requiere, ni adecuadamente medida, siendo más que habitual el uso exclusivo de pruebas para la medición del CI en el diagnóstico de niños y niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad. La investigación demuestra además, que habitualmente, sólo son aplicadas pruebas de evaluación de la conducta adaptativa en aquellas situaciones en las que la evaluación del constructo es necesaria para el establecimiento, la determinación y la

planificación de servicios de apoyo y no tanto como parte del proceso diagnóstico. Este aspecto, es por tanto, de gran relevancia, siendo necesaria la formación y concienciación de los profesionales del ámbito, en procesos, estrategias y uso funcional de herramientas que permitan la realización de procesos diagnósticos acordes a las últimas, novedosas y argumentadas aportaciones científicas y teóricas.

La Tabla 24, recoge y resume los aspectos principales y fundamentales de la evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa, cuestiones estas que debieran de tenerse muy en cuenta en un intento de subsanar los errores de procesos diagnósticos de discapacidad intelectual incompletos según lo establecido por los distintos sistemas diagnósticos y clasificatorios internacionales.

Tabla 24.
Resumen de los principales aspectos de la evaluación diagnóstica de la conducta adaptativa

Componente del proceso	Descripción
Propósito	Evaluación de la conducta adaptativa para la determinación de la presencia de limitaciones significativas presentes antes de los 18 años. Dichas limitaciones pueden manifestarse tanto en una medida general estandarizada que englobe habilidades conceptuales, prácticas y sociales, como en uno solo de esos tipos de habilidades
Objeto de evaluación	Ha de evaluarse el funcionamiento típico y habitual de la persona a la hora de poner en práctica una serie de destrezas o habilidades conceptuales, sociales y prácticas, requeridas en los contextos ordinarios y significativos para la persona, en los que esta se desarrolla, relaciona y desenvuelve
Instrumentos y herramientas para la evaluación	Instrumentos contruidos en base a los principios de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), que no se orienta a la puntuación global obtenida en la herramienta y permite, por tanto, el análisis de los patrones de respuesta en cada persona, maximizando el poder discriminativo de los elementos que la componen. Además, han de estar estandarizados sobre la población general de personas con y sin discapacidad intelectual.
Modo de administración	Entrevista a significativos (contando en medida de lo posible con más de un/a informante) que conocen desde hace tiempo y en profundidad a la persona objeto de evaluación y que además tengan la oportunidad de observar el desempeño habitual de la misma en distintos contextos y entornos vitales diversos. Incluir en el proceso diagnóstico y en la medida de lo posible, la administración de otras herramientas psicométricamente validas, la revisión del historial de la persona (historia familiar, logros educativos, logros laborales...), el análisis de evaluaciones psicológicas previas, la entrevista a la propia persona con discapacidad y la observación de la misma, en su entorno natural y en la variedad de contextos comunitarios donde se desarrolla y desenvuelve durante largos periodos de tiempo
Decisión o juicio clínico	Presencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa (dos desviaciones típicas por debajo de la media) garantizando y teniendo en cuenta: (a) Se ha tenido en cuenta el entorno étnico y cultura de la persona (b) Se han evaluado y considerado las disponibilidad de oportunidades brindadas por los contextos y entornos significativos para la puesta el desarrollo, el uso o puesta en práctica de las destrezas objeto de evaluación (c) Se ha evaluado y contemplado la presencia de otras discapacidades sensoriales y físicas que pudieran limitar y afectar la expresión y realización de conductas y destrezas concretas. (d) La habilidad y experiencia clínica del profesional responsable de emitir el juicio clínico.

Nota: Adaptado de Navas, P. (2012). *Desarrollo y calibración de una escala de conducta adaptativa mediante modelos de teoría de respuesta a los ítems*. [Tesis Doctoral sin publicar]. Universidad de Salamanca Facultad de Psicología e Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Salamanca.

A lo largo de este segundo capítulo, hemos demostrado que la evaluación de la conducta adaptativa puede convertirse en una tarea especialmente compleja dada la

ausencia de inventarios, escalas, herramientas e instrumentos que estén orientados única y exclusivamente a la evaluación diagnóstica y no tanto, a la clasificación, programación o la planificación de apoyos. Junto a esta cuestión, por ser tan recientes los estudios e investigaciones en este campo, no existe demasiada claridad respecto a los aspectos a tener en cuenta en la evaluación del constructo hasta hace muy pocos años, dando lugar a multitud de herramientas para la evaluación, que no comparten en gran medida las premisas de las que hoy en día se parte y de las que hemos dado cuenta además de a lo largo del trabajo, en la Tabla 24. La AAIDD (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010) en un intento de clarificar el constructo y las premisas a tener en cuenta para su evaluación, ha propuesto un conjunto de estándares técnicos que quien el desarrollo de instrumentos válidos, fiables y psicométricamente significativos.

Durante muchos años, se ha realizado un uso excesivo de herramientas para la evaluación del CI, utilizando los resultados obtenidos de las mismas para la determinación y la elección de recursos, sin tener en cuenta, que la discapacidad, es un estado de funcionamiento notable y significativamente influenciado por las expectativas, experiencias, vivencias y oportunidades brindadas por el entorno social y cultural que rodea a cada ser.

Capítulo 3. El Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual

3.1. Descripción del contenido del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.1.1. Apartados y componentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1983; Montero, 1996)

3.1.2. Procedimiento y herramientas para el cálculo y la conversión de puntuaciones en el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2. Características psicométricas del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.1. Proceso de construcción, adaptación y tipificación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.1.1. Precedentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.1.2. Adaptación y tipificación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.2. Fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.2.1. Descripción de la muestra seleccionada para los estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.2.2. Consistencia interna de las escalas y del índice de dependencia general del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.2.3. Estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) test – retest

3.2.2.4. Estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) entre evaluadores independientes

3.2.2.5. Estudios de fiabilidad del sistema de registro del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.3. Estudios de validez del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.3.1. Estudios de validez de constructo del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.3.1.1. Dimensión evolutiva de las puntuaciones de conducta adaptativa y no evolutiva de los problemas de conducta del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.3.1.2. Estudios comparativos de las puntuaciones de conducta adaptativa, problemas de conducta y puntuaciones de servicio del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.3.2. Estudios de validez de criterio del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.3.3. Estudios de validez de contenido del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

CAPITULO 3

El Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.1. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL (ICAP) (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1983; Montero, 1996)

En palabras de los autores originales, el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) (*Inventory for Client and Agency Planning*. Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986, p.1) es:

(...) un instrumento estructurado que sirve para valorar variadas áreas del funcionamiento adaptativo y las necesidades de servicio de una persona. El ICAP puede utilizarse para registrar información descriptiva, diagnóstico actual, limitaciones funcionales, destrezas de conducta adaptativa, problemas de conducta, estatus residencial, servicios de rehabilitación y de apoyo, actividades

sociales y de tiempo libre. Su propósito principal es contribuir a una evaluación inicial, orientación, seguimiento, planificación y evaluación de servicios para personas con deficiencias, discapacidades y para ancianos.

Se trata por tanto, de una herramienta estructurada, diseñada para la evaluación del status funcional, la conducta adaptativa, los problemas de conducta y las necesidades de servicios de personas con discapacidades y de personas de la tercera edad, resultando útil para la toma de decisiones en el ámbito de las organizaciones y como medio de presentación de informes a otros profesionales o servicios, con el consiguiente intercambio de información significativa de las personas objeto de evaluación (Morreau, Bruininks y Montero, 2002). Autores como Medina (2010) y Rueda (2015) señalan además, que junto a otras herramientas, el uso de escalas de conducta adaptativa como la que nos ocupa, no sólo se limita a la evaluación o el diagnóstico de las personas sino que, entre otras aplicaciones, puede servir para el diseño de planes de intervención individualizados; en el diseño de variables implicadas con el éxito de programas de inclusión; en la descripción de grupos clínicos; en la evaluación de programas y gestión de recursos, en definitiva, puede ser útil, para diagnosticar, clasificar y planificar apoyos.

Las partes de conducta adaptativa del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) provienen de las Escalas de Conducta Independiente, SIB (*Scales of Independent Behavior*. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985). A diferencia de esta última herramienta y como aportación, el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), añade un estructurado registro de información relevante sobre la persona evaluada y los índices denominados *puntuación de servicio* y *nivel de servicio*, que permiten estimar el grado de atención, supervisión o intervención que cada persona puede llegar a precisar (que como podrá comprobarse en el apartado destinado a la descripción de la muestra utilizada en el estudio que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral, es significativa y funcional para la determinación y el conocimiento de las características más relevantes de las personas evaluadas mediante la herramienta).

Para el diseño de las *puntuaciones de servicio* y *nivel de servicio* del ICAP, los autores (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986), llevaron a efecto varios estudios en los que analizaron la influencia de diversos factores en el proceso de evaluación, ubicación en programas de intervención determinados y la toma de decisiones sobre cada

caso o persona. Estos factores incluían, el diagnóstico, la conducta adaptativa, los problemas de conducta, el estado de salud, la presencia de limitaciones físicas, el nivel de apoyo familiar y social, por ejemplo. Debido a que el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) incorpora todas esas áreas, decidieron realizar el estudio objetivo de la influencia que pudieran tener dichas características en las necesidades de servicio de las personas con discapacidad. Los autores originales del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986), emprendieron una serie de análisis de regresión exploratorios en los que emplearon como variables dependientes, la estancia en residencias o en servicios de día, además de estimaciones del nivel de servicio que la persona con discapacidad estaba recibiendo en función de sus capacidades y necesidades. Las variables independientes incluían el diagnóstico, nivel de movilidad, aspectos médicos significativos, puntuaciones de conducta adaptativa e índices de problemas de conducta. Los resultados obtenidos señalaron que, el poder predictivo de la necesidad de servicio de todos los aspectos apuntados añadían poco al de la puntuación de independencia general obtenida de la quinta escala de destrezas adaptativas (escala que se deriva de las otras cuatro que posee el ICAP, y que como se describirá más adelante son las de destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personas y destrezas de la vida en comunidad) que viene a resumir el funcionamiento adaptativo de la persona.

Producto de las constataciones descritas en el párrafo anterior, se llegó al *nivel de servicio* del ICAP, un índice de la necesidad de supervisión y/o atención de la persona en servicios educativos, asistenciales o sociales. Se trata de una estimación en la que la puntuación de independencia general (resumen del funcionamiento adaptativo de la persona) tiene un 70% del peso y el índice general de problemas de conducta que sintetiza los resultados obtenidos en las ocho áreas de problemas de comportamiento de la herramienta, el 30% restante. Dichas puntuaciones de servicio que oscilan entre el uno y el cien, son convertidas o resumibles en nueve categorías significativas, para facilitar la interpretación y la representación del nivel medio de atención, supervisión, cuidado o intensidad de intervención que probablemente necesite la persona objeto de evaluación.

Para resumir de manera significativa las categorías o niveles en las que se agrupan las puntuaciones de servicio del ICAP, se exponen a continuación y a modo de ejemplo los significados de los cinco niveles impares del nivel de servicio ICAP; (a) el primer nivel (puntuaciones de uno a diecinueve), correspondería a una necesidad de cuidado, atención y supervisión completa e intensa; (b) el tercer nivel (puntuaciones de treinta a treinta y

nueve), intensa atención y/o constante supervisión; el quinto nivel (puntuaciones de cincuenta a cincuenta y nueve), periódica atención y/o estrecha, frecuente supervisión; (c) el séptimo (puntuaciones de setenta a setenta y nueve), limitada atención y/o seguimiento periódica; y finalmente, (d) el noveno nivel (puntuaciones de noventa a cien), indicaría poca o nula intensidad (o muy poco frecuente) de asistencia o supervisión en la vida diaria.

Las puntuaciones relativas a categorías o niveles de servicio ICAP pares; segundo nivel (puntuaciones de veinte a veinte y nueve); cuarto nivel (puntuaciones de cuarenta a cuarenta y nueve); sexto nivel (puntuaciones de sesenta a sesenta y nueve y finalmente); octavo nivel (puntuaciones de ochenta a ochenta y nueve), responderían a necesidades de servicios intermedios entre las categorías o niveles de servicio impares anterior y posterior a la obtenida por la persona evaluada, es decir y a modo de ejemplo, si se convierte la puntuación de servicio en nivel de servicio obtenida por una persona y se obtiene un nivel de servicio cuatro, dicho nivel respondería a una necesidad de servicio intermedia entre la atención intensa y constante (tercer nivel) y la periódica o frecuente supervisión (quinto nivel).

Además del perfil de *nivel de servicio* del ICAP, la herramienta permite la obtención, como veremos más adelante, de otros dos perfiles muy significativos como son el *perfil de implicaciones instructivas* y el *perfil de problemas de conducta*. El primero está compuesto por las cuatro escalas básicas de conducta adaptativa del inventario y proporciona dos edades evolutivas de la persona evaluada que pueden ser de utilidad para una primera selección y programación del contenido de un plan de intervención individualizado, ya que como podremos comprobar, la primera de ellas, indicará probablemente un nivel percibido por la persona como fácil y la segunda como difícil. El *perfil de problemas de conducta*, permite interpretar gráficamente los resultados obtenidos por cada persona en la parte del ICAP relativa al análisis de los mismos.

El ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) es una herramienta que permite la recogida de información de un amplio número de personas con discapacidad de edades variadas y/o capacidad funcional diversa, que presumiblemente requieran de servicios de tipo educativo, asistencial, residencial y social o programas variados a lo largo del tiempo. Estos datos posibilitan a su vez, el seguimiento de los cambios de conducta y/o aprendizajes logrados por las personas, por

parte de los distintos profesionales de diversas disciplinas que intervienen apoyando a las personas con discapacidad a lo largo de su ciclo vital (permitiendo además en caso de ser necesario, la realización de estudios longitudinales), en diferentes centros y/o servicios y la estimación de si los apoyos que estas están recibiendo son adecuados y ajustados a sus características, competencias y necesidades. La información que aporta, puede ser utilizada a gran escala como en un plano individual, permitiendo por formato, su aplicación periódica a un amplio número de personas de una red de servicios. Los datos normativos de la herramienta, basados en una norma estadística representativa de la población general, proporcionan un patrón de comparación significativo y estable.

El tipo de información y puntuaciones que recoge y ofrece el inventario son por tanto, apropiadas para estimar prospectivamente el tipo de servicios y/o programas que pudiera necesitar cada persona, dentro de un variado abanico de ubicaciones sociales, residenciales y educativas posibles (residencia para personas con discapacidad, pisos tutelados, aulas estables, aulas de aprendizaje de tareas, centros de día, centros ocupacionales, centros especiales de empleo), convirtiéndolo así, en un instrumento válido para la realización de valoraciones de despistaje o *screening* (Montero, 1996).

Por otra parte, el contenido de las distintas áreas que cubre la herramienta, hacen que resulte un instrumento apropiado para la planificación de los servicios que pudiera precisar cada persona. La *puntuación de nivel de servicio* que permite estimar el ICAP y de la que se hablaba en párrafos anteriores, contrastada con un conocimiento del medio en el que se desenvuelve la persona, puede aportar un índice claro del grado de atención y/o supervisión que requiere la misma, ayudando a esclarecer las formas en las que promover al máximo su autonomía e independencia, es decir, planificando intervenciones encaminadas a la adquisición de destrezas que faciliten la inclusión de las personas en entornos normalizados.

En esta línea, el ICAP (Montero, 1996), puede resultar útil para estimar costos de servicios en función de las características de los usuarios/as, cuantía de personal necesaria, su especialización y/o necesidades de formación, ayudando en la mejora de la planificación y gestión de las prestaciones, como en la evaluación del impacto de sus programas e intervenciones. Sirviendo a su vez, como medio para la transmisión de información objetiva a la Administración sobre las necesidades de servicios, a la hora de solicitar ayudas o financiación.

La amplia descripción de las destrezas, competencias y problemáticas o dificultades de la persona objeto de estudio que proporciona el inventario, puede convertir el inventario, en una herramienta de gran apoyo en procesos de orientación, planificación y diseño de programas de intervención, ayudando a entender a las familias y significativos o a la propia persona con discapacidad, su situación, sus capacidades y necesidades, de la misma manera que puede hacerlo con profesionales del ámbito educativo, monitores/as, trabajadores/as sociales, personal sanitario y en definitiva, todo aquel profesional que trabaje o pueda trabajar con la persona en cuestión (profesionales debidamente formados y experimentados capaces de integrar informaciones procedentes de distintas fuentes que persigan la valoración global de la persona y su entorno).

El ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) proporciona en cada caso datos funcionales sobre las áreas más necesitadas de actuación, mediante los índices obtenidos en las escalas de conducta adaptativa (*destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal, destrezas de vida en la comunidad*) y de problemas de conducta (*comportamiento auto lesivo o daño a sí mismo, heteroagresividad o daño a otros, destrucción de objetos, conducta disruptiva, hábitos atípicos y repetitivos – estereotipias -, retraimiento o falta de atención*), información toda ella relevante para el diseño de programas de intervención.

Tal y como se viene apuntando en las últimas ediciones de la AAIDD (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Verdugo 2011; Verdugo y Jenaro, 2004), para el diagnóstico de la discapacidad intelectual, han de ser valoradas las destrezas adaptativas de la persona objeto de estudio. El ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), en combinación con otros procedimientos, herramientas y estrategias de evaluación, es decir, integrando informaciones procedentes de distintas fuentes (observación, entrevistas con personas significativas de la persona sometida a evaluación, resultados en diferentes pruebas, valoraciones de diversos profesionales, etc.) y como ya se ha descrito, aunque el diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa no es su objetivo principal e incluya el dominio de habilidades motoras, eliminado en la concepción actual de conducta adaptativa al considerar que estas han de ser evaluadas en el maco de la dimensión de salud (Schalock et al., 2010; Verdugo 2011), pudiera ser de utilidad en tareas diagnósticas (siempre como se ha intentado explicar, en el marco de una valoración global de la persona y su entorno) (Montero, 1996).

Como se ha indicado en párrafos anteriores, el inventario, es aplicable a personas con y sin discapacidad, de 3 meses de edad a cuarenta años o más y además la herramienta puede ser empleada con la misma persona desde la escuela infantil o servicio de intervención temprana, pasando por la escuela, hasta los servicios destinados a la atención de personas adultas (estudio longitudinal). Este último aspecto, más concretamente, la utilización de información relevante sobre el sujeto evaluado y medición de destrezas variadas a cualquier edad, convierten al instrumento en apto para su uso en la investigación (McGrew y Bruininks, 1993).

El inventario, se completa de manera auto-administrada, siendo necesario que el cuestionario de respuestas se cumplimente por una persona que haya tenido un contacto diario, o casi diario, con la persona objeto de valuación, al menos durante tres meses. No es precisa una formación específica para la cumplimentación del cuestionario, aunque esto no significa que cualquiera pueda interpretar los datos obtenidos a través del inventario adecuadamente. Sin duda, su interpretación requiere de profesionales que conozcan la naturaleza de los tests y que sean capaces de establecer combinaciones funcionales y significativas entre los resultados obtenidos mediante el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) y los datos obtenidos mediante otros procedimientos de evaluación, para una toma de decisiones en muchas ocasiones, de importante repercusión en la vida de la persona objeto de evaluación, es decir, correctas y ajustadas a las características y necesidades de la persona con discapacidad.

El aprendizaje de cómo ha de realizarse la aplicación y posterior interpretación del cuestionario, puede llevarse a cabo mediante el manual (Montero, 1996) elaborado sobre la herramienta, que permite obtener una información más detallada sobre definiciones de términos e instrucciones para su cumplimentación. El tiempo requerido para completarlo no supera los 20 minutos, siempre y cuando se trate de una persona mínimamente familiarizada con la prueba. Posee un formato muy simplificado, lo que puede favorecer la unificación de la recogida, tratamiento y comunicación de datos de un profesional a otro, de un servicio o red de ellos. En dicho proceso de cumplimentación, no debe dejarse ningún ítem sin contestar, de este modo, en caso de no haber tenido la oportunidad de observar las conductas descritas en alguno de los ítems (por ejemplo de los señalados en la sección destinada al estudio de la conducta adaptativa del individuo), quien sea responsable de la cumplimentación del cuestionario, debe hacer una estimación sobre cuál sería el grado en el que la persona evaluada llevaría a cabo las conductas del ítem en

cuestión, utilizando su conocimiento previo y pensando cómo realiza estas actividades similares a las del ítem en cuestión, para una selección de la posibilidad que mejor responda a la realidad de quien está siendo evaluado/a y describa de manera razonable la situación de este/a.

3.1.1. Apartados y componentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

El conjunto de información que se recoge en el cuestionario, incluyendo los datos de identificación de la persona (datos personales, personas responsables, centro o escuela a la que asiste, persona que posee su tutela, motivo de la evaluación, persona informante que responde el cuestionario y relación que tiene con la persona objeto de evaluación), son múltiples y variados (consultar Anexo 1). Para la descripción seguidamente y en este apartado de sus componentes agrupados en 10 secciones, seguiremos el orden en el que se encuentran en el cuestionario ICAP (Montero, 1996).

- (a) Sección A: *Información descriptiva*. Género, estatura, peso, idioma (bien hablado o escrito) que mejor comprende, principal medio de expresión e interacción con otras personas, estado civil y estado legal (tutela legal).
- (b) Sección B: *Categoría diagnóstica*. Diagnóstico principal (aquella discapacidad o problemática que ocasiona mayor grado de dependencia, que más limita la autonomía de la persona o el que refleja la razón principal por la que ha de ser evaluada o atendida en un servicio específico o especializado) y, si fuera preciso, otros diagnósticos adicionales.
- (c) Sección C: *Limitaciones funcionales y asistencia necesaria*. Datos diagnósticos (como pudiera ser el grado de discapacidad intelectual), características médicas (necesidad de la atención de un/a enfermero/a o un/a médico, medicamentos que deban ser administrados en la actualidad, frecuencia de ataques epilépticos), características físicas y limitaciones significativas en visión, audición, movilidad y salud.

- (d) Sección D: *Conducta adaptativa*. Sección diseñada para cubrir un amplio abanico de destrezas adaptativas que van desde el comienzo de la primera infancia hasta la edad adulta. Está compuesta por 77 ítems de conducta adaptativa que provienen en un número del dos a cinco de las 14 subescalas o áreas componentes de las Escalas de Conducta Independiente, SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), seleccionados en función de su representatividad en diversos tipos de destrezas adaptativas, de su fiabilidad y de que su dificultad en la consecución fuese gradual, de manera que las puntuaciones de esta sección del inventario, permitiesen además de realizar un resumen significativo y funcional de la conducta adaptativa de la persona con discapacidad, la posibilidad de detectar cambios debidos a la maduración, el aprendizaje o por el contrario, al deterioro. Sin olvidar, que aunque los ítems de las cuatro escalas de la herramienta estén ordenados según su dificultad promedio, el desarrollo individual puede ser dispar, siendo esto particularmente significativo en el caso de personas con discapacidad o trastornos emocionales.

El conjunto de ítems, se organizan entorno a 4 escalas, de igual forma y con la misma denominación que en las SIB (consultar Figura 5 que detalla los componentes de las escalas de conducta independiente SIB); escala sobre *destrezas motoras*, escala sobre *destrezas sociales y comunicativas*, escala sobre *destrezas de la vida personal* y escala sobre *destrezas de la vida en comunidad*.

Además de las cuatro escalas señaladas, el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) dispone de una quinta escala que se deriva de las cuatro anteriores, la escala de *independencia general*, que viene a resumir el comportamiento adaptativo de la persona objeto de evaluación (consultar Figura 6, que muestra gráficamente los componentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP).

Aunque algunos autores puedan señalar que la conducta adaptativa no es un concepto unitario, una puntuación global de conducta adaptativa (en la escala denominada índice de independencia general) puede ser de utilidad para determinados propósitos (Montero, 1996).

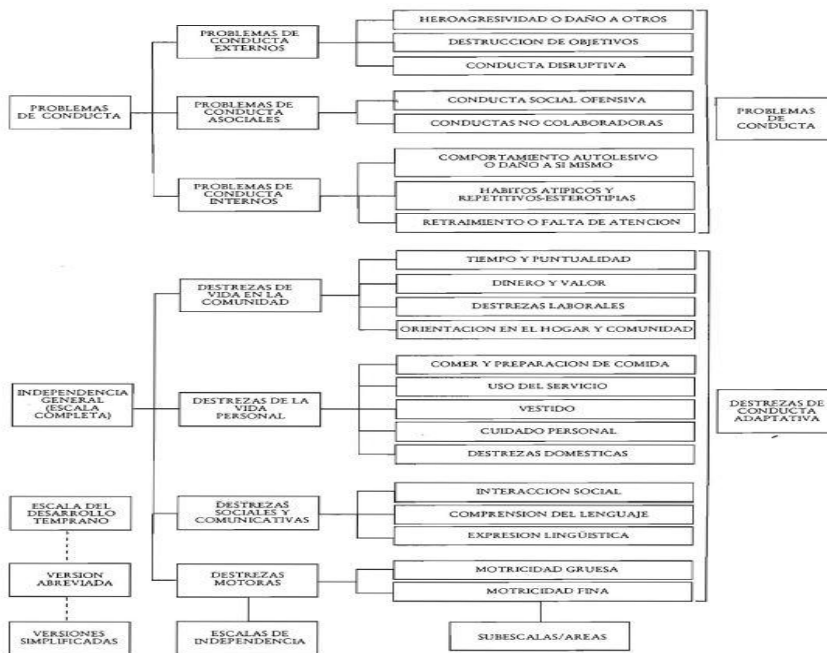


Figura 5. Componentes de las Escalas de Conducta Independiente, SIB
 Tomado de Morreau, L. E., Bruininks, R. H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALs) Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

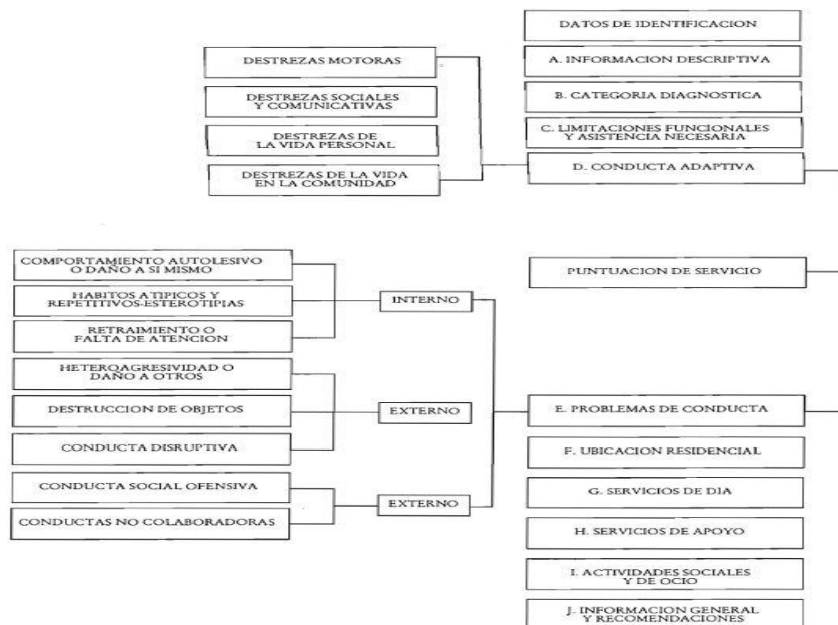


Figura 6. Componentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP
 Tomado de Morreau, L. E., Bruininks, R. H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALs) Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

En la Tabla 25, se recoge la descripción de cada una de las escalas señaladas en un intento de definición de su contenido.

Tabla 25.
Descripción de las escalas de conducta adaptativa del ICAP

Escalas	Descripción
(d1) Escala 1: Destrezas motoras	Escala que mide destrezas de motricidad fina y gruesa, relativas a movilidad, forma física, coordinación motora general, coordinación viso – motora y precisión de movimientos.
(d2) Escala 2: Destrezas sociales y comunicativas	Evalúa destrezas implicadas en la interacción social de distintos entornos, además del nivel de comprensión y expresión del y a través del lenguaje, transmitido a mediante signos, de forma escrita u oral.
(d3) Escala 3: Destrezas de la vida personal	Escala que analiza y/o recoge la capacidad de la persona para satisfacer sus propias necesidades de autonomía personal, generalmente en el marco del hogar y, en menor medida, en otros entornos sociales, valorando destrezas relacionadas con la comida y su preparación, uso del servicio, vestido, cuidado de sí y habilidades domésticas.
(d4) Escala 4: Destrezas de la vida en comunidad	Evalúa habilidades y destrezas necesarias para un adecuado uso de recursos y servicios de la sociedad en la que está incluida la persona, además de la capacidad para responder adecuadamente a los requerimientos económicos y sociales del mundo laboral y de otras situaciones sociales significativas.

Nota: Tomado de Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.

Todos los ítems de las cuatro escalas se componen de una frase redactada en términos de conducta observable y de un sistema de puntuación de cuatro posibilidades. De este modo, para su puntuación, la persona responsable de la cumplimentación del cuestionario, ha de estimar en qué medida la persona objeto de estudio puede realizar las conductas especificadas sin ayuda o supervisión de una forma independiente, realizando la valoración a partir de lo que la persona evaluada es capaz de realizar en el momento en que es aplicada la herramienta. En el supuesto de que la persona responsable del proceso de evaluación no haya tenido la oportunidad de observar las conductas descritas en alguno de los ítems, deberá realizar una estimación sobre el supuesto grado de desempeño de la persona evaluada en relación a las conductas descritas en el mismo.

Como se apunta en el párrafo anterior, la valoración se establece mediante la puntuación de cada ítem en una escala de cero a tres, donde *cero*, significa que nunca o rara vez realiza la conducta descrita aun pidiéndoselo, el ítem es demasiado difícil para la persona, es significativa la incapacidad de esta para

realizar todas las partes de la tarea descrita o no se le permite llevarla a cabo por su propia seguridad; *uno*, a veces la persona realiza la tarea sin ayuda, intentando llevar a cabo todas las partes de la tarea sin apoyo y/o supervisión aunque el resultado no es bueno o lo consigue correctamente un cuarto de las veces que se ejecuta y tal vez necesite que se le pida que lo haga; *Dos*, la persona realiza la tarea razonablemente bien sin ayuda o supervisión aunque todavía no haya dominado completamente la misma, es capaz de realizarla las tres cuartas partes de las veces que la ejecuta aunque tal vez necesite que se le recuerde o se le pida que lo haga; y por último, *tres*, la más alta puntuación, indica completa independencia en la realización de las tareas de un ítem, es decir, las realiza muy bien, siempre o casi siempre y no necesita que se le pida que lo haga o es demasiado fácil para la persona.

En caso de existir una discrepancia entre la calidad en la realización de las tareas (p.e. la realiza, aunque no bien) y su frecuencia (la realiza bien, o $\frac{3}{4}$ de las veces), ha de fundamentarse la puntuación principalmente en la calidad de la realización. Sin embargo, en el caso de que la persona objeto de evaluación se negara generalmente a la realización de la tarea relativa a un ítem, la puntuación debe otorgarse sobre todo a partir de la frecuencia y no de la calidad de la realización. Algunos ítems de conducta adaptativa del ICAP, pueden resultar al personal técnico de un determinado servicio de máxima o menor prioridad o relevancia para la intervención con una persona con discapacidad en concreto. En estos casos, la última decisión no debe depender de la estructura de la herramienta, sino del juicio clínico del equipo de profesionales responsable de la respuesta a las características y necesidades de la persona.

Los nueve tipos de puntuaciones normativas que se obtienen sobre la conducta adaptativa en esta cuarta sección de la herramienta podrían ser descritas de la siguiente forma y quedan recogidas en la Tabla 26.

Tabla 26.
Puntuaciones normativas sobre conducta adaptativa del ICAP

Puntuación	Descripción – definición de la puntuación
<p>(d4.1) Puntuaciones de escala</p>	<p>Se obtienen convirtiendo la puntuación directa obtenida en cada una de las escalas cinco escalas de destrezas en puntuaciones W, consultando para ello las tablas correspondientes a cada escala en el manual diseñado para la correcta aplicación e interpretación del cuestionario (Montero, 1996), o de manera automática utilizando del programa <i>Compuscore-ICAP</i> del cual hablaremos más adelante o de la nueva herramienta denominada <i>Destrezas adaptativas</i> de la que también daremos cuenta. Las puntuaciones de escala, facilitan el análisis de los datos y favorecen las labores de interpretación e investigación, al no permitir que se trabaje con números negativos. En el diseño de la herramienta y por convención, se escogió el valor de 500 para la representación de la capacidad de una persona sin discapacidad de aproximadamente diez años y medio.</p> <p>Estas puntuaciones oscilan en un intervalo que va del 270 al 569, derivándose el modelo de análisis de los ítems de Rasch (1960). Estas puntuaciones forman parte de una escala de intervalo igual, en relación a la dificultad de los ítems y a la capacidad de la persona evaluada.</p> <p>Las puntuaciones directas de la escala se emplearán para completar los perfiles de implicaciones instructivas y para el cálculo del nivel de Servicio del ICAP.</p>
<p>(d4.2) Puntuaciones de edad</p>	<p>Indican el rendimiento de una persona, expresado en edades cronológicas. Las puntuaciones de edad comparan la ejecución de la persona objeto de estudio con los promedios de la norma estadística. La puntuación obtenida por cada persona en la escala indica que ésta domina las destrezas que son capaces de realizar la mayoría de las personas sin discapacidad que alcanzan dicha edad. Como limitaciones, cabría destacar el hecho de que este tipo de puntuaciones poseen una limitada utilidad cuando son empleadas con personas adolescentes, jóvenes y adultas que sobrepasan el límite de capacidad del cuestionario. Además, las personas con discapacidad física, pueden obtener puntuaciones muy dispares en las diferentes escalas, derivadas de las dificultades que a nivel motor y/o físico puedan presentar.</p>
<p>(d4.3) Rangos instructivos</p>	<p>Proporcionan dos puntuaciones de edad, es decir, dos edades de desarrollo (rango instructivo fácil y rango instructivo difícil) que pueden resultar de gran utilidad para el diseño del contenido inicial de programas de intervención individualizada al ubicarse entre ambas edades el abanico de dificultad de las actividades que compondrán dicho programa. La primera edad de desarrollo (rango instructivo fácil) hablaría del nivel de contenido del programa que sería percibido como "fácil" (en la edad más baja) por la persona y la segunda edad del desarrollo (rango instructivo difícil, en la edad mayor) señalaría cual de las tareas del programa podrían serle de dificultad.</p>
<p>(d4.4) Puntuaciones diferenciales de escala</p>	<p>Englobarían los Percentiles, las Puntuaciones Típicas y el Índice de Rendimiento Relativo, todas ellas puntuaciones basadas en la diferencia existente entre la puntuación obtenida por la persona en una escala determinada y la puntuación promedio de su grupo de edad.</p> <p>Una puntuación de cero indicaría que la puntuación de la persona es la misma que obtendría la media de su grupo de edad.</p> <p>A pesar de ser puntuaciones útiles para en la investigación, no suelen utilizarse para la mayoría de las aplicaciones del ICAP debido a su carácter intermediario.</p>
<p>(d4.5) Percentiles</p>	<p>Expresan el porcentaje (del 1 al 99) de personas de la misma edad cronológica que tienen una puntuación igual o inferior a la de la persona objeto de evaluación.</p>

(d4.6) Puntuaciones típicas	Puntuaciones con las mismas características de distribución de muchos tests de inteligencia, es decir, una media de cien y una desviación típica de quince. De este modo, si la persona alcanzase una puntuación de cien, estaría en la media, es decir, su edad cronológica sería igual a la de su puntuación de edad (definida en el punto d4.2) en una determinada escala. Una puntuación típica de setenta, estaría dos desviaciones típicas por debajo de la media.
(d4.7) Índice de rendimiento relativo	Proporciona una predicción sobre el funcionamiento probable de la persona en tareas similares a las que han sido evaluadas, es decir, predice el nivel de funcionamiento independiente de la persona en un tipo de tareas que su grupo de edad referencia es capaz de realizar con un 90% de independencia. De este modo, una mayor diferencia entre la <i>puntuación de escala</i> de la persona y la de su grupo de referencia, daría lugar, en sentido positivo o negativo, a un mayor o en su caso menor nivel de independencia predicha (con una diferencia de 0 se tendría un índice de 90/90, ejecución igual a la del grupo de referencia). El índice de rendimiento relativo se convierte en una puntuación de especial valor al no limitarse únicamente a situar a la persona en relación a un grupo de referencia, sino que describe la calidad relativa de su ejecución comparándola con la de dicho grupo.
(d4.8) Niveles de funcionamiento	Para una comunicación más sencilla y comprensible de los resultados, las puntuaciones diferenciales de escala (descritas en el punto d4.4) pueden transformarse en niveles de funcionamiento: muy superior, superior, medio-alto, medio, medio-bajo, bajo y muy deficitario.
(d4.9) Intervalo de confianza	Indica la precisión con la que mide la herramienta ICAP y se obtiene sumando y restando un error típico de medida a una de las puntuaciones del ICAP.

Nota: Adaptado de Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.

- (e) Sección E: *Problemas de conducta*. Un alto porcentaje de personas con discapacidad muestra o puede mostrar problemas de conducta en alguna que otra ocasión, aunque la presencia de problemas más graves o frecuentes es a menudo indicativa de un pobre ajuste personal y social (Montero, 1996).

A pesar de no ser contemplados en la actualidad, en la evaluación y diagnóstico de limitaciones en conducta adaptativa, por estar demostrado que la presencia de niveles clínicamente significativos de problemas de conducta no implica el cumplimiento del criterio de limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo (Borthwick-Duffy, 2007; Greenspan, 1999; Tassé, 2007), el inventario dispone de esta sección destinada a la evaluación de los mismos, para la evaluación, medición y estimación de la frecuencia y gravedad de los principales problemas que cada persona pueda mostrar en distintas áreas de conducta, ya que estos, sin lugar a duda, pueden limitar el nivel de independencia de la persona y dificultar y/o bloquear la posible adquisición de nuevas destrezas adaptativas, siendo este un hecho que constituye uno de los principales obstáculos con los que

se encuentran muchos planes de inclusión social de personas con discapacidad en sus entornos significativos y de referencia.

El apartado del cuestionario de problemas de conducta del inventario, clasifica estos últimos en ocho áreas o categorías, aportando en cada una de ellas ejemplos ilustrativos de las conductas concretas incluidas en cada una. En la Tabla 27 se recogen ejemplos ilustrativos de las conductas recogidas en cada categoría.

Tabla 27.
Ejemplos ilustrativos de las conductas recogidas en cada categoría de problemas de conducta del ICAP

Categoría	Ejemplo de conductas
(e1) Comportamiento Autolesivo o daño a sí mismo	Causarse daño físico en el propio cuerpo: golpeándose, dándose cabezazos, arañándose, cortándose o pinchándose, mordiéndose, frotándose la piel, tirándose del pelo, pellizcándose o mordiéndose las uñas.
(e2) Heteroagresividad o daño a otros	Causar dolor físico a otras personas o a animales: golpeando, dando patadas, mordiéndolo, pinchando, arañando, tirando del pelo, golpeando con un objeto.
(e3) Destrucción de objetos	Rotura, daño o destrozo intencional de cosas: golpeando, rasgando o cortando, tirando, quemando, picando o rayando.
(e4) Conducta disruptiva	Conducta que interfiere las actividades de otros/as: abrazando en exceso, acosando o importunando, discutiendo o quejándose, buscando pelea, riendo o llorando sin motivo, interrumpiendo, gritando o chillando.
(e5) Estereotipias	Hábitos atípicos y repetitivos. Conductas poco usuales, extrañas, no funcionales, que se repiten una y otra vez: ir y venir por la habitación, balancearse, torcerse los dedos, chuparse las manos u otros objetos, dar sacudidas con partes del cuerpo – tics nerviosos -, hablar solo/a, rechinar los dientes, comer tierra u otros objetos no comestibles, comer excesivamente poco o de manera exagerada, mirar fijamente a un objeto o al vacío, hacer muecas y ruidos extraños.
(e6) Conducta social ofensiva	Conductas que ofenden a otros/as: hablar en voz muy alta, blasfemar o emplear un lenguaje soez, mentir, acercarse demasiado o tocar en exceso a otros, amenazar, decir tonterías, escupir a otros/as, meterse el dedo en la nariz, eructar, expeler ventosidades, tocarse los genitales, orinar en lugares no apropiados.
(e7) Retraimiento o falta de atención	Problemas de falta de relación con otros/as o de carencia de atención: mantenerse alejado/a de otras personas, expresar temores poco corrientes e infundados, mostrarse muy inactivo/a, triste o preocupado/a, manifestar muy poca concentración en diversas actividades, dormir excesivamente, hablar negativamente de sí mismo/a.
(e8) Conductas no colaboradoras	Conductas en las que la persona no muestra colaboración: negarse a obedecer, no hacer sus tareas o no respetar las reglas establecidas, actuar de forma desafiante o poner mala cara, negarse a asistir al centro educativo o de empleo, llegar tarde al centro educativo o de empleo, negarse a compartir o esperar el turno, engañar, robar o no respetar la ley.

Nota: Adaptado de Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.

Para la puntuación de los ítems de la herramienta relativos a la evaluación de los problemas de conducta que pueda presentar la persona con discapacidad, quien responde al cuestionario, debe indicar si la persona evaluada muestra o no problemas de conducta en un área o categoría determinada. En caso de que así sea, se pasaría a la descripción del problema de conducta que ocasiona más dificultades o principal en caso de que hubiera más de uno.

Si la persona con discapacidad muestra uno o varios problemas de conducta similares a los de un área en concreto deberá apuntarse en el espacio destinado a estas cuestiones, el problema que genera más dificultad, es decir, aunque puedan observarse más de un problema de conducta dentro de una misma categoría, deberá escogerse aquel considerado como principal, de forma que a partir del mismo pueda valorarse su gravedad y frecuencia.

Si el problema de conducta que muestra la persona objeto de estudio fuera diferente a los descritos en los ejemplos relativos a cada una de las ocho áreas que contempla la herramienta, quién realice el proceso de evaluación habrá de describir con detalle el mismo, ubicándolo dentro del área de problemas de conducta que a su juicio corresponda.

Una vez descrito el problema más significativo presente en la persona con discapacidad, éste, habrá de ser valorado en cuanto a su gravedad y frecuencia, señalando lo que proceda, de acuerdo al siguiente sistema de puntuación:

Respecto al nivel de gravedad, se puntúa con un *cero* aquella conducta considerada como no grave, la conducta que no resulta ser un problema; con *uno*, la conducta ligeramente grave o considerada como un problema leve; con un *dos*, el vivido como medianamente grave o problema moderado; con un *tres* aquella conducta entendida como muy grave; y por último, con un *cuatro* la conducta extremadamente grave que sin duda es un problema muy grave.

En relación a la gravedad de la conducta, habrá de marcarse una sola de las opciones, la que mejor de cuenta del grado de gravedad de un problema de comportamiento concreto. Si el problema se presenta en muchos entornos, será

necesaria la valoración del nivel de gravedad del mismo en aquel en el que más frecuentemente se observa o interactúa con la persona objeto de estudio.

Respecto a la frecuencia con la que se da; la puntuación de *ceros* se utiliza cuando nunca se produce; *uno*, cuando ocurre menos de una vez al mes; *dos*, de una a tres veces al mes; *tres*, de una a seis veces por semana; *cuatro*, de una a diez veces al día; y finalmente, *cinco*, cuando la conducta problema ocurre una o más veces en una hora.

En relación a la frecuencia habrá de marcarse una única respuesta, aquella que mejor refleje la ocurrencia de una determinada conducta y para problemas que aparezcan esporádicamente o episódicamente, habrá de valorarse la frecuencia con que dichos episodios aparecen.

Las puntuaciones obtenidas en las ocho áreas relativas a los problemas de conducta son transformadas en cuatro índices de problemas de conducta; interno, externo, asocial y general. El *índice interno*, agrupa los resultados de las tres áreas de problemas de conducta; comportamiento autolesivo o daño a sí mismo, hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias) y retraimiento o falta de atención; el *índice externo* se compone de las áreas de heteroagresividad o daño a otros, destrucción de objetos y conducta disruptiva; mediante el *índice asocial*, quedan reflejadas las puntuaciones relativas a las áreas de conducta social ofensiva y conductas no colaboradoras; por último, el cuarto y último *índice de general de problemas de conducta* sintetizaría los resultados obtenidos en las ocho áreas de problemas de conducta que contempla la herramienta.

Las puntuaciones de los índices descritos (incluido el general que resume los tres anteriores), oscilan entre -75 y + 10, en función de la conducta y la edad de la persona evaluada, la desviación típica es de diez en personas con discapacidad, y cuanto más negativos sean los valores de los índices, mayores problemas de conducta señalan (Hill, Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1993).

El inventario permite además, el registro de la respuesta que habitualmente presentan las personas significativas del entorno de la persona objeto de estudio en relación a los problemas de conducta que se evalúan. En la herramienta, en

caso de que diferentes personas significativas en los contextos en los que se desenvuelve la persona con discapacidad responden diferenciadamente, habría de seleccionarse la respuesta de aquella que esté más a menudo presente cuando aparezca la conducta problemática en cuestión.

Tanto la descripción de los problemas de conducta más importantes de cada persona con discapacidad, la valoración de su gravedad y la frecuencia en la que se muestran, como la respuesta del entorno cuando estas se presentan, constituyen aspectos básicos y de especial relevancia en la evaluación, de cara a una interpretación posterior de los resultados obtenidos mediante la misma (Montero, 1996).

- (f) Sección F: *Ubicación residencial*. La sexta sección, recaba información sobre dos cuestiones clave; por una lado, *el tipo emplazamiento* en el que reside la persona con discapacidad en el momento de la evaluación; con padres o familiares, padres adoptivos o familia sustituta, independientemente en su propia casa sin supervisión, semi-independiente con supervisión regular de personal para un desenvolvimiento autónomo o recibiendo servicios de asistencia sanitaria, domiciliaria para cuestiones domésticas, formal o de cualquier otro tipo que la persona reciba y sin el cual no podría vivir independientemente y servicio residencial cuya principal característica sería que el personal del mismo proporciona a los/as residentes cuidados asistenciales básicos, además de servicios de habilitación y supervisión, en régimen de internado y permanentemente; y por otro lado, el registro de *recomendaciones de cambio* (en caso de ser necesarias) en un plazo de dos años, según la persona responsable del proceso de evaluación que da lugar a la cumplimentación de la herramienta.

En el supuesto de que no haya habido una discusión significativa del equipo de profesionales sobre las perspectivas en cuanto a residencia de la persona, quien responda al cuestionario deberá emitir un juicio sobre las necesidades al respecto, siendo aconsejable la constatación en el apartado de comentarios de la sección, las razones que inducen a la recomendación de un determinado cambio o cualquier otra puntualización que se considere oportuna sobre la situación residencial actual de la persona evaluada. De no ser recomendable el cambio o ser poco probable que este sea necesario en el plazo indicado, la herramienta dispone

de una posibilidad que permite la especificación de este aspecto. En caso de que la necesidad consista en mantener el mismo tipo de ubicación residencial, la respuesta a este aspecto será la misma a la aportada en la definición que establecía el tipo de residencia en el que se ubica la persona con discapacidad en el preciso momento de la evaluación.

- (g) Sección G: *Servicios de día*. El séptimo apartado permite la recogida de información relativa al conjunto de actividades que en el momento de la evaluación la persona con discapacidad lleva a cabo durante el día y lugares en los que se producen.

El inventario permite el registro de las siguientes opciones: *ninguno; jardín de infancia o guardería; escuela o centro educativo ordinario – aula ordinaria* pudiendo recibir ayuda de los servicios de apoyo educativo, pero siempre dentro del aula ordinaria-; *escuela o centro educativo ordinario – aula ordinaria con atención directa de servicios de apoyo*, pasando fuera del aula ordinaria en torno al 21% - 50% del horario lectivo -; *escuela o centro educativo ordinario – aula estable o aula de aprendizaje de tareas* donde pase el 60% o más del horario lectivo; *centro de educación especial* – centro de enseñanza y/o servicio residencial – asistencial y servicios educativos domiciliarios u hospitalarios -; *centro de día* – centro que proporciona experiencias sociales, actividades de ocio, aprendizajes que persiguen la capacitación personal y social y que potencian el grado de autonomía de la persona -; *centro ocupacional* (combinación de actividades laborales y de formación profesional, con otras de desarrollo social); *centro especial de empleo* (empresa o taller); *puesto de trabajo ordinario con supervisión y apoyo* (trabajo en empresa ordinaria, con apoyos y supervisión y una remuneración inferior al resto de trabajadores o subvencionada); y *empleo ordinario* (trabajo con personas sin discapacidad y percibiendo por su trabajo un salario por encima del mínimo interprofesional legalmente establecido). Todo ello nuevamente, con la posibilidad de destacar posibles recomendaciones de cambio (en caso de ser necesario) en un plazo de dos años.

En aquellos casos en los que el programa diurno deseable, más significativo y funcional para la persona con discapacidad en un futuro no haya sido discutido por

el equipo de profesionales responsables de dar respuesta a las necesidades de la misma, quien responda al cuestionario habrá de emitir un juicio, sobre las necesidades de cambio. De no ser recomendable ningún cambio o ser poco probable en el plazo establecido por la herramienta, o si lo que la persona necesita es la misma clase de servicio de día que disfruta o utiliza en el momento de la evaluación aunque sea en un lugar diferente, la respuesta a este aspecto será la misma a la aportada en la definición que establecía el tipo de servicio en el que se ubica la persona con discapacidad en el preciso momento de la evaluación, siendo recomendable hacer constatar en el apartado de comentarios del apartado, el sentido o las matizaciones oportunas, sobre los servicios utilizados o recomendados.

- (h) Sección H: *Servicios de apoyo*. El propósito de esta sección del inventario, es la de inventariar los servicios de apoyo y ayudas que la persona con discapacidad esté recibiendo en el momento en el que se realiza la evaluación, con el objetivo de valorar la permanencia o mejora de su nivel y/o autonomía funcional y su salud, así como el estudio de aquellos sobre los que convenga valorar su posible uso, bien para la sustitución de los utilizados o bien para ser añadidos a los que ya disponga.

Entre las opciones de posibles servicios apoyo recogidos por la herramienta encontramos los siguientes: *valoración, orientación y seguimiento* (en aquellos casos en los que la persona evaluada requiere que se analice su caso por parte de personal cualificado como psicólogo/a, pedagogo/a, psicopedagogo/a, médico, etc. mediante evaluaciones o revisiones periódicas de sus progresos, siendo variados los motivos de evaluación – *atención temprana* – intervención planificada que tiene por objeto la mejora de la futura capacidad funcional de la persona con discapacidad, supervisada por profesionales especializados y donde la familia ha de tener un papel muy significativo y activo); *logopedia* (servicios especializados para la mejora de la capacidad comunicativa de la persona con discapacidad, sobre todo en lo relativo a expresión y comprensión); *terapia ocupacional* (servicios para la mejora de la capacidad y el bienestar personal a través del empleo de trabajos o actividades con un fin en sí mismas); *fisioterapia* (tratamiento especializado y destinado a mejorar el funcionamiento y tono

muscular, principalmente de las extremidades); *cuidados medios especializados* (cuidados o atenciones médicas diferentes de aquellas que utiliza la mayor parte de la población general como, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones o medicación constante); *servicios especializados de salud mental* (atención o tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en forma de, por ejemplo, valoración, consejo psicológico o psicoterapia); *servicios residenciales de respiro* para los significativos y responsables de la persona evaluada (servicios residenciales generalmente de carácter transitorio que se prestan a personas con discapacidad en el caso de que las personas que habitualmente se ocupan de sus necesidades no puedan hacerlo o no sea aconsejable que lo hagan); *servicios de apoyo en el hogar* (por ejemplo ayuda domiciliaria – necesarios cuando la persona con discapacidad precisa de supervisión, orientación o cuidados, para su desenvolvimiento lo más autónomo posible en la vivienda en la que reside de forma semi-independiente); y *servicios especiales de transporte* (necesarios para personas que tienen limitada su movilidad o precisan de medios excepcionales para su desplazamiento, como por ejemplo, vehículos adaptados o servicios de taxi casi permanentes).

- (i) Sección I: *Actividades sociales y de ocio*. El objeto de esta sección del inventario, es por una parte, reflejar el grado en el que la persona con discapacidad participa de actividades sociales, familiares y de ocio, sola o con otras personas, formal o informalmente durante el mes anterior a la fecha de evaluación y por otra, la recogida, análisis y estudio de factores que limitan el desarrollo de las mismas o de otras de carácter social, constatándose en el apartado destinado a comentarios significativos de la sección, si las actividades realizadas son normalizadas, es decir, si son las mismas que las de la población general, propias de la condición social, el género y la edad de la persona con discapacidad, o si por el contrario, están diseñadas única y exclusivamente para un conjunto concreto de personas con discapacidad.
- (j) Sección J: *Información general y recomendaciones*. El décimo apartado del instrumento destinado a la recogida de información general, estaría destinado al registro de datos significativos provenientes de la sección B (*categoría diagnóstica*), la sección C (*limitaciones funcionales y asistencia necesaria*), e

información de interés proveniente de otras fuentes (test o herramientas y estrategias de evaluación), junto con datos de carácter funcional que puedan tener implicaciones de relieve para una adecuada programación. En definitiva la sección j, permite el resumen de los objetivos de programas y servicios que pueden derivarse del estudio de los datos obtenidos a través del ICAP.

Los datos a los que nos referimos hacen referencia, por ejemplo, al grado de funcionamiento cognitivo, a la calidad de las habilidades expresivas de la persona, a posibles dificultades o problemas físicos, a informaciones provenientes de tests de inteligencia, de rendimiento, de destrezas motrices, a información relativa a otros servicios u otras fuentes significativas.

Finalmente, en la sección, existe un espacio destinado a datos adicionales que pudieran precisarse para la toma de decisiones sobre servicios o programas que pueda necesitar la persona con discapacidad objeto de estudio.

El propósito de la parte de recomendaciones de la última sección es la recogida de recomendaciones, sugerencias u orientaciones que se puedan desprender de la revisión del ICAP una vez completado, en cuanto a la ubicación residencial, actividades diurnas, servicios de apoyo, actividades de ocio, conducta adaptativa y problemas de conducta. En esta última parte, se resumen por tanto, los objetivos específicos en cada una de las áreas que cubre el ICAP, en relación a los servicios y programas que necesite la persona, dando cabida a un lugar en el que dar cuenta de otras recomendaciones, plazos previstos para revisiones u otras acciones precisas.

3.1.2. Procedimiento y herramientas para el cálculo y la conversión de puntuaciones en Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Como en cualquier herramienta normativa, para el cálculo, la conversión de puntuaciones y completar sus perfiles, el inventario posee tablas de puntuaciones

recogidas en el capítulo final del manual diseñado para su correcta aplicación e interpretación (Montero, 1996), aunque el cálculo de gran parte de las puntuaciones más significativas del ICAP puede realizarse sin el empleo de las mismas, utilizando los perfiles del ICAP, es decir, el *perfil de implicaciones instructivas*, el *perfil de problemas de conducta* y por último, el *perfil de nivel de servicio del ICAP*, que serán descritos al final de este punto.

Además, existe un programa informático denominado Compuscore - ICAP (Hill, Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1993), que permite la introducción y corrección de los datos obtenidos a través del instrumento. La herramienta informática, incluye secciones completas de edición y, automáticamente, realiza la comprobación de que los datos están siendo introducidos correctamente y de forma consistente con el modo en que ha de ser cumplimentado del cuestionario. Calcula, asimismo, todas las puntuaciones, permite la impresión de informes relativos a cada sujeto evaluado, índices y resúmenes de la base de datos que se pueda elaborar, acumulando, para cada persona, los datos históricos de cuatro años, historial que incluye datos como fecha de evaluación, puntuaciones en las destrezas de conducta adaptativa junto con la edad equivalente de conducta adaptativa en meses, índices de problemas de conducta y la puntuación de servicio del ICAP.

La base de datos configurable mediante el Compuscore – ICAP almacena datos sobre; personas que están en ese preciso momento en un determinado programa; personas que están en tránsito, a la espera de un programa diferente; personas en lista de espera, que aún no se han incorporado al programa y por último, personas en seguimiento, es decir, que no van a permanecer más tiempo en un programa determinado.

Recientemente (Eclickse Digital, 2015), se elaboró una nueva aplicación informática denominada *destrezas adaptativas*, que implementa el sistema de valoración – enseñanza –evaluación de destrezas adaptativas posible mediante el uso de las herramientas ICAP (Montero, 1996), el Inventario de Destrezas Adaptativas, CALS (*Checklist of Adaptive Living Skills*. Morreau, y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) y el Currículo de Destrezas Adaptativas, ALCS (*Adaptive Living Skills Curriculum*. Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b). Todas las herramientas que constituyen el

sistema de valoración – enseñanza – evaluación, que ha sido descrito en apartados anteriores del documento, pudiendo ser utilizadas de forma independientemente o de manera conjunta.

El sistema, está formado por los tres instrumentos citados en el párrafo anterior, herramientas conectadas conceptual y estadísticamente, permitiendo la evaluación e intervención en el ámbito de las destrezas adaptativas de personas con discapacidad de todas las edades. La aplicación informática, facilita un continuo de herramientas que permiten vincular la evaluación normativa de la conducta adaptativa de una misma persona tal y como ha sido descrita en este apartado a través del ICAP (Montero, 1996), con la evaluación criterial de sus habilidades adaptativas, mediante el CALS (*Checklist of Adaptive Living Skills*. Morreau, y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks y Montero, 2002) y el diseño de intervenciones concretas y ajustadas a las necesidades de cada persona con en función de las evaluaciones precedentes mediante el ALCS (*Adaptive Living Skills Curriculum*. Bruininks, Morreau, Gilman y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b).

Desde la nueva aplicación denominada *destrezas adaptativas* (Eclickse Digital, 2015), puede ser consultada la información registrada sobre las personas con discapacidad, analizar, comprobar y consultar los diferentes ICAP (Montero, 1996) y CALS (Morreau, Bruininks y Montero, 2002) realizados, junto con los resultados obtenidos tras el uso de ambas herramientas complementarias y consultar el ALSC (Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002), pudiendo incluso exportar las unidades didácticas que se consideren necesarias en cada caso.

La aparición de las Escalas de Conducta Independiente, SIB (*Scales of Independent Behavior*. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985) y de las escalas Vineland de Conducta Adaptativa, VABS (*Vineland Adaptive Behavior Scales*. Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984a, 1984b) a mediados de los años ochenta, marcaron un importante salto cualitativo en lo relativo a las características psicométricas de las pruebas de conducta adaptativa, ya que hasta el momento la mayoría de las escalas de conducta adaptativa obtenía sus normas de muestra de poblaciones clínicamente definidas, generalmente personas con diversos niveles de discapacidad intelectual (Montero, 1996). Las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985) por el contrario, fueron tipificadas en una amplia muestra representativa de la población general estadounidense,

permitiendo con ello la obtención de un marco estable de comparación estadística. En este sentido, Las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985) y el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), son instrumentos estrechamente ligados estadística y conceptualmente. A pesar de abordar amplia y significativamente el tema de las características psicométricas del ICAP en el siguiente capítulo de este trabajo de Tesis Doctoral, es necesario destacar que en el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), en su versión original, y en virtud de ciertas propiedades de su modelo de análisis de los ítems, sus datos normativos proceden de la muestra de tipificación de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985).

3.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL (ICAP)

3.2.1. Proceso de construcción, adaptación y tipificación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

3.2.1.1. Precedentes del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Antes de mediados de los años ochenta y hasta la aparición de herramientas como las escalas de conducta independiente (Scales of independent behavior, SIB. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), y las escalas Vineland de conducta adaptativa (Vineland Adaptive Behavior Scales. Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984a, 1984b), instrumentos analizados en apartados anteriores de este trabajo de Tesis Doctoral, la mayoría de las herramientas que tenían por objeto la medición de la conducta adaptativa poseían cualidades técnicas endebles (Meyers et al., 1979). Entre las razones principales,

encontramos por un lado, la obtención de sus normas mediante muestras de población clínicamente definidas generalmente por personas con diversos niveles de discapacidad intelectual, y por otro, el empleo de procedimientos idiosincráticos a la hora de definir las características de dicha población, generando dudas sobre la fiabilidad y validez de las conclusiones derivadas de las mismas. De este modo, y como afirma Montero (1996), escalas como las SIB (Bruininks et al., 1985) tipificadas en una amplia muestra representativa de la población general estadounidense con el objetivo de obtener un marco estable y significativo de comparación estadística, supusieron un importante salto cualitativo en lo relativo a las características psicométricas de las pruebas de conducta adaptativa.

Como ya describimos en el subapartado de anterior, las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985) y el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996) están conceptual y estadísticamente relacionados. En su versión norteamericana original e inicial, los datos normativos del ICAP ((Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986), procedían de la muestra de tipificación de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985). De esta forma, los ítems de conducta adaptativa del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), fueron establecidos de un subconjunto de los de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), y el apartado destinado a la evaluación de problemas de conducta fue idéntico en ambos instrumentos, de modo que los estudios de fiabilidad y validez son muy similares en ambas versiones de las herramientas.

Un aspecto significativo del procedimiento seguido para la construcción interna de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), fue el empleo del modelo Rasch (1960) para el análisis de las respuestas dadas u obtenidas en los distintos ítems de la herramienta (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985a; Wright y Linacre, 1991, 1992). A grandes rasgos podemos destacar que el modelo Rasch (1960) se basa en tres supuestos básicos: El primero que supone que los ítems son unidimensionales, es decir, que todos ellos miden el mismo rasgo latente; en segundo lugar que la ejecución mostrada por la persona objeto de estudio en un ítem concreto no está influenciada por su rendimiento en cualquier otro ítem del instrumento y, por último, que todos los ítems que conforman una herramienta tienen igual capacidad de discriminación.

Dadas las peculiaridades estadísticas del modelo Rasch (1960), su empleo tiene entre otras, como ventajas, que los niveles de dificultad asignados a cada ítem puedan ser independientes del plano y de la distribución del rasgo latente que sea objeto de medición en la muestra escogida para la calibración de la herramienta y, que una vez construido el instrumento, sea posible la utilización de un subconjunto de ítems para la construcción de otro test, como es el caso del ICAP en su versión original (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986).

En el modelo Rasch (1960), la desviación típica de las diferencias entre las puntuaciones obtenidas y las correctas o verdaderas se denomina error típico de medida (en adelante ETM), siendo este lo que mejor indica la precisión de una puntuación en una herramienta de medida. Utilizando este modelo, las desviaciones típicas y errores de medida tienen el mismo significado en cualquier subescala y nivel que se mida. Además, permite disponer de un ETM para cada puntuación de capacidad, derivada a su vez de las puntuaciones directas de la herramienta, posibilitando también la comparación directa de los ETM en todos los niveles, escalas y subescalas.

Siempre y cuando los ítems de un instrumento estén espaciados a lo largo de una escala de dificultad, otra de las peculiaridades de los ETM calculados u obtenidos en base al modelo Rasch (1960), es que son menores en el centro de la escala y mayores en los extremos de la misma. Por ello, con el uso del modelo, es viable la creación de escalas de intervalo igual donde la diferencia entre dos puntos tiene la misma interpretación de probabilidad en cualquier subescala y nivel medio.

En el desarrollo estadístico de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), para facilitar su interpretación, las puntuaciones de Rasch (1960) se convirtieron en un tipo especial de puntuaciones denominadas puntuaciones W (Woodcock, 1978), puntuaciones que se obtienen mediante una constante multiplicativa y otra aditiva (por convención, se estableció que la puntuación de 500 fuese equivalente a la capacidad de un niño o niña de diez años y cuatro meses, de tal forma que la siguiente fórmula recoge el proceso de conversión: $W = 9.1024 [\text{puntuación Rasch}] + 500$). El empleo de las puntuaciones W, a las cuales se hace referencia por primera vez en este trabajo de Tesis Doctoral en el subapartado anterior, evita el manejo no funcional de números negativos y facilita, por tanto, la interpretación de las puntuaciones obtenidas por cada persona en el

conjunto de ítems que contiene cada herramienta.

En la construcción de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), para el diseño de los ítems y de las subescalas de conducta adaptativa (destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativa, destrezas de la vida personal y destrezas de la vida en la comunidad) se siguieron tres criterios: en primer lugar, el grado de dificultad tenía que variar desde niveles de dificultad mínimos para niños y niñas de tres meses a la adultez; en segundo lugar, los ítems de la subescala final se debían distribuir de tal forma que la dificultad media de cada uno de ellos distase aproximadamente diez unidades W, y en tercer y último lugar, todas las subescalas debían tener una fiabilidad aproximada de .80 y cada escala de alrededor de .90.

En un primer diseño experimental del cuestionario, las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), se compusieron de un total de 271 ítems. El primer análisis de los datos obtenidos tuvo lugar cuando las primeras 500 personas integrantes de la muestra fueron evaluadas de forma experimental, análisis que tuvo por objeto: en primer lugar, establecer si se había pasado por alto algún aspecto significativo en las fases preparatorias del instrumento, que se resume a grandes rasgos, en un cuidadoso proceso donde en un primer momento se reunieron un conjunto de ítems que superaban el doble de los inicialmente previstos para el conjunto de la escala y en el que los autores tuvieron frecuentemente que crear y añadir nuevos ítems principalmente en los extremos de las subescalas; posteriormente reordenar, en caso necesario, los ítems en función del grado de dificultad de los mismos a partir de un primer calibrado mediante los procedimientos de Rasch (1960); pasando a continuación a determinar la necesidad de nuevos ítems y, finalmente, verificar la validez de la ubicación de las tareas constitutivas de los ítems en las subescalas y la de la situación de estas últimas en la escala. Tras este primer análisis, se desecharon muchos de los ítems inicialmente establecidos y seleccionados, bien por impedir la uniformidad en la distribución de dificultad de los mismos a lo largo de la escala o bien por ocasionar dificultades en su administración o en su valoración.

Se diseñó una segunda forma experimental compuesta por el doble de los nuevos ítems necesarios en las subescalas objeto de revisión, aplicando esta nueva versión, nuevamente, a la muestra inicial de 500 personas. Una vez sometidos a nuevos análisis los datos obtenidos de esta segunda forma, se tomó la decisión final del conjunto de

ítems que pasarían a formar parte del formato definitivo de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985).

Tras aplicar el instrumento creado con las modificaciones incluidas en la segunda forma experimental a una muestra compuesta por mil quinientas personas, se llevó a cabo un segundo análisis de los resultados obtenidos por la misma, a partir del cual se elaboró un cuestionario modificado tras rechazar otro grupo de ítems y llegar a los 226 que componen finalmente las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985). Igualmente, se establecieron las normas y demás aspectos técnicos de todas las subescalas. A las doscientas sesenta y cuatro personas restantes que permitieron completar la totalidad de la muestra final a la que se aplicó el cuestionario (N: 1764), se les administró la versión definitiva de la prueba.

En relación a los problemas de conducta de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985) y del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), el proceso seguido por los autores para el diseño de sus índices puede resumirse en cinco pasos (Montero, 1996):

- (a) Para detectar la presencia de conjuntos de problemas de conducta, realizaron estudios de análisis factorial con los datos obtenidos de muestras de personas con y sin discapacidad de varios niveles de edad, obteniendo tres conjuntos o índices que posteriormente recibieron las denominaciones de Interno, Asocial y Externo.
- (b) Posteriormente, se extrajo, en cada grupo de datos, el componente principal de cada área de problemas de conducta asociada a uno de los tres índices identificados.
- (c) Se aplicaron análisis de regresión múltiple a cada factor, empleando las puntuaciones factoriales como criterio y las puntuaciones de frecuencia y gravedad de las áreas de problemas de conducta como predictores. En consecuencia, se obtuvieron las saturaciones que más tarde se aplicaron a cada variable predictora.
- (d) Con las saturaciones obtenidas en el paso anterior se calcularon las puntuaciones

de los índices, incluyendo el total en la escala de problemas de conducta en cada sujeto de las muestras de personas con y sin discapacidad. Se calcularon también las medias y desviaciones típicas de dichas puntuaciones según edad en ambas muestras.

- (e) Por último, se ajustaron los factores para que la media fuese de 0 en cada nivel de edad y la desviación típica de 10, que fue la que se obtuvo en la muestra de personas con discapacidad. Además, se modificó el signo de las puntuaciones para que los problemas de conducta se plasmasen en índices con valores numéricos más negativos en función de su gravedad y frecuencia.

3.2.1.2. Adaptación y tipificación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Dadas las diferencias culturales, normativas o legislativas y lingüísticas existentes entre la realidad estadounidense y la vasca, fue necesario el diseño y puesta en práctica de un arduo trabajo y proceso de adaptación lingüística y de contenido del inventario, presidido por la idea de modificar lo menos posible lo realizado por los autores originales (Bruininks et al., 1985). Dicho proceso atravesó diversas fases, de las cuales daremos cuenta brevemente en este apartado.

La primera versión de la adaptación del inventario fue sometida al juicio crítico de casi treinta profesionales de cualificación diversa, con experiencia en servicios dirigidos a la atención y respuesta de las necesidades de personas con discapacidad, para la emisión de propuestas que permitieran mejorar la claridad de los ítems y la detección de posibles contenidos culturales propios de la sociedad norteamericana y que, por tanto, debían ser adaptados.

Tras dicho estudio, fue modificada la formulación de algunos de los ítems y se realizaron dobles o triples redacciones alternativas de aquellos que generaban dudas entre los profesionales siendo, estos últimos, objeto de estudio por parte de los miembros del equipo del proyecto con la ayuda de dos asesores externos. Finalmente, se

llegó a la versión de los ítems utilizada para los estudios de tipificación, fiabilidad y validez que se presentarán más adelante.

De igual forma que se hizo con el contenido del inventario. Se intentó modificar lo menor posible el sistema de registro de la información solicitada en los distintos apartados de la herramienta. La razón fue el entender que la versión original guardaba un equilibrio significativo y notable entre la concreción y la sencillez, siendo en la parte relativa a la estructuración y denominación de los servicios existentes para personas con discapacidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante CAPV), donde más adaptaciones se necesitaron por las diferencias existentes en relación al país de origen del inventario.

Para el diseño de la muestra de tipificación del ICAP (Montero, 1996), se solicitó la participación del Instituto Vasco de Estadística-EUSTAT. Posteriormente, la composición de la muestra se realizó mediante un muestreo estratificado al azar de la población general de la CAPV, teniendo presentes variables como: edad, sexo, territorio histórico de pertenencia y tipo de municipio (grande, mediano y pequeño).

La muestra fue estructurada en tres edades evolutivas denominadas: primera infancia (de los tres meses hasta los 4 años de edad, ambos inclusive), segunda infancia (de 5 a 12 años) y adolescencia/adulthood (de 13 a 44 años). Las tres edades evolutivas comprendían 14 niveles de edad y, dada la naturaleza evolutiva del constructo de conducta adaptativa que tal y como señala la literatura se desarrolla rápidamente en la primera infancia mientras que tiende a mantenerse más estable en la adolescencia y la adultez (Montero, 1996), el mayor número de personas que contenía la muestra se concentró en niños y niñas en la primera infancia, disminuyendo el número de personas en la muestra de tipificación en el grupo de adolescencia y adultez. Por último, se seleccionaron personas de ambos géneros a partes iguales ya que los datos proporcionados por el EUSTAT mostraron que los censos en la CAPV eran de un número prácticamente igual. La muestra final estuvo constituida por un total de 448 hombres, 452 mujeres y tres personas de las que no se registró el sexo. La Tabla 28 recoge la descripción de la muestra en función de las dos variables señaladas.

Tabla 28.
Resumen de la muestra para la tipificación del ICAP por género y grupos de edad

Edades evolutivas	Niveles de edad (un total de 14)	N	H	M
Primera infancia N: 307 Se desconoce género de 2	(1) 3 a 11 meses	74	34	40
	(2) 12 a 23 meses (1 año/1 año-11 meses)	73	34	39
	(3) 24 a 35 meses (2 años/2 años-11 meses)	55	26	27
	(4) 36 a 47 meses (3 años/3 años-11 meses)	46	23	23
	(5) 48 a 59 meses (4 años/4 años-11 meses)	59	39	20
		2?		
Segunda Infancia N: 340 Se desconoce género de 1	(6) 60 a 71 meses (5 años/5 años-11 meses)	42	21	21
	(7) 72 a 83 meses (6 años/6 años-11 meses)	71	37	34
	(8) 84 a 95 meses (7 años/7 años-11 meses)	44	22	21
	(9) 96 a 119 meses (8 años/9 años-11 meses)	77	33	44
	(10) 120 a 155 meses (10 años/12 años-11 meses)	106	53	53
		1?		
Adolescencia / Adultez N: 256	(11) 156 a 191 meses (13 años/15 años-11 meses)	56	29	27
	(12) 192 a 275 meses (16 años/22 años-11 meses)	72	35	37
	(13) 276 a 347 meses (23 años/28 años-11 meses)	49	25	24
	(14) mayor o igual 348 a 531 meses (mayor 29 años)	79	37	42

Nota: Basado en Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero

La distribución de la muestra (Montero, 1996), se llevó a cabo intentando aproximarla a la proporción en la población de la CAPV de cada territorio histórico o provincia. Por dicha razón, el 23% de la misma pertenecía a Araba, el 27,2% a Gipuzkoa y el 49,8% restante a Bizkaia. Además, se tuvo en cuenta la selección de 22 municipios realizada, por el EUSTAT, atendiendo a sus características poblacionales, socio-económicas y de ubicación territorial en un intento de que estuviesen representados municipios urbanos, semi-urbanos y rurales. El muestreo estratificado se llevó a cabo en tres fases: una primera fase destinada al muestreo de municipios una segunda fase de muestreo de centros educativos para las personas de tres a quince años, para lo que se solicitó un permiso formal al Departamento de Educación del Gobierno Vasco (red educativa pública) y se tomó contacto con FERE (red educativa privada - concertada) y la Federación de Ikastolas (red educativa de ikastolas), a través de los directores de sus diversos centros educativos y, finalmente, una tercera fase destinada al muestreo de individuos.

Respecto a la segunda fase cabe destacar que, en la selección de los centros educativos de cada zona de muestreo, se tomó en consideración su representatividad en relación a las variables: edad, red educativa y características socioeconómicas del

alumnado. Además, se tuvo en cuenta, a la hora de calcular el porcentaje de niños y niñas a muestrear por red, el porcentaje de alumnado en cada una de ellas durante el curso académico 1989-1990 en las 22 zonas establecidas por el EUSTAT. Finalmente se contó con una muestra donde el 43,5% estaba escolarizado en centros educativos públicos, el 39.3% en centros educativos privados - concertados y el 17.2% restante, en ikastolas. Asimismo el 37% cursaba sus estudios en modelo A (lengua vehicular del proceso de enseñanza-aprendizaje castellano y euskera como asignatura), el 38.2% en modelo B (bilingüe) y el 24.8% final en modelo D (lengua vehicular euskera, con lengua castellana como asignatura). La muestra no incluyó intencionalmente niños y niñas con discapacidad debido a la alta proporción de escolarización de los mismos en centros educativos ordinarios.

Para llevar a cabo la tercera y última fase de estandarización del inventario, esto es, el muestreo de individuos, se seleccionaron cuatro encuestadoras con estudios universitarios en Pedagogía y Psicología, sometidas a un significativo proceso formativo sobre las características del proyecto, los rasgos centrales del constructo de conducta adaptativa y las instrucciones de aplicación y corrección del instrumento, incluidas estrategias para la reacción ante posibles imprevistos.

Para la elección de la muestra de niños y niñas sin escolarizar de tres meses a dos años de edad, fue necesario complementar los datos proporcionados por el EUSTAT con los emitidos por la Viceconsejería de Sanidad, la Dirección de Salud Pública y el Servicio de Detección precoz de Metabolopatías del Servicio Vasco de Salud-OSAKIDETZA. Con todo ello, la muestra final se escogió de manera aleatoria a partir de un listado de calles de las zonas del muestreo seleccionado. La muestra relativa a jóvenes y adultos distribuidos según cuotas proporcionales a los totales de población de la zona de muestreo según sexo y edad, se obtuvo de personas residentes en un municipio seleccionado por procedimientos aleatorios.

El proceso de tipificación del ICAP (Montero, 1996), se llevó a cabo en dos fases. En primer lugar, se realizó un estudio piloto con una tercera parte de la muestra seleccionada, con el doble objetivo de comprobar, por una parte, la graduación de la dificultad y validar de este modo el orden de presentación en las cuatro escalas de conducta adaptativa de los ítems (orden procedente de la muestra de tipificación

norteamericana utilizada para la versión original del inventario), y por otra, detectar cualquier aspecto que pudiese haberse pasado por alto en todo el proceso de adaptación lingüística y de contenido. Los datos obtenidos fueron analizados a través del método Rasch (1960), comprobando la validez de la ubicación de los ítems en sus respectivas escalas, y descartándose la necesidad de sustitución o reordenamiento de los mismos.

Una vez recogidos los datos, en una segunda fase de muestreo, se procedió a la unión de los mismos con los obtenidos previamente en el estudio piloto y se realizaron nuevos análisis de Rasch (1960), obteniendo tras los mismos el conjunto de puntuaciones normativas del inventario. Una comparación de todas las puntuaciones normativas de la nueva versión del inventario con las obtenidas en la versión inicial norteamericana (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986), permitió comprobar que la distribución obtenida en las puntuaciones de conducta adaptativa de la nueva versión resultó ser muy similar a la versión original.

En todos los estudios de tipificación se utilizó una versión con 90 ítems de conducta adaptativa, que incluían los 77 de la versión original y 13 adicionales provenientes de la SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), en concreto de su parte más alta en cuanto a nivel de dificultad, con objeto de contar con la posibilidad de disponer, al final del proceso, de una prueba sensible de registro de cambios adaptativos en el colectivo de personas con leves discapacidades. Finalmente, se optó por conservar la forma original del inventario, compuesta por 77 ítems, al demostrar ser lo suficientemente apta para la detección de diferencias significativas en la conducta adaptativa mostrada por las personas con niveles leves de discapacidad. Los ítems de la escala de problemas de conducta permanecieron inalterados desde la fase de estandarización hasta la versión final del inventario.

3.2.2. Fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Toda herramienta, especialmente aquella que posee un soporte normativo, no debe ser empleada sin demostrar de una manera empírica la precisión de sus puntuaciones y las inferencias que de ellas puedan extraerse (American Psychological Association, 1985). En este apartado se resumen los estudios realizados para calibrar la fiabilidad del inventario, partiendo de la descripción de la muestra utilizada, para posteriormente hablar sobre los estudios realizados para calcular los índices de consistencia interna de las cuatro escalas de conducta adaptativa (destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personas y destrezas de la vida en comunidad), y del índice de independencia general; los procedimientos para la valoración de la fiabilidad test – retest en todos los índices ofrecidos por el ICAP (Montero, 1996); la exploración de la consistencia entre las valoraciones realizadas por distintos profesionales sobre una misma persona (fiabilidad entre evaluadores independientes), y finalizar con la descripción de los estudios para la comprobación de la fiabilidad del sistema de registro de información de la herramienta.

3.2.2.1. Descripción de la muestra seleccionada para los estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Para la determinación de la fiabilidad del ICAP (Montero, 1996), se emplearon dos muestras, una formada por 218 personas con discapacidad que será descrita por sub-muestras en la Tabla 29 y otra muestra igual de personas sin discapacidad, tomada de las muestras empleadas para el proceso de tipificación del inventario y descrita en la Tabla 28. Las diferentes sub-muestras de personas con discapacidad se escogieron a partir de criterios como: la edad, el grado y tipo de discapacidad y los programas o servicios educativos, diurnos, residenciales y/o laborales en los que se ubicaban (centros de día, centros educativos -aula estable o aula ordinaria-, residencias para personas con

discapacidad intelectual, pisos tutelados, centros ocupacionales y centros especiales de empleo). La elección de los servicios a los que se acaba de hacer referencia, respondió a las características de algunos de los colectivos y servicios en los que previsiblemente podría utilizarse, en mayor medida, el inventario para la planificación de servicios y la programación individual.

El diagnóstico de las personas de la muestra con discapacidad, fue el asignado por los servicios formalmente encargados de ello. Todos los miembros de la muestra se escogieron de un único territorio histórico de la CAPV (Bizkaia). El conjunto de personas sin discapacidad se tomó de la muestra de tipificación de la herramienta. La Tabla 29 resume los datos más significativos.

Tabla 29.
Características de la muestra de personas con discapacidad para los estudios de fiabilidad del ICAP

Servicio	Discapacidad	Muestra	Media edad
Escolarizados en centros educativos ordinarios	Discapacidad intelectual	N= 26 13 niños 13 niñas	12.12 años
Centros de día	Discapacidad intelectual moderada a profunda	de Adolescentes, jóvenes y adultos. N= 28 a 14 varones 14 mujeres	25.79 años
Residencias	Discapacidad intelectual	Jóvenes y adultos N= 28 21 varones 7 mujeres	31.26 años
Escolarizados en centros educativos ordinarios	Trastornos de conducta	de N= 15 12 niños 3 niñas	9.87 años
Programas/servicios de educación especial a tiempo completo	Discapacidades varias	N= 19 12 varones 7 mujeres	14.6 años
Centros Especiales de Empleo, Centros Ocupacionales y pisos tutelados	Discapacidad intelectual	Jóvenes y adultos N= 65 32 hombres 33 mujeres	30.31 años
Centro de Educación Compensatoria	Trastornos de conducta	de Adolescentes N= 37 37 varones	15.08 años

Nota: Basado en Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.

En los estudios de esta fase, los cuestionarios se completaron por los profesionales de los lugares de dónde fueron obtenidas las distintas personas que constituían la muestra, es decir, monitores/as, profesorado, psicólogos/as y pedagogos/as. Todos los

análisis estadísticos realizados con posterioridad a la recogida de los datos se llevaron a cabo utilizando el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, 1988).

3.2.2.2. Consistencia interna de las escalas y del índice de dependencia general del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Se calcularon los índices de consistencia interna de las cuatro escalas de conducta adaptativa (destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personas y destrezas de la vida en comunidad), y del índice de independencia general, a partir de los resultados obtenidos en el inventario por los 903 sujetos de la muestra total de la población general utilizada para la tipificación de la herramienta en sus 14 estratos de edad descritos en la Tabla 29.

El procedimiento estadístico utilizado fue el de las dos mitades (pares – impares) con la corrección longitudinal de Spearman – Brown, tanto para las cuatro escalas como para el índice de independencia general. El análisis de los índices de fiabilidad de las dos mitades, obtenidos por niveles de edad en las cinco escalas de conducta adaptativa de la herramienta (las cuatro de destrezas y la general), revelaron una alta consistencia de las escalas. La inspección de las medianas de las correlaciones a través de cada una de las tres edades evolutivas establecidas (primera infancia, segunda infancia y adolescencia/adulterez), con valores entre .76 y .94, pusieron de manifiesto una elevada consistencia interna.

Debido a que el inventario fue principalmente diseñado para ser utilizado con personas con discapacidad, resultó imprescindible comprobar su fiabilidad en dicho colectivo; por ello, se llevó a cabo un estudio de consistencia interna en la muestra compuesta por 176 personas con discapacidad intelectual, según edad y grado de discapacidad, mediante el método de las dos mitades, con correcciones de longitud a través de la fórmula de Spearman – Brown. Los índices obtenidos mediante los resultados de las sub-muestras descritas en la Tabla 29, se situaron casi en su totalidad por encima de .80, revelando una buena consistencia interna de las escalas de conducta

adaptativa cuando el inventario es aplicado a personas con discapacidad.

3.2.2.3. Estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) test - retest

Se valoró la fiabilidad test – retest en todos los índices ofrecidos por el ICAP en las dos muestras utilizadas, personas con y sin discapacidad. En ambos casos, la misma persona que completó el ICAP en una primera ocasión, volvió a evaluar a la misma persona dentro de un plazo de dos a cuatro semanas. La Tabla 30, recoge los aspectos más significativos de los distintos estudios de fiabilidad test- retest realizados.

Tabla 30.
Resumen de los datos significativos obtenidos de los estudios de fiabilidad test – retest del ICAP

Estudio	Muestra	Resultados
Fiabilidad test-retest en una muestra de niños y niñas sin discapacidad	49 Niños y niñas sin discapacidad escolarizados en centros educativos públicos. 23 niños, 24 niñas y 2 personas de las que se desconoce el sexo. Media de edad: 10.53 años	<p>Las correlaciones de estos estudios revelaron una satisfactoria fiabilidad de la herramienta en segundas aplicaciones para poblaciones sin discapacidad. Las correlaciones obtenidas en las escalas de conducta adaptativa fueron:</p> <p>Destrezas motoras: .53; Destrezas sociales y comunicativas: .80; Destrezas de la vida personal: .87; Destrezas de la vida en comunidad: .62; Independencia general: .84.</p> <p>Las correlaciones obtenidas en la parte de problemas de conducta fueron:</p> <p>Índice interno: .75; Índice asocial: .80; Índice externo: .77; Índice general de problemas de conducta: .84.</p> <p>Las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones de servicio en segundas aplicaciones fue de .75</p> <p>Los datos de fiabilidad test- retest y desviaciones típicas de la muestra se utilizaron para calcular el ETM de los índices de problemas de conducta y las puntuaciones de servicio, obteniendo los siguientes resultados:</p> <p>Índice interno: 2.98; Índice asocial: 3.77; Índice externo: 3.09; Índice general de problemas de conducta: 4.38 Puntuación de servicio: 4.38</p>
Fiabilidad test – retest en una muestra de jóvenes adultos con discapacidad intelectual	28 personas con discapacidad intelectual de edades comprendidas entre los 26 y los 39 años, de las cuales 21 eran hombres y 7 mujeres.	Las correlaciones de las puntuaciones en las cinco escalas de conducta adaptativa, índices de problemas de conducta y puntuaciones de servicio se situaron todas ellas por encima del .83
Fiabilidad test – retest en problemas de conducta	Dos muestras: (1) 26 niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual de 7 a 18 años, 13 varones y 13 chicas (2) 12 niños y 3 niñas con trastornos de conducta y una media de 9,87 años	Todas las correlaciones obtenidas en ambas muestras se ubicaron por encima del .93 indicando que el apartado relativo a los problemas de conducta del ICAP posee también una satisfactoria fiabilidad test-retest en los dos grupos estudiados.

Nota: Basado en Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP.* Bilbao: Mensajero.

3.2.2.4. Estudios de fiabilidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) entre evaluadores independientes

Dicha fiabilidad se analizó a través de la consistencia entre las valoraciones de profesionales, sobre una misma persona, completando los cuestionarios que conforman el inventario de manera. Para ello se llevaron a cabo dos estudios diferentes, con pares de profesionales de un mismo centro y con pares de profesionales de diferentes servicios. Se recogen en la Tabla 31, los datos y resultados más significativos de los mismos.

Tabla 31. Estudios de fiabilidad entre evaluadores independientes

Estudio	Muestra	Resultados
Fiabilidad de las puntuaciones dadas por dos evaluadores distintos de un mismo servicio. Psicóloga y responsable de programas de habilitación de usuarios de un mismo centro de Día para personas con discapacidad intelectual	28 adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad intelectual de moderado a profundo de edades comprendidas entre los 15 y 37 años (media edad: 25.79 años). 14 varones y 14 mujeres.	Las correlaciones obtenidas entre los dos evaluadores, en las cinco escalas de conducta adaptativa y puntuación de servicio, fueron muy altas, por encima del .92, indicando una elevada consistencia entre las valoraciones de los profesionales de un mismo servicio.
Fiabilidad de las evaluaciones de una misma persona de dos evaluadores de diferentes servicios Monitores de servicios de empleo y monitores de pisos tutelados	20 personas con discapacidad intelectual que trabajan en centros ocupacionales o centros especiales de empleo, residentes en pisos tutelados. 6 varones y 14 mujeres con una media de 33.95 años de edad.	Las correlaciones en las cinco escalas de conducta adaptativa y puntuación de servicio, señalaron una relación moderada entre las valoraciones de los monitores en ambos tipos de servicios/centros, con la excepción de destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal e índice de independencia general (.75) que fueron un poco más altas. Esto indica que el Inventario puede ser un instrumento fiable a la hora de transmitir una imagen global de la conducta adaptativa en la persona, siempre y cuando no se comparen aisladamente las puntuaciones de algunas de sus escalas. La correlación obtenida en Puntuación de Servicio (.46) moderada, reveló que las opiniones de los evaluadores fueron significativamente diferenciadas.
Fiabilidad entre dos evaluadores diferentes en la parte de problemas de conducta Profesionales de un mismo centro educativo ordinario en servicios de educación especial	19 niños y niñas con discapacidades. 12 niños y 7 niñas con una media de edad de 14.26 años.	Las correlaciones obtenidas en el apartado relativo a los problemas de conducta del Inventario fueron todas superiores a .75, mostrando una satisfactoria fiabilidad entre observadores
Consistencia entre las valoraciones de personal técnico y los padres/madres de un mismo sujeto		Las correlaciones obtenidas en conducta adaptativa y las puntuaciones de servicio fueron altas, .91 Las correlaciones de la parte de problemas de conducta resultaron ser muy baja o inexistentes: Interno: .10; Asocial: .27; Externo: -.15; General: .24. Inexistente correlación entre las puntuaciones de servicio.

Nota: Basado en Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.

3.2.2.5. Estudios de fiabilidad del sistema de registro del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Para comprobar la fiabilidad del sistema de registro de información del inventario, se establecieron porcentajes de acuerdo sobre sus ítems entre pares de profesionales: psicólogos/as, pedagogos/as y responsables de programas del personal técnico de una residencia para personas con discapacidad intelectual y entre profesionales de distintos servicios. La Tabla 32, recoge los datos más significativos de los estudios al respecto realizados.

Tabla 32.
Estudios de fiabilidad del sistema de registro de la información del ICAP

Estudios	Muestra	Resultados
Evaluación realizada por dos profesionales de una misma residencia para personas con discapacidad intelectual	28 personas con discapacidad intelectual severa y profunda. 21 varones con una media de edad de 31.46 años. 7 mujeres con una media de edad de 31.97 años.	La mayoría de sus porcentajes y correlaciones son satisfactorias lo que sustenta la correcta fiabilidad de esta parte del inventario. El porcentaje más bajo se encuentra en el aspecto relativo "recomendación de cambio de servicios de día" (57%), siendo el siguiente porcentaje de 64% hasta el 100%.
Evaluación realizada por dos profesionales de distintos servicios, pisos y centros especiales de empleo	14 personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual de centros especiales de empleo. 4 varones con una media de edad de 34.31 años. 10 mujeres con una media de edad de 34.65 años.	La mayoría de sus porcentajes y correlaciones son satisfactorias lo que sustenta la correcta fiabilidad de esta parte del inventario, aunque el porcentaje más bajo se encuentra en el aspecto relativo "recomendación de cambio de servicios de día" (19%).

Nota: Basado en Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP.* Bilbao: Mensajero

3.2.3. Estudios de Validez del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Al comienzo del apartado destinado a la descripción de la fiabilidad del ICAP (Montero, 1996), señalábamos que toda herramienta, especialmente aquella que posee un soporte normativo, ha de demostrar de una manera empírica la precisión de sus

puntuaciones y las inferencias que de ellas puedan extraerse (American Psychological Association, 1985). Por ello, y tras ofrecer un resumen de los estudios destinados a calibrar la fiabilidad del inventario, pasaremos a resumir aquellos realizados para la calibración de la validez del mismo.

3.2.3.1. Estudios de validez de constructo del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Para la determinación de la validez del constructo del inventario, entendiendo que ésta indica el grado en el que la herramienta está conexcionada con el constructo que pretende medir, en este caso la conducta adaptativa, se analizaron, como presentamos a continuación, la dimensión evolutiva de las puntuaciones relativas a la conducta adaptativa, la dimensión no evolutiva de las puntuaciones sobre problemas de conducta y se compararon todas las puntuaciones que es posible obtener de la aplicación del inventario.

3.2.3.1.1. Dimensión evolutiva de las puntuaciones de conducta adaptativa y no evolutiva de los problemas de conducta del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Son muchos los autores como Gesell y Amatruda (1985), que opinan que las destrezas adaptativas aumentan a medida que lo hace la edad y que, por el contrario, las puntuaciones de problemas de conducta no manifiestan dicha tendencia resultando ser, además, comportamientos menos predictibles. Por lo cual, las pruebas de conducta adaptativa como el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), han de reflejar la dimensión evolutiva del constructo y no predictiva del comportamiento desadaptado. Para poner a prueba si el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), reflejaba correctamente ambas hipótesis, se correlacionaron mediante correlaciones Pearson y análisis correlacionales curvilíneos, todas las puntuaciones del inventario (conducta adaptativa, problemas de conducta y puntuaciones de servicio), con las

edades de los tres grupos evolutivos (primera infancia, segunda infancia y adolescencia/adulthood).

Las puntuaciones de conducta adaptativa de la herramienta en amplios abanicos de edades (3 a 11 meses a más de 29 años), resultaron ser de tipo curvilíneo, guardando un gran paralelismo con los resultados obtenidos mediante correlaciones de Pearson. Las correlaciones obtenidas por ambos métodos, en las distintas escalas de conducta adaptativa y puntuaciones de servicios, revelaron muy claramente que el constructo de conducta adaptativa, tal y como es medido por el ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), está muy asociada con la edad, comprobándose así la fuerte influencia que en ellas ejercen factores de tipo evolutivo. Esta asociación fue más intensa en el conjunto de edades comprendidas en la primera infancia (de 3 meses a 4 años y 11 meses). Las correlaciones en las puntuaciones de problemas de conducta y el abanico de edades fueron muy bajas, manteniendo el comportamiento esperado de acuerdo a las hipótesis inferibles desde el marco teórico. Las constataciones descritas proporcionaron evidencia sobre la validez de constructo de las puntuaciones de conducta adaptativa y de problemas de conducta del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996).

3.2.3.1.2. Estudios comparativos de las puntuaciones de conducta adaptativa, problemas de conducta y puntuaciones de servicio del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Teniendo en cuenta la naturaleza evolutiva del constructo de conducta adaptativa (Gesell y Amatruda, 1985), resulta previsible que las personas con discapacidad o con otras dificultades, dado su proceso evolutivo o la distorsión de su desarrollo, puntuasen menos en el ICAP que las personas sin discapacidad y que, además, dichas puntuaciones fuesen menores a mayor grado de discapacidad (Montero, 1996). Para comprobar esta cuestión, se efectuaron cinco estudios comparativos entre muestras de personas con discapacidad y otras necesidades o problemáticas, y muestras de personas sin dicha dificultades (muestra extraída de la muestra de la población general del ICAP, igualada en relación al número, género y edad, con la muestra de personas con discapacidad y otras problemáticas).

La primera muestra de personas, compuesta por 26 personas con discapacidad (13 niños y 13 niñas), escolarizados/as en centros educativos ordinarios y con una edad media de 12.12 años, en su práctica totalidad mostraba un nivel de discapacidad intelectual leve y moderado. La segunda muestra, compuesta por 28 personas (14 varones y 14 mujeres), con una edad media de 25.79 años, se repartía casi a partes iguales entre la discapacidad intelectual severa y profunda, y eran usuarios/as de Centros de Día. La tercera muestra de 28 jóvenes y adultos (21 varones y 7 mujeres), usuarios de residencias y con una edad media de 31.26 años, comprendía en sus tres cuartas partes a personas con un nivel de discapacidad intelectual entre profundo y severo. El nivel cognitivo de la cuarta muestra de 37 varones adolescentes (media edad, 15.08), con trastornos de conducta y escolarizados en centros de educación compensatoria, entraba dentro de lo normal con la excepción de uno de ellos. Esta muestra fue seleccionada, sobre todo, pensando en determinar la sensibilidad de la parte de problemas de conducta del inventario, debido a que las personas que la componían presentaban historias de trastornos de conducta e inadaptación personal y social. Finalmente, la quinta muestra, compuesta por 65 jóvenes y adultos (32 hombres y 33 mujeres), con una media de 30.31 años de edad, estaba mayoritariamente compuesta por personas con un nivel de discapacidad intelectual severo.

El propósito de seleccionar estas cinco muestras fue el de disponer de un abanico lo suficientemente amplio y significativo de personas de variado nivel cognitivo y adaptativo. En cada estudio, se compararon las puntuaciones de las cuatro escalas de conducta adaptativa (destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personas y destrezas de la vida en comunidad), el índice de independencia general, los cuatro índices de problemas de conducta (interno, asocial, externo y general) y la puntuación de servicio del ICAP. El estadístico utilizado fue la *t* de Student para muestras relacionadas con un nivel de significación del 5%.

Los resultados obtenidos en los cuatro estudios que compararon los resultados de las muestras de personas con discapacidad intelectual (todas salvo la cuarta muestra compuesta únicamente por personas con trastornos de conducta), con los resultados obtenidos por las muestras igualadas tomadas de la población general, pusieron de manifiesto la existencia de diferencias significativas a favor de las muestras de personas sin discapacidad, entre sus respectivas medias en los índices de las cuatro escalas de conducta adaptativa e independencia general del inventario. Además, se hallaron diferencias significativas en la casi totalidad de los índices de problemas de conducta. El quinto y último

estudio realizado con la muestra de adolescentes con trastornos de conducta, y que fue especialmente planificado para examinar la presencia de diferencias significativas de los cuatro índices de problemas de conducta del ICAP (interno, asocial, externo y general), reveló la significatividad de las diferencias más altas de los cinco estudios, mostrando así la sensibilidad del inventario para diferenciar o discriminar grupos con y sin dichas características conductuales. La puntuación de servicio diferenció muy claramente entre todos los grupos con discapacidad y sin ella en los cinco estudios referidos, señalando una mayor necesidad de servicio por parte de las muestras de personas con discapacidad. En resumen, los resultados obtenidos de los cinco estudios descritos en este apartado pusieron de manifiesto la efectividad de la herramienta a la hora de diferenciar grupos de personas con discapacidad y sin ella, proporcionando así otra prueba adicional de su validez de constructo.

3.2.3.2. Estudios de validez de criterio del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

La validez de criterio hace alusión al grado con el que las puntuaciones de un test se relacionan con las de otra medida o variable que sirve de criterio, de forma que las primeras pueden entenderse como predictoras de las segundas, presentando los resultados en forma de una correlación. Desde este punto de vista práctico, la validez de criterio es un elemento clave en el proceso de construcción de cualquier herramienta de medida, ya que indica el tipo de inferencias que se pueden establecer a partir de unas puntuaciones determinadas.

Para comprobar la validez de criterio del ICAP (Montero, 1996), se realizaron cinco estudios que utilizaron el análisis discriminante múltiple como procedimiento estadístico significativo que permite la valoración de las diferencias entre dos o más muestras/grupos a partir de la consideración simultánea de varias variables. Los estudios, de los cuales presentaremos la información más significativa en la Tabla 33, tenían como objeto determinar la capacidad del ICAP (Montero, 1996) para predecir la pertenencia a grupos con discapacidad intelectual o sin ella, sobre la ubicación en programa educativos especiales, la pertenencia a grupos con trastornos de conducta, la ubicación residencial de adultos con discapacidad intelectual y sobre el emplazamiento diurno de grupos de adultos con discapacidad intelectual. Todo ello con el objetivo de determinar el grado en el que el

inventario respondía a algunos de los más importantes usos para los que fue diseñado y de los que ya se hizo referencia en el apartado de este trabajo de Tesis Doctoral destinado a la descripción de herramientas e instrumentos para la evaluación de la conducta adaptativa, concretamente: el diagnóstico inicial o "screening" y servir de ayuda complementaria en la toma de decisiones sobre el tipo de programa o servicio más adecuado para la respuesta a las necesidades que personas con discapacidad intelectual puedan presentar.

Tabla 33.
Estudios sobre validez de criterio del ICAP realizados mediante análisis discriminante múltiple

Tipo de estudio	Procedimiento y muestra	Resultados
<p>Primer estudio</p> <p>Discriminación entre personas con discapacidad y sin discapacidad</p>	<p>Se comprobó la capacidad de las puntuaciones de las cuatro escalas de conducta adaptativa y los tres índices de problemas de conducta para diferenciar entre personas con y sin discapacidad intelectual. Se emplearon dos muestras:</p> <p>Muestra 1: 82 personas con discapacidad intelectual, 48 varones y 34 mujeres, con una edad media de 23.77 años.</p> <p>Muestra 2: 82 personas sin discapacidad intelectual, 41 varones y 41 mujeres, con una edad media de 23.55 años tomada de la muestra utilizada para la tipificación del inventario.</p>	<p>El análisis discriminante reveló la existencia de una Función, que con una correlación canónica de .82 explicó el 100% de la varianza en la predicción de pertenencia a uno de los dos grupos (personas con o sin discapacidad).</p> <p>El ICAP clasificó correctamente al 95% de las personas de las muestras en cada uno de los dos grupos, de lo que se desprende que, junto con otros medios, estrategias e instrumentos complementarios, el empleo del ICAP puede ser significativo dentro de un proceso evaluador que conduce al diagnóstico de discapacidad intelectual.</p>
<p>Segundo estudio</p> <p>Discriminación entre distintas ubicaciones en servicios educativos específicos u ordinarios, en centros educativos.</p>	<p>Se utilizaron como variables las puntuaciones de las cuatro escalas de conducta adaptativa y las de los índices de problemas de conducta, para predecir la pertenencia de las personas de las muestras a cada uno de los grupos. Los participantes fueron 56 niños y niñas con y sin discapacidad intelectual escolarizados/as en centros educativos ordinarios a tiempo completo o parcial en distintos servicios educativos.</p> <p>Muestra 1: Aula ordinaria a tiempo completo: 15 personas sin discapacidad, 3 chicos y 12 chicas, con una media de edad de 10.73 años.</p> <p>Muestra 2: Aula de educación especial (Aula de Apoyo) a tiempo parcial (50% del periodo lectivo) y entre el 25% y 50% restante en aula ordinaria: 18 personas con discapacidad intelectual (la mayoría leve), 10 chicos y 8 chicas, con una media de edad de 12.83 años.</p> <p>Muestra 3: Aula de educación especial (Aula Estable) a tiempo completo: 23 personas con discapacidad intelectual (predominantemente moderado) y otras discapacidades asociadas, 14 chicos y 9 chicas, con una media de edad de 13.52 años.</p>	<p>El análisis discriminante múltiple puso de manifiesto la existencia de dos Funciones. La Función 1 fue la que mejor discriminó a las personas de los tres grupos dando cuenta de casi el 84% de la varianza, mostró correlación canónica más elevada, .66 y diferenció significativamente entre las tres muestras ($p < .01$). Además, el índice interno de problemas de conducta mostró la correlación más alta, .72 con la Función 1.</p> <p>La Función 2, sólo explicó el 16.03% de la varianza, produciendo una correlación canónica más baja, .36.</p> <p>El ICAP clasificó correctamente al 70% de las personas, según su pertenencia a un grupo o a otro en función de las puntuaciones obtenidas por los chicos y chicas en los siete índices del inventario.</p>

<p>Tercer estudio</p> <p>Discriminación entre grupos con y sin trastornos de conducta</p>	<p>El tercer estudio examinó la capacidad de los índices de problemas de conducta (con y sin la ayuda de las puntuaciones de conducta adaptativa) para predecir con corrección el grupo de pertenencia de las personas que componen ambas muestras de adolescentes con y sin trastornos de conducta.</p> <p>Muestra 1: 37 varones con trastornos de conducta escolarizados en un centro educativo de educación compensatoria, con una media de edad de 15.08 años.</p> <p>Muestra 2: Extraída de la muestra utilizada para la tipificación del ICAP (Montero, 1996), compuesta por 37 personas, 21 varones y 16 chicas, con una media de edad de 15.61 años.</p>	<p>En un primer análisis fueron puestas a prueba tanto las puntuaciones en conducta adaptativa como las relativas a problemas de conducta. La Función hallada explicó la totalidad de la varianza, con una correlación canónica de .81 y distinguió significativamente entre los dos grupos ($p < .0001$).</p> <p>De las correlaciones intergrupos destacaron: las altas correlaciones entre las puntuaciones de las escalas de destrezas sociales y comunicativas y de destrezas de la vida personal, ambas cerca del .75; las moderadas correlaciones entre las puntuaciones en los índices de problemas de conducta Asocial y Externo (.51 y .47 respectivamente) y la baja correlación del índice interno de problemas de conducta (.25). Por tanto, pudo concluirse que el ICAP fue capaz de predecir con precisión la pertenencia del 92% de las personas a los dos grupos.</p> <p>En un segundo análisis discriminante múltiple fueron puestos a prueba la capacidad de los cuatro índices de problemas de conducta únicamente para predecir la pertenencia a un grupo dado. La Función que se encontró dio cuenta de la varianza completa y mostró una correlación canónica de .60, discriminando significativamente entre ambos grupos ($p < .00001$). El inventario ubicó adecuadamente al 77% de las personas en sus grupos respectivos. A pesar de ser un porcentaje alto, es menor que el predicho combinando los resultados en conducta adaptativa y problemas de conducta, reflejando la interconexión entre ambos constructos.</p>
<p>Cuarto estudio</p> <p>Discriminación entre adultos con discapacidad intelectual en residencias y en pisos tutelados</p>	<p>Fue examinada la capacidad del instrumento para la predicción de la ubicación residencial de dos muestras de personas jóvenes/adultas con discapacidad intelectual.</p> <p>Muestra 1: 28 personas en residencias, 21 varones y 7 mujeres con una media de edad de 31.26 años.</p> <p>Muestra 2: 20 personas, 6 varones y 14 mujeres, con una media de edad de 34.33 años.</p>	<p>El análisis discriminante múltiple efectuado, condujo a una Función que predijo el 100% de la varianza, correlación canónica de .9, discriminando significativamente entre ambas muestras ($p < .00001$). El ICAP predijo correctamente la ubicación correcta del 96% de las personas. El peso de la discriminación se fundamentó en las diferencias en conducta adaptativa.</p>

Quinto estudio Discriminación entre grupos con discapacidad intelectual en centros de día, centros ocupacionales y centros especiales de empleo	<p>El último estudio fue diseñado para examinar la sensibilidad del instrumento para diferenciar los emplazamientos en servicios de día de adultos con discapacidad intelectual. Para ello, fueron utilizadas tres muestras de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual ubicados/usuarios, de tres clases de servicios diferentes:</p> <p>Muestra 1: 28 personas, 14 varones y 14 mujeres, con discapacidad intelectual de moderada a profunda, y una media de edad de 25.79 años, todas ellas usuarias de centros de día.</p> <p>Muestra 2: 32 jóvenes y adultos con discapacidad intelectual, 14 hombres y 18 mujeres, con una edad media de 29.63 años, empleados/as en Centros Ocupacionales.</p> <p>Muestra 3: 33 jóvenes y adultos con discapacidad intelectual, 18 varones y 15 mujeres, con una edad media de 31.95 años, empleados/as en Centros Especiales de Empleo.</p>	<p>Del análisis discriminante se obtuvieron dos Funciones, de las cuales la primera de ellas discriminó de manera significativa a los tres grupos de personas, explicando un 98.42% de la varianza (correlación canónica de .91).</p> <p>De las correlaciones intergrupos conjuntas se desprendió el decisivo papel desempeñado por las puntuaciones obtenidas en las escalas de conducta adaptativa, sobre todo en la escala relativa a destrezas para la vida en comunidad. Por el contrario, las correlaciones bajas o inexistentes de problemas de conducta poco aportaron a la predicción. El instrumento clasificó correctamente al 85% de las personas de las tres muestras, y resultó ser especialmente certero al discriminar a las personas usuarias de centros de día (96%).</p>
---	---	---

Nota: Basado en Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero

Los resultados obtenidos en los cinco estudios recientemente descritos en la Tabla 33, demuestran que las puntuaciones del ICAP (Montero, 1996) pueden ser de gran utilidad en muy diversas áreas de intervención con personas con discapacidad, de edades y situaciones personales muy diferentes, tal y como fue descrito en el subapartado anterior de este tercer capítulo. Estos estudios señalan que el inventario, junto con otros instrumentos en el marco de una valoración global de las personas, puede ser un instrumento eficaz para muy variados propósitos: el diagnóstico de la discapacidad intelectual; la determinación de la ubicación en sistemas y servicios educativos y del emplazamiento residencial o diurno de personas con discapacidad.

Junto a los estudios realizados mediante análisis discriminante múltiple se analizó la validez del nivel de servicio del ICAP (Montero, 1996). Las puntuaciones y niveles de servicio del inventario combinan en un 70% el índice de independencia general y en un 30% el índice general de problemas de conducta, aportando una visión del grado de servicio requerido por cada persona con discapacidad en función de las puntuaciones obtenidas en ambos índices por separado.

Para determinar la validez de esta parte del instrumento, se llevaron a efecto tres estudios, cuyos rasgos y resultados más significativos se describen en la Tabla 34.

Tabla 34.
Estudios sobre validez de criterio del nivel de servicio del ICAP

Estudio, objetivo y procedimiento	Muestra	Resultados
<p>Primer estudio Objetivo: Determinar si las puntuaciones de servicio del inventario estaban relacionadas, estadísticamente hablando, con las estimaciones subjetivas del personal técnico de centros de día y pisos tutelados para personas con discapacidad. Procedimiento: Se pide al personal técnico de ambos servicios que se pronuncien en relación a la "autonomía general" o independencia de cada persona con discapacidad intelectual, de acuerdo con la siguiente escala: 1. Totalmente dependiente. 2. Colabora, aunque con guía manual o con indicaciones físicas. 3. Responde ante una demostración y a indicaciones verbales. 4. Inicia algunas actividades; pide ayuda. Se le/la puede dejar solo/a durante cortos periodos de tiempo. 5. Desempeña bien muchas actividades rutinarias de la vida cotidiana, se aventura solo/a fuera del hogar. 6. Utiliza algunos recursos comunitarios de una forma independiente. 7. Es capaz de vivir independientemente con poca o ninguna ayuda.</p>	<p>Fue utilizada la misma muestra para la realización de los tres estudios, 50 personas con discapacidad intelectual, divididas por emplazamiento diurno y/o residencial de la siguiente forma: Usuarios/as de servicios diurnos, centros de día: 14 hombres y 14 mujeres con una media de edad de 26.25 años. Usuarios/as de residencias: 8 hombres y 14 mujeres, con una media de edad de 34.98 años.</p>	<p>De entre los resultados obtenidos destacó la progresión de las medias de independencia general y puntuación de servicio del ICAP, aumentando en consonancia con las valoraciones subjetivas del personal sobre la independencia personal de las personas de la muestra. La parte de problemas de conducta no mostró dicha irregularidad. Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas en independencia general, $F(6,43)=71.08, p<.0001$, con mayores puntuaciones asociadas a mejores niveles de independencia, pero no así en el índice general de problemas de conducta, $F(6,43)=1.18$, no significativa. En el caso de la puntuación de servicio del inventario, se hallaron diferencias significativas en función del nivel de independencia que tenían los sujetos $F(6,43)=49.67, p<.0001$, con mayores puntuaciones relacionadas a superiores niveles de independencia.</p>
<p>Segundo estudio Se compararon las puntuaciones de servicio del ICAP con los cuatro niveles de discapacidad intelectual en los que se distribuía la muestra</p>		<p>La puntuación de servicio del ICAP, volvió a reflejar diferencias significativas, $F(3,43)=68.76, p<.0001$, salvo entre los grupos de personas con discapacidad intelectual leve y moderada (submuestra compuesta por 7 personas).</p>
<p>Tercer estudio Objetivo: Poner a prueba la validez del nivel de servicio del ICAP Procedimiento: Se solicitó a dos profesionales del personal técnico que ordenasen de manera independiente, de mayor a menor grado de necesidades de apoyo a los usuarios/as de sus centros de trabajo empleando como criterios los siguientes: los servicios de apoyo que cada persona precisaba, el grado de cuidado diario necesario en cada caso, la ayuda física y el nivel de supervisión.</p>		<p>Los resultados mostraron que, primero, las puntuaciones de servicio del inventario fueron un poco más efectivas en ordenar a las personas según necesidad de servicio que las de independencia general y, en segundo lugar, que la correlación entre el primer y el segundo evaluador, tuvo una magnitud casi idéntica cuando ambos pertenecen al mismo servicio. La intensidad de las correlaciones baja levemente cuando los evaluadores pertenecen a servicios diferentes.</p>

Nota: Basado en Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero

3.2.3.3. Estudios de validez de contenido del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP)

Para la creación del sistema de registro de información del inventario, los autores originales (Bruininks et al., 1986) tuvieron en cuenta la legislación y normativa profesional vigente de y en su país, datos de investigaciones, un significativo número de taxonomías sobre variables importantes en relación a la persona objeto de evaluación y una revisión de otros sistemas similares de registro. En la versión española del ICAP (Montero, 1996), se procuró adaptar el sistema de registro de información original, consultando la legislación educativa y de servicios sociales del la CAPV vigente en aquellos años, intentando utilizar denominaciones lo más usuales y empleadas posible en ámbitos profesionales, sin olvidar el intento de conseguir un sistema que pudiese ser completado en un tiempo razonable, además de que la información contenida fuese clara y significativa para los profesionales. Todos los aspectos descritos en este párrafo, son los que sustentan la validez de contenido de esta parte de la herramienta.

Como ya fue descrito en el apartado relativo a los precedentes del ICAP, para desarrollar el contenido de las escalas de conducta adaptativa, los autores originales (Bruininks et al., 1986) elaboraron inicialmente un marco de la estructura de su contenido que fue comparado con definiciones, investigaciones y modelos contemporáneos de conducta adaptativa. Holman y Bruininks (1985) desarrollaron una taxonomía de destrezas de conducta adaptativa organizada en diez áreas que, a su vez, contienen 45 sub-áreas de contenido, a través de una extensa revisión del contenido de diversos instrumentos, definiciones y taxonomías existentes en ese momento (Coulter y Morrow, 1978; Doucette y Freedman, 1980; Halpern et al., 1982). El ICAP (Montero, 1996), cubre veintinueve de las mismas y evalúa destrezas que la literatura científica de la época sobre conducta adaptativa reconocía como cruciales.

Por su parte, Rotegard, Bruininks, Holman y Lakin (1985), resumieron las conclusiones que la investigación desarrollada hasta esa época había proporcionado sobre los aspectos de conducta adaptativa que precedían el ajuste al colectivo de personas con discapacidad intelectual. El ICAP (Montero, 1996) cubre, en gran medida, las ocho áreas predictoras de inclusión satisfactoria mencionadas en dicho significativo estudio.

Como ya se explicó anteriormente en el subapartado relativo al proceso de adaptación y tipificación del ICAP, los ítems de la herramienta fueron escogidos de los de las SIB (Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985) a través de estudios correlacionales, análisis de tareas, juicios de profesionales y una amplia revisión de estudios sobre conducta adaptativa.

Las áreas de conducta adaptativa que evalúan sus cuatro escalas (destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal y destrezas de la vida en comunidad), fueron consistentes con las de los modelos de la época de conducta adaptativa. Al utilizar áreas amplias de destrezas, pero como ya se comentó en apartados anteriores, incorporando ítems de otras áreas más específicas (de las SIB, Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), minimiza el riesgo de hipergeneralización a partir de relativamente pocos ítems y disponiendo de una sólida validez de contenido.

Para elaborar la estructura y el contenido de la parte de problemas de conducta del inventario, fueron precisos varios años de investigación y estudio de la literatura en variadas muestras clínicas. La estructura de los problemas de conducta del ICAP (Montero, 1996) se asemeja a la propuesta realizada por Morreau (1985), autor que realizó un extenso estudio en el que recogió y analizó las conductas problemáticas de las que daban cuenta profesionales del ámbito educativo y otros/as en contacto con niños y niñas con y sin discapacidad, llegando a identificar 170 conductas problemáticas. Su modelo organizado en siete categorías, resultó ser muy similar al del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996). Por otro lado, los factores de mala adaptación social y mala adaptación personal, obtenidos a menudo de los análisis factoriales de las Escalas de Conducta Adaptativa de la AAMR (AAMR Adaptive Behavior Scales. Lamber, Nihira y Leland, 1993; Nihira, Leland y Lambert, 1993), son muy similares a los tres índices, externo, interno y asocial del ICAP (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996). Adicionalmente, estos índices son congruentes con las dimensiones encontradas por Swift y Spivack (1973), en la revisión que ambos autores realizaron de muchas pruebas que hasta ese momento evaluaban problemas de conducta.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 4. Estudio empírico

4.1. Objetivos del estudio

4.2. Descripción de la muestra

4.2.1. Características de las personas evaluadas

4.3. Procedimiento

4.3.1. Selección de la muestra

4.3.2. Recogida de datos

4.4. Variables del estudio

CAPITULO 4

Estudio empírico

1.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos que se pretenden conseguir con esta investigación son dos, los cuales han dado lugar a la realización de dos estudios.

El primer objetivo persigue el análisis de la estructura factorial del conjunto de las escalas de conducta adaptativa que componen el ICAP (Montero, 1996), salvo la escala relativa a las destrezas motoras, teniendo en cuenta las últimas aportaciones a nivel teórico (Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Jagannathan, Camasso, Lerman y Cook, 1997; Thompson, McGrew y Bruininks, 1999).

Tal y como se ha señalado en la revisión teórica de esta investigación, en la amplia y significativa trayectoria a cerca de la estructura factorial de la conducta adaptativa, existen aproximaciones al constructo unifactoriales y multifactoriales, aproximaciones estas últimas con un mayor y más significativo apoyo a nivel científico. Autores como Nihira, Foster, Shellhaas y Leland (1967, 1969) o más tarde, Bruininks, McGrew y Maruyama (1988), con las evidencias obtenidas en sus investigaciones, defendieron una aproximación unifactorial de la conducta adaptativa, obteniendo evidencias en base a las cuales argumentar que el constructo puede ser explicado en base a un único factor, en aquel momento denominado por los autores *independencia general*. Por otra parte, se han desarrollado multitud de estudios e investigaciones que demuestran la presencia de un número determinado de factores que correlacionan entre sí y que evidencian y dan prueba fiable de que la

aproximación multifactorial al constructo de conducta adaptativa puede ser la más factible (Arias, Verdugo, Navas y Gómez, 2013; Aricak y Oakland, 2010; Guarnaccia, 1976; Kambahus, 1987; Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Lambert y Nicoll, 1976; Levine y Elzey, 1968; Meyers et al., 1979; Nihira, 1976, 1978; Oakland y Algina, 2011; Oakland, Iliescu, Chen y Chen, 2013; Owens y Bowling, 1970; Reynolds, 1981; Rojahn, Matson, Lott, Esbensen y Smaills, 2001; Silverman et al., 1983; Song et al., 1984; Sparrow y Cicchetti, 1978; Stinnet, Fuqua y Coombs, 1999; Sturney, Matson y Lott, 2004; Thackrey, 1991; Walsh y McConkey, 1989; Wei, Oakland y Algina, 2008; Widaman et al., 1987).

En este primer estudio, se espera obtener evidencias de que el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996), permite la obtención de resultados que evidencien y apoyen una aproximación multidimensional del constructo medido mediante el mismo.

El segundo objetivo, consistiría en mostrar cómo el Inventario para la Planificación y Programación Individual (Montero, 1996) puede contribuir al estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual a través de las variables personales y contextuales que la herramienta mide o registra, explicadas con detalle en el capítulo anterior. Para ello, se ha estudiado una amplia muestra de personas con discapacidad intelectual usuarias de talleres ocupacionales o de centros especiales de empleo, fundamentalmente de la Comunidad Valenciana y de Bizkaia.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En este apartado, se describen las características más significativas de las personas con discapacidad a las cuales les fue aplicado el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual, ICAP (Montero, 1996) y conforman la muestra del estudio que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral.

1.2.1. Características de las personas evaluadas

El conjunto de la muestra está formado por usuarios/empleados de centros y servicios del IVAS $n=357$ y usuarios/empleados de los servicios ocupacionales y/o laborales de la Fundación Lantegi Batuak, $n=145$. Estas 502 personas con discapacidad fueron evaluadas con el ICAP (Montero, 1996). Dado que la herramienta, además de medir la conducta adaptativa, recoge una amplia variedad de información descriptiva y significativa de la persona objeto de evaluación como: categorías diagnósticas, limitaciones funcionales y asistencia necesaria, problemas de conducta, ubicación residencial, servicios de diurnos, servicios de apoyo, actividades sociales y de ocio, describimos a continuación aquellos datos más significativos de la muestra.

(a) *Distribución de la muestra por género y edad*

En el 58.7% de los casos ($n=294$) las personas evaluadas fueron hombres, mientras que 207 fueron mujeres (41.3%). En un caso no tuvimos acceso a este dato.

El 61% de la muestra ($n=305$), fueron personas jóvenes-adultas con edades comprendidas entre los 18 y los 38 años de edad. Las personas adultas a partir de los 38 años hasta los 58 años conforman el 32% ($n=160$), y finalmente, las personas mayores de 58 años hasta los 78 años de edad englobarían el 7% ($n=37$) restante.

(a) *Distribución de la muestra por estado civil y estado legal*

No tuvimos acceso a este tipo de datos en la submuestra de personas pertenecientes a la Fundación Lantegi Batuak ($n=145$). Del resto de la muestra cabe destacar que el 88.5% ($n=316$) está soltero o soltera, el 10.4% ($n=37$) casado/a y el 1.1% ($n=4$) separado/a.

Respecto al estado legal de las personas que participan en este estudio, y sin olvidar que los datos presentados son únicamente de la submuestra de personas del IVAS (desconocemos la situación del 28.9% de la muestra total), sólo el 2.5% está

considerado como adulto/a plenamente responsable ante la ley, frente al 97,5% restante que, o bien posee un tutor/a legal que no es pariente suyo/a, tiene como tutor/a legal a su padre, madre o a un pariente directo o es tutorizado/a por una institución pública o una asociación de afectados. La Tabla 35, describe con detalle la distribución de la muestra por su estado o condición ante la ley.

Tabla 35.
Distribución de la muestra por estado legal

Estado legal	Porcentaje muestra	N
Adulto plenamente responsable ante la ley	2.5%	9
Con tutor/a legal no emparentado	93.9%	335
Con tutor/a legal emparentado (padre, madre o pariente)	2.2%	8
Institución pública o Asociación de afectados/as como tutor legal	0.6%	2
Otro tipo de situaciones no registradas por el ICAP	0.8%	3
Se desconoce estado legal	-	145

(b) *Distribución de la muestra por categoría diagnóstica*

El 88,5% de la muestra tiene como diagnóstico principal discapacidad intelectual, el 3,8% alguna enfermedad mental con diagnóstico formal (psicosis, esquizofrenia, etc.) y un 2.5% parálisis cerebral. El 3% restante, lo conforman personas con problemas de salud física, problemas de salud mental situacional o episódico, epilepsia o convulsiones, Trastorno del Espectro Autista, lesión cerebral o neurológica y discapacidad auditiva o sordera. En 138 casos no pudo establecerse el diagnóstico principal. La Tabla 36, recoge los datos específicos de la distribución de la muestra por categoría diagnóstica principal.

Tabla 36.
Distribución de la muestra por categoría diagnóstica principal

Categoría diagnóstica	Porcentaje muestra	N
Discapacidad intelectual	88.5%	322
Enfermedad mental con diagnóstico formal: psicosis, esquizofrenia, etc.	3.8%	14
Parálisis cerebral	2.5%	9
Problemas de salud física	1.1%	4
Problemas de salud mental situacional o episódico con diagnóstico formal: depresión, ansiedad, angustias, temor, trastornos emocionales	0.5%	2
Epilepsia o convulsiones	0.5%	2
Trastorno del Espectro Autista	0.3%	1
Lesión Cerebral o neurológica (síndrome cerebral crónico)	0.3%	1
Discapacidad auditiva o sordera	0.3%	1
Otros diagnósticos principales no registrados en el ICAP	2.2%	8
No pudo establecerse un diagnóstico principal	-	138

En cuanto a problemáticas añadidas al diagnóstico principal (otro/s diagnóstico/s), cabe destacar que el 46.2% de la muestra no posee diagnósticos secundarios frente al 13.5% que presenta epilepsia o convulsiones, el 11.2% problemas de salud física, un 7.8% discapacidad intelectual, el 6% lesión cerebral o neurológica, el 5.6% enfermedad mental, otro 5.6% problemas de salud mental situacional o episódico. Junto a ellos/as, un 1.6% poseen discapacidad auditiva, parálisis cerebral, discapacidad visual o ceguera y/o drogodependencias. El 33.1% de la muestra, posee otros diagnósticos secundarios no recogidos por el inventario. La Tabla 37, muestra la distribución de la muestra por diagnóstico/s secundario/s

Tabla 37.
Distribución de la muestra por diagnóstico/s secundario/s

Categoría diagnóstica	Porcentaje muestra	N
Epilepsia o convulsiones	13.5%	68
Problemas de salud física	11.2%	56
Discapacidad intelectual	7.8%	39
Lesión cerebral o neurológica (síndrome cerebral crónico)	6%	30
Enfermedad mental con diagnóstico formal: psicosis, esquizofrenia, etc.	5.6%	28
Problemas de salud mental situacional o episódico con diagnóstico formal: depresión, ansiedad, angustias, temor, trastornos emocionales.	5.6%	28
Discapacidad auditiva	0.6%	3
Parálisis cerebral	0.4%	2
Discapacidad visual o ceguera	0.4%	2
Drogodependencias	0.2%	1
Otros diagnósticos secundarios no recogidos en el ICAP	33.1%	166
Sin diagnósticos secundarios	46.2%	232

Respecto al nivel/grado de discapacidad intelectual que posee la muestra y teniendo en cuenta que el ICAP (1996) se basa en las categorías diagnósticas establecidas por el DSM-IV (APA, 1994); *retraso mental leve* (CI 52-70), *retraso mental moderado* (CI 36-51), *retraso mental profundo* (CI 20-35) y *retraso mental profundo* (CI por debajo de 20), cabe destacar que el 62.2% posee discapacidad intelectual moderada (CI 36-51), el 23.9% leve (CI 52-70), el 13.1% severa (CI 20-35) y el 0.6% profunda (CI por debajo de 20). Se desconoce el nivel de discapacidad intelectual de una persona.

Para concluir, la Tabla 38, recoge los distintos diagnósticos principales y secundarios del conjunto de personas que participaron en el estudio y su distribución en relación a los mismos.

Tabla 38.
Distribución de la muestra por categorías diagnósticas principales y secundarias

Categoría diagnóstica	Principal	Secundaria
Discapacidad intelectual	88.5%	7.8%
Enfermedad mental con diagnóstico formal: psicosis, esquizofrenia, etc.	3.8%	5.6%
Parálisis cerebral	2.5%	0.4%
Problemas de salud física	1.1%	11.2%
Problemas de salud mental situacional o episódico con diagnóstico formal: depresión, ansiedad, angustias, temor, trastornos emocionales.	0.5%	-
Epilepsia o convulsiones	0.5%	13.5%
Trastorno del Espectro Autista	0.3%	-
Lesión cerebral o neurológica (síndrome cerebral crónico)	0.3%	6%
Discapacidad auditiva o sordera	0.3%	0.6%
Discapacidad visual	-	0.4%
Drogodependencias	-	0.2%
No puede establecerse diagnóstico principal o su diagnóstico no está recogido en el ICAP	27,5%	33.1%
Ninguno	-	46.2%

(d) *Distribución de la muestra según limitaciones funcionales y tipo de asistencia necesaria*

El 93.6% de la muestra posee una buena visión (con o sin gafas), frente al 6.4% que posee problemas de visión (con o sin gafas) que limitan su capacidad para la lectura o su movilidad, e incluso hay quien tiene poca o nula visión incluso utilizando gafas especiales. En el 28.5% de los casos, no se tuvo acceso a estos datos.

Respecto a la audición, el 98.3% puede oír voces en un umbral de audición normal (con o sin audífonos), mientras que el 1.7% sólo puede oír voces altas con o sin audífono o posee una pobre o nula capacidad de audición incluso haciendo uso de audífonos. En 144 casos, no tuvimos acceso a estos datos.

Sobre el estado de salud, destacar que la salud no limita la realización y el desarrollo de sus actividades cotidianas al 84.9% de la muestra; por el contrario, el estado de salud del 15.1%, limita un poco o significativamente el desempeño de sus actividades diarias. No tuvimos acceso a estos datos en la submuestra obtenida de la Fundación Lantegi Batuak.

El 91.9% no muestra limitaciones en la funcionalidad de sus extremidades superiores, mientras que el 8.1% posee alguna limitación o limitaciones significativas. En 144 casos, no tuvimos acceso a estos datos. Respecto a la movilidad, el 95.2% camina sin dificultades y el 4.8% restante no camina y/o utiliza silla de ruedas para sus desplazamientos. No tuvimos acceso a estos datos en la submuestra obtenida de la Fundación Lantegi Batuak.

La Tabla 39, recoge la distribución de la muestra según capacidades y limitaciones funcionales.

Tabla 39.
Distribución de la muestra según capacidades y limitaciones funcionales

Área	Capacidades o limitaciones	Porcentaje muestra	N
Visión	Buena visión con o sin gafas	93.6%	336
	Limitaciones significativas que reducen la capacidad lectora y la movilidad	6.1%	22
	Nula visión incluso utilizando gafas especiales	0.3%	1
	Se desconoce capacidad de visión	-	143
Audición	Oye voces en un umbral de audición normal con o sin audífonos	98.3%	352
	Sólo oye voces altas con o sin audífono	1.1%	4
	Pobre o nula capacidad auditiva incluso haciendo uso de audífonos	0.6%	2
	Se desconoce capacidad auditiva	-	144
Estado de Salud	Estado de salud que no limita la realización y el desarrollo de actividades cotidianas	84.9%	303
	Estado de salud que limita un poco el desempeño y el desarrollo de las actividades cotidianas	10.1%	36
	Estado de salud que limita significativamente el desempeño y desarrollo de las actividades cotidianas	5%	18
	Se desconoce estado de salud	-	145
Funcionalidad de las extremidades superiores	No existen limitaciones en la funcionalidad de las extremidades superiores	91.9%	329
	Alguna limitación en la funcionalidad de las extremidades superiores	4.7%	17
	Limitaciones significativas en la funcionalidad de las extremidades superiores	3.4%	12
	Se desconoce nivel de funcionalidad de las extremidades superiores	-	144
Movilidad – Funcionalidad de las extremidades inferiores	Camina sin dificultad	95.2%	340
	No camina y/o utiliza silla de ruedas para sus desplazamientos	4.8%	17
	Se desconoce nivel de funcionalidad de las extremidades inferiores (movilidad)	-	145

El 85.3% de la muestra (n=302) precisa de atención médica menos de una vez al mes, el 9.9% (n=35) mensualmente, el 3.4% (n=12) semanalmente, 0.8% diariamente y el 0.6% en cualquier momento. En 148 casos (29.5%), no tuvimos acceso a estos datos. Finalmente, la Tabla 40 recoge el tipo de medicamentos administrados a algunas de las personas que conforman la muestra y el porcentaje de la misma que los necesita.

Tabla 40.
Distribución de la muestra por tipo de medicación necesaria/administrada

Motivo/tipo medicación	Porcentaje	N
Medicamentos para problemas de salud física	10%	50
Medicamentos para problemas anímicos o emocionales (por ejemplo ansiedad o insomnio)	11.6%	58
Medicamentos específicos para epilepsia y/o convulsiones	12%	60
Otros medicamentos	11.6%	58
Se desconoce el tipo de medicamento que la persona toma	1%	5
Ningún medicamento	65.1%	327

(c) *Distribución de la muestra según presencia o ausencia de problemas de conducta.*

Como ya se señaló en capítulos iniciales de este trabajo de Tesis Doctoral, a pesar del fuerte apoyo que las medidas existentes de conducta adaptativa otorgan a la dimensión de conducta desadaptada (o problemas de conducta), esta no se contempla en la evaluación y el diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa, existiendo en la actualidad un acuerdo general acerca de que la presencia de niveles clínicamente significativos de problemas de conducta no implica el cumplimiento del criterio de limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo (Borthwick-Duffy, 2007; Greenspan, 1999; Tassé, 2009). A pesar de ello, consideramos relevante describir tanto el tipo de respuesta emitida por los profesionales significativos para las personas con discapacidad que conforman la muestra ante los problemas de conducta que estas presentan, como el tipo, frecuencia e intensidad de los mismos, para la comprensión las características más significativas del colectivo de personas con discapacidad a las que les fue aplicado el ICAP (Montero, 1996).

Parte de la personas que participaron en el estudio que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral, muestra problemas de conducta tal y como se miden en el ICAP en mayor o menor medida. Su distribución por ausencia, presencia, frecuencia y nivel de gravedad es recogida en la Tabla 41.

Respecto al tipo de reacción ante los problemas de conducta mostrados por parte del personal técnico en cada caso significativo, cabe destacar que en el 37.1% de los casos, los profesionales piden a la persona con discapacidad que abandone la conducta intentando razonar con la misma, el 6.4% le piden que se enmiende o corrija la situación, el 4.4% de los profesionales ignora deliberadamente las conductas problema presentadas por la persona con discapacidad reforzando otras funcionales y positivas y en el 3.4% de los casos, retira, ciertos privilegios obtenidos anteriormente por la misma. El 2%, modifica o reestructura el entorno en el que se produce la conducta problema cambiando de materiales, mientras que el 1.6% pide a la persona con discapacidad que salga de la habitación, aula o espacio en que se está produciendo la conducta disruptiva o le solicitan que se sienta en otro lugar. El 1.2% de los profesionales dirige a la persona con discapacidad de manera física, le traslada o pone límites físicos y otro 1.2% no hace nada o consuela a la persona que ha mostrado la conducta problema. Finalmente, un 0.2% de los profesionales admite necesitar ayuda de otro u otros profesionales para el control y contención de la persona con discapacidad y sólo un 0.8% señala utilizar otro tipo de estrategias no contempladas en el ICAP.

Tabla 41.
Distribución de la muestra por ausencia, presencia, frecuencia y nivel de gravedad de problemas de conducta

Tipo de problema de conducta	No	Si	Frecuencia de la conducta problema	Gravedad del problema causado por la conducta*
Comportamiento autolesivo o daño a sí mismo. Golpeándose, dándose cabezazos, arañándose, cortándose o pinchándose, mordiéndose, frotándose la piel, tirándose del cabello, pellizcándose o mordiéndose las uñas.	88.8% n=446	11.2% n=56	Menos de una vez al mes: 4.6% De 1 a 3 veces al mes: 2.6% De 1 a 6 veces por semana: 1.8% De 1 a 10 veces al día: 1.8% 1 o más veces en 1 hora: 2.2%	No es grave: 90.8% Ligeramente grave: 6.8% Medianamente grave: 2.2% Muy grave: 0.2% Extremadamente grave: -
Heteroagresividad o daño a otros. Causar dolor físico a otras personas o a animales, golpeando, dando patadas, mordiéndolo, pinchando, arañando, tirando del pelo, golpeando con otro objeto.	81.2% n=408	18.8% n=94	Menos de una vez al mes: 12.4% De 1 a 3 veces al mes: 5% De 1 a 6 veces por semana: 1.4% De 1 a 10 veces al día: - 1 o más veces a la hora: -	No es grave: 82.4% Ligeramente grave: 7.2% Medianamente grave: 6.4% Muy grave: 2.2% Extremadamente grave: 1.8%
Destrucción de objetos. Intencionadamente rompe, estropea o destruye cosas, golpeando, rasgando o cortando, tirando, quemando, picando o rayando.	85.4% n= 429	14.6% n=73	Menos de una vez al mes: 10.2% De 1 a 3 veces al mes: 3.4% De 1 a 6 veces por semana: 1% De 1 a 10 veces al día: - 1 o más veces en 1 hora: -	No es grave: 88.2% Ligeramente grave: 7.8% Medianamente grave: 2.8% Muy grave: 0.8% Extremadamente grave: 0.4%
Conducta disruptiva. Interfiere las actividades de otros, abrazándose en exceso a otros, acosándose o importunándose, discutiendo o quejándose, buscando pelea, riéndose o llorando sin motivo, interrumpiendo, gritando o chillando.	64.2% n= 323	35.8% n=179	Menos de una vez al mes: 7.4% De 1 a 3 veces al mes: 8.2 De 1 a 6 veces por semana: 10.2% De 1 a 10 veces al día: 9% 1 o más veces en 1 hora: 1%	No es grave: 68.9% Ligeramente grave: 11.8% Medianamente grave: 11.6% Muy grave: 6.8 Extremadamente grave: 1%
Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). Conductas poco usuales, extrañas, que se repiten una y otra vez. P.e.: ir y venir por una habitación, balancearse, torcerse los dedos, chuparse sus manos u otros objetos, dar sacudidas con partes de su cuerpo, hablar solo/a, rechinar los dientes, comer tierra u otros objetos, comer excesivamente poco o de manera exagerada, hacer ruidos extraños, etc.	74.2% n=373	25.8% n=129	Menos de una vez al mes: 4% De 1 a 3 veces al mes: 4% De 1 a 6 veces por semana: 6.8% De 1 a 10 veces al día: 8.2% 1 o más veces en 1 hora: 2.8%	No es grave: 80.2% Ligeramente grave: 10.6% Medianamente grave: 7% Muy grave: 2% Extremadamente grave: 0.2%

Conducta social ofensiva. Conductas que ofenden a otras personas. Hablar muy alto, blasfemar o emplear un lenguaje soez, mentir, acercarse demasiado o tocar en exceso, amenazar, decir tonterías, escupir, meterse el dedo en la nariz, eructar, expeler ventosidades, tocarse los genitales...	73.6% n= 370	26.4% n=132	Menos de una vez al mes: 3.4% De 1 a 3 veces al mes: 5.6% De 1 a 6 veces por semana: 10.2% De 1 a 10 veces al día: 6.4% 1 o más veces en 1 hora: 0.8%	No es grave: 75.9% Ligeramente grave: 7% Medianamente grave: 13.1% Muy grave: 4% Extremadamente grave: -
Retraimiento o falta de atención. Problemas de falta de relación con otras personas o de no prestar atención, manteniéndose alejado/a de otras personas, expresando temores poco corrientes, mostrándose muy inactivo/a, mostrándose triste o preocupado/a, demostrando poca concentración en diversas tareas, hablando negativamente de sí mismo/a, etc.	58% n=291	42% n=211	Menos de una vez al mes: 5.4% De 1 a 3 veces al mes: 9.8% De 1 a 6 veces por semana: 13.9% De 1 a 10 veces al día: 9.2% 1 o más veces en 1 hora: 3.8%	No es grave: 63.5% Ligeramente grave: 19.1% Medianamente grave: 13.3% Muy grave: 3.8% Extremadamente grave: 0.2%
Conductas no colaboradoras. Son conductas en las que la persona no colabora, negándose a obedecer, no haciendo sus tareas ni respetando las reglas, actuando de forma desafiante o poniendo mala cara, negándose a asistir y/o llegando tarde a los lugares de trabajo y/o aprendizaje, negándose a compartir o respetar los turnos, engañar, robar o no respetar la ley.	68.6% n=345	31.4% n=157	Menos de una vez al mes: 6.8% De 1 a 3 veces al mes: 11.4% De 1 a 6 veces por semana: 9.4% De 1 a 10 veces al día: 3% 1 o más veces en 1 hora: 0.8%	No es grave: 72.9% Ligeramente grave: 12.4% Medianamente grave: 9.8% Muy grave: 4.8% Extremadamente grave: 0.2%

Nota: * El significado de cada nivel de gravedad registrado por el ICAP es el siguiente: No es grave (no es un problema); Ligeramente grave (es un problema leve); Medianamente grave (es un problema moderado); Muy grave (es un problema grave) y Extremadamente grave (es un problema crítico).

En resumen, la muestra utilizada para la realización de los estudios que dan lugar a este trabajo de Tesis Doctoral, está formada por un total de 502 personas con discapacidad, usuarios/empleados de servicios de día ocupacionales y/o laborales de la Fundación Lantegi Batuak y el IVAS, de las cuales el 58.7% (n=294) fueron hombres y el 41.3% (n=207) mujeres, de edades comprendidas entre los 18 y los 78 años.

Entre los diagnósticos principales, encontramos a un alto porcentaje de personas con discapacidad intelectual (88.5%), seguido del 3.8% que posee alguna enfermedad mental (psicosis, esquizofrenia, etc.) y un 2.5% con parálisis cerebral. El resto de diagnósticos principales versan sobre problemas de salud física, problemas de salud mental situacional o episódico (depresión, ansiedad, angustias, temor, trastornos emocionales), epilepsia o convulsiones, Trastorno del Espectro Autista y discapacidad auditiva o sordera. Entre las problemáticas o discapacidades añadidas a los diagnósticos principales señalados, cabe destacar la presencia de personas que además tienen epilepsia, problemas de salud física, discapacidad intelectual, lesión cerebral, enfermedad mental, problemas de salud situacional, discapacidad auditiva, parálisis cerebral, discapacidad visual o ceguera y drogodependencias. Teniendo en cuenta el conjunto de la muestra y sus diagnósticos tanto principales como secundarios, podemos destacar, que el diagnóstico mayoritario es el de discapacidad intelectual, ya que el 72% de la muestra posee dicha discapacidad. De estas personas, el 62.2% posee discapacidad intelectual moderada, el 23.9% leve, el 13.1% severa y el 0.6% profunda, desconociendo el nivel de discapacidad intelectual de una de las personas. No debemos olvidar, que el ICAP (1993) se basa en las categorías diagnósticas establecidas por el DSM-IV (APA, 1994); *retraso mental leve* (CI 52-70), *retraso mental moderado* (CI 36-51), *retraso mental profundo* (CI 20-35) y *retraso mental profundo* (CI por debajo de 20), y que es por ello, que en este apartado, se utilizan dichas categorías diagnósticas de discapacidad intelectual.

Respecto a los problemas de conducta presentados por el colectivo que conforma la muestra, podemos destacar que el *retramiento o la falta de atención* es la conducta más presente entre las personas que participaron en el estudio (42%), seguida de las *conductas disruptivas* (35.8%), las *conducta no colaborativas* (31.4%), la *conducta social ofensiva* (26.4%), las *estereotipias* (25.8%) y el *daño a otros/as* (18.8%). En menor medida, presentan conductas que llevan a la *destrucción de objetos* (14.6%) y finalmente, *comportamientos autolesivos* (11.2%).

1.3. PROCEDIMIENTO

En este apartado se expone, con detalle, cómo se llevó a cabo la selección de la muestra, así como los pasos realizados para establecer el contacto con el conjunto de personas que conforman la misma y asegurar la confidencialidad de sus datos.

4.3.1 Selección de la muestra

La selección de las personas participantes del estudio que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral, se realizó a través de un muestreo no probabilístico incidental (muestra de conveniencia) dada la imposibilidad de realizar un muestro aleatorio en la práctica. El criterio de selección utilizado fue el acceso y disponibilidad de entidades y profesionales de centros diurnos, residenciales y laborales que ofrecían algún tipo de servicio asistencial y/o laboral, a personas con discapacidad intelectual y para las que resultase viable y funcional la aplicación del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996).

Tras realizar numerosos intentos a través de contacto telefónico y postal con entidades, asociaciones, fundaciones, centros y servicios de ámbito estatal destinados a la respuesta de las necesidades que personas jóvenes y adultas con discapacidad puedan presentar en el ámbito asistencial, residencial, ocupacional y/o laboral, se consiguió la generosa y desinteresada colaboración del Instituto Valenciano de Acción Social (en adelante IVAS) y de la Fundación Lantegi Batuak de Bizkaia. Teniendo en cuenta las características de las personas a las que se pretendía aplicar el inventario (personas jóvenes y adultas con discapacidad) fue necesario solicitar una autorización firmada y previa al IVAS y a la Fundación Lantegi Batuak, confirmando y certificando la idoneidad de llevar a cabo el estudio, dado que se trataba de una investigación observacional con seres humanos e implicaba el uso de sus datos personales.

El IVAS es una entidad de derecho público, único para todo el ámbito de la Comunidad Valenciana, adscrito a la Consellería de Acción Social y al que le corresponden

entre otras funciones: la gestión de centros y servicios especializados para personas con discapacidad y/o en situación de dependencia y la gestión, promoción y el fomento de recursos, programas y actuaciones de inserción social y laboral (cuenta incluso con una agencia de colocación que en coordinación y colaboración con el servicio público de empleo, realiza actividades de intermediación laboral). En definitiva, la consecución de programas que incidan en la integración socio – laboral y el desarrollo integral de las personas con discapacidad psíquica y otras discapacidades, así como la prestación y ejecución de actuaciones en materia de servicios sociales y de acción social.

Para ello, el IVAS, dispone de recursos materiales y humanos que se traducen en una serie de servicios especializados que se prestan a través de la red de centros existentes en Valencia, Alicante y Castellón. En relación al ámbito ocupacional y laboral dispone de; Centros Ocupacionales para la atención habilitadora integral de las personas mediante programas de capacitación laboral y de desarrollo psicosocial; Centros Especiales de Empleo, empresas que desarrollan actividades productiva distribuidas en varias áreas o líneas de negocio como: artes gráficas, gestión documental y manipulado industrial (montajes, embolsados y mecanizados), participando en operaciones de mercado y asegurando un empleo remunerado a sus trabajadores; y, brigadas de servicios y enclaves laborales centrados en actividades de servicios integrales de limpieza de oficinas e instalaciones residenciales, jardinería, hostelería, conserjería y administración, mantenimiento de edificios, valija interna de documentación y paquetería.

En relación al ámbito residencial y asistencial, el IVAS, gestiona: actividades y servicios de tiempo libre; residencias, que procuran servicios de alojamiento, manutención y asistencia básica para la realización de actividades de la vida diaria que comprende la atención sanitaria y ayudas asistenciales primarias, el desarrollo máximo del potencial individual y la integración en el medio de las personas con discapacidad; Centros de Día, espacios dedicados a la promoción de la autonomía personal de personas con discapacidad que por sus niveles cognitivos y manipulativos, no pueden participar en Centros Ocupacionales y/o aquellas personas que por sus realidades personales y familiares no disponen de ayuda a jornada completa en sus domicilios personales, y donde se desarrollan programas que permitan la participación y la adquisición de capacidades personales que promuevan la independencia en dominios de autonomía personal, tareas domésticas, tareas ocupacionales, ocio y vida en comunidad; y,

viviendas, donde conviven grupos reducidos de personas con discapacidad tuteladas/supervisadas y se desarrollan las habilidades necesarias para poder alcanzar un grado de autonomía significativo que permita a las mismas, acceder, en condiciones de normalidad social, a los recursos, vivencias y experiencias que la sociedad ofrece.

La Fundación Lantegi Batuak, es una organización no lucrativa que genera, crea y gestiona oportunidades laborales adaptadas a las personas con discapacidad (preferentemente intelectual), presentes en todas las comarcas de Bizkaia con 21 talleres (Centros Ocupaciones y Centros Especiales de Empleo), numerosas brigadas de servicios y enclaves laborales repartidos por todo el territorio. En un intento de creación y gestión de iniciativas sostenibles y competitivas, promueven la empleabilidad de las personas con discapacidad, posibilitando diferentes itinerarios de inserción sociolaboral, abarcando desde la orientación y la formación, a programas ocupacionales y especiales de empleo, hasta la intermediación para favorecer la consecución de empleo normalizado.

En la actualidad, la Fundación Lantegi Batuak, es considerada la iniciativa empresarial de mayor dimensión en el ámbito del empleo protegido de Bizkaia, generando oportunidades laborales para más de 2.300 personas, de las cuales el 63% tiene discapacidad intelectual, el 21% discapacidad física y/o sensorial, el 4% algún tipo de trastorno mental, junto con el 12% restante de la plantilla, compuesta por personal sin discapacidad. La cartera de clientes públicos y privados de la Fundación Lantegi Batuak es más de 1.000 y están presentes en sectores tan diversos como el marketing directo, jardinería, automoción, equipamiento eléctrico, renovables, servicios auxiliares, etc.

En los últimos años, la Fundación Lantegi Batuak, ha ido ampliando su abanico de actividades que combinan la perspectiva social y empresarial para dar servicio a las personas con discapacidad, buscando oportunidades laborales en nuevos sectores y adaptándose a las necesidades del mercado. De esta forma, han creado entre otros servicios: Ergohobe, centro de tecnologías de apoyo para el desarrollo sociolaboral que se centra en la ergonomía y en la adaptación de puestos de trabajo para personas con discapacidad; Lanerako, programa de Empleo con Apoyo a través del cual facilitan el tránsito al empleo ordinario de personas con discapacidad, tanto en organizaciones públicas como privadas; Dokudea, centro de excelencia en gestión documental, especializado en servicios de digitalización, gestión, custodia física y digital y destrucción

confidencial de documentos; Etxejan, servicio de comida a domicilio para personas mayores y dependientes que da servicio tanto a instituciones públicas como particulares; Laguntek, servicio de alquiler y venta de ayudas técnicas que proporciona mobiliario geriátrico, ayudas técnicas y productos adaptados para personas con movilidad reducida; Egunon, servicio de buzoneo y reparto de publicidad y BBKBilbaoGoodHostel, un hotel en Bilbao, que ofrece a jóvenes, familias y grupos, un alojamiento de calidad a precio económico, con unas instalaciones sin barreras arquitectónicas y de comunicación y un atractivo abanico de servicios.

La muestra del estudio, obtenida de estas dos entidades descritas, está compuesta por 502 personas con discapacidad, de las cuales 357 pertenecen a Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo y servicios residenciales del IVAS y 145 personas ocupadas y empleadas en Centros Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo de la Fundación Lantegi Batuak.

En un intento de especificar las características de los servicios residenciales y aquellos relativos al empleo protegido para personas con discapacidad, a continuación se definen y detallan aquellas características más significativas de los Centros Residenciales, Centros Ocupaciones, Centros Especiales de Empleo y Enclaves, entendiendo que esto puede aportar información relevante que enmarque y facilite la comprensión de las características de las personas que componen ambas submuestras.

La Orden de 4 de junio de 1992, por la que se aprueba el Estatuto básico de los Centros Residenciales de minusválidos del Instituto Nacional de Servicios Sociales y la Orden posterior de 30 de septiembre por la que se modifican determinadas normas del Estatuto básico establecido por la anterior, definen dichos centros como recursos de vivienda destinados a las personas con discapacidad que precisen de una atención especializada y asistencia integral, continuada, personal y multidisciplinar, que no puede ser llevada a cabo en un medio familiar por sus condicionantes personales y/o familiares. Son centros, por tanto, que garantizan y ofrecen a las personas con discapacidad y a sus familias servicios de asistencia personal de salud, manutención y alojamiento en régimen de internado o atención diurna, además de rehabilitación médico - funcional, entrenamiento de la autonomía personal y rehabilitación psicosocial.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos, más conocida como LISMI, ley marco sobre la cual se articulan todos los desarrollos

posteriores relacionados con el empleo de las personas con discapacidad, en su artículo 42.1 define los Centros Especiales de Empleo de la siguiente forma:

Los Centros Especiales de Empleo son aquellos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones de mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos al régimen de trabajo normal

El Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre de 1985, (al cual modifica en algunas cuestiones puntuales el posterior Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo), que establece el reglamento de los Centros Especiales de Empleo regulando su estructura, organización, creación, financiación, y su seguimiento y control, define como objetivo principal de los mismos, la realización de un trabajo productivo y su participación regular en operaciones de mercado, sin perjuicio de las funciones sociales que los mismos han de cumplir. Entre sus finalidades, estarían el asegurar un empleo remunerado a sus trabajadores con discapacidad y la prestación de servicios de rehabilitación, terapéuticos, de integración social, culturales y deportivos que procuren al trabajador con discapacidad una mayor rehabilitación personal y una mejor adaptación en su relación social, resultando ser un medio de integración del mayor número de personas con discapacidad al régimen de trabajo ordinario. Así pues, y dentro de sus peculiaridades, se constituyen como unidades de producción, entregando bienes y prestando servicios. La totalidad de la plantilla está constituida por trabajadores con discapacidad, salvo algunas plazas de la plantilla destinadas a personal sin discapacidad imprescindible para el desarrollo de la actividad de cada centro.

El Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los Enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad, establece que los mismos se configuran como una subcontratación de obras o servicios entre un Centro Especial de Empleo y una empresa ordinaria (llamada empresa colaboradora), y cuya finalidad última es lograr la mayor integración de los trabajadores con discapacidad con especiales dificultades en el mercado de trabajo ordinario. Los enclaves suponen una medida de utilidad para facilitar la transición desde el empleo protegido en el Centro Especial de Empleo al empleo ordinario, ya que en el enclave, para

la realización de las tareas encomendadas, un grupo de trabajadores con discapacidad se desplaza temporalmente al centro de trabajo de la empresa colaboradora, permitiendo al trabajador con discapacidad completar y mejorar su experiencia profesional con tareas y en entornos propios del mercado ordinario de trabajo, mientras que a la empresa colaboradora el enclave le permite conocer mejor las capacidades y posibilidades de trabajadores con discapacidad, lo que pudiera llevarle finalmente a decidir incorporar a dichas personas en su plantilla.

Los Centros Ocupacionales se definen en la LISMI, Ley 13/1982, de 7 de abril, encuadrados en el artículo 53, Título VIII sobre Servicios Sociales de la siguiente forma:

Los Centros Ocupacionales tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social de los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo.

Los Centros Ocupacionales son regulados a través del Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, y definidos como un servicio social para el desarrollo personal de las personas con discapacidad, en orden a lograr, dentro de las posibilidades de cada uno/a, la superación de los obstáculos que la propia discapacidad les supone, para su integración social. De este modo, su finalidad es la de asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad, cuando por el grado de la misma no puedan integrarse en una empresa o en un Centro Especial de Empleo, sin tener, en ningún caso, carácter de centros de trabajo.

En los Centros Ocupacionales se entiende por terapia ocupacional, aquellas actividades laborales, no productivas, realizadas por personas con discapacidad, de acuerdo con sus condiciones individuales, bajo la orientación del personal técnico encaminadas a la obtención de objetos, productos o servicios que no sean, regularmente, objeto de operaciones de mercado. Por servicios de ajuste personal y social, se entienden aquellos que procuran a las personas con discapacidad una mayor habilitación personal y una mejor adaptación en su relación social.

La organización y métodos de las actividades o labores a desarrollar en los Centros Ocupacionales, tenderán a favorecer la futura incorporación de las personas con discapacidad al trabajo productivo.

4.3.2 Recogida de datos

Previo contacto telefónico, personal y/o escrito con los distintos servicios, se enviaron en torno a 1000 copias del cuestionario del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación individual de los cuales se recibieron 502, obteniendo así una tasa de respuesta del 50,02%. Como iremos viendo, a pesar de que en algunos cuestionarios no fueron completados apartados relativos a información descriptiva de la persona con discapacidad, consideramos que para el estudio que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral era importante dar por válidas la totalidad de las evaluaciones recibidas.

Todos los cuestionarios fueron completados por personal técnico cualificado de los servicios ocupaciones, laborales y residenciales a los que pertenecía cada miembro de la muestra y que conocía a la persona desde hacía al menos 6 meses. Además, dada la importancia de que todos los agentes que fueran a aplicar el instrumento conocieran al detalle los principios en los que éste se sustenta y las premisas a tener en cuenta de cara a su aplicación, se corroboró que tanto el IVAS como la Fundación Lantegi Batuak habían planificado y desarrollado recientes acciones formativas de conocimiento y uso de herramientas para la evaluación de la conducta adaptativa, entre ellas el ICAP, por entender ambas instituciones que la filosofía base de sus servicios no es otra que aquella que entiende a las personas con discapacidad como mujeres y hombres con multitud de capacidades, algunas por potenciar y otras por trabajar y que, por tanto, han de conocer herramientas y medios que permitan a sus profesionales generar ideas, ofrecer soluciones, realizar adaptaciones y potenciar al máximo las capacidades de cada persona en pro de su calidad de vida. Además, se enviaron copias del manual del inventario para que las personas responsables de su aplicación dispusiesen de información más detallada sobre las definiciones de términos e instrucciones para la cumplimentación.

1.4. VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables presentes y tenidas en consideración en la investigación que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral son, por un lado, las variables obtenidas y medidas mediante el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996) y por otro, el conjunto de variables identificativas de la muestra.

Entre las variables del ICAP (Montero, 1996) encontramos; las puntuaciones obtenidas en las cuatro escalas de conducta adaptativa del inventario (*destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal y destrezas de la vida en la comunidad*); los índices normativos de problemas de conducta (*interno, asocial, externo y general*); las puntuaciones *de servicio y nivel de servicio del ICAP*; los cuatro factores de conducta adaptativa que como describiremos a continuación en el siguiente capítulo, se obtienen del primer estudio realizado con el objetivo de conocer la estructura factorial del conjunto de escalas de conducta adaptativa que componen el inventario salvo la de destrezas motoras, en concreto, los factores de *conducta adaptativa general, habilidades prácticas, habilidades conceptuales y habilidades sociales* y; el conjunto de actividades de ocio realizadas por las personas que participaron en el estudio (*hablar por teléfono con parientes o amigos, visitar a parientes, visitar a amigos o vecinos fuera de su residencia, ir de compras o comer fuera sólo/a o con otros/as, asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa y tener un hobby*, entendido como ocupar el tiempo libre con una actividad de carácter personal).

Por otro lado, entre el conjunto de variables identificativas de la muestra y tenidas en cuenta estarían; el *género*, el *estado civil*, el *grado de discapacidad intelectual*, el lugar de *residencia* y la posible propuesta de cambio y el *servicio de día* al que acuden y la posible propuesta de cambio.

Capítulo 5. Resultados

5.1. Primer estudio

5.1.1. Estructura factorial del ICAP

5.1.2. Fiabilidad y validez

5.1.2.1. Fiabilidad

5.1.2.1.1. Fiabilidad individual de cada ítem

5.1.2.1.2. Fiabilidad del constructo o consistencia interna

5.1.2.2. Validez de criterio

5.2. Segundo estudio

5.2.1. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del género

5.2.2. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del estado civil

5.2.3. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del nivel de discapacidad intelectual

5.2.4. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de la residencia actual

5.2.5. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de si se recomienda o no el cambio de residencia

5.2.6. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de si se recomienda o no el cambio de servicio de día

5.2.7. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de la realización de diferentes tipos de actividades de ocio

5.2.8. Perfil de las personas de la muestra en relación a las diferentes actividades de ocio y las variables; edad, nivel de discapacidad intelectual, gravedad de los problemas de conducta y residencia

CAPITULO 5

Resultados

5.1. PRIMER ESTUDIO

Para la consecución del primer objetivo establecido en esta investigación, analizar la estructura factorial del conjunto de las escalas de conducta adaptativa, salvo la escala relativa a las destrezas motoras del ICAP (Montero, 1996), se llevo a cabo un análisis factorial exploratorio de componentes principales y rotación varimax con el fin de comprobar el número de factores que conforman el inventario.

La estructura del modelo en este primer estudio se establece, tal y como indicamos en capítulos anteriores, en base al conocimiento teórico ya existente y analizado en apartados anteriores donde se ha ido definiendo la existencia de aproximaciones unifactoriales al constructo y aproximaciones con mayor apoyo a nivel científico multifactoriales. Nihira, Foster, Shellhaas y Leland (1967, 1969) tras estudios realizados con instrumentos como La lista de conducta adaptativa de la AAMD (*AAMD Adaptive Behavior Checklist*. Nihira, Foster, Shellhas y Leland, 1975; Lamber, Nihira y Leland, 1993; Nihira, Leland y Lambert, 1993) propusieron una aproximación unifactorial al constructo de conducta adaptativa, argumentando que la conducta adaptativa puede ser explicada en base a un único factor denominado independencia personal. En 1988, Bruininks, McGrew y Maruyama a partir del análisis factorial de las dimensiones de las que se componen las Escalas de Conducta Independiente (*Scales of Independent Behaviour*,

SIB. Bruininks, Woodcock, Hill y Weatherman, 1985), dieron cuenta nuevamente de la existencia de un único factor denominado de igual forma, independencia personal o desarrollo general.

Por otro lado, se producen y evidencian un mayor número de aproximaciones multifactoriales al constructo de conducta adaptativa que demuestran la presencia de un número determinado de factores que correlacionan entre sí. Este tipo de aproximaciones tal y como se señaló en capítulos anteriores, han recibido mayor apoyo y menor número de críticas que las aproximaciones unifactoriales (Guarnaccia, 1976; Kampahus, 1987; Lambert y Nicoll, 1976; Levine y Elzey, 1968; Meyers et al., 1979; Nihira, 1976, 1978; Owens y Bowling, 1970; Reynolds, 1981; Silverman et al., 1983; Song et al., 1984; Sparrow y Cicchetti, 1978; Walsh y McConkey, 1989; Widaman et al., 1987).

Además, tal y como se indica en capítulos anteriores de este trabajo, al hablar de conducta adaptativa, estudios posteriores a los citados en el párrafo anterior (Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Thompson, McGrew y Bruininks, 1999), eliminaron la dimensión de competencia física o motora, al considerar que la evaluación de habilidades propias de dicha categoría ha de realizarse en el contexto de otras dimensiones del modelo de discapacidad intelectual, como es el caso de la dimensión Salud. Jagannathan, Camasso, Lerman y Cook (1997), pusieron de manifiesto que las habilidades motoras o físicas aparecen como factor independiente que no comparte cargas factoriales con el resto de dominios de la conducta adaptativa. Por tanto, y teniendo en cuenta los resultados de investigaciones previas además de las realizadas posteriormente e incluidas y analizadas en la Tabla 22 (Arias, Verdugo, Navas y Gómez, 2013; Aricak y Oakland, 2010; Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Oakland y Algina, 2011; Oakland, Iliescu, Chen y Chen, 2013; Rojahn, Matson, Lott, Esbensen y Smailis, 2001; Stinnett, Fuqua y Coombs, 1999; Sturney, Matson y Lott, 2004; Thackrey, 1991; Wei, Oakland y Algina, 2008), así como el marco conceptual actual que considera la conducta adaptativa como "el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por la persona para funcionar en su vida diaria" (Schalock et al., 2010, p.15), en este primer estudio únicamente se tendrán en cuenta las puntuaciones obtenidas por la muestra en las tres escalas de conducta adaptativa: *destrezas sociales y comunicativas*, *destrezas de la vida personal* y *destrezas de vida en la comunidad*, siendo sometidos a prueba dos modelos, ya especificados y definidos en la Tabla 23.

5.1.1. Estructura factorial del ICAP (salvo destrezas motoras)

En primer lugar, se lleva a cabo un análisis factorial que pone de manifiesto la existencia de once factores, lo que evidencia la aproximación multifactorial al constructo de conducta adaptativa medido a través del Inventario para la Planificación y Programación Individual (Montero, 1996). La Tabla 43 muestra la saturación de los ítems del ICAP (Montero, 1996) en los once factores obtenidos.

Los 59 ítems (todos los del inventario salvo los de la escala de destrezas motoras) se reparten, tal y como se ha señalado, en once factores, que van a explicar, en conjunto, el 74.936% de la varianza total. La tabla 42, recoge los datos de autovalor, porcentaje de varianza y varianza acumulada de los once factores inicialmente hallados.

Tabla 42.
Autovalor, porcentaje de varianza y varianza acumulada de los once factores de conducta adaptativa del ICAP

Factor	Autovalor	Pct. de varianza	Pct. de varianza acumulada
1	11.805	20.009	20.009
2	6.863	11.633	31.642
3	3.990	6.763	38.405
4	3.617	6.131	44.536
5	3.521	5.968	50.504
6	2.907	4.928	55.431
7	2.770	4.695	60.126
8	2.545	4.314	64.440
9	2.276	3.858	68.298
10	2.102	3.564	71.862
11	1.814	3.074	74.936

Tabla 43.
Saturación factorial de los ítems y componentes principales en los once factores de conducta adaptativa iniciales

Ítems del ICAP	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
Cuenta con precisión las vueltas, después de comprar algo con una moneda de quinientas pesetas	,869	,042	,025	,058	,035	,011	,118	,028	-,029	,011	,123
Cumple con las citas que le han sido fijadas por lo menos tres días antes, anotándolas si es necesario	,848	,045	,154	,065	,023	,017	,065	,120	,100	,054	,016
Recuerda o sabe como localizar números telefónicos y llama a sus amigos	,830	,044	,095	,098	-,023	,064	,082	,073	,114	,116	,087
Usa diariamente un reloj para hacer cosas a una hora determinada (por ejemplo, para tomar un autobús o ver un programa de televisión)	,823	,028	,067	,115	,032	-,029	,016	,044	-,009	,098	,214
Escribe, a mano o a máquina, notas o cartas legibles y comprensibles, para ser enviadas por correo	,820	,042	,034	,064	-,003	,008	,152	,084	,010	,058	-,024
Dice la fecha completa de su nacimiento (día, mes y año)	,802	-,018	,070	,199	,050	,036	,000	,045	-,040	,117	,146
Administra su dinero de forma que cubra los gastos de, por lo menos, una semana (ocio, transporte y otras necesidades)	,790	,071	,011	,041	,024	,022	,208	,051	,078	-,072	-,009
Maneja herramientas manuales eléctricas, potencialmente peligrosas, y aparatos de piezas móviles (por ejemplo, un taladro eléctrico, una batidora o una licuadora)	,744	,056	,082	,017	,023	-,023	,152	,098	,196	,031	-,051
Prepara listas de compras de por lo menos seis productos para adquirir en una tienda de comestibles	,742	,048	,068	,035	,016	,014	,163	,050	,440	,059	-,004
Prepara y combina comidas simples, como huevos fritos, sopa o "sándwiches"	,711	,013	,197	,068	,029	-,007	,027	,103	,397	,133	,084
Localiza la información que necesita en las páginas amarillas de la guía telefónica o en los anuncios clasificados del periódico	,694	,058	-,050	,007	,015	-,019	,380	-,011	,154	,083	-,039
Cuenta de manera resumida una historia de forma que otra persona pueda entenderla (por ejemplo, un programa de TV o una película de cine)	,656	,038	,162	,369	,018	,076	,019	,188	,059	-,055	,210
Reacciona correctamente ante la mayoría de las señales, rótulos o símbolos más comunes (por ejemplo, STOP, ALTO, CABALLEROS, SEÑORAS, PELIGRO)	,613	-,034	,240	,172	,039	,079	,000	,329	,093	,156	,295
Compra las cosas que se le piden cuando va a hacer un recado, aunque es posible que no cuente el cambio correctamente	,612	,048	,278	,198	,031	,038	,002	,131	,044	,127	,509
Arregla su dormitorio, lo cual incluye guardar la ropa, cambiar las sábanas, quitar el polvo y barrer el suelo	,566	-,010	,402	,097	,021	,042	,014	,149	,423	,108	-,021
Trabaja en una tarea a ritmo regular, por lo menos durante dos horas	,550	,099	,277	-,026	,014	-,031	,052	,413	,072	-,139	-,111
Friega, seca y luego guarda los platos en su lugar	,540	-,025	,446	,097	,018	,066	-,037	,119	,366	,261	,071
Llama a un servicio de reparaciones o al responsable de la vivienda, cuando se estropea algo importante en su casa (como la cocina o el frigorífico)	,525	,039	-,002	,012	,010	,009	,493	-,001	,261	,039	-,054

Ítems del ICAP	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
Va solo/a a un determinado cuarto cuando se le manda (por ejemplo: "vete a esperar a la a cocina")	,004	,810	,121	,066	,136	,108	-,002	,217	,039	,044	,136
Entrega juguetes u otros objetos a otra persona	,043	,810	,137	,226	,066	,365	-,006	,046	,011	,076	-,060
Encuentra juguetes u objetos que se guardan siempre en el mismo lugar	,052	,802	,070	,040	,042	,120	-,009	,205	,073	,078	,160
Tiende los brazos buscando la personas con la que desea contactar	,033	,729	-,023	,105	,230	,444	-,016	,034	,043	,035	,072
Señala objetos o personas conocidas en una lámina, cuando se le pide	,060	,699	,120	,276	,028	,416	,005	,061	,004	,076	-,023
Cuando se le pide, imita acciones, tales como despedirse o aplaudir	,028	,695	,132	,188	,053	,523	,008	,048	,002	,083	-,107
Come alimentos sólidos usando la cuchara, sin derramar casi nada	,050	,611	,353	,121	,436	,014	,033	,103	-,016	,122	-,011
Mantiene sus manos bajo el chorro de agua para lavárselas, cuando está situado ante un lavabo	,081	,585	,248	,092	,359	,123	,015	,008	-,025	,385	-,086
Se quita el pantalón o la falda y la ropa interior	,044	,562	,559	,015	,310	-,102	,056	,002	,012	,028	,113
Se viste por sí mismo/a, completa y correctamente, incluyendo botones, cinturones, cremalleras y cordones de los zapatos	,302	,197	,730	,062	,077	,068	,013	,113	,088	,078	,232
Utiliza el cuchillo para cortar alimentos, en vez de tratar de comer trozos demasiado grandes	,237	,241	,683	,138	,117	,050	,025	,154	,038	,158	,119
Se pone camisetas o jerséis, aunque sea al revés	,060	,526	,632	,094	,206	,084	,064	,031	-,038	,069	,017
Se enjabona, aclara y seca el pelo	,512	,070	,614	,154	,038	,046	-,009	,148	,125	,001	,113
Hace uso del retrete, quitándose y poniéndose la ropa, (es posible que se orine o defeque encima no más de una vez al mes)	,041	,535	,581	,113	,286	,087	,061	-,012	-,049	,208	-,083
Formula preguntas simples (por ejemplo: "¿qué es eso?")	,169	,178	,123	,881	,025	,096	,006	,177	,036	,040	,008
Habla usando frases de tres o cuatro palabras	,239	,158	,119	,866	,004	,082	-,001	,129	,047	,071	,053
Dice al menos diez palabras, que pueden ser comprendidas por alguien que le conozca bien	,129	,172	,093	,841	,060	,192	,019	,078	,044	,022	,029
Usa correctamente las palabras "mañana" y "noche"	,202	,201	,007	,648	,057	,126	,030	,173	-,029	,171	,271
Traga alimentos blandos	,013	,277	,066	,003	,906	,085	-,004	,013	,030	,004	,062
Evacúa cuando se sienta en el inodoro (en el orinal en el caso de los niños/as) de acuerdo a un horario regular o cuando se le lleva al cuarto de baño	,000	,117	,139	,045	,894	,213	,018	,046	-,001	,065	-,008
Alarga sus brazos y piernas cuando se le viste, para facilitar la tarea	,048	,615	,154	,056	,661	-,055	-,008	-,021	,003	,028	,012
Coge y come alimentos como galletas o patatas fritas	,058	,583	,069	,061	,655	-,057	-,021	,048	,020	-,021	-,005
Permanece sin orinarse al menos durante tres horas	,077	,153	,168	-,014	,526	,366	,023	,089	,023	,341	-,027
Cuando se le llama por su nombre, gira la cabeza hacia quien le llama	-,006	,278	,038	,154	,103	,814	,025	,095	-,015	,030	-,025
Indica "sí" o "no" moviendo la cabeza, o de cualquier otra manera, para responder a preguntas sencillas, como por ejemplo: "¿quieres leche?"	,030	,436	,088	,168	,092	,754	,012	,175	-,011	,045	-,027
Emite sonidos o gesticula para llamar la atención	,022	,389	-,018	,127	,158	,672	,008	,048	,042	,041	,142
Recibe facturas por correo y efectúa los pagos antes de que venza el plazo	,195	-,006	,022	,005	,006	,006	,905	,038	,177	-,008	,038
Hace balance mensual de su cuenta bancaria o libreta de ahorros	,202	-,003	,018	,003	,005	,004	,899	,043	,166	-,008	,033
Rellena formularios y asiste a entrevistas de selección para buscar trabajo	,343	-,002	,057	,030	,003	,030	,650	,015	-,056	,041	-,016

Ítems del ICAP	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
En actividades grupales, espera por lo menos dos minutos a que le llegue su turno (por ejemplo, espera su turno para chutar una pelota o beber un trago de agua)	,241	,102	,118	,247	,014	,111	,027	,774	,028	,065	-,017
Se comporta de manera adecuada, sin llamar la atención de los demás, cuando está con sus amigos en lugares públicos (por ejemplo, en el cine, el autobús o el teatro)	,276	,213	,096	,107	,052	,037	,026	,748	,031	,173	,033
Permanece sin alejarse durante diez minutos, en un patio o parque sin vallas, cuando se espera que lo haga	,094	,201	,040	,232	,064	,224	,053	,609	-,001	,165	,203
Realiza pequeñas reparaciones de su ropa, como zurcirse un roto o coserse un botón, o, en todo caso, encarga a la persona adecuada para que lo haga	,424	,046	,059	,041	,011	-,015	,150	,023	,692	,012	,011
Planifica, prepara y sirve una comida completa para más de dos personas	,460	,037	,016	,023	,016	,009	,268	,020	,658	,036	,036
Carga y maneja una lavadora, utilizando la cantidad de detergente y el programa apropiados	,557	,036	,036	,031	,018	,023	,237	,021	,611	,049	,052
Indica cuando ha finalizado una tarea rutinaria o que se le encargó	,216	,224	,031	,111	,051	,100	,013	,319	,100	,703	,180
Cierra la puerta del retrete, si es preciso, cuando hace uso del inodoro	,139	,295	,438	,071	,196	,068	,039	,023	-,021	,657	-,082
Ofrece ayuda a otras personas (ejemplos: mantiene la puerta abierta para que pase una persona cuando tiene las manos ocupadas o recoge un objeto que se le ha caído a alguien)	,299	,141	,224	,219	,052	,014	,032	,393	,138	,532	,066
En su barrio, cruza calles, avenidas o cruces sin señalizar, sin que nadie le acompañe	,511	,091	,352	,121	,047	-,011	,015	,098	,047	,083	,576
Compra objetos, que cuestan menos de veinticinco pesetas, en máquinas automáticas (por ejemplo, dulces o refrescos)	,480	,132	,279	,270	-,040	,029	,033	,053	,023	-,167	,559
Intercambia un objeto por dinero o por otro objeto de valor (por ejemplo, un libro por otro libro o por dinero)	,532	,089	,071	,164	,024	-,004	,032	,098	,051	,370	,535

Aparecen, como se ha señalado, once factores compuestos, cada uno, por los elementos que a continuación se irán detallando. Analizados los ítems agrupados en cada factor, podría etiquetarse el primer factor como factor general de conducta adaptativa, correspondiendo el resto de los factores a las habilidades prácticas, conceptuales y sociales que mencionan las concepciones teóricas actuales.

(a) *Factor 1: General de conducta adaptativa*

Este factor recoge y hace referencia a un conjunto de habilidades *conceptuales* (habilidades cognitivas y académicas que permiten a la persona manejarse en lo cotidiano), *sociales* (destrezas precisas para ser miembro activo de la sociedad) y *prácticas* (destrezas para la satisfacción de las necesidades personales básicas) necesarias para el funcionamiento en la vida diaria. Los 18 ítems que lo componen, pertenecen a las escalas de *destrezas sociales y comunicativas*, *destrezas de la vida personal* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Cuenta con precisión las vueltas, después de comprar algo con una moneda de quinientas pesetas
- Cumple con las citas que le han sido fijadas por lo menos tres días antes, anotándolas si es necesario
- Recuerda o sabe cómo localizar números telefónicos y llama a sus amigos
- Usa diariamente un reloj para hacer cosas a una hora determinada (por ejemplo, para tomar un autobús o ver un programa de televisión)
- Escribe, a mano o a máquina, notas o cartas legibles y comprensibles, para ser enviadas por correo
- Dice la fecha completa de su nacimiento (día, mes y año)
- Administra su dinero de forma que cubra los gastos de, por lo menos, una semana (ocio, transporte y otras necesidades)
- Maneja herramientas manuales eléctricas, potencialmente peligrosas, y aparatos de piezas móviles (por ejemplo, un taladro eléctrico, una batidora o una licuadora)
- Prepara listas de compras de por lo menos seis productos para adquirir en una tienda de comestibles

- Prepara y combina comidas simples, como huevos fritos, sopa o "sándwiches"
- Localiza la información que necesita en las páginas amarillas de la guía telefónica o en los anuncios clasificados del periódico
- Cuenta de manera resumida una historia de forma que otra persona pueda entenderla (por ejemplo, un programa de TV o una película de cine)
- Reacciona correctamente ante la mayoría de las señales, rótulos o símbolos más comunes (por ejemplo, STOP, ALTO, CABALLEROS, SEÑORAS, PELIGRO)
- Compra las cosas que se le piden cuando va a hacer un recado, aunque es posible que no cuente el cambio correctamente
- Arregla su dormitorio, lo cual incluye guardar la ropa, cambiar las sábanas, quitar el polvo y barrer el suelo
- Trabaja en una tarea a ritmo regular, por lo menos durante dos horas
- Friega, seca y luego guarda los platos en su lugar
- Llama a un servicio de reparaciones o al responsable de la vivienda, cuando se estropea algo importante en su casa (como la cocina o el frigorífico)

(b) *Factor 2: Habilidades prácticas*

Este factor hace referencia a un conjunto de destrezas necesarias para la satisfacción de necesidades personales básicas, concretamente; actividades instrumentales de la vida diaria, funcionamiento motor y habilidades de cuidado personal. Los nueve ítems que componen el segundo factor, pertenecen a las escalas de *destrezas sociales y comunicativas*, *destrezas de la vida personal* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Va solo/a a un determinado cuarto cuando se le manda (por ejemplo: "vete a esperar a la cocina")
- Entrega juguetes u otros objetos a otra persona
- Encuentra juguetes u objetos que se guardan siempre en el mismo lugar
- Tiende los brazos buscando la personas con la que desea contactar
- Señala objetos o personas conocidas en una lámina, cuando se le pide
- Cuando se le pide, imita acciones, tales como despedirse o aplaudir
- Come alimentos sólidos usando la cuchara, sin derramar casi nada

- Mantiene sus manos bajo el chorro de agua para lavárselas, cuando está situado ante un lavabo
- Se quita el pantalón o la falda y la ropa interior

(c) *Factor 3: Habilidades prácticas*

El tercer factor, al igual que el anterior, hace referencia a un conjunto de destrezas necesarias para la satisfacción de necesidades personales básicas, concretamente a actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, funcionamiento motor y habilidades de cuidado personal. En este caso, los cinco ítems que lo componen, pertenecen todos ellos a la escala de *destrezas de la vida personal* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Se viste por sí mismo/a, completa y correctamente, incluyendo botones, cinturones, cremalleras y cordones de zapatos
- Utiliza el cuchillo para cortar alimentos, en vez de tratar de comer trozos demasiado grandes
- Se pone camisetas o jerséis, aunque sea al revés
- Se enjabona, aclara y seca el pelo
- Hace uso del retrete, quitándose y poniéndose la ropa, (es posible que se orine o defeque encima no más de una vez al mes)

(d) *Factor 4: Habilidades conceptuales*

Este factor hace referencia a un conjunto de destrezas en el uso y comprensión lenguaje oral. Los cuatro ítems que lo componen, pertenecen a las escalas de *destrezas sociales y comunicativas* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Formula preguntas simples (por ejemplo: "¿Qué es eso?")
- Habla usando frases de tres o cuatro palabras
- Dice al menos diez palabras, que pueden ser comprendidas por alguien que le conozca bien
- Usa correctamente las palabras "mañana" y "noche"

(e) *Factor 5: Habilidades prácticas*

El quinto factor (igual a los factores 2 y 3) hace referencia a un conjunto de destrezas necesarias para la satisfacción de necesidades personales básicas (habilidades de cuidado personal). Los cinco ítems que componen el factor, pertenecen a la escala de *destrezas de la vida personal* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Traga alimentos blandos
- Evacúa cuando se sienta en el inodoro (en el orinal en el caso de los niños/as) de acuerdo a un horario regular o cuando se le lleva al cuarto de baño
- Alarga sus brazos y piernas cuando se le viste, para facilitar la tarea
- Coge y come alimentos como galletas o patatas fritas
- Permanece sin orinarse al menos durante tres horas

(f) *Factor 6: Habilidades conceptuales*

Este factor, hace referencia a un conjunto de destrezas comunicativas no verbales. Los tres ítems que lo componen, pertenecen a la escala de *destrezas sociales y comunicativas* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Cuando se le llama por su nombre, gira la cabeza hacia quien le llama
- Indica "sí" o "no" moviendo la cabeza, o de cualquier otra manera, para responder a preguntas sencillas, como por ejemplo: "¿quieres leche?"
- Emite sonidos o gesticula para llamar la atención

(g) *Factor 7: Habilidades conceptuales*

El séptimo factor, hace referencia a habilidades que permiten el manejo funcional en lo cotidiano, concretamente a hace referencia a habilidades cognitivas y académicas (habilidades de lectura y escritura, junto con la gestión de recursos monetarios). Los tres ítems que lo componen, pertenecen a la escala de *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Recibe facturas por correo y efectúa los pagos antes de que venza el plazo
- Hace balance mensual de su cuenta bancaria o libreta de ahorros
- Rellena formularios y asiste a entrevistas de selección para buscar trabajo

(h) *Factor 8: Habilidades sociales*

El octavo factor, compuesto por tres ítems, hace referencia a destrezas precisas para ser miembro activo de la sociedad, concretamente, a habilidades para la interacción con otros/as, participación en actividades grupales y de adaptación personal y social. Los ítems que componen el octavo factor, pertenecen a las escalas de *destrezas sociales y comunicativas* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- En actividades grupales, espera por lo menos dos minutos a que le llegue su turno (por ejemplo, espera su turno para chutar una pelota o beber un trago de agua)
- Se comporta de manera adecuada, sin llamar la atención de los demás, cuando está con sus amigos en lugares públicos (por ejemplo, en el cine, el autobús o el teatro)
- Permanece sin alejarse durante diez minutos, en un patio o parque sin vallas, cuando se espera que lo haga

(i) *Factor 9: Habilidades prácticas*

Este factor hace referencia a un conjunto de destrezas necesarias para la ejecución actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Los tres ítems que componen el noveno factor, pertenecen a la escala de *destrezas de la vida personal* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Realiza pequeñas reparaciones de su ropa, como zurcirse un roto o coserse un botón, o, en todo caso, encarga a la persona adecuada para que lo haga
- Planifica, prepara y sirve una comida completa para más de dos personas
- Carga y maneja una lavadora, utilizando la cantidad de detergente y el programa apropiados

(j) *Factor 10: Habilidades prácticas*

El décimo factor hace referencia a un conjunto de destrezas básicas e instrumentales para la vida diaria y habilidades de cuidado personal. Los tres ítems que componen el décimo factor, pertenecen a las escalas de *destrezas sociales y comunicativas*, *destrezas de la vida personal* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Indica cuando ha finalizado una tarea rutinaria o que se le encargó
- Cierra la puerta del retrete, si es preciso, cuando hace uso del inodoro
- Ofrece ayuda a otras personas (ejemplo: mantiene la puerta abierta para que pase una persona cuando tiene las manos ocupadas o recoge un objeto que se le ha caído a alguien)

(k) *Factor 11: Habilidades prácticas*

El último factor, se refiere a habilidades necesarias y básicas para el funcionamiento y la vida en la comunidad. Los tres ítems que componen el decimo primer factor, pertenecen a la escala de *destrezas de la vida en la comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- En su barrio, cruza calles, avenidas o cruces sin señalizar, sin que nadie le acompañe
- Compra objetos, que cuestan menos de veinticinco pesetas, en máquinas automáticas (por ejemplo, dulces o refrescos)
- Intercambia un objeto por dinero o por otro objeto de valor (por ejemplo, un libro por otro o por dinero)

Como se puede comprobar, la denominación *habilidades prácticas* es otorgada a los factores segundo, tercero, quinto, noveno, décimo y decimo primero, al recoger todos ellos, destrezas y acciones básicas e instrumentales para la vida diaria, el funcionamiento motor, la vida en comunidad y habilidades de cuidado personal. De igual forma, los factores cuarto, sexto y séptimo son denominados con la etiqueta de *habilidades conceptuales*, por agrupar indicadores de competencias cognitivas y académicas,

habilidades relacionadas con el lenguaje expresivo y receptivo, la comunicación no verbal, el manejo del dinero y habilidades de lectoescritura. El primer factor, que agrupa elementos referidos a un amplio conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas necesarias para el funcionamiento en la vida diaria, se ha denominado *general de conducta adaptativa* y finalmente el octavo factor, es denominado como *habilidades sociales* por agrupar elementos relativos a destrezas precisas para ser miembro activo de la sociedad.

A la luz de los resultados obtenidos, se determina la realización de un nuevo análisis factorial exploratorio de componentes principales y rotación varimax, con el fin de comprobar qué ocurre si forzamos a la obtención de los cuatro factores de que habla la teoría. Los resultados obtenidos se muestran a continuación.

Tal y como se puede observar en la tabla 45, los 59 ítems se reparten en cuatro factores que van a explicar, en conjunto, el 58.154% de la varianza total. La Tabla 44, recoge los datos de autovalor, porcentaje de varianza y varianza acumulada de los factores obtenidos.

Tabla 44.

Autovalor, porcentaje de varianza y varianza acumulada de los cuatro factores de conducta adaptativa que constituyen el ICAP

Factor	Autovalor	Pct. de varianza	Pct. de Varianza acumulada
1	12.036	20.400	20.400
2	8.837	14.979	35.378
3	7.026	11.908	47.287
4	6.412	10.868	58.154

Tabla 45.
Saturación factorial de los ítems y componentes principales en los cuatro factores de conducta adaptativa

Ítems del ICAP	F1	F2	F3	F4
Compra las cosas que se le piden cuando va a hacer un recado, aunque es posible que no cuente el cambio correctamente	,793	,102	,179	,127
Reacciona correctamente ante la mayoría de las señales, rótulos o símbolos más comunes (por ejemplo, STOP, ALTO, CABALLEROS, SEÑORAS, PELIGRO)	,763	,050	,220	,152
En su barrio, cruza calles, avenidas o cruces sin señalizar, sin que nadie le acompañe	,739	,179	,123	,049
Se enjabona, aclara y seca el pelo	,713	,273	,155	,034
Usa diariamente un reloj para hacer cosas a una hora determinada (por ejemplo, para tomar un autobús o ver un programa de televisión)	,705	,007	,390	,036
Cuenta de manera resumida una historia de forma que otra persona pueda entenderla (por ejemplo, un programa de TV o una película de cine)	,698	-,015	,272	,268
Friega, seca y luego guarda los platos en su lugar	,697	,189	,272	-,001
Dice la fecha completa de su nacimiento (día, mes y año)	,694	-,016	,355	,100
Intercambia un objeto por dinero o por otro objeto de valor (por ejemplo, un libro por otro libro o por dinero)	,685	,081	,182	,149
Cumple con las citas que le han sido fijadas por lo menos tres días antes, anotándolas si es necesario	,678	,059	,500	,035
Prepara y combina comidas simples, como huevos fritos, sopa o "sándwiches"	,666	,084	,482	-,008
Recuerda o sabe como localizar números telefónicos y llama a sus amigos	,666	,012	,504	,094
Compra objetos, que cuestan menos de veinticinco pesetas, en máquinas automáticas (por ejemplo, dulces o refrescos)	,653	,059	,128	,186
Arregla su dormitorio, lo cual incluye guardar la ropa, cambiar las sábanas, quitar el polvo y barrer el suelo	,638	,158	,371	-,001
Cuenta con precisión las vueltas, después de comprar algo con una moneda de quinientas pesetas	,612	,000	,521	,034
Se viste por sí mismo/a, completa y correctamente, incluyendo botones, cinturones, cremalleras y cordones de los zapatos	,614	,463	,020	,025
Escribe, a mano o a máquina, notas o cartas legibles y comprensibles, para ser enviadas por correo	,568	-,006	,537	,056
Ofrece ayuda a otras personas (ejemplos: mantiene la puerta abierta para que pase una persona cuando tiene las manos ocupadas o recoge un objeto que se le ha caído a alguien)	,563	,231	,080	,255
Utiliza el cuchillo para cortar alimentos, en vez de tratar de comer trozos demasiado grandes	,554	,497	-,022	,098
Trabaja en una tarea a ritmo regular, por lo menos durante dos horas	,509	,130	,308	,032
Se comporta de manera adecuada, sin llamar la atención de los demás, cuando está con sus amigos en lugares públicos (por ejemplo, en el cine, el autobús o el teatro)	,460	,167	,077	,344
En actividades grupales, espera por lo menos dos minutos a que le llegue su turno (por ejemplo, espera su turno para chutar una pelota o beber un trago de agua)	,458	,049	,041	,425
Indica cuando ha finalizado una tarea rutinaria o que se le encargó	,425	,250	,058	,312

Ítems del ICAP	F1	F2	F3	F4
Alarga sus brazos y piernas cuando se le viste, para facilitar la tarea	,027	,835	,043	,124
Come alimentos sólidos usando la cuchara, sin derramar casi nada	,166	,785	-,008	,233
Hace uso del retrete, quitándose y poniéndose la ropa, (es posible que se orine o defeque encima no más de una vez al mes)	,216	,773	-,042	,189
Se quita el pantalón o la falda y la ropa interior	,242	,769	-,035	,034
Coge y come alimentos como galletas o patatas fritas	,009	,764	,061	,145
Traga alimentos blandos	-,028	,749	,060	,019
Mantiene sus manos bajo el chorro de agua para lavárselas, cuando está situado ante un lavabo	,130	,733	,030	,283
Se pone camisetas o jerséis, aunque sea al revés	,268	,716	-,045	,182
Evacúa cuando se sienta en el inodoro (en el orinal en el caso de los niños/as) de acuerdo a un horario regular o cuando se le lleva al cuarto de baño	-,004	,684	,040	,049
Va solo/a a un determinado cuarto cuando se le manda (por ejemplo: "vete a esperar a la a cocina")	,101	,618	,030	,462
Cierra la puerta del retrete, si es preciso, cuando hace uso del inodoro	,344	,580	-,014	,116
Permanece sin orinarse al menos durante tres horas	,093	,553	,080	,188
Encuentra juguetes u objetos que se guardan siempre en el mismo lugar	,094	,545	,049	,472
Recibe facturas por correo y efectúa los pagos antes de que venza el plazo	-,024	,014	,742	,045
Hace balance mensual de su cuenta bancaria o libreta de ahorros	-,021	,013	,739	,045
Llama a un servicio de reparaciones o al responsable de la vivienda, cuando se estropea algo importante en su casa (como la cocina o el frigorífico)	,244	,022	,717	,025
Localiza la información que necesita en las páginas amarillas de la guía telefónica o en los anuncios clasificados del periódico	,366	,009	,703	,014
Planifica, prepara y sirve una comida completa para más de dos personas	,305	,035	,676	,010
Carga y maneja una lavadora, utilizando la cantidad de detergente y el programa apropiados	,395	,038	,674	,015
Prepara listas de compras de por lo menos seis productos para adquirir en una tienda de comestibles	,533	,044	,663	,013
Administra su dinero de forma que cubra los gastos de, por lo menos, una semana (ocio, transporte y otras necesidades)	,487	,007	,607	,051
Realiza pequeñas reparaciones de su ropa, como zurcirse un roto o coserse un botón, o, en todo caso, encarga a la persona adecuada para que lo haga	,326	,049	,573	-,005
Rellena formularios y asiste a entrevistas de selección para buscar trabajo	,123	,020	,572	,052
Maneja herramientas manuales eléctricas, potencialmente peligrosas, y aparatos de piezas móviles (por ejemplo, un taladro eléctrico, una batidora o una licuadora)	,524	,050	,567	,000

Ítems del ICAP	F1	F2	F3	F4
Indica "sí" o "no" moviendo la cabeza, o de cualquier otra manera, para responder a preguntas sencillas, como por ejemplo: "¿quieres leche?"	-,012	,366	,080	,735
Señala objetos o personas conocidas en una lámina, cuando se le pide	,052	,476	,054	,688
Cuando se le pide, imita acciones, tales como despedirse o aplaudir	-,037	,521	,078	,687
Cuando se le llama por su nombre, gira la cabeza hacia quien le llama	-,090	,261	,085	,683
Dice al menos diez palabras, que pueden ser comprendidas por alguien que le conozca bien	,344	,035	-,040	,663
Entrega juguetes u otros objetos a otra persona	,014	,584	,055	,663
Formula preguntas simples (por ejemplo: "¿qué es eso?")	,436	,016	-,062	,657
Emite sonidos o gesticula para llamar la atención	-,046	,335	,099	,624
Habla usando frases de tres o cuatro palabras	,493	-,007	-,028	,623
Tiende los brazos buscando la personas con la que desea contactar	-,073	,580	,106	,607
Usa correctamente las palabras "mañana" y "noche"	,434	,051	-,031	,581
Permanece sin alejarse durante diez minutos, en un patio o parque sin vallas, cuando se espera que lo haga	,330	,138	-,020	,506

Analizados los ítems agrupados en cada factor, el primer factor se etiqueta como factor *general de conducta adaptativa* y al resto, en función de los elementos que los componen, se les otorga la denominación de *habilidades prácticas*, *habilidades conceptuales* y *habilidades sociales*.

(a) *Factor 1: Conducta adaptativa general*

El primer factor recoge y hace referencia a un amplio conjunto de habilidades conceptuales (habilidades cognitivas y académicas que permiten a la persona manejarse en lo cotidiano), sociales (destrezas precisas para ser miembro activo de la sociedad) y prácticas (destrezas para la satisfacción de las necesidades personales básicas) necesarias para el funcionamiento en la vida diaria. Los 23 ítems que lo componen, pertenecen a las escalas de *destrezas sociales y comunicativas*, *destrezas de la vida personal* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Compra las cosas que se le piden cuando va a hacer un recado, aunque es posible que no cuente el cambio correctamente
- Reacciona correctamente ante la mayoría de las señales, rótulos o símbolos más comunes (por ejemplo, STOP, ALTO, CABALLEROS, SEÑORAS, PELIGRO)
- En su barrio, cruza calles, avenidas o cruces sin señalizar, sin que nadie le acompañe
- Se enjabona, aclara y seca el pelo
- Usa diariamente un reloj para hacer cosas a una hora determinada (por ejemplo, para tomar un autobús o ver un programa de televisión)
- Cuenta de manera resumida una historia de forma que otra persona pueda entenderla (por ejemplo, un programa de TV o una película de cine)
- Friega, seca y luego guarda los platos en su lugar
- Dice la fecha completa de su nacimiento (día, mes y año)
- Intercambia un objeto por dinero o por otro objeto de valor (por ejemplo, un libro por otro libro o por dinero)
- Cumple con las citas que le han sido fijadas por lo menos tres días antes, anotándolas si es necesario
- Prepara y combina comidas simples, como huevos fritos, sopa o "sándwiches"

- Recuerda o sabe como localizar números telefónicos y llama a sus amigos
- Compra objetos, que cuestan menos de veinticinco pesetas, en máquinas automáticas (por ejemplo, dulces o refrescos)
- Arregla su dormitorio, lo cual incluye guardar la ropa, cambiar las sábanas, quitar el polvo y barrer el suelo
- Cuenta con precisión las vueltas, después de comprar algo con una moneda de quinientas pesetas
- Se viste por sí mismo/a, completa y correctamente, incluyendo botones, cinturones, cremalleras y cordones de los zapatos
- Escribe, a mano o a máquina, notas o cartas legibles y comprensibles, para ser enviadas por correo
- Ofrece ayuda a otras personas (ejemplos: mantiene la puerta abierta para que pase una persona cuando tiene las manos ocupadas o recoge un objeto que se le ha caído a alguien)
- Utiliza el cuchillo para cortar alimentos, en vez de tratar de comer trozos demasiado grandes
- Trabaja en una tarea a ritmo regular, por lo menos durante dos horas
- Se comporta de manera adecuada, sin llamar la atención de los demás, cuando está con sus amigos en lugares públicos (por ejemplo, en el cine, el autobús o el teatro)
- En actividades grupales, espera por lo menos dos minutos a que le llegue su turno (por ejemplo, espera su turno para chutar una pelota o beber un trago de agua)
- Indica cuando ha finalizado una tarea rutinaria o que se le encargó

(b) *Factor 2: Habilidades prácticas*

Este segundo factor hace referencia a un conjunto de destrezas necesarias para la satisfacción de necesidades personales básicas, concretamente; actividades instrumentales de la vida diaria, funcionamiento motor y habilidades de cuidado personal. Los trece ítems que componen el segundo factor, pertenecen a las escalas de *destrezas de la vida personal* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Alarga sus brazos y piernas cuando se le viste, para facilitar la tarea
- Come alimentos sólidos usando la cuchara, sin derramar casi nada
- Hace uso del retrete, quitándose y poniéndose la ropa, (es posible que se orine o defeque encima no más de una vez al mes)
- Se quita el pantalón o la falda y la ropa interior
- Coge y come alimentos como galletas o patatas fritas
- Traga alimentos blandos
- Mantiene sus manos bajo el chorro de agua para lavárselas, cuando está situado ante un lavabo
- Se pone camisetas o jerséis, aunque sea al revés
- Evacúa cuando se sienta en el inodoro (en el orinal en el caso de los niños/as) de acuerdo a un horario regular o cuando se le lleva al cuarto de baño
- Va solo/a a un determinado cuarto cuando se le manda (por ejemplo: "vete a esperar a la a cocina")
- Cierra la puerta del retrete, si es preciso, cuando hace uso del inodoro
- Permanece sin orinarse al menos durante tres horas
- Encuentra juguetes u objetos que se guardan siempre en el mismo lugar

(c) *Factor 3: Habilidades conceptuales*

El tercer factor hace referencia a habilidades cognitivas y académicas (habilidades de lecto escritura, uso del dinero) necesarias para el manejo en lo cotidiano. Los 11 elementos que lo integran, pertenecen a las escalas de *destrezas sociales y comunicativas*, *destrezas de la vida personal* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Recibe facturas por correo y efectúa los pagos antes de que venza el plazo
- Hace balance mensual de su cuenta bancaria o libreta de ahorros
- Llama a un servicio de reparaciones o al responsable de la vivienda, cuando se estropea algo importante en su casa (como la cocina o el frigorífico)
- Localiza la información que necesita en las páginas amarillas de la guía telefónica o en los anuncios clasificados del periódico
- Planifica, prepara y sirve una comida completa para más de dos personas

- Carga y maneja una lavadora, utilizando la cantidad de detergente y el programa apropiados
- Prepara listas de compras de por lo menos seis productos para adquirir en una tienda de comestibles
- Administra su dinero de forma que cubra los gastos de, por lo menos, una semana (ocio, transporte y otras necesidades)
- Realiza pequeñas reparaciones de su ropa, como zurcirse un roto o coserse un botón, o, en todo caso, encarga a la persona adecuada para que lo haga
- Rellena formularios y asiste a entrevistas de selección para buscar trabajo
- Maneja herramientas manuales eléctricas, potencialmente peligrosas, y aparatos de piezas móviles (por ejemplo, un taladro eléctrico, una batidora o una licuadora)

(d) *Factor 4: Habilidades sociales*

El cuarto y último factor, agrupa ítems relativos a destrezas precisas para ser miembro activo de la sociedad (interacción con otros/as, participación en actividades grupales, adaptación personal y social y socialización). Los 12 elementos que lo integran, pertenecen a las escalas de *destrezas sociales y comunicativas* y *destrezas de la vida en comunidad* del test de conducta adaptativa del ICAP (1996):

- Indica "sí" o "no" moviendo la cabeza, o de cualquier otra manera, para responder a preguntas sencillas, como por ejemplo: "¿quieres leche?"
- Señala objetos o personas conocidas en una lámina, cuando se le pide
- Cuando se le pide, imita acciones, tales como despedirse o aplaudir
- Cuando se le llama por su nombre, gira la cabeza hacia quien le llama
- Dice al menos diez palabras, que pueden ser comprendidas por alguien que le conozca bien
- Entrega juguetes u otros objetos a otra persona
- Formula preguntas simples (por ejemplo: "¿qué es eso?")
- Emite sonidos o gesticula para llamar la atención
- Habla usando frases de tres o cuatro palabras
- Tiende los brazos buscando la personas con la que desea contactar

- Usa correctamente las palabras “mañana” y “noche”
- Permanece sin alejarse durante diez minutos, en un patio o parque sin vallas, cuando se espera que lo haga

5.1.2. Fiabilidad y validez

5.1.2.1. Fiabilidad

5.1.2.1.1. Fiabilidad individual de cada ítem

Se refiere a cómo de bien mide cada ítem la variable latente a la que se ha vinculado. Para considerarse adecuada, la cantidad de varianza compartida entre el ítem y la variable latente debería ser superior al 50% (Carmines y Zeller, 1979), lo que implica una carga factorial (o correlación entre el ítem y la variable latente) superior a 0,707 (elevando dicha cifra al cuadrado, se obtiene justamente una varianza del 50%). Partiendo de este ideal, podría decirse que una carga de 0,5 constituye el umbral mínimo aceptable en la literatura para mantener un indicador.

Observando los datos obtenidos se pone de manifiesto que este aspecto se cumple en todos los ítems de los diferentes factores salvo en los tres últimos del primer factor.

5.1.2.1.2. Fiabilidad del constructo o consistencia interna

Se refiere a hasta qué punto los indicadores asociados por el investigador a una variable latente miden efectivamente la misma variable. Para que esto sea cierto, los indicadores deben encontrarse altamente correlacionados entre sí. Un parámetro que mide este aspecto es el denominado alfa de Cronbach. Según, Nunnally (1978) un valor

de 0.7 sería indicativo de una fiabilidad modesta, mientras que un valor de 0.8 mostraría ya un buena fiabilidad.

La Tabla 46 da cuenta de los resultados obtenidos en el estudio de fiabilidad de los cuatro factores a través del alfa de Cronbach. Tal y como puede observarse, los valores obtenidos en todos los factores indican una alta consistencia interna de todas las variables latentes analizadas.

Tabla 46.
Resultados del estudio de fiabilidad de los cuatro factores de conducta adaptativa

Factores	Valor índices de fiabilidad
Factor 1: Conducta adaptativa general	0.956
Factor 2: Habilidades prácticas	0.919
Factor 3: Habilidades conceptuales	0.908
Factor 4: Habilidades sociales	0.883

5.1.2.2. Validez de criterio

Se lleva a cabo un análisis de validez concurrente correlacionando los cuatro factores resultantes con las escalas originales de conducta adaptativa del ICAP (Montero, 1996); *destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal y destrezas de la vida en comunidad* y los cuatro factores resultantes tras eliminar los resultados obtenidos por la muestra en la escala relativa a *destrezas motoras; conducta adaptativa general, habilidades prácticas, habilidades conceptuales y habilidades sociales*. Señalar en primer lugar que, como se puede comprobar en la Tabla 47, todas las correlaciones son significativas ($p < 0.000$).

Tabla 47.

Correlación entre las escalas de conducta adaptativa del ICAP y los cuatro factores de conducta adaptativa resultantes

Escala de conducta adaptativa del ICAP	Factores			
	Conducta adaptativa general	Habilidades prácticas	Habilidades conceptuales	Habilidades sociales
Destrezas motoras	.731	.638	.558	.445
Destrezas sociales y comunicativas	.832	.464	.697	.752
Destrezas de la vida personal	.786	.745	.654	.487
Destrezas de la vida en comunidad	.926	.412	.772	.555

En relación a los resultados que cabría esperar, resaltar que el factor que más correlaciona con las cuatro escalas de conducta adaptativa de las que se compone el ICAP (Montero, 1996), es el que se ha denominado como factor general de conducta adaptativa. Este resultado era esperable, al ser este un factor en agrupa y recoge elementos o destrezas generales que pertenecen al conjunto de escalas de conducta adaptativa del inventario.

Es también importante hablar de las correlaciones existentes entre la escala de destrezas de la vida personal y la escala de destrezas motoras y el factor habilidades prácticas por recoger actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, actividades relacionadas con el funcionamiento motor, habilidades ocupacionales y destrezas para el cuidado personal. Lo mismo ocurre con la relación existente entre la escala de destrezas de la vida en la comunidad con el factor habilidades conceptuales, por ser este último un factor que agrupa destrezas relativas al lenguaje expresivo y receptivo o la comunicación no verbal, habilidades de lectura y escritura y destrezas relativas al uso y manejo del dinero, y finalmente, la relación hallada entre la escala de destrezas de la vida personal del ICAP (1996), con el factor denominado habilidades sociales, por agrupar habilidades relativas a la adaptación personal, a la adaptación social, la solución de problemas, la autodirección, la responsabilidad, el autocontrol y la autoestima.

Las correlaciones detectadas y descritas en el párrafo anterior, tienen una base teórica establecida en el segundo capítulo de este trabajo de Tesis Doctoral, donde hablábamos de cómo tras el desarrollo de la novena edición de la entonces AAMR

(Luckasson et al., 1992; Verdugo y Jenaro, 1997) y en base a la propuesta realizada por los autores Greenspan (1997) y Schalock (1999), se pasa al establecimiento de tres dominios de ejecución; *práctico, social y conceptual*, dominios todos ellos que podían ser definidos en base a un conjunto de elementos o indicadores, presentes en la mayoría de herramientas, instrumentos e inventarios estandarizados, como hemos podido demostrar a la luz de los resultados, que resulta ser el ICAP (Montero, 1996).

5.2. SEGUNDO ESTUDIO

Para la consecución del segundo objetivo establecido en esta investigación, mostrar cómo el Inventario para la Planificación y Programación Individual (Montero, 1996) puede contribuir al estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual a través de las variables personales y contextuales que la herramienta mide o registra, se ha estudiado una amplia muestra de personas con discapacidad intelectual usuarias de talleres ocupacionales o de centros especiales de empleo, analizando, en qué medida las variables medidas por el inventario, esto es; las puntuaciones obtenidas en las cuatro escalas de conducta adaptativa del inventario (*destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal y destrezas de la vida en la comunidad*); los índices normativos de problemas de conducta (*interno, asocial, externo y general*); las puntuaciones *de servicio y nivel de servicio del ICAP*; los cuatro factores de conducta adaptativa obtenidos del primer estudio (*conducta adaptativa general, habilidades prácticas, habilidades conceptuales y habilidades sociales*) y; el conjunto de actividades de ocio realizadas por las personas que participaron en el estudio (*hablar por teléfono con parientes o amigos, visitar a parientes, visitar a amigos o vecinos fuera de su residencia, ir de compras o comer fuera sólo/a o con otros/as, asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa y tener un hobby*, entendido como ocupar el tiempo libre con una actividad de carácter personal); varían en función de las variables; *género, estado civil, grado de discapacidad intelectual, residencia actual y servicio de día* de la muestra utilizada en el estudio que da lugar a este trabajo de Tesis Doctoral.

Para ello, se llevaron a cabo análisis de diferencias de medias, t-student y análisis de varianza (ANOVA). Para la cuantificación de las diferencias significativas existentes entre medias y poder apreciar y establecer mejor su magnitud, se calculó el tamaño del

efecto. La interpretación siguió las consideraciones de Cohen (1988), quien propuso que el efecto es pequeño cuando los valores van de .20 a .49; moderado de .50 a .79; y grande $>.80$.

5.2.1. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del género

El análisis reveló diferencias significativas únicamente para el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* ($t=-2.66$, $p=.008$), entre hombres y mujeres, mostrando las mujeres ($M=5.61$, $DT=8.14$) valores superiores en el conjunto de destrezas que engloba el factor frente a los varones ($M=3.84$, $DT=5.94$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.25$).

Podemos afirmar a la luz de los resultados, que el inventario aplicado a una amplia muestra de personas todas ellas con discapacidad de ambos sexos, ofrece puntuaciones libres de sesgo en función del género, algo únicamente demostrado hasta este momento y como ya describimos en el capítulo anterior destinado a la descripción de las características psicométricas del ICAP (1996), con una muestra significativa de la población general, formada por personas de distintas edades, ambos sexos, con y sin discapacidad intelectual. La Tabla 48, muestra los resultados de los análisis estadísticos para el resto de las variables.

Tabla 48.
Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según género

Variabes del ICAP	Género	N	M	DT	T	Sign.
Destrezas Motoras	H	294	476,60	14,812		
	M	207	475,12	18,824	,943	,346
Destrezas Sociales y Comunicativas	H	294	487,87	11,709		
	M	207	489,20	14,272	1,147	,252
Destrezas de la Vida Personal	H	294	489,67	15,051		
	M	207	492,76	24,239	1,624	,105
Destrezas de la Vida en la Comunidad	H	294	484,49	17,474		
	M	207	484,29	20,816	,116	,907
Conducta Adaptativa General	H	294	40,24	18,447		
	M	207	42,08	20,008	-1,059	,290
Habilidades Prácticas	H	294	38,28	2,112		
	M	207	37,63	5,044	1,730	,085
Habilidades Conceptuales	H	294	3,84	5,941		
	M	207	5,61	8,149	-2,669	,008
Habilidades Sociales	H	294	34,55	3,463		
	M	207	34,69	4,498	-,393	,695
Índice Interno	H	294	-4,59	8,298		
	M	207	-4,48	8,235	-,136	,892
Índice Asocial	H	294	-6,06	10,845		
	M	207	-5,45	10,230	-,628	,530
Índice Externo	H	294	-4,40	9,425		
	M	207	-4,11	8,411	-,356	,722
Índice General	H	294	-5,73	9,223		
	M	207	-5,39	8,804	-,420	,675
Puntuación de Servicio ICAP	H	294	69,66	14,618		
	M	207	70,73	17,307	-,745	,457
Nivel de Servicio ICAP	H	294	6,51	1,459		
	M	207	6,62	1,750	-,728	,467

5.2.2. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del estado civil

El análisis reveló únicamente diferencias significativas para el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* ($t=4.59$, $p=.000$) entre solteros/as y casados/as o separados/as. Las personas solteras ($M=2.80$, $DT=4.45$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que engloban el factor, frente a las personas casadas o divorciadas ($M=.98$, $DT=1.98$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.58$).

Como se puede comprobar, no existen grandes diferencias entre personas solteras y casadas o separadas, salvo en el conjunto de destrezas relacionadas con habilidades conceptuales, aunque la diferencia entre grupos es tal y como se ha podido observar pequeña.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que aunque no son significativas, están muy cerca de serlo, las diferencias halladas entre solteros/as y casados/as o separados/as por un lado; en la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas de la vida personal* ($t=1.86$, $p=.064$), mostrando que las personas solteras ($M=487.67$, $DT=17.43$), obtienen valores superiores en el conjunto de elementos que conforman la escala, frente a las personas casadas o divorciadas ($M=482.27$, $DT=17.86$) aunque las diferencias entre ambos grupos fueron pequeñas ($d=.30$); y por otro, en la escala de conducta adaptativa *destrezas de la vida en comunidad* ($t=1.75$, $p=.079$), donde se puede comprobar que las personas solteras ($M=479.97$, $DT=15.49$) obtienen nuevamente, valores superiores en el conjunto de elementos que conforman la escala, frente a las personas casadas o divorciadas ($M=475.46$, $DT=15.09$), aunque las diferencias entre los dos grupos fueron nuevamente pequeñas ($d=.29$), se llegó a plantear como hipótesis inicial, la posibilidad de atribuir dichas diferencias (significativas y casi significativas), a la edad de las personas que formaban parte de cada grupo, por entender, que quizás, el grupo de personas solteras por tener menor edad y ser más jóvenes, hubieran sido formadas y/o capacitadas para el desarrollo de tareas para las que quizás personas casadas o separadas posiblemente de mayor edad no habían sido preparadas. Es por ello, que se obtuvo la media de edad de ambos grupos. Así pudimos comprobar, que la hipótesis inicial planteada no era plausible, ya que la media del grupo de personas casadas o divorciadas

es de 39 años y la de las personas solteras, 35 años y medio, por tanto, la edad no era una variable relevante que explicase las diferencias en relación a las competencias arriba señaladas. La Tabla 49, muestra los resultados obtenidos en los análisis estadísticos para el resto de las variables.

Tabla 49.
Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según el estado civil

Variabes del ICAP	Estado Civil	N	M	DT	t	Sign.
Destrezas Motoras	Soltero	316	473,88	15,744		
	Casado y/o separado	41	471,54	13,166	,913	,362
Destrezas Sociales y Comunicativas	Soltero	316	486,36	10,304		
	Casado y/o separado	41	484,29	10,923	1,203	,230
Destrezas de la Vida Personal	Soltero	316	487,67	17,439		
	Casado y/o separado	41	482,27	17,862	1,861	,065
Destrezas de la Vida en la Comunidad	Soltero	316	479,97	15,492		
	Casado y/o separado	41	475,46	15,092	1,759	,079
Conducta Adaptativa General	Soltero	316	36,65	16,764		
	Casado y/o separado	41	32,54	16,721	1,479	,140
Habilidades Prácticas	Soltero	316	37,81	3,799		
	Casado y/o separado	41	37,44	3,578	,597	,551
Habilidades Conceptuales	Soltero	316	2,80	4,455		
	Casado y/o separado	41	,98	1,981	4,592	,000
Habilidades Sociales	Soltero	316	34,66	3,608		
	Casado y/o separado	41	34,00	4,658	1,065	,288
Índice Interno	Soltero	316	-5,53	8,369		
	Casado y/o separado	41	-4,02	7,425	-1,024	,306
Índice Asocial	Soltero	316	-6,69	10,951		
	Casado y/o separado	41	-5,90	10,406	-,437	,662
Índice Externo	Soltero	316	-5,02	9,749		
	Casado y/o separado	41	-5,46	11,565	,267	,790
Índice General	Soltero	316	-6,47	9,397		
	Casado y/o separado	41	-6,20	10,710	-,174	,862
Puntuación de Servicio ICAP	Soltero	316	66,87	13,990		
	Casado y/o separado	41	64,22	15,763	1,123	,262
Nivel de Servicio ICAP	Soltero	316	6,25	1,415		
	Casado y/o separado	41	5,93	1,649	1,336	,183

5.2.3. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función del nivel de discapacidad intelectual

Teniendo en cuenta que el 72% del total de la muestra tiene como diagnóstico principal o secundario, discapacidad intelectual, para este análisis, se tienen en consideración únicamente los resultados obtenidos en el inventario por estas personas, en un intento de comprobar la existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en función del nivel de discapacidad, agrupando la muestra en tres grupos; personas con discapacidad intelectual leve; personas con discapacidad intelectual moderada y finalmente, un tercer grupo que recoge a quienes poseen un diagnóstico de discapacidad intelectual severa o profunda. Llegados a este punto, debemos aclarar, que el ICAP (1996), se basa en las categorías diagnósticas establecidas por el DSM-IV (APA, 1994); *retraso mental leve* (CI 52-70), *retraso mental moderado* (CI 36-51), *retraso mental profundo* (CI 20-35) y *retraso mental profundo* (CI por debajo de 20), y que es por ello, que en este estudio, se habla de las categorías diagnósticas de discapacidad intelectual señaladas al comienzo del apartado.

Los resultados del análisis de varianza (ANOVA) revelaron diferencias significativas para todas las variables del ICAP entre los tres grupos establecidos, salvo para los índices normativos de problemas de conducta. En todos los casos, a mayor competencia intelectual, mayores puntuaciones en destrezas adaptativas y menor necesidad de apoyo o supervisión. Los resultados por tanto, concuerdan con la teoría que explica el carácter evolutivo de la conducta adaptativa frente al carácter no evolutivo de los problemas de conducta. Mientras la conducta adaptativa sigue un patrón evolutivo, los problemas de conducta se definen en función de variables tan significativas como el contexto y de lo que se espera de la persona en el mismo en función de su edad o momento evolutivo.

Son significativas las diferencias obtenidas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas motoras* ($F=16.16$, $p=.000$) entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual. Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=477.77$, $DT=17.71$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes tienen una discapacidad intelectual moderada ($M=473.76$, $DT=14.39$), severa o profunda ($M=462.31$, $DT=15.61$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas

por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual severa o profunda ($d=15.46$) y las diferencias entre personas con discapacidad intelectual moderada y aquellas con discapacidad intelectual severa o profunda ($d=11.45$).

Las diferencias entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual en la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas sociales y comunicativas* son nuevamente, significativas ($F=55.24$, $p=.000$). Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=492.59$, $DT=7.53$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes tienen una discapacidad intelectual moderada ($M=485.85$, $DT=8.71$), severa o profunda ($M=474.51$, $DT= 15.22$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual moderada ($d=6.74$), y las personas con discapacidad intelectual leve y quienes poseen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=18.08$). Respecto a esta variable, son también significativas las diferencias existentes entre personas con discapacidad intelectual moderada y quienes tienen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=11.33$).

De igual forma, las diferencias entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual en la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas de la vida personal* son significativas ($F=15.58$, $p=.000$). Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=492.22$, $DT=21.85$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes tienen una discapacidad intelectual moderada ($M=487.17$, $DT=16.25$), severa o profunda ($M=474.35$, $DT= 18.42$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual severa o profunda ($d=17.87$) y las diferencias entre personas con discapacidad intelectual moderada y aquellas con discapacidad intelectual severa o profunda ($d=12.82$).

Por último, y en relación a las escalas de conducta adaptativa del inventario, son significativas las diferencias entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual en la escala *destrezas de la vida en la comunidad* ($F=66.57$, $p=.000$). Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=490.48$, $DT=12.71$), obtuvieron valores

superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes tienen una discapacidad intelectual moderada ($M=478.32$, $DT=13.54$), severa o profunda ($M=462.45$, $DT=15.53$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual moderada ($d=12.15$), y las personas con discapacidad intelectual leve y quienes poseen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=28.02$). Respecto a esta variable, son también significativas las diferencias existentes entre personas con discapacidad intelectual moderada y quienes tienen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=15.87$).

Centrándonos en los factores de conducta adaptativa obtenidos en el primer estudio, los resultados del análisis de varianza (ANOVA) revelaron diferencias significativas para el factor *conducta adaptativa general* ($F=68.82$, $p=.000$) entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual. Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=48.79$, $DT=15.23$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a quienes tienen una discapacidad intelectual moderada ($M=34.61$, $DT=14.65$), severa o profunda ($M=19.16$, $DT=11.00$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual moderada ($d=14.18$), y las personas con discapacidad intelectual leve y quienes poseen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=29.62$). Respecto a esta variable, son también significativas las diferencias existentes entre personas con discapacidad intelectual moderada y quienes tienen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=15.44$).

Las diferencias entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual en el factor de conducta adaptativa *habilidades prácticas* son también significativas ($F=3.79$, $p=.023$). Las personas con discapacidad intelectual moderada ($M=37.97$, $DT=3.59$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que engloban el factor frente a quienes tienen una discapacidad intelectual leve ($M=37.76$, $DT=4.3$), severa o profunda ($M=36.16$, $DT=6.03$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad moderada y las obtenidas por quienes poseen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=1.81$).

Las diferencias entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual en el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* vuelven a ser significativas ($F=27.47$, $p=.000$). Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=5.03$, $DT=5.40$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que engloban el factor frente a quienes tienen una discapacidad intelectual moderada ($M=2.15$, $DT=3.77$), severa o profunda ($M=0.04$, $DT=.20$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual moderada ($d=2.88$), y las personas con discapacidad intelectual leve y quienes poseen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=4.99$). Respecto a esta variable, son también significativas las diferencias existentes entre personas con discapacidad intelectual moderada y quienes tienen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=2.11$).

Por último, y en relación a los factores de conducta adaptativa, son significativas las diferencias entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual en el cuarto y último factor *habilidades sociales* ($F=32.79$, $p=.000$). Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=35.65$, $DT=1.78$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloba el factor frente a quienes tienen una discapacidad intelectual moderada ($M=34.94$, $DT=3.20$), severa o profunda ($M=30.51$, $DT=7.26$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual severa o profunda ($d=5.14$). Respecto a esta variable, son también significativas las diferencias existentes entre personas con discapacidad intelectual moderada y quienes tienen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=4.43$).

Finalmente, podemos afirmar sobre los índices que dan cuenta de la necesidad de supervisión y/o atención de las personas con discapacidad que conforman la muestra, que los resultados del análisis de varianza (ANOVA) revelaron diferencias significativas para la *puntuación servicio ICAP* ($F=28.70$, $p=.000$) entre las personas con distintos niveles de discapacidad intelectual. Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=73.37$, $DT=13.81$), obtuvieron mayores puntuaciones, por tanto, requieren de menor intensidad o grado de atención frente a quienes tienen una discapacidad intelectual moderada ($M=66.07$, $DT=13.32$), severa o profunda ($M=55.31$, $DT=12.60$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones

obtenidas por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual moderada ($d=7.30$), y las personas con discapacidad intelectual leve y quienes poseen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=18.06$). Respecto a esta variable, son también significativas las diferencias existentes entre personas con discapacidad intelectual moderada y quienes tienen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=10.76$).

Los resultados mostraron de igual forma, diferencias significativas para *el nivel de servicio ICAP* ($F=25.23$, $p=.000$). Las personas con discapacidad intelectual leve ($M=6.87$, $DT=1.38$), obtuvieron mayores puntuaciones frente a aquellos/as con una discapacidad intelectual moderada ($M=6.16$, $DT=1.16$), severa o profunda ($M=5.14$, $DT=1.30$). Más concretamente, fueron estadísticamente significativas, las diferencias existentes entre las puntuaciones obtenidas por las personas con discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual moderada ($d=.71$), y las personas con discapacidad intelectual leve y quienes poseen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=1.72$). Respecto a esta variable, son también significativas las diferencias existentes entre personas con discapacidad intelectual moderada y quienes tienen discapacidad intelectual severa o profunda ($d=1.01$).

La Tabla 50, muestra los resultados obtenidos de los análisis estadísticos para todas las variables, incluidos los índices normativos de problemas de conducta.

Tabla 50.
Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según grado o nivel de discapacidad intelectual

Variabes del ICAP	Nivel DI	N	M	DT	F	Sign.
Destrezas Motoras	DI Leve	86	477,77	17,710		
	DI Moderado	224	473,76	14,397	16,161	,000
	DI Severo o Profundo	49	462,31	15,617		
Destrezas Sociales y Comunicativas	DI Leve	86	492,59	7,539		
	DI Moderado	224	485,85	8,751	55,241	,000
	DI Severo o Profundo	49	474,51	15,228		
Destrezas de la Vida Personal	DI Leve	86	492,22	21,875		
	DI Moderado	224	487,17	16,253	15,585	,000
	DI Severo o Profundo	49	474,35	18,427		
Destrezas de la Vida en la Comunidad	DI Leve	86	490,48	12,717		
	DI Moderado	224	478,32	13,548	66,762	,000
	DI Severo o Profundo	49	462,45	15,534		
Conducta Adaptativa General	DI Leve	86	48,79	15,231		
	DI Moderado	224	34,61	14,655	68,827	,000
	DI Severo o Profundo	49	19,16	11,006		
Habilidades Prácticas	DI Leve	86	37,76	4,309		
	DI Moderado	224	37,97	3,594	3,798	,023
	DI Severo o Profundo	49	36,16	6,039		
Habilidades Conceptuales	DI Leve	86	5,03	5,409		
	DI Moderado	224	2,15	3,777	27,472	,000
	DI Severo o Profundo	49	,04	,200		
Habilidades Sociales	DI Leve	86	35,65	1,781		
	DI Moderado	224	34,94	3,202	32,779	,000
	DI Severo o Profundo	49	30,51	7,269		
Índice Interno	DI Leve	86	-4,13	7,875		
	DI Moderado	224	-5,54	8,391	1,058	,348
	DI Severo o Profundo	49	-5,86	8,357		
Índice Asocial	DI Leve	86	-5,93	11,362		
	DI Moderado	224	-6,96	10,833	,363	,696
	DI Severo o Profundo	49	-6,00	10,169		
Índice Externo	DI Leve	86	-5,00	9,671		
	DI Moderado	224	-4,81	9,763	,287	,751
	DI Severo o Profundo	49	-6,00	11,210		
Índice General	DI Leve	86	-5,91	9,055		
	DI Moderado	224	-6,50	9,589	,172	,842
	DI Severo o Profundo	49	-6,82	10,210		
Puntuación de Servicio ICAP	DI Leve	86	73,37	13,819		
	DI Moderado	224	66,07	13,327	28,705	,000
	DI Severo o Profundo	49	55,31	12,607		
Nivel de Servicio ICAP	DI Leve	86	6,87	1,387		
	DI Moderado	224	6,16	1,368	25,231	,000
	DI Severo o Profundo	49	5,14	1,307		

5.2.4. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de la residencia actual

Se realizan análisis de las diferencias entre las puntuaciones de las medias en función del lugar de residencia de las personas que forman parte de la muestra, subdividiendo la misma en primer lugar, en dos grupos; quienes viven con padres o familiares junto con aquellos/as que viven de manera independiente o semi-independiente (dado que el número de personas que vive independiente o semi-independientemente es muy reducido, N=6) y, aquellas personas que viven en servicios residenciales. Pasamos a comentar y a detallar los resultados obtenidos.

El análisis reveló diferencias significativas en todas las variables del ICAP salvo en las puntuaciones relativas a las escalas de conducta adaptativa del inventario; *destrezas sociales y comunicativas* y *destrezas de la vida en comunidad*. En todos los casos salvo en el factor de conducta adaptativa denominado *habilidades sociales* donde muestran mayores puntuaciones las personas residentes en servicios residenciales, la secuencia es la misma; poseen mayores destrezas adaptativas, aquellos/as que viven con sus padres y familiares o de manera independiente o semi-independiente. En relación a los problemas de conducta, los índices más altos los presentan las personas que viven en servicios residenciales. A continuación, y con puntuaciones mucho menores, estarían quienes viven con sus padres o familiares y las personas que viven de forma independiente o semi-independiente. Además, las diferencias entre ambos grupos y a este respecto son grandes. Finalmente y en relación a las puntuaciones de servicio y nivel de servicio, los resultados muestran nuevamente, que las personas que viven en servicios residenciales poseen mayor necesidad de supervisión y/o atención a diferencia de quienes viven con sus padres o familiares, independiente o semi-independiente. Nuevamente, en relación a la necesidad de supervisión o atención, las diferencias entre ambos grupos son grandes. Pasamos a continuación, a comentar más detenidamente dichas diferencias.

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas motoras* ($t=2.38$, $p=.018$), entre personas que viven con sus padres o familiares, de manera independiente, semi-independiente o en servicios residenciales. Las personas que viven con sus padres o familiares, de forma independiente o semi-independientemente ($M=474.69$, $DT=15.79$), obtuvieron valores superiores en el

conjunto de elementos recogidos en la escala frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=470.18$, $DT= 14.06$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.29$).

Por último, y en relación a las escalas de conducta adaptativa del inventario, son significativas las diferencias entre quienes viven con sus padres o familiares, de manera independiente, semi-independiente o en servicios residenciales en la escala *destrezas de la vida personal* ($t=3.21$, $p=.001$). Las personas que viven con sus padres o familiares, de forma independiente o semi-independiente ($M=488.81$, $DT=16.84$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=481.95$, $DT= 18.75$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.39$).

Centrándonos en los factores de conducta adaptativa obtenidos en el primer estudio, los análisis revelaron diferencias significativas para el factor *conducta adaptativa general* ($t=3.25$, $p=.001$) entre quienes viven con sus padres o familiares, de manera independiente, semi-independiente o en servicios residenciales. Las personas que viven con sus padres o familiares, independiente o semi-independientemente ($M=37.54$, $DT=17.72$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=31.78$, $DT=13.11$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.34$).

Las diferencias entre las personas residentes en el hogar parental o familiar, independientemente, semi-independientemente o en servicios residenciales respecto al factor de conducta adaptativa *habilidades prácticas*, son también significativas ($t=1.97$, $p=.049$). Las personas que viven con sus padres o familiares, de forma independiente o semi-independiente ($M=38.00$, $DT=3.57$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que agrupa el factor frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=37.09$, $DT= 4.28$). Las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.24$).

Las diferencias entre personas residentes en hogares familiares, de manera independiente o semi-independiente o en servicios residenciales, en el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* vuelven a ser significativas ($t=4.07$, $p=.000$). Las personas que viven con sus padres o familiares, de forma independiente o semi-independiente ($M=2.98$, $DT=4.69$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de

destrezas o habilidades que agrupa el factor frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=1.41$, $DT= 2.39$). Las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.36$).

Por último, y en relación a los factores de conducta adaptativa, son significativas las diferencias halladas entre las personas residentes en el hogar parental o familiar, independientemente, semi-independientemente o en servicios residenciales en el cuarto y último factor *habilidades sociales* ($t=-3.19$, $p=.002$). Las personas que viven en servicios residenciales ($M=35.28$, $DT= 1.43$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el factor frente a quienes viven con sus padres o familiares, de manera independiente o semi independiente ($M=34.32$, $DT=4.23$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.25$). Esta diferencia quizás pueda deberse a las posibilidades y necesidades de relación, interacción y convivencia con otros/as que brindan y generan servicios residenciales donde el número de residentes es mucho mayor al que pueda existir en el hogar familiar o en viviendas donde las personas con discapacidad intelectual puedan residir de forma independiente o semi-independientemente con la supervisión puntual y periódica de profesionales y/o personal de asistencia.

El análisis reveló diferencias significativas en todos los índices normativos de problemas de conducta del ICAP. De este modo, las diferencias encontradas entre las personas residentes en el hogar parental o familiar, independientemente, semi-independientemente frente a quienes residen en servicios residenciales respecto al *índice interno* de problemas de conducta del ICAP ($t=7.47$, $p=.000$), dan a conocer que las personas que viven con sus padres o familiares, de manera independiente o semi-independiente ($M=-3.37$, $DT=7.05$), muestran menos problemas de conducta, obteniendo valores inferiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=-11.19$, $DT=8.93$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.03$).

Las diferencias entre las personas residentes en el hogar parental o familiar, independientemente, semi-independientemente o en servicios residenciales respecto al *índice asocial* de problemas de conducta, son también significativas ($t=10.85$, $p=.000$). Como ocurría con el índice anterior, las personas que viven con sus padres o familiares, de forma independiente o semi-independiente ($M=-3.00$, $DT=7.46$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente a quienes viven en

servicios residenciales ($M=-17.81$, $DT= 12.05$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.67$).

Las diferencias entre las personas residentes en el hogar parental o familiar, independientemente, semi-independientemente o en servicios residenciales respecto al *índice externo* de problemas de conducta, son también significativas ($t=9.24$, $p=.000$). Nuevamente, las personas que viven con sus padres o familiares, de forma independiente o semi-independiente ($M=-1.84$, $DT=5.90$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=-14.98$, $DT= 12.90$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.60$).

Finalmente, respecto a los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, las diferencias entre personas residentes en el hogar parental o familiar, independientemente, semi-independientemente o en servicios residenciales respecto al *índice general* de problemas de conductas, son también significativas ($t=11.02$, $p=.000$). Las personas que viven con sus padres o familiares, de forma independiente o semi-independiente ($M=-3.10$, $DT=5.90$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=-16.74$, $DT= 11.09$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.81$).

Para concluir y respecto a los índices que dan cuenta de la necesidad de supervisión y/o atención de las personas con discapacidad que conforman la muestra, destacar la existencia de diferencias significativas para la *puntuación servicio ICAP* ($t=9.33$, $p=.000$) entre las personas residentes en el hogar parental o familiar, independientemente, semi-independientemente y aquellas que viven en servicios residenciales. Las personas que viven con sus padres o familiares, de forman independiente o semi-independiente ($M=70.12$, $DT=12.65$), obtuvieron mayores puntuaciones, por tanto, requieren de menor apoyo y/o atención frente a quienes viven en servicios residenciales ($M=55.49$, $DT= 13.04$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.14$).

El análisis mostró de igual forma, diferencias significativas para *el nivel de servicio ICAP* ($t=8.78$, $p=.000$). Las personas que viven con sus padres o familiares, de forma independiente o semi-independiente ($M=6.55$, $DT=1.29$), obtuvieron mayores

puntuaciones, es decir, requieren de menor supervisión frente a aquellos/as que viven en servicios residenciales ($M=5.14$, $DT=1.37$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.07$).

La Tabla 51, recoge los resultados obtenidos para el conjunto de variables.

Tabla 51.
Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según el lugar de residencia

Variables del ICAP	Tipo de residencia	N	M	DT	t	Sign.
Destrezas Motoras	Con padres o familiares Independiente o semi	267	474,69	15,791	2,386	,018
	Servicio residencial	88	470,18	14,066		
Destrezas Sociales y Comunicativas	Con padres o familiares Independiente o semi	267	486,52	11,557	1,836	,067
	Servicio residencial	88	484,84	5,471		
Destrezas de la Vida Personal	Con padres o familiares Independiente o semi	267	488,81	16,848	3,218	,001
	Servicio residencial	88	481,95	18,751		
Destrezas de la Vida en la Comunidad	Con padres o familiares Independiente o semi	267	479,56	16,898	,759	,449
	Servicio residencial	88	478,36	11,183		
Conducta Adaptativa General	Con padres o familiares Independiente o semi	267	37,54	17,727	3,254	,001
	Servicio residencial	88	31,78	13,118		
Habilidades Prácticas	Con padres o familiares Independiente o semi	267	38,00	3,574	1,975	,049
	Servicio residencial	88	37,09	4,282		
Habilidades Conceptuales	Con padres o familiares Independiente o semi	267	2,98	4,698	4,078	,000
	Servicio residencial	88	1,41	2,396		
Habilidades Sociales	Con padres o familiares Independiente o semi	267	34,32	4,234	-3,195	,002
	Servicio residencial	88	35,28	1,438		
Índice Interno	Con padres o familiares Independiente o semi	267	-3,37	7,054	7,479	,000
	Servicio residencial	88	-11,19	8,936		
Índice Asocial	Con padres o familiares Independiente o semi	267	-3,00	7,461	10,858	,000
	Servicio residencial	88	-17,81	12,054		
Índice Externo	Con padres o familiares Independiente o semi	267	-1,84	5,901	9,241	,000
	Servicio residencial	88	-14,98	12,904		
Índice General	Con padres o familiares Independiente o semi	267	-3,10	5,904	11,025	,000
	Servicio residencial	88	-16,74	11,098		
Puntuación de Servicio ICAP	Con padres o familiares Independiente o semi	267	70,12	12,658	9,331	,000
	Servicio residencial	88	55,49	13,041		
Nivel de Servicio ICAP	Con padres o familiares Independiente o semi	267	6,55	1,292	8,787	,000
	Servicio residencial	88	5,14	1,374		

5.2.5. Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de si se recomienda o no el cambio de residencia

El análisis reveló diferencias significativas entre las personas para las que se recomienda un cambio residencial y las para las que no, únicamente para el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* y los índices normativos de problemas de conducta del ICAP. Las diferencias halladas entre las personas para las que se recomienda un cambio residencial y para las que no respecto a las *puntuaciones de servicio* y el *nivel de servicio* del ICAP, aunque no son significativas, están muy cerca de serlo.

Existen diferencias significativas para el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* ($t=-1.98, p=.050$), entre las personas para las que se recomienda el cambio residencial y para las que no. Las personas para quienes los profesionales que participaron en el proceso de evaluación recomiendan el cambio ($M=3.62, DT=5.47$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a aquellas personas para las que el cambio no es recomendado ($M=2.29, DT=3.87$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.31$).

Centrándonos en los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, el análisis reveló que las diferencias encontradas entre las personas para las que se recomienda un posible cambio residencial y para las que no se recomienda respecto al *índice interno* de problemas de conducta del ICAP son significativas ($t=-3.11, p=.002$), dando a conocer que aquellas personas para las que se recomienda un cambio residencial ($M=-3.08, DT=6.47$), obtienen valores inferiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a aquellos para los que dicho cambio no es recomendado ($M=-5.89, DT=8.60$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.34$).

Las diferencias entre las personas para las que se recomienda el cambio residencial y para las que no es recomendado respecto al *índice asocial* de problemas de conducta, son también significativas ($t=-3.02, p=.003$). Como ocurría con el índice anterior, las personas para las que es recomendable un cambio residencial ($M=-3.62, DT=9.36$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente aquellos/as para los que no se recomienda el cambio de emplazamiento

residencial ($M=-7.45$, $DT= 11.13$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.35$).

Las diferencias entre las personas para las que es recomendado un cambio residencial y para las que no respecto al *índice externo* de problemas de conducta, son también significativas ($t=-2.96$, $p=.003$). Nuevamente, las personas para las que se recomienda el cambio ($M=-2.76$, $DT=6.84$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente a aquellas para las que no es recomendable el cambio ($M=-5.75$, $DT= 10.57$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.30$).

Finalmente, respecto a los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, debemos destacar que las diferencias entre personas las que se recomienda un cambio residencial y para las que no es recomendable respecto al *índice general* de problemas de conducta, son nuevamente significativas ($t=-3.59$, $p=.000$). Las personas para las que los profesionales que participaron en el proceso de evaluación recomendaron un cambio residencial ($M=-3.72$, $DT=6.67$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice frente a aquellas para las que no es recomendable el cambio ($M=-7.22$, $DT=10.06$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.37$).

Para concluir y respecto a los índices que dan cuenta de la necesidad de supervisión y/o atención de las personas con discapacidad que conforman la muestra, destacar que a pesar de que las diferencias halladas entre las personas para las que es recomendable un cambio de modalidad residencial y aquellas para las que no lo es para la *puntuación servicio ICAP no son significativas* ($t=-1.84$, $p=.066$), están muy cerca de serlo, por lo que podemos afirmar que, las personas para las que es recomendable el cambio ($M=69.13$, $DT=14.28$), obtuvieron mayores puntuaciones, por tanto, requieren de menor apoyo, atención o supervisión frente a aquellos/as para los que no es recomendable un cambio de emplazamiento residencial ($M=65.76$, $DT= 14.10$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.23$).

Lo mismo ocurre con la *puntuación servicio*. Aunque las diferencias halladas no son estadísticamente significativas para el *nivel de servicio ICAP*, si son cercanas a serlo ($t=-1.87$, $p=.062$). De este modo, las personas para las que puede ser recomendable un cambio residencial ($M=6.47$, $DT=1.48$), obtuvieron mayores puntuaciones, es decir,

requieren de menor supervisión frente a aquellas para los que no es recomendable dicho cambio ($M=6.13$, $DT=1.42$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.23$).

La Tabla 52, recoge los resultados obtenidos para el conjunto de variables.

A la luz de los resultados, podríamos afirmar que se han obtenido datos empíricos que ponen de manifiesto que la no recomendación de cambio de modalidad residencial se asocia a la existencia de problemas de conducta, en lugar de realizar dichas recomendaciones en base a las destrezas adaptativas que muestran o no las personas con discapacidad que conforman la muestra. Estos resultados recogen o dan cuenta de un fenómeno muy visible en el desempeño profesional, concretamente el hecho de que, muy a menudo, son los problemas de conducta los que miden y dan cuenta del nivel de inclusión de las personas con discapacidad intelectual en los servicios educativos, asistenciales, residenciales, sociales y/o ocupacionales – laborales. De este modo, a mayor número y/o gravedad de problemas de conducta mostrados por la persona, mayores dificultades para el cambio de contextos, entornos que por otra parte, pasan a ser más estructurados y limitados a consecuencia de los mismos. La presencia de problemas de conducta hace que los entornos en los que la persona crece, se relaciona y desarrolla se restrinjan, perdiendo y limitando su acceso a entornos más inclusivos, normalizados y con mayores oportunidades de empoderamiento y acción sobre los/as demás.

Tabla 52.
Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según la recomendación o no de cambio de residencia

VARIABLES DEL ICAP	RECOMENDACIÓN CAMBIO RESIDENCIA	N	M	DT	t	Sign.
Destrezas Motoras	No recomendación	280	473,80	13,511		
	Si recomendación	76	472,82	20,930	,387	,700
Destrezas Sociales y Comunicativas	No recomendación	280	486,11	9,661		
	Si recomendación	76	486,07	12,834	,031	,976
Destrezas de la Vida Personal	No recomendación	280	487,08	14,736		
	Si recomendación	76	487,42	24,997	-,113	,910
Destrezas de la Vida en la Comunidad	No recomendación	280	479,12	14,573		
	Si recomendación	76	479,41	19,247	-,122	,903
Conducta Adaptativa General	No recomendación	280	35,50	16,219		
	Si recomendación	76	38,09	18,898	-1,090	,278
Habilidades Prácticas	No recomendación	280	37,98	2,819		
	Si recomendación	76	37,13	5,985	1,203	,232
Habilidades Conceptuales	No recomendación	280	2,29	3,877		
	Si recomendación	76	3,62	5,475	-1,986	,050
Habilidades Sociales	No recomendación	280	34,77	3,461		
	Si recomendación	76	33,78	4,632	1,745	,084
Índice Interno	No recomendación	280	-5,89	8,608		
	Si recomendación	76	-3,08	6,474	-3,111	,002
Índice Asocial	No recomendación	280	-7,45	11,139		
	Si recomendación	76	-3,62	9,369	-3,028	,003
Índice Externo	No recomendación	280	-5,75	10,572		
	Si recomendación	76	-2,76	6,845	-2,964	,003
Índice General	No recomendación	280	-7,22	10,062		
	Si recomendación	76	-3,72	6,679	-3,592	,000
Puntuación de Servicio ICAP	No recomendación	280	65,76	14,101		
	Si recomendación	76	69,13	14,287	-1,841	,066
Nivel de Servicio ICAP	No recomendación	280	6,13	1,425		
	Si recomendación	76	6,47	1,483	-1,875	,062

5.2.6 Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de si se recomienda o no el cambio de servicio de día

El análisis reveló diferencias significativas entre las personas para las que se recomienda un cambio de servicio de día y las para las que no, únicamente para los factores de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* y *habilidades sociales*, los índices normativos de problemas de conducta del ICAP y las *puntuaciones de servicio* y el *nivel de servicio* del ICAP.

Llegados a este punto y antes de continuar con el análisis pormenorizado de los resultados obtenidos, hemos de recordar que a pesar de que el ICAP (Montero, 1996) permite la evaluación de personas que hacen uso de servicios de día tales como; jardín de infancia o guardería, centro de día para adultos, centro educativo ordinario (aula ordinaria, aula ordinaria con servicios de apoyo, aula estable), centro de día para el desarrollo de actividades personales y sociales, centro ocupacional, centro especial de empleo, centros de empleo ordinario (con apoyo o sin él), el conjunto de personas que conforman la muestra para los análisis estadísticos relativos a este punto, son usuarios/as y/u operarios/as de centros ocupacionales y centros especiales de empleo del Instituto Valenciano de Acción Social, ya que no disponemos de dicha información sobre el total de la muestra obtenida de la Fundación Lantegi Batuak de Bizkaia.

Existen diferencias significativas para el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* ($t=-2.94$, $p=.023$), entre las personas para las que se recomienda un cambio de servicio de día y para las que no. Las personas para quienes los profesionales que participaron en el proceso de evaluación recomiendan el cambio ($M=3.63$, $DT=5.43$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a aquellas personas para las que no se recomienda dicho cambio ($M=2.22$, $DT=3.84$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.32$).

Son también significativas, las diferencias halladas para el factor de conducta adaptativa *habilidades sociales* ($t=2.84$, $p=.005$), entre las personas para las que se recomienda un cambio de servicio de día y para las que no. En esta ocasión, las personas para quienes los profesionales que participaron en el proceso de evaluación no

recomiendan el cambio ($M=35.07$, $DT=2.17$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a aquellas personas para las que el cambio es recomendado ($M=33.47$, $DT=5.23$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.47$).

Continuando con los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, el análisis reveló que las diferencias encontradas entre las personas para las que se recomienda un posible cambio de servicio de día y para las que no se recomienda respecto al *índice interno* de problemas de conducta del ICAP son significativas ($t=-3.23$, $p=.001$), dando a conocer que aquellas personas para las que se recomienda el cambio ($M=-3.16$, $DT=7.74$), obtienen valores inferiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a aquellos/as para los que dicho cambio no es recomendado ($M=-6.47$, $DT=8.54$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.39$).

Las diferencias entre las personas para las que se recomienda un cambio de servicio de día y para las que no se recomienda respecto al *índice asocial* de problemas de conducta, son también significativas ($t=-6.07$, $p=.000$). Como ocurría con el índice anterior, las personas para las que es recomendable el cambio de servicio ($M=-1.94$, $DT=6.77$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente aquellos/as para los que no se recomienda un cambio de servicio de día ($M=-8.19$, $DT= 11.38$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.60$).

Las diferencias entre las personas para las que es recomendado un cambio de servicio de día y para las que no respecto al *índice externo* de problemas de conducta, son también significativas ($t=-4.93$, $p=.000$). Nuevamente, las personas para las que se recomienda el cambio ($M=-1.68$, $DT=6.02$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente a aquellas para las que se recomienda dicho cambio ($M=-6.39$, $DT= 10.97$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.47$).

Finalmente, respecto a los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, debemos destacar que las diferencias entre personas las que se recomienda un cambio de servicio de día y para las que no es recomendable respecto al *índice general* de problemas de conductas, son nuevamente significativas ($t=-5.90$, $p=.000$). Las personas para las

que los profesionales que participaron en el proceso de evaluación recomendaron un cambio de servicio de día ($M=-2.63$, $DT=5.62$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice frente a aquellas para las que no es recomendable el cambio ($M=-7.94$, $DT=10.38$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.57$).

Para concluir y respecto a los índices que dan cuenta de la necesidad de supervisión y/o atención de las personas con discapacidad que conforman la muestra, destacar la existencia de diferencias significativas para la *puntuación servicio ICAP* ($t=-2.82$, $p=.006$) entre las personas para las que es recomendable un cambio de servicio de día y aquellas para las que no lo es. Las personas para las que es recomendable el cambio ($M=70.00$, $DT=14.25$), obtuvieron mayores puntuaciones, por tanto, requieren de menor apoyo, atención o supervisión frente a aquellos/as para los que no es recomendable un cambio de servicio de día ($M=65.17$, $DT=13.78$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.34$).

El análisis mostró de igual forma, diferencias significativas para *el nivel de servicio ICAP* ($t=-2.78$, $p=.006$). Las personas para las que puede ser recomendable un cambio de servicio de día ($M=6.55$, $DT=1.41$), obtuvieron mayores puntuaciones, es decir, requieren de menor supervisión frente a aquellos/as para los que no es recomendable dicho cambio ($M=6.07$, $DT=1.40$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.34$). La Tabla 53, recoge los resultados obtenidos para el conjunto de variables.

A la luz de los resultados, nuevamente, tal y como ocurría con los datos relativos a la recomendación o no de un cambio residencial, podemos afirmar que se han obtenido datos empíricos que ponen de manifiesto que la no recomendación de cambio de servicio de día se asocia a la existencia de mayores y más graves y frecuentes problemas de conducta, en lugar de realizar dichas recomendaciones en base a las destrezas adaptativas que muestran o no las personas con discapacidad que conforman la muestra.

Tabla 53.
Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según la recomendación o no de cambio de servicio de día

Variables del ICAP	Recomendación cambio servicio de día	N	M	DT	t	Sign.
Destrezas Motoras	No recomendación	230	474,18	11,840	1,270	,205
	Si recomendación	93	171,84	20,848		
Destrezas Sociales y Comunicativas	No recomendación	230	486,49	7,482	,770	,442
	Si recomendación	93	485,54	14,568		
Destrezas de la Vida Personal	No recomendación	230	487,24	13,242	-,252	,801
	Si recomendación	93	487,73	20,678		
Destrezas de la Vida en la Comunidad	No recomendación	230	479,10	12,213	-,315	,753
	Si recomendación	93	479,70	21,307		
Conducta Adaptativa General	No recomendación	230	34,88	14,819	-1,464	,146
	Si recomendación	93	38,35	20,878		
Habilidades Prácticas	No recomendación	230	38,19	1,932	1,548	,125
	Si recomendación	93	37,39	4,830		
Habilidades Conceptuales	No recomendación	230	2,22	3,840	-2,294	,023
	Si recomendación	93	3,63	5,433		
Habilidades Sociales	No recomendación	230	35,07	2,179	2,842	,005
	Si recomendación	93	33,47	5,237		
Índice Interno	No recomendación	230	-6,47	8,540	-3,236	,001
	Si recomendación	93	-3,16	7,745		
Índice Asocial	No recomendación	230	-8,19	11,382	-6,079	,000
	Si recomendación	93	-1,94	6,779		
Índice Externo	No recomendación	230	-6,39	10,975	-4,932	,000
	Si recomendación	93	-1,68	6,020		
Índice General	No recomendación	230	-7,94	10,381	-5,904	,000
	Si recomendación	93	-2,63	5,624		
Puntuación de Servicio ICAP	No recomendación	230	65,17	13,782	-2,824	,005
	Si recomendación	93	70,00	14,256		
Nivel de Servicio ICAP	No recomendación	230	6,07	1,408	-2,787	,006
	Si recomendación	93	6,55	1,418		

5.2.7 Análisis de las diferencias de medias de las variables del ICAP en función de la realización de diferentes tipos de actividades de ocio

El conjunto de actividades de ocio en torno a las cuales el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996) permite la recogida de información son; *hablar por teléfono con parientes o amigos, visitar a parientes, visitar a amigos o vecinos fuera de su residencia, ir de compras o comer fuera* (sólo/a o con otros/as), *asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa y tener un hobby*, entendido como ocupar el tiempo libre con una actividad de carácter personal. En este apartado, comentaremos las diferencias de medias de las variables del ICAP (Montero, 1996) en relación a las mismas y que de forma resumida podemos adelantar, que tal y como cabría esperar, el desempeño de las mismas es significativamente superior en aquellas personas que conforman la muestra con mayores destrezas adaptativas, menores problemas de conducta y menor necesidad de supervisión y/o apoyo.

Las Tablas 54 y 55, recogen los resultados de los análisis estadísticos para el conjunto de las variables que pasamos a comentar a continuación. Pero antes, hemos de destacar, que del conjunto de personas que conforman la muestra del estudio, únicamente obtuvimos datos sobre los usuarios/as y/u operarios/as de centros ocupacionales y centros especiales de empleo del Instituto Valenciano de Acción Social y de una muy pequeña parte del total de la muestra obtenida de la Fundación Lantegi Batuak (N=5), por tanto, la información presentada y las conclusiones que se obtengan en relación al tema que nos ocupa, versará sobre la submuestra en cuestión.

En relación a la primera actividad, *hablar por teléfono con parientes o amigos*, el análisis reveló diferencias significativas entre quienes utilizan el teléfono para la interacción con significativos y quienes no, en todas las variables del inventario, es decir, en las escalas de conducta adaptativa, los cuatro factores de conducta adaptativa obtenidos del primer estudio, los cuatro índices normativos *interno, asocial, externo y general* de problemas de conducta del ICAP y las *puntuaciones de servicio* y el *nivel de servicio* del ICAP.

Comenzando con los datos obtenidos de las escalas de conducta adaptativa del inventario, podemos afirmar que, son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas motoras* ($t=-7.89$, $p=.000$), entre quienes utilizan el teléfono para hablar con parientes o amigos y quienes no lo hacen. Las personas que hablan por teléfono con sus significativos ($M=481.22$, $DT=11.15$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloba la escala frente a quienes no lo hacen ($M=468.49$, $DT=16.68$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=.85$).

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas sociales y comunicativas* ($t=-8.94$, $p=.000$), entre quienes utilizan el teléfono para hablar con parientes o amigos y quienes no lo hacen. Las personas que hablan por teléfono con sus significativos ($M=491.91$, $DT=7.21$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que conforman la escala frente a quienes no lo hacen ($M=482.26$, $DT=11.28$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=.96$).

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas de la vida personal* ($t=-7.80$, $p=.000$), entre quienes utilizan el teléfono para hablar con parientes o amigos y quienes no lo hacen. Las personas que utilizan el teléfono para hablar con sus parientes o amigos ($M=495.82$, $DT=11.35$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos recoge la escala frente a quienes no lo hacen ($M=481.15$, $DT=20.07$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=.84$).

Por último, y en relación a las escalas de conducta adaptativa del inventario, son significativas las diferencias entre quienes utilizan el teléfono para hablar con sus familiares o amigos y quienes no lo hacen en la escala *destrezas de la vida en la comunidad* ($t=-8.50$, $p=.000$). Las personas que llaman por teléfono a sus familiares y amigos ($M=487.48$, $DT=12.39$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no lo hacen ($M=474.01$, $DT=15.75$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=.92$).

Centrándonos en los factores de conducta adaptativa obtenidos en el primer estudio, los análisis revelaron diferencias significativas para el factor *conducta adaptativa*

general ($t=-10.90$, $p=.000$) entre las personas que utilizan el teléfono para llamar a sus familiares y amigos y las personas que no lo hacen. Las personas que utilizan el teléfono para la interacción con sus significativos ($M=46.73$, $DT=14.55$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor, frente a quienes no lo hacen ($M=29.40$, $DT=14.69$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.18$).

Las diferencias entre las personas que utilizan el teléfono para contactar con sus familiares y amigos y quienes no lo hacen respecto al factor de conducta adaptativa *habilidades prácticas*, son también significativas ($t=-4.02$, $p=.000$). Las personas que llaman por teléfono a sus significativos ($M=38.60$, $DT=1.48$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que engloban el factor, frente a quienes no lo hacen ($M=37.14$, $DT= 5.10$). Las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.35$).

Las diferencias entre las personas que llaman por teléfono a sus familiares y amigos y aquellas que no lo hacen en el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* vuelven a ser significativas ($t=-7.21$, $p=.000$). Las personas que utilizan el teléfono para contactar con sus familiares y amigos ($M=4.76$, $DT=5.26$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que engloban el factor, frente a quienes no realizan llamadas telefónicas ($M=1.23$, $DT= 2.80$). En esta ocasión, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=.90$).

Por último, y en relación a los factores de conducta adaptativa, son significativas las diferencias halladas entre las personas que contactan telefónicamente con sus familiares y amigos y aquellas que no lo hacen en relación al cuarto y último factor *habilidades sociales* ($t=-5.66$, $p=.000$). Las personas que utilizan el teléfono para hablar con sus familiares y amigos ($M=35.70$, $DT= .79$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el factor frente a quienes no lo hacen ($M=33.76$, $DT=5.05$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.48$).

Por otra parte, el análisis reveló diferencias significativas en todos los índices normativos de problemas de conducta del ICAP. De este modo, las diferencias encontradas entre a quienes llaman por teléfono a sus familiares y amigos frente a quienes no lo hacen respecto al *índice interno* de problemas de conducta del ICAP

($t=-3.24$, $p=.001$), dan a conocer que las personas que utilizan el teléfono para contactar con sus significativos ($M=-3.41$, $DT=7.63$), muestran menos problemas de conducta, obteniendo valores inferiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a quienes no lo hacen ($M=-6.28$, $DT=8.43$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.35$).

Las diferencias entre las personas llaman a sus significativos y las que no lo hacen respecto al *índice asocial* de problemas de conducta, son también significativas ($t=-2.52$, $p=.012$). Como ocurría con el índice anterior, las personas que utilizan el teléfono para llamar a sus familiares y amigos ($M=-4.68$, $DT=10.17$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice, frente a quienes no lo hacen ($M=-7.63$, $DT=11.08$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.27$).

Las diferencias entre quienes llaman por teléfono a sus familiares y amigos y quienes no realizan dicha actividad respecto al *índice externo* de problemas de conducta, son también significativas ($t=-3.46$, $p=.001$). Nuevamente, las personas que contactan telefónicamente con sus significativos ($M=-2.72$, $DT=8.05$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice, frente a quienes no contactan ($M=-6.39$, $DT=10.65$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.37$).

Finalmente, respecto a los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, las diferencias entre personas que utilizan el teléfono para llamar a sus significativos y quienes no lo hacen en relación al *índice general* de problemas de conductas, son nuevamente significativas ($t=-3.60$, $p=.000$). Las personas que utilizan el teléfono para contactar con familiares y amigos ($M=-4.08$, $DT=7.84$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice, frente a quienes no lo utilizan ($M=-7.74$, $DT=10.14$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.39$).

Para concluir y respecto a los índices del inventario que dan cuenta de la necesidad de supervisión y/o atención de las personas con discapacidad que conforman la muestra, destacar la existencia de diferencias significativas para la *puntuación servicio ICAP* ($t=-10.02$, $p=.000$) entre las personas llaman por teléfono a sus familiares y amigos y las personas que no lo hacen. Quienes contactan telefónicamente con sus significativos

($M=75.01$, $DT=11.16$), obtuvieron mayores puntuaciones, por tanto, requieren de menor apoyo, atención limitada o nula, frente a quienes no utilizan el teléfono ($M=61.21$, $DT=13.51$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.08$).

El análisis mostró de igual forma, diferencias significativas para *el nivel de servicio ICAP* ($t=-9.90$, $p=.000$). Las personas que llaman a sus familiares y amigos ($M=7.06$, $DT=1.12$), obtuvieron mayores puntuaciones, es decir, requieren de menor supervisión, frente a aquellos/as que no lo hacen ($M=5.67$, $DT=1.37$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=1.07$).

Si nos centramos a la segunda actividad de ocio medida por el ICAP (Montero, 1996), *visitar a parientes*, el análisis reveló diferencias significativas entre quienes lo hacen y quienes no, en las escalas de conducta adaptativa *destrezas motoras* y *destrezas de la vida personal*, el factor de conducta adaptativa obtenido del primer estudio *conducta adaptativa general*, los cuatro índices normativos *interno*, *asocial*, *externo* y *general* de problemas de conducta del ICAP y las *puntuaciones de servicio* y el *nivel de servicio* del ICAP.

Respecto a los resultados obtenidos en las escalas de conducta adaptativa del ICAP, son significativas las diferencias halladas para la escala *destrezas motoras* ($t=-2.11$, $p=.035$), entre quienes visitan o no a sus parientes. Las personas que visitan a sus familiares ($M=473.97$, $DT=15.69$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos engloban la escala frente a quienes no lo hacen ($M=468.73$, $DT=17.83$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.32$).

Son también significativas las diferencias entre quienes visitan a sus familiares y quienes no lo hacen en la escala *destrezas de la vida personal* ($t=-2.16$, $p=.031$). Las personas que visitan a sus familiares ($M=487.49$, $DT=18.08$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que agrupa la escala frente a quienes no lo hacen ($M=481.25$, $DT=21.81$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.33$).

Centrándonos en los factores de conducta adaptativa obtenidos en el primer estudio, los análisis revelaron únicamente diferencias significativas para el factor *conducta adaptativa general* ($t=-2.33$, $p=.022$) entre las personas que visitan a sus familiares y las que no lo hacen. Las personas que visitaron a sus parientes ($M=36.60$, $DT=17.17$),

obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a quienes no lo hicieron ($M=31.38$, $DT=13.98$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.31$).

Por otra parte, el análisis reveló diferencias significativas en todos los índices normativos de problemas de conducta del ICAP. De este modo, las diferencias encontradas entre quienes visitan a sus familiares y quienes no lo hacen respecto al *índice interno* de problemas de conducta del ICAP ($t=-3.41$, $p=.001$), dan a conocer que las personas que visitan a sus significativos ($M=-4.63$, $DT=7.87$), muestran menos problemas de conducta, obteniendo valores inferiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a quienes no lo hacen ($M=-8.94$, $DT=9.69$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.53$).

Las diferencias entre las personas que visitan a sus significativos y las que no lo hacen respecto al *índice asocial* de problemas de conducta, son también significativas ($t=-4.41$, $p=.000$). Como ocurría con el índice anterior, las personas que visitan a sus familiares ($M=-5.56$, $DT=10.09$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que engloban el índice, frente a quienes no lo hacen ($M=-12.79$, $DT=13.29$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.68$).

Las diferencias entre quienes visitan a sus familiares y quienes no realizan dicha actividad respecto al *índice externo* de problemas de conducta, son nuevamente significativas ($t=-4.04$, $p=.000$). Las personas que visitan a sus parientes ($M=-4.20$, $DT=8.87$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice, frente a quienes no lo hacen ($M=-10.29$, $DT=14.04$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.62$).

Finalmente, respecto a los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, las diferencias entre personas que visitan a sus parientes y quienes no lo hacen en relación al *índice general* de problemas de conductas, son significativas ($t=-4.63$, $p=.000$). Las personas que visitan a sus parientes ($M=-5.48$, $DT=8.61$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice, frente a quienes no visitan a sus familiares ($M=-12.13$, $DT=12.66$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.71$).

Para concluir y respecto a los índices del inventario que dan cuenta de la necesidad de supervisión y/o atención de las personas con discapacidad que conforman la muestra, destacar la existencia de diferencias significativas para la *puntuación servicio ICAP* ($t=-3.99$, $p=.000$) entre las personas que visitan a sus parientes y las que no lo hacen. Quienes visitan a sus familiares ($M=67.55$, $DT=13.67$), obtuvieron mayores puntuaciones, por tanto, requieren de menor apoyo, atención, ayuda y/o supervisión, frente a quienes no lo hacen ($M=58.85$, $DT=16.28$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.61$).

El análisis mostró de igual forma, diferencias significativas para *el nivel de servicio ICAP* ($t=-3.83$, $p=.000$). Las personas que visitan a sus parientes ($M=6.31$, $DT=1.39$), obtuvieron mayores puntuaciones, es decir, requieren de menor supervisión, frente a aquellos/as que no lo hacen ($M=5.46$, $DT=1.61$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.59$).

Respecto a la tercera actividad, *visitar a amigos o vecinos fuera de su residencia*, el análisis reveló diferencias significativas entre quienes lo hacen y quienes no lo hacen, en todas las variables del inventario, salvo el índice normativo *externo* de problemas de conducta del ICAP.

Sobre los resultados obtenidos en las escalas de conducta adaptativa, podemos decir que son significativas las diferencias halladas para la escala *destrezas motoras* ($t=-5.57$, $p=.000$), entre quienes visitan a sus amigos y vecinos y quienes no lo hacen. Las personas que visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia ($M=478.19$, $DT=13.09$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que agrupa la escala frente a quienes no lo hacen ($M=469.1$, $DT=17.17$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.58$).

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas sociales y comunicativas* ($t=-7.06$, $p=.000$), entre quienes visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia y quienes no lo hacen. Las personas que visitan a sus amigos y vecinos ($M=490.04$, $DT=7.54$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que forman la escala frente a quienes no lo hacen ($M=482.36$, $DT=12.16$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.74$).

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas de la vida personal* ($t=-5.84$, $p=.000$), entre quienes visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia y quienes no lo hacen. Las personas que visitan a sus amigos y vecinos ($M=492.64$, $DT=13.19$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que conforman la escala frente a quienes no lo hacen ($M=481.60$, $DT=21.09$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.61$).

Por último, y en relación a las escalas de conducta adaptativa del inventario, son significativas las diferencias entre quienes visitan a sus amigos y vecinos y quienes no lo hacen en la escala *destrezas de la vida en la comunidad* ($t=-7.34$, $p=.000$). Las personas que visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia ($M=485.32$, $DT=13.11$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no lo hacen ($M=473.78$, $DT=16.27$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.77$).

Centrándonos en los factores de conducta adaptativa obtenidos en el primer estudio, los análisis revelaron diferencias significativas para el factor *conducta adaptativa general* ($t=-8.35$, $p=.000$) entre las personas que visitan a sus amigos y vecinos y las personas que no lo hacen. Las personas que visitan a sus amistades y vecinos ($M=43.28$, $DT=15.62$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor, frente a quienes no lo hacen ($M=29.66$, $DT=15.31$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron grandes ($d=.88$).

Las diferencias entre las personas que visitan a sus amigos y vecinos y quienes no lo hacen respecto al factor de conducta adaptativa *habilidades prácticas*, son también significativas ($t=-3.65$, $p=.000$). Las personas que visitan a sus amistades ($M=38.49$, $DT=1.95$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que agrupa el factor, frente a quienes no lo hacen ($M=37.00$, $DT= 5.31$). Las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.36$).

Las diferencias entre las personas que visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia y quienes no lo hacen en el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* vuelven a ser significativas ($t=-5.24$, $p=.000$). Las personas que visitan a sus familiares y vecinos ($M=3.83$, $DT=4.85$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que recoge el factor, frente a quienes no realizan dicha

actividad ($M=1.48$, $DT= 3.34$). En esta ocasión, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.57$).

Por último, y en relación a los factores de conducta adaptativa, son significativas las diferencias halladas entre las personas que visitan a sus amigos y vecinos y aquellas que no lo hacen en relación al cuarto y último factor *habilidades sociales* ($t=-4.38$, $p=.000$). Las personas que visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia ($M=35.43$, $DT= 1.85$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el factor frente a quienes no lo hacen ($M=33.68$, $DT=5.21$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.43$).

Por otra parte, el análisis reveló diferencias significativas en los índices normativos de problemas de conducta del ICAP interno y general. De este modo, las diferencias encontradas entre quienes visitan a sus amigos y vecinos frente a quienes no lo hacen respecto al *índice interno* de problemas de conducta del ICAP ($t=-3.32$, $p=.001$), dan a conocer que las personas que visitan a sus amistades y vecinos ($M=-3.66$, $DT=6.98$), muestran menos problemas de conducta, obteniendo valores inferiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a quienes no lo hacen ($M=-6.51$, $DT=8.99$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.35$).

Las diferencias entre personas que visitan a sus amigos y vecinos y quienes no lo hacen en relación al *índice general* de problemas de conducta, son nuevamente significativas ($t=-2.14$, $p=.035$). Las personas que visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia ($M=-5.22$, $DT=8.96$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice, frente a quienes no realizan dichas visitas ($M=-7.33$, $DT=9.85$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.22$).

A pesar de que las diferencias entre las personas que visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia y las que no lo hacen respecto al *índice asocial* de problemas de conducta, no son significativas, si cercanas a serlo ($t=-1.92$, $p=.055$). De este modo, podemos afirmar que las personas que visitan a sus amigos y vecinos ($M=-5.35$, $DT=9.86$), obtuvieron valores inferiores en el conjunto de elementos que se agrupan en el índice, frente a quienes no lo hacen ($M=-7.52$, $DT=11.52$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.20$).

Para concluir y respecto a los índices del inventario que dan cuenta de la necesidad de supervisión y/o atención de las personas con discapacidad que conforman la muestra, destacar la existencia de diferencias significativas para la *puntuación servicio ICAP* ($t=-7.18, p=.000$) entre las personas que visitan a sus amigos y vecinos fuera de su residencia y las personas que no lo hacen. Quienes realizan las visitas ($M=71.90, DT=13.12$), obtuvieron mayores puntuaciones, por tanto, requieren de menor apoyo, atención y/o supervisión, frente a quienes no utilizan las realizan ($M=61.73, DT=13.66$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.75$).

El análisis mostró de igual forma, diferencias significativas para *el nivel de servicio ICAP* ($t=-7.20, p=.000$). Las personas que visitan a sus amistades y vecinos ($M=6.75, DT=1.32$), obtuvieron mayores puntuaciones, es decir, requieren de menor supervisión, frente a aquellos/as que no lo hacen ($M=5.72, DT=1.38$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.75$).

Continuando con la cuarta actividad de ocio, *ir de compras o comer fuera solo/a o con otros/as*, el análisis reveló diferencias significativas entre quienes realizan dichas actividades y quienes no, en todas las variables del inventario, salvo en el índice normativo *interno* de problemas de conducta del ICAP.

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas motoras* ($t=-5.71, p=.000$), entre quienes van de compras o comen fuera y quienes no lo hacen. Las personas que van de compras y/o comen fuera solas o con otras personas ($M=477.90, DT=12.59$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que recoge la escala frente a quienes no lo hacen ($M=468.65, DT=17.77$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.60$).

Son significativas las diferencias encontradas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas sociales y comunicativas* ($t=-6.34, p=.000$), entre quienes se van de compras o a comer solos/as o con otros/as y quienes no lo hacen. Las personas que van de compras o comen fuera ($M=489.36, DT=7.77$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que conforman la escala frente a quienes no lo hacen ($M=482.40, DT=12.53$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.66$).

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas de la vida personal* ($t=-4.72$, $p=.000$), entre quienes se van de compras o a comer fuera y quienes no lo hacen. Las personas que se van de compras y/o a comer fuera con otros/as o solos/as ($M=491.17$, $DT=13.38$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no lo hacen ($M=482.15$, $DT=21.95$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.49$).

Por último, y en relación a las escalas de conducta adaptativa del inventario, son significativas las diferencias entre quienes van de compras y a comer fuera y quienes no lo van en la escala *destrezas de la vida en la comunidad* ($t=-6.73$, $p=.000$). Las personas que se van de compras y a comer fuera de su lugar de residencia ($M=484.40$, $DT=13.03$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que agrupa la escala frente a quienes no lo hacen ($M=473.73$, $DT=16.85$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.70$).

Centrándonos en los factores de conducta adaptativa obtenidos en el primer estudio, los análisis revelaron diferencias significativas para el factor *conducta adaptativa general* ($t=-6.46$, $p=.000$) entre las personas que salen de compras y a comer fuera de su lugar de residencia y las personas que no lo hacen. Las personas que van de compras y a comer fuera solas o acompañadas por otros/as ($M=41.34$, $DT=16.01$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a quienes no lo hacen ($M=30.48$, $DT=15.96$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.67$).

Las diferencias entre las personas que salen de compras o a comer fuera de su lugar de residencia y quienes no lo hacen respecto al factor de conducta adaptativa *habilidades prácticas*, son también significativas ($t=-2.73$, $p=.007$). Las personas que realizan compras y salen a comer solas o acompañadas fuera de su lugar de residencia ($M=38.28$, $DT=1.75$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que engloban el factor frente a quienes no lo hacen ($M=37.09$, $DT= 5.60$). Las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.28$).

Las diferencias entre las personas que van de compras o comen fuera solas o con otras personas y aquellas que no lo hacen en el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* vuelven a ser significativas ($t=-5.34$, $p=.000$). Las personas que salen de

compras y a comer fuera de su lugar de residencia ($M=3.71$, $DT=4.87$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que engloban el factor frente a quienes no realizan ese tipo de actividades ($M=1.40$, $DT= 3.17$). En esta ocasión, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.56$).

Por último, y en relación a los factores de conducta adaptativa, son significativas las diferencias halladas entre las personas que se van de compras y salen a comer solas o acompañadas por otros/as y aquellas que no lo hacen en relación al cuarto y último factor *habilidades sociales* ($t=-4.33$, $p=.000$). Las personas que salen de compras y a comer fuera de su lugar de residencia ($M=35.40$, $DT= 1.47$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el factor frente a quienes no lo hacen ($M=33.57$, $DT=5.50$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.45$).

Por otra parte, el análisis reveló diferencias significativas en todos los índices normativos de problemas de conducta del ICAP salvo en el *índice interno*. De este modo, las diferencias encontradas entre quienes salen de compras y a comer fuera de su lugar de residencia solos/as o acompañados/as frente a quienes no lo hacen respecto al *índice asocial* de problemas de conducta del ICAP ($t=3.73$, $p=.000$), dan a conocer que las personas que realizan este tipo de actividades ($M=-8.61$, $DT=11.73$), muestran curiosamente mayores, más graves y frecuentes problemas de conducta, obteniendo valores superiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a quienes no realizan este tipo de actividades ($M=-4.43$, $DT=9.42$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.39$).

Las diferencias entre quienes salen de compras y a comer fuera y quienes no realizan dichas actividades respecto al *índice externo* de problemas de conducta, son también significativas ($t=4.23$, $p=.000$). Nuevamente, las personas que van de compras y a comer fuera solas o acompañadas ($M=-7.17$, $DT=10.77$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente a quienes no realizan este tipo de actividades ($M=-2.86$, $DT=8.45$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.44$).

Finalmente, respecto a los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, las diferencias entre las personas que salen de compras y a comer fuera y quienes no lo hacen en relación al *índice general* de problemas de conductas, son nuevamente

significativas ($t=3.96$, $p=.000$). Las personas que salen de compras y/o a comer fuera solas o acompañadas ($M=-8.30$, $DT=10.45$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice, frente a quienes no realizan este tipo de actividades ($M=-4.43$, $DT=8.01$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.41$).

Para concluir y respecto a los índices del inventario que dan cuenta de la necesidad de supervisión y/o atención de las personas con discapacidad que conforman la muestra, destacar la existencia de diferencias significativas para la *puntuación servicio ICAP* ($t=-2.78$, $p=.006$) entre las personas que salen de compras y a comer fuera de su lugar de residencia solas o acompañadas y las personas que no lo hacen. Quienes van de compras y a comer fuera ($M=68.48$, $DT=15.14$), obtuvieron mayores puntuaciones, por tanto, requieren de menor apoyo o atención, frente a quienes no realizan este tipo de actividades ($M=64.31$, $DT=13.18$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.29$).

El análisis mostró de igual forma, diferencias significativas para *el nivel de servicio ICAP* ($t=-2.99$, $p=.003$). Las personas que salen de compras o a comer fuera ($M=6.42$, $DT=1.50$), obtuvieron mayores puntuaciones, es decir, requieren de menor supervisión, frente a aquellos/as que no realizan este tipo de actividades de ocio ($M=5.97$, $DT=1.36$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.31$).

Centrándonos en la quinta actividad de ocio, *asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa*, el análisis reveló, diferencias significativas entre quienes realizan dichas actividades y quienes no, en todas las variables del inventario, salvo en el factor de conducta adaptativa *habilidades prácticas*, el índice normativo *interno* de problemas de conducta del ICAP y las *puntuaciones de servicio* y el *nivel de servicio* del ICAP.

Respecto a los resultados obtenidos en las escalas de conducta adaptativa del ICAP, podemos afirmar que son significativas las diferencias halladas para la escala *destrezas motoras* ($t=-3.70$, $p=.000$), entre quienes asisten a actividades sociales o de ocio fuera de casa y quienes no realizan este tipo de actividades en su tiempo libre. Las personas que participan en actividades sociales y culturales ($M=475.86$, $DT=14.33$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que agrupa la escala frente a

quienes no lo hacen ($M=469.61$, $DT=17.65$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.39$).

Son significativas las diferencias encontradas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas sociales y comunicativas* ($t=-4.39$, $p=.000$), entre quienes asisten a actividades sociales y de ocio y quienes no asisten. Las personas que realizan actividades de ocio fuera del hogar y asisten a actividades sociales ($M=487.97$, $DT=7.71$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no realizan este tipo de actividades de ocio ($M=482.94$, $DT=13.90$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.46$).

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas de la vida personal* ($t=-4.72$, $p=.002$), entre quienes asisten a actividades sociales y de ocio fuera del hogar y quienes no lo hacen. Las personas que participan en actividades sociales y de ocio fuera de su lugar de residencia ($M=489.23$, $DT=17.01$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no lo hacen ($M=483.03$, $DT=20.38$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.33$).

Por último, y en relación a las escalas de conducta adaptativa del inventario, son significativas las diferencias entre quienes asisten a actividades sociales o de ocio fuera de casa y aquellos/as que no lo hacen en la escala *destrezas de la vida en la comunidad* ($t=-5.68$, $p=.000$). Las personas que participan en actividades sociales y de ocio fuera de su lugar de residencia ($M=482.92$, $DT=13.20$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no lo hacen ($M=473.63$, $DT=17.88$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.60$).

Centrándonos en los factores de conducta adaptativa obtenidos en el primer estudio, los análisis revelaron diferencias significativas para el factor *conducta adaptativa general* ($t=-4.96$, $p=.000$) entre las personas que salen y participan en actividades sociales o de ocio fuera de su lugar de residencia y las personas que no lo hacen. Las personas que realizan este tipo de actividades ($M=39.50$, $DT=16.09$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a quienes no lo hacen ($M=30.84$, $DT=16.68$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.53$).

Las diferencias entre las personas que asisten a actividades sociales o de ocio fuera del hogar y aquellas que no lo hacen en el factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* vuelven a ser significativas ($t=-2.71$, $p=.007$). Las personas que participan en actividades de ocio o sociales fuera del hogar ($M=3.05$, $DT=4.47$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que engloban el factor frente a quienes no realizan ese tipo de actividades ($M=1.86$, $DT= 3.84$). En esta ocasión, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.28$).

Por último, y en relación a los factores de conducta adaptativa, son significativas las diferencias halladas entre las personas que asisten a actividades sociales o de ocio fuera de su lugar de residencia y aquellas que no lo hacen en relación al cuarto y último factor *habilidades sociales* ($t=-4.00$, $p=.000$). Las personas que acuden a actividades de ocio y sociales fuera de su lugar de residencia ($M=35.31$, $DT= 1.81$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el factor frente a quienes no lo hacen ($M=33.33$, $DT=5.85$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.49$).

Por otra parte, el análisis reveló diferencias significativas en todos los índices normativos de problemas de conducta del ICAP salvo en el *índice interno*. Nuevamente, tal y como ocurría con la cuarta actividad de ocio medida por el inventario, las diferencias encontradas entre quienes salen de su hogar para realizar actividades de ocio y participar en actividades sociales frente a quienes no lo hacen respecto al *índice asocial* de problemas de conducta del ICAP ($t=3.49$, $p=.001$), dan a conocer que las personas que realizan este tipo de actividades ($M=-8.17$, $DT=11.77$), muestran mayores problemas de conducta, obteniendo valores superiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a quienes no realizan este tipo de actividades ($M=-4.19$, $DT=8.87$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.37$).

Las diferencias entre quienes asisten a actividades sociales y de ocio fuera de casa y quienes no realizan dichas actividades respecto al *índice externo* de problemas de conducta, son también significativas ($t=3.92$, $p=.000$). Nuevamente, las personas que acuden a este tipo de actividades ($M=-6.70$, $DT=11.35$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente a quienes no realizan este tipo de actividades ($M=-2.63$, $DT=6.75$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.41$).

Finalmente, respecto a los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, las diferencias entre las personas que asisten a actividades sociales y de ocio fuera de su lugar de residencia y quienes no lo hacen en relación al *índice general* de problemas de conductas, son nuevamente significativas ($t=3.52$, $p=.000$). Las personas que salen del de su lugar de residencia para participar en actividades de ocio y sociales ($M=-7.82$, $DT=10.82$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice frente a quienes no participan en este tipo de actividades ($M=-4.31$, $DT=6.74$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.37$).

Sobre la sexta y última actividad de ocio evaluada por el ICAP (Montero, 1996), *tener un hobby*, el análisis reveló, diferencias significativas entre quienes lo tienen y quienes no, en todas las variables del inventario, salvo en el índice normativo *interno* de problemas de conducta del ICAP y las *puntuaciones de servicio* y el *nivel de servicio* del ICAP.

Respecto a los resultados obtenidos en las escalas de conducta adaptativa del ICAP, podemos afirmar que son significativas las diferencias halladas para la escala *destrezas motoras* ($t=-2.78$, $p=.006$), entre quienes tienen un hobby y quienes no lo tienen. Las personas que tienen un hobby ($M=479.08$, $DT=10.53$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no lo tienen ($M=472.34$, $DT=16.61$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.42$).

Son significativas las diferencias encontradas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas sociales y comunicativas* ($t=-2.76$, $p=.006$), entre quienes tienen un hobby y aquellos/as que no lo tienen. Las personas que tienen algún hobby ($M=489.84$, $DT=7.96$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que recoge la escala frente a quienes no tienen hobbies ($M=485.25$, $DT=11.27$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.42$).

Son significativas las diferencias halladas para la escala de conducta adaptativa del ICAP *destrezas de la vida personal* ($t=-2.79$, $p=.005$), entre quienes tienen un hobby y quienes no lo tienen. Las personas que algún hobby ($M=493.46$, $DT=12.35$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no lo tienen ($M=485.57$, $DT=19.33$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.42$).

Por último, y en relación a las escalas de conducta adaptativa del inventario, son significativas las diferencias entre quienes tienen algún hobby y aquellos/as que no lo tienen en la escala *destrezas de la vida en la comunidad* ($t=-3.92$, $p=.000$). Las personas que tienen algún hobby ($M=487.14$, $DT=12.73$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban la escala frente a quienes no tienen hobbies ($M=477.78$, $DT=16.06$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.59$).

Centrándonos en los factores de conducta adaptativa obtenidos en el primer estudio, los análisis revelaron diferencias significativas para el factor *conducta adaptativa general* ($t=-3.74$, $p=.000$) entre las personas que tienen un hobby y las que no ocupan su tiempo libre con una actividad personal. Las personas que tienen un hobby ($M=44.06$, $DT=15.70$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas que agrupa el factor frente a quienes no lo tienen ($M=34.60$, $DT=16.69$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron moderadas ($d=.57$).

Son significativas las diferencias halladas entre las personas que tienen un hobby y aquellas que no ocupan su tiempo libre con una actividad personal en relación al segundo factor *habilidades prácticas* ($t=-3.32$, $p=.001$). Las personas que tienen un hobby ($M=38.52$, $DT= 1.01$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el factor frente a quienes no realizan ninguna actividad personal en su tiempo libre ($M=37.55$, $DT=4.48$). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.23$).

Las diferencias entre las personas que tienen un hobby y aquellas que no realizan ninguna actividad personal para ocupar su tiempo libre en relación al factor de conducta adaptativa *habilidades conceptuales* vuelven a ser significativas ($t=-2.49$, $p=.015$). Las personas que tienen un hobby ($M=4.28$, $DT=5.42$), obtuvieron valores superiores en el conjunto de destrezas o habilidades que engloban el factor frente a quienes no realizan ningún tipo de actividad personal que ocupe su tiempo libre ($M=2.28$, $DT= 3.98$). En esta ocasión, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.47$).

Por último, y en relación a los factores de conducta adaptativa, son significativas las diferencias halladas entre las personas que tienen un hobby y aquellas que no lo tienen en relación al cuarto y último factor *habilidades sociales* ($t=-4.00$, $p=.000$). Las personas que realizan alguna actividad personal que ocupa su tiempo libre ($M=35.52$,

DT= 1.18), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el factor frente a quienes no tienen un hobby (M=34.32, DT=4.39). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.29$).

Por otra parte, el análisis reveló diferencias significativas en todos los índices normativos de problemas de conducta del ICAP salvo en el *índice interno*. Nuevamente, tal y como ocurría con la cuarta y quinta actividad de ocio medida por el inventario, las diferencias encontradas entre quienes tienen un hobby y quienes no lo tienen respecto al *índice asocial* de problemas de conducta del ICAP ($t=2.34$, $p=.022$), dan a conocer que las personas que tienen algún hobby (M=-10.28, DT=12.44), muestran mayores problemas de conducta, obteniendo valores superiores en el conjunto de elementos que recoge el índice frente a quienes no ocupan su tiempo libre con alguna actividad personal (M=-5.92, DT=10.45). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.40$).

Las diferencias entre quienes ocupan su tiempo libre con alguna actividad personal y quienes no lo hacen respecto al *índice externo* de problemas de conducta, son también significativas ($t=2.67$, $p=.011$). Nuevamente, las personas que tienen un hobby (M=-8.86, DT=11.45), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que engloban el índice frente a quienes no ocupan su tiempo libre con actividades de tipo personal (M=-4.39, DT=9.51). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.45$).

Finalmente, respecto a los índices normativos de problemas de conducta del ICAP, las diferencias entre las personas que tienen un hobby y quienes no lo tienen en relación al *índice general* de problemas de conductas, son nuevamente significativas ($t=2.47$, $p=.000$). Las personas que tienen un hobby (M=-9.98, DT=11.42), obtuvieron valores superiores en el conjunto de elementos que agrupa el índice, frente a quienes no ocupan su tiempo libre con alguna actividad personal (M=-5.79, DT=9.04). Con relación al tamaño del efecto, las diferencias entre los grupos fueron pequeñas ($d=.44$).

Llegados a este punto, consideramos necesario realizar una reflexión e interpretación de los resultados obtenidos en las tres últimas actividades de ocio evaluadas por el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (1996); *ir de compras o comer fuera, asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa* y *tener un hobby* (ocupar su tiempo libre con una actividad personal) en relación con los

índices normativos de problemas de conducta *asocial*, *externo* y *general*. Los resultados, tal y como han sido presentados y comentados, muestran que las personas que realizan este tipo de actividades, poseen mayores puntuaciones en los índices de problemas de conducta del ICAP señalados, es decir, que presentan mayores y más frecuentes problemas de conducta que aquellos que no las realizan. Aunque estos resultados debieran de ser más investigados, nos atrevemos a hipotetizar sobre la posibilidad de la existencia de un patrón de actividades de ocio realizadas por el conjunto de personas que integra la muestra. Todos ellos/as tal y como hemos señalado en varias ocasiones, son usuarios/as y operarios/as de servicios de día tales como, centros ocupaciones y centros especiales de empleo, y por tanto, se convierten en un colectivo que pudiera tener acceso a distintos tipos de opciones, programas o propuestas de ocio. De este modo, y en el supuesto de que realmente nuestra hipótesis fuera correcta, podríamos estar ante un grupo de personas con menores problemas de conducta que asisten y realizan actividades de ocio con un mayor componente de interacción social como son las tres primeras actividades evaluadas y contempladas por el inventario; *hablar por teléfono con parientes o amigos*, *visitar a parientes* y *visitar a amigos o vecinos fuera de su lugar de residencia*, y otro colectivo, que presentando mayores, más graves y más frecuentes problemas conductuales, opta, por la realización y participación en actividades de ocio más estructuradas, reguladas y planificadas por profesionales del ámbito (previsión y programación de actividades de ocio para personas con discapacidad usuarias de servicios ocupacionales) o incluso actividades que pudieran ser ejecutadas de forma individual, sin la necesidad de interactuar como otros, entre las que se encuentran las tres últimas actividades registradas y contempladas en el ICAP (Montero, 1996); *ir de compras o comer fuera*, *asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa* y *tener un hobby* (ocupar su tiempo libre con una actividad personal).

Tabla 54.

Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según la realización o no de las actividades de ocio; hablar por teléfono con parientes y amigos, visitar a parientes y visitar a amigos o vecinos fuera de su residencia

Variables ICAP	Realiza o no realiza	Hablar por teléfono					Visitar a parientes					Visitar a amigos o vecinos				
		N	M	DT	t	Sign.	N	M	DT	t	Sign.	N	M	DT	t	Sign.
Destrezas Motoras	Si	226	468,49	16,685	-7,896	,000	48	468,73	17,831	-2,114	,035	196	469,11	17,175	-5,573	,000
	No	136	481,22	11,158			314	473,97	15,697			166	478,19	13,092		
Destrezas Sociales y Comunicativas	Si	226	482,26	11,280	-8,940	,000	48	483,77	11,423	-1,433	,153	196	482,36	12,168	-7,062	,000
	No	136	491,91	7,215			314	486,21	10,900			166	490,04	7,547		
Destrezas de la Vida personal	Si	226	481,15	20,078	-7,805	,000	48	481,25	21,811	-2,162	,031	196	481,60	21,090	-5,846	,000
	No	136	495,82	11,354			314	487,49	18,089			166	492,64	13,190		
Destrezas de la Vida en Comunidad	Si	226	474,01	15,756	-8,508	,000	48	477,63	15,453	-,672	,502	196	473,78	16,276	-7,340	,000
	No	136	487,48	12,399			314	479,29	16,054			166	485,32	13,115		
Conducta Adaptativa General	Si	226	29,40	14,692	-	,000	48	31,38	13,980	-2,335	,022	196	29,66	15,313	-8,354	,000
	No	136	46,73	14,556	10,906		314	36,60	17,177			166	43,28	15,623		
Habilidades Prácticas	Si	226	37,14	5,107	-4,021	,000	48	37,02	5,495	-1,179	,239	196	37,00	5,319	-3,652	,000
	No	136	38,60	1,483			314	37,79	3,958			166	38,49	1,953		
Habilidades Conceptuales	Si	226	1,23	2,800	-7,211	,000	48	1,81	3,612	-1,491	,140	196	1,48	3,346	-5,246	,000
	No	136	4,76	5,267			314	2,67	4,349			166	3,83	4,854		
Habilidades Sociales	Si	226	33,76	5,051	-5,665	,000	48	34,67	5,088	,325	,745	196	33,68	5,215	-4,383	,000
	No	136	35,70	,792			314	34,46	3,967			166	35,43	1,853		
Índice Interno	Si	226	-6,28	8,437	-3,244	,001	48	-8,94	9,692	-3,418	,001	196	-6,51	8,996	-3,324	,001
	No	136	-3,41	7,630			314	-4,63	7,870			166	-3,66	6,989		
Índice Asocial	Si	226	-7,63	11,086	-2,523	,012	48	-12,79	13,294	-4,414	,000	196	-7,52	11,520	-1,927	,055
	No	136	-4,68	10,175			314	-5,56	10,092			166	-5,35	9,866		
Índice Externo	Si	226	-6,39	10,655	-3,463	,001	48	-10,29	14,044	-4,048	,000	196	-5,53	10,193	-1,084	,279
	No	136	-2,72	8,056			314	-4,20	8,872			166	-4,40	9,558		
Índice General	Si	226	-7,74	10,145	-3,606	,000	48	-12,13	12,660	-4,636	,000	196	-7,33	9,853	-2,114	,035
	No	136	-4,08	7,840			314	-5,48	8,614			166	-5,22	8,965		
Puntuación de Servicio del ICAP	Si	226	61,21	13,516	-	,000	48	58,85	16,283	-3,995	,000	196	61,73	13,661	-7,189	,000
	No	136	75,01	11,163	10,029		314	67,55	13,671			166	71,90	13,123		
Nivel de Servicio del ICAP	Si	226	5,67	1,379	-9,900	,000	48	5,46	1,611	-3,833	,000	196	5,72	1,388	-7,202	,000
	No	136	7,06	1,127			314	6,31	1,397			166	6,75	1,328		

Tabla 55.

Medias, desviaciones típicas de las variables del ICAP según la realización o no de las actividades de ocio; ir de compras o comer fuera (sólo/a o con otros/as), asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa y tener un hobby

Variables ICAP	Realiza o no realiza	Ir de compras o comer fuera					Asistir a actividades sociales o de ocio					Tener un hobby				
		N	M	DT	t	Sign.	N	M	DT	t	Sign.	N	M	DT	t	Sign.
Destrezas Motoras	Si	181	468,65	17,778	-5,714	,000	150	469,61	17,652	-3,709	,000	312	472,34	16,610	-2,778	,006
	No	181	477,90	12,596			212	475,86	14,333			50	479,08	10,538		
Destrezas Sociales y Comunicativas	Si	181	482,40	12,539	-6,348	,000	150	482,94	13,903	-4,396	,000	312	485,25	11,278	-2,768	,006
	No	181	489,36	7,775			212	487,97	7,711			50	489,84	7,960		
Destrezas de la Vida personal	Si	181	482,15	21,957	-4,720	,000	150	483,03	20,387	-3,140	,002	312	485,57	19,333	-2,794	,005
	No	181	491,17	13,386			212	489,23	17,016			50	493,46	12,351		
Destrezas de la Vida en Comunidad	Si	181	473,73	16,855	-6,736	,000	150	473,63	17,880	-5,688	,000	312	477,78	16,068	-3,927	,000
	No	181	484,40	13,034			212	482,92	13,205			50	487,14	12,733		
Conducta Adaptativa General	Si	181	30,48	15,960	-6,460	,000	150	30,84	16,681	-4,965	,000	312	34,60	16,699	-3,747	,000
	No	181	41,34	16,013			212	39,50	16,091			50	44,06	15,708		
Habilidades Prácticas	Si	181	37,09	5,608	-2,732	,007	150	37,32	5,237	-1,293	,197	312	37,55	4,485	-3,321	,001
	No	181	38,28	1,759			212	37,94	3,248			50	38,52	1,015		
Habilidades Conceptuales	Si	181	1,40	3,171	-5,346	,000	150	1,86	3,848	-2,711	,007	312	2,28	3,989	-2,498	,015
	No	181	3,71	4,871			212	3,05	4,479			50	4,28	5,425		
Habilidades Sociales	Si	181	33,57	5,501	-4,332	,000	150	33,33	5,856	-4,008	,000	312	34,32	4,397	-4,000	,000
	No	181	35,40	1,479			212	35,31	1,810			50	35,52	1,182		
Índice Interno	Si	181	-4,46	7,896	1,718	,087	150	-4,84	7,791	,701	,484	312	-4,94	8,109	1,497	,135
	No	181	-5,94	8,547			212	-5,46	8,569			50	-6,82	9,000		
Índice Asocial	Si	181	-4,43	9,423	3,738	,000	150	-4,19	8,878	3,493	,001	312	-5,92	10,450	2,349	,022
	No	181	-8,61	11,737			212	-8,17	11,770			50	-10,28	12,441		
Índice Externo	Si	181	-2,86	8,450	4,233	,000	150	-2,63	6,751	3,927	,000	312	-4,39	9,516	2,617	,011
	No	181	-7,17	10,779			212	-6,70	11,354			50	-8,89	11,450		
Índice General	Si	181	-4,43	8,012	3,961	,000	150	-4,31	6,746	3,521	,000	312	-5,79	9,044	2,475	,016
	No	181	-8,30	10,455			212	-7,82	10,825			50	-9,98	11,426		
Puntuación de Servicio del ICAP	Si	181	64,31	13,182	-2,788	,006	150	64,87	12,580	-1,771	,077	312	66,04	13,877	-1,019	,312
	No	181	68,48	15,141			212	67,48	15,383			50	68,60	16,868		
Nivel de Servicio del ICAP	Si	181	5,97	1,362	-2,998	,003	150	6,05	1,276	-1,675	,095	312	6,15	1,408	-1,127	,264
	No	181	6,42	1,509			212	6,30	1,561			50	6,44	1,704		

5.2.8 Perfil de las personas de la muestra en relación a las diferentes actividades de ocio y las variables; edad, nivel de discapacidad intelectual, gravedad de los problemas de conducta y residencia

Finalmente y para concluir con el análisis de los resultados obtenidos en el segundo estudio realizado, se decide intentar establecer posibles *perfiles* del conjunto de personas que integran la muestra en este trabajo de Tesis Doctoral, análisis que nos permitan obtener una "imagen" de la realidad del conjunto de personas que conforma la muestra, en base al conjunto de actividades de ocio evaluadas y registradas en el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (1996); *hablar por teléfono con parientes o amigos, visitar a parientes, visitar a amigos o vecinos fuera de su lugar de residencia, ir de compras o comer fuera sólo/a o en compañía de otros/as, asistir a actividades sociales o de ocio fuera de casa y tener un hobby* y, variables propias de la muestra como son la *edad* (agrupando a los menores de 24 años, las personas con edades comprendidas entre los 25 y los 35 años, las personas con edades comprendidas entre los 36 y los 50 años y las personas mayores de 51 años), las categorías diagnósticas o *nivel de discapacidad intelectual* (leve, moderada, severa o profunda), el *nivel de gravedad de los problemas de conducta* (normal, levemente grave, moderadamente grave o grave) presentes en dicha población y el *lugar de residencia* (con padres o familiares, independiente o semi-independientemente o servicio residencial), por el peso y significatividad de las mismas.

De las 6 actividades sobre las que el ICAP (Montero, 1996) permite la recogida de información y teniendo en cuenta la edad de las personas que conforman la muestra, podemos afirmar, que la más practicada entre el colectivo es, la visita a parientes. Así, el 92.2% de personas menores de 24 años realiza asiduamente dicha actividad, seguido del 91.7% de personas con edades comprendidas entre los 25 y los 35 años, el 83.5% de personas con edades comprendidas entre los 36 y los 50 y el 71.8% de personas mayores de 51 años. Estos resultados nos hacen pensar que cuanto más jóvenes son las personas que conforman la muestra, más opciones se les brinda para ocupar su tiempo libre visitando a familiares, habitualmente en compañía de sus significativos.

Por el contrario, tener un hobby, entendido como ocupar el tiempo libre con una actividad personal, sería la menos realizada. Sólo el 15.4% de las personas mayores de 51 años tiene un hobby, seguido del 14.2% de personas con edades comprendidas entre los 36 y los 50 años, el 13.7% de los más jóvenes de 24 años y el 13.1% de personas con edades comprendidas entre los 25 y los 35 años. A mayor edad, mayor ocupación del tiempo libre con actividades de tipo personal.

La segunda actividad más practicada por el grupo de personas que participaron en el estudio sería, la asistencia a actividades sociales o de ocio fuera del hogar. Nuevamente, como ocurría con la actividad anterior (tener un hobby), los/as mayores de 51 años son quienes más participan de actividades sociales y de ocio, el 69.2%, seguido del 62.7% de personas menores de 24 años, el 62.1% de personas entre 25 y 35 años y el 49.6% de personas con edades comprendidas entre los 36 y los 50 años.

En cuanto a ir de compras o comer fuera solos/as o en compañía de otros/as, teniendo en cuenta los rangos de edad establecidos, aproximadamente la mitad de las personas incluidas en cada uno de ellos realiza ese tipo de actividades, concretamente, el 53.8% de los/as mayores de 51 años, el 51% de las personas menores de 24 años que participan en el estudio, el 53.8% de aquellos/as con edades comprendidas entre los 25 y 35 años y el 44.1% del conjunto de personas con edades comprendidas entre los 36 y los 50 años.

Las personas que más visitan a sus amistades y vecinos fuera de su lugar de residencia, son aquellas con edades comprendidas entre los 25 y los 35 años, concretamente el 54.5%, seguido del 49% de personas menores de 24 años, el 38.5% de personas mayores de 51 años y el 37% de personas con edades comprendidas entre los 36 y los 50 años.

Finalmente, y respecto al uso del teléfono para hablar con parientes y amigos, podemos afirmar que son las personas mayores de 51 años quienes menos utilizan las llamadas telefónicas para la toma de contacto con sus familiares o amigos, así, el 82.1% no realiza dicha acción. Lo mismo ocurre con el 68,5% de aquellos/as que tienen entre 36 y 50 años, el 66.7% de los más jóvenes que integran la muestra y el 50.3% de aquellos/as con edades comprendidas entre los 25 y los 35 años.

Teniendo en cuenta el nivel de discapacidad intelectual, como cabría esperar, a mayor capacidad intelectual, mayor desempeño, ejecución, práctica y/o disfrute de las mismas. Así y ordenando el conjunto de actividades de las más practicadas a las ejecutadas en menor medida, podemos comenzar afirmando que, el 90.7% de personas con discapacidad intelectual leve visita a sus familiares o parientes, seguido del 86,6% de las personas con discapacidad intelectual moderada y finalmente, el 81.6% de personas con discapacidad intelectual severa o profunda.

Respecto a ir de compras o comer fuera solo/a o en compañía de otros/as, el 66.3% de personas con discapacidad intelectual leve lo hace frecuentemente, seguido del 48.7% con discapacidad intelectual moderada y el 30.6% de personas con discapacidad intelectual severa o profunda. Algo parecido ocurre con la asistencia a actividades sociales o de ocio fuera del hogar, donde más de la mitad del conjunto de personas con discapacidad intelectual leve, el 68.6%, participa en y de este tipo de actividades, el 59.4% de personas con discapacidad intelectual moderada y el 40.8% de personas con discapacidad intelectual severa o profunda.

Sobre el uso del teléfono para la toma de contacto con significativos/as (familiares o amigos/as) resulta llamativa la diferencia existente en la práctica de dicha actividad, entre el conjunto de personas con discapacidad intelectual leve y aquellas que poseen discapacidad intelectual severa o profunda. Así, mientras que el 60.5% de personas con mayor capacidad intelectual utiliza el teléfono, sólo el 8.2% de personas con mayores limitaciones intelectuales lo hace. Por otra parte, únicamente el 35.7% de personas con discapacidad intelectual moderada utiliza dicho recurso para comunicarse con su familia y amigos/as frente al 64.3% que no lo hace.

Visitar a amigos o vecinos fuera del lugar de residencia, es una actividad realizada por el 53.5% de personas con mayor capacidad intelectual, seguido del 48.7% de personas con discapacidad intelectual moderada, y finalmente, como ocurre con todo el conjunto de actividades sociales y de ocio registradas por el inventario, el 22.4% del grupo de personas con discapacidad intelectual severa y profunda.

Finalmente, y por ser la actividad menos presente entre las personas que participaron en el estudio (tal y como ocurría cuando la variable a tener en cuenta era la edad), sólo el 20.9% de las personas con discapacidad intelectual leve tiene un hobby, seguido del 12.1% de personas con discapacidad intelectual moderada y el 10.2% de

personas con discapacidad intelectual severa o profunda. Es decir, que a mayor discapacidad intelectual, menor ocupación del tiempo libre con actividades de tipo personal.

Resulta más complicado “dibujar” el perfil del colectivo teniendo en cuenta la gravedad de los problemas de conducta presentes entre las personas que conforman la muestra. Curiosamente y tal y como fue presentado en el subpunto anterior, todas las personas que poseen problemas de conducta graves, asisten a actividades sociales y de ocio fuera del lugar de residencia, seguido del 82.9% de personas con problemas de conducta moderadamente graves, el 56.1% de personas con problemas levemente graves, y el 54.6% de personas que no presentan problemas de conducta. Es decir, cuantos mayores o más graves son los problemas de conducta mostrados, mayor es la participación en y de actividades sociales y de ocio fuera del lugar de residencia.

Ocurre lo contrario con la visita a parientes. En este caso, quienes menores o nulos problemas de conducta muestran, más visitan a sus familiares, concretamente, el 90.3%, seguido del 87.8% de personas que presentan conductas disruptivas levemente graves, el 71.4% con problemas de conducta moderadamente graves y el 33.3% con problemas graves de conducta.

Sobre el resto de actividades sociales y de ocio, los perfiles obtenidos son dispares. Así, respecto a ir de compras o a comer fuera con otros/as o individualmente, son las personas con problemas de conducta moderados, quienes más practican ese tipo de actividades, el 77.1%, seguidos del 66.7% de personas con graves problemas de conducta, el 58.5% de quienes muestran conductas disruptivas levemente graves y el 44.8% de personas que no realizan este tipo de conductas.

El 48.8% de personas que presentan problemas de conducta levemente graves, visita a sus amigos/as y vecinos/as fuera de su lugar de residencia, igual que el 47,7% de aquellos/as que no tienen problemas de conducta, el 44.4% de quienes presentan conductas disruptivas graves, y el 28.6% de personas con problemas conductuales moderadamente graves.

Por otra parte, sólo el 41.2% de personas sin problemas de conducta utiliza el teléfono para ponerse en contacto con sus familiares y amigos/as, seguidos/as del 34.1% de personas con leves problemas de conducta, el 22.2% de quienes muestran problemas

significativos o graves de comportamiento, y finalmente, el 17.1% de personas que presentan conductas disruptivas moderadamente graves.

Como ocurre con el resto de variables, son muy pocas las personas que tienen un hobby, concretamente, sólo el 40% de quienes muestran conductas disruptivas moderadamente graves, el 12.2% de personas con problemas de conducta moderadamente graves, el 11.1% de personas cuyas conductas pueden considerarse graves y finalmente, únicamente el 10.8% de personas sin problemas conductuales o cuya gravedad está considerada normal.

Para concluir y como ya fue expuesto en el subapartado anterior, teniendo en cuenta el lugar o la modalidad residencial del conjunto de personas que formaron parte de la muestra, la conducta significativamente más practicada, es la visita a parientes, ya que el 100% de las personas que vive con su padres o familiares realiza este tipo de actividades, seguido del 66.7% de personas que viven independiente o semi-independientemente y el 53.4% de personas que residen en servicios residenciales.

Por el contrario, tener un hobby, vuelve a ser la actividad menos manifiesta entre el grupo de personas que participaron en el estudio, ya que sólo el 33.3% de las que viven independiente o semi-independientemente ocupa su tiempo libre con alguna actividad personal, seguidos del 18.2% de personas que vive en servicios residenciales y finalmente, el 11.9% de personas que viven con sus padres o familiares.

Una actividad bastante practicada por el grupo, sería la asistencia a actividades sociales o de ocio fuera del lugar de residencia, ya que el 71.6% de personas que vive en servicios residenciales acude y participa en este tipo de actividades, seguidos del 54.8% de personas residentes en hogares parentales y el 50% de aquellos/as que viven de forma independiente o semi-independiente.

Ir de compras y/o comer fuera solo/a o acompañado/a es una actividad relativamente importante por su nivel de ejecución entre el colectivo. El 63.6% de personas usuarias de servicios residenciales realiza este tipo de actividades, seguido del 46.4% de personas que viven con sus padres o familiares y el 33.3% de personas que viven independiente o semi – independientemente.

Respecto a visitar a amigos y amigas fuera del lugar de residencia, nuevamente, como ocurre con la visita a familiares o parientes, son las personas que viven con sus

padres quienes más realizan este tipo de visitas, concretamente, algo más de la mitad, el 52.9%. Mientras que sólo el 33.3% de personas que vive independiente o semi-independiente lo hace con asiduidad y el 27.3% de aquellos/as que viven en servicios residenciales, ya que probablemente son estos/as últimos/as los visitados/as por su amigos/as.

Para concluir, señalar que únicamente el 43.3% de personas residentes en hogares familiares utiliza el teléfono para hablar con sus parientes y/o amigos/as, el 33.3% de aquellos/as que viven independiente o semi-independientemente y sólo el 19.3% de personas que vive en servicios residenciales.

Tal y como se recoge en el manifiesto por un ocio inclusivo (Cátedra Ocio y Discapacidad, 2014) basado en Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS y Banco Mundial, 2011), la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 (Unión Europea, 2010), la Estrategia Integral Española de Cultura para todos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Ministerio de Cultura, 2011), la Estrategia Española sobre Discapacidad (2012-2020) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), y Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013), el ocio entendido como una experiencia humana, es un derecho fundamental y universal que favorece el desarrollo de las personas y permite que estas puedan *empoderarse*, por ser un tiempo vivido a través de experiencias positivas, libremente elegidas, satisfactorias y que permiten cultivar las potenciales de crecimiento de cada uno/a. Es por ello, que con este subpunto final del marco empírico, hemos querido reflejar la manera en la que el grupo de personas que participaron en el estudio ejercen un derecho, recogido y reconocido en un amplio repertorio de leyes y normativa vigente, un derecho que permite a las mismas mejorar su calidad de vida y su bienestar psicosocial.

Tabla 56.

Perfil de la muestra en relación a las diferentes actividades de ocio que llevan a cabo y las variables; edad, nivel de discapacidad intelectual, gravedad de los problemas de conducta y residencia actual

Variables de la muestra	N	Hablar por teléfono		Visitar a parientes		Visitar a amigos o vecinos		Ir de compras o comer fuera		Asistir a actividades culturales o sociales		Tener un hobby		
		%	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Edad	Menores de 24 años	N	34	17	4	47	26	25	25	26	19	32	44	7
		%	66,7%	33,3%	7,8%	92,2%	49,0%	51,0%	49,0%	51,0%	37,3%	62,7%	86,3%	13,7%
	25 a 35 años	N	73	72	12	133	66	79	67	78	55	90	126	19
		%	50,3%	49,7%	8,3%	91,7%	45,5%	54,5%	46,2%	53,8%	37,9%	62,1%	86,9%	13,1%
	36 a 50 años	N	87	40	21	106	80	47	71	56	64	63	109	18
		%	68,5%	31,5%	16,5%	83,5%	63,0%	37,0%	55,9%	44,1%	50,4%	49,6%	85,8%	14,2%
Grado DI	Mayores de 51 años	N	32	7	11	28	24	15	18	21	12	27	33	6
		%	82,1%	17,9%	28,2%	71,8%	61,5%	38,5%	46,2%	53,8%	30,8%	69,2%	84,6%	15,4%
	Leve	N	34	52	8	28	40	46	29	57	27	59	68	18
		%	39,5%	60,5%	9,3%	90,7%	46,5%	53,5%	33,7%	66,3%	31,4%	68,6%	79,1%	20,9%
	Moderado	N	144	80	30	194	115	109	115	109	91	133	197	27
		%	64,3%	35,7%	13,4%	86,6%	51,3%	48,7%	51,3%	48,7%	40,6%	59,4%	87,9%	12,1%
Gravedad Problemas Conducta	Severo o profundo	N	45	4	9	40	38	11	34	15	29	20	44	5
		%	91,8%	8,2%	18,4%	81,6%	77,6%	22,4%	69,4%	30,6%	59,2%	40,8%	89,8%	10,2%
	Normal	N	163	114	27	250	145	132	153	124	126	151	247	30
		%	58,8%	41,2%	9,7%	90,3%	52,3%	47,7%	55,2%	44,8%	45,5%	54,5%	89,2%	10,8%
	Levemente grave	N	27	14	5	36	21	20	17	24	18	23	36	5
		%	65,9%	34,1%	12,2%	87,8%	51,2%	48,8%	41,5%	58,5%	43,9%	56,1%	87,8%	12,2%
Residencia	Moderadamente grave	N	29	6	10	25	25	10	8	27	6	29	21	14
		%	82,9%	17,1%	28,6%	71,4%	71,4%	28,6%	22,9%	77,1%	17,1%	82,9%	60,0%	40,0%
	Grave	N	7	2	6	3	5	4	3	6	0	9	9	1
		%	77,8%	22,2%	66,7%	33,3%	55,6%	44,4%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%	88,9%	11,1%
	Con padres o familiares	N	148	113	0	261	123	138	140	121	118	143	230	31
		%	56,7%	43,3%	0,0%	100%	47,1%	52,9%	53,6%	46,4%	45,2%	54,8%	88,1%	11,9%
Residencia	Independiente o semi-indepen.	N	4	2	2	4	4	2	4	2	3	3	4	2
		%	66,7%	33,3%	33,3%	66,7%	66,7%	33,3%	66,7%	33,3%	50,0%	50,0%	66,7%	33,3%
	Servicio residencial	N	71	17	41	47	64	24	32	56	25	63	72	16
	%	80,7%	19,3%	46,6%	53,4%	72,7%	27,3%	36,4%	63,6%	28,4%	71,6%	81,8%	18,2%	

Capítulo 6. Conclusiones generales, discusión y líneas futuras de investigación

6.1. Conclusiones generales con respecto al análisis de la estructura interna del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual mediante análisis factorial exploratorio

6.2. Conclusiones generales con respecto a la obtención de evidencias que permitan afirmar la idoneidad del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual para el estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual

6.3. Discusión general y líneas futuras de investigación

CAPITULO 6

Conclusiones generales, discusión y líneas futuras de investigación

A veces sentimos que lo que hacemos es tan sólo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota.

(Madre Teresa de Calcuta)

Adoptar nuevos enfoques de aproximación al estudio de la discapacidad intelectual, puso de manifiesto la necesidad de optar por sistemas para la clasificación y el diagnóstico multidimensionales, sistemas cada vez más centrados en los entornos en los que la persona vive, se desarrolla y desenvuelve y no sólo en las limitaciones que ésta pueda presentar, y que permitan la realización de evaluaciones acordes a las características y necesidades individuales de cada persona. Así, las puntuaciones de CI que durante décadas sirvieron de criterio para la clasificación de personas con discapacidad intelectual en diferentes categorías diagnósticas (leve, moderada, severa y profunda), han ido reduciendo considerablemente su importancia y el peso que históricamente se les había otorgado en el diagnóstico de discapacidad intelectual,

cobrando la misma relevancia, dimensiones que permiten el análisis y la evaluación de la forma en la que la persona con discapacidad interactúa en y con su entorno; la conducta adaptativa, la participación, los roles y el contexto (Luckasson et al., 1992; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2007a, 2007b; Verdugo, 1994a, 1999, 2003a; Verdugo y Jenaro, 2004).

Esta concepción multidimensional de la discapacidad intelectual, implica la consideración de tres criterios para el establecimiento del diagnóstico; (a) limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, (b) limitaciones significativas en conducta adaptativa y, (c) una edad de aparición anterior a los 18 años. Criterios diagnósticos, todos ellos asumidos por los manuales de diagnóstico y clasificación internacional más reconocidos, los desarrollados por la Organización Mundial de la Salud y los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Disorder*), de la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association, APA*). Por tanto, si bien puede resultar complicado lograr un consenso respecto a los instrumentos para el diagnóstico a utilizar en práctica profesional diaria, es al menos fundamental, el uso de herramientas psicométricamente válidas, acordes con la definición de discapacidad intelectual vigente (Schalock et al., 2010)

El hecho de que la existencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa se constituya como una condición necesaria, aunque no suficiente, para el diagnóstico de discapacidad intelectual, ha dado lugar a que en las últimas décadas se hayan realizado multitud de propuestas para entender, medir y operativizar el constructo. De este modo, los intentos de comenzar a evaluar lo que inicialmente la AAIDD constituyó como el segundo de los tres criterios diagnósticos de discapacidad intelectual, ha dado lugar al desarrollo de una gran variedad de instrumentos de evaluación de los que dimos cuenta en el segundo capítulo del marco teórico de esta investigación y otros muchos, cuyas propiedades psicométricas, en ocasiones, se tornan cuestionables. Es por ello, que las más recientes definiciones emitidas por la entonces Asociación Americana sobre Retraso Mental (*American Association on Mental Retardation, AAMR*) (Luckasson et al., 2002) y la actual Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD*) (Schalock et al., 2010), enfatizan en la necesidad de que el juicio clínico emitido tanto con una función diagnóstica como clasificatoria o para la planificación de apoyos, se base y fundamente en un análisis fiable, competente, riguroso y robusto desde un punto de vista psicométrico.

El juicio clínico emitido tras el análisis de una amplia cantidad de datos e informaciones funcionales, relevantes y significativas, basado en la habilidad y alta experiencia clínica y profesional (García, 2005, Schalock y Luckasson, 2005), y en el uso de numerosas fuentes de información (ya que la utilización de herramientas estandarizadas para la evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad no debe excluir el uso del resto de inventarios, escalas, etc. de valoración existentes en el campo que nos ocupa, que permitan al profesional llegar a un conocimiento lo más preciso posible de la persona objeto de evaluación), así como la disponibilidad de instrumentos psicométricamente válidos y acordes con los avances científico – teóricos actuales, favorecerán la planificación, el diseño y la puesta en práctica posterior, de estrategias de intervención centradas en las necesidades individuales de cada persona, al ser esta última y no las consecuencias que puedan derivarse de su discapacidad, quien ha de ser el eje fundamental en torno al cual giren las mismas.

Aunque la literatura relativa a la conducta adaptativa se centra mayoritariamente sobre cuestiones como el diagnóstico y la clasificación, desarrolladas y abordadas con detalle en el marco teórico de este trabajo de Tesis Doctoral, el interés por este constructo no radica únicamente en estas cuestiones, sino en su potencial para el diseño de intervenciones significativas y funcionales, ajustadas a la realidad de cada persona, a sus características, necesidades, intereses y demandas, algo que saben muy bien las propias personas con discapacidad intelectual, sus familiares, educadores y educadoras y el resto de significativos/as que trabajan y conviven con ellas cada día. El emplazamiento de una persona, usuaria, cliente, alumna, etc. en un servicio, aula, unidad residencial, etc. debiera de hacerse desde una perspectiva inclusiva, de mejora de su calidad de vida y dentro de una planificación centrada en la persona. En ese complejo proceso de toma de decisiones consensuadas con la persona objeto de evaluación, su familia y otras personas significativas de su entorno, los resultados de una escala de conducta adaptativa pueden tener un papel importante aunque siempre subordinado a lo anterior, permitiendo la identificación de carencias y la presencia de habilidades específicas, ofreciendo un retrato inicial y fiable de fortalezas y debilidades, que consideradas a la luz de las preferencias, intereses y otras consideraciones del entorno de la persona, puedan dar lugar al establecimiento de objetivos de intervención de gran relieve (Giné, Montero, Verdugo, Rueda y Vert, 2015; Montero, 2015).

Bajo el título *El ICAP como herramienta para el estudio de la estructura de la conducta adaptativa y la situación de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual*, hemos intentado recoger y exponer los resultados obtenidos de trabajo de investigación cuya meta principal radica en contribuir al conocimiento que del constructo de conducta adaptativa dispone la comunidad científica.

De este modo, y a lo largo del primer capítulo se ha realizado una revisión del modo en el que hasta el momento ha venido siendo operativizada u operacionalizada la conducta adaptativa, aunque como pudimos comprobar en el segundo capítulo donde se estudia un amplio conjunto de herramientas normativas y criterios para la medición, la evaluación, el diagnóstico y el diseño de programaciones individuales en conducta adaptativa, hoy en día y en nuestro contexto, sólo existe la Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa, DABS (*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*) (Balboni et al., 2014; Tassé, Bertelli, Kates, Navas y Simón, en prensa; Verdugo, Arias y Navas, 2014) que se espera sea en breve comercializada, y el Sistema de Evaluación de Conducta Adaptativa – II (*Adaptive Behavior Assessment System-II*, ABAS-II) (Harrison y Oakland, 2003; Montero y Fernández Pinto, 2013) acordes con la actual definición de conducta adaptativa, aunque sólo el primero, esté centrado exclusivamente en el diagnóstico, lo que dificulta en muchos casos el trabajo de los profesionales del ámbito a la hora de garantizar la idoneidad de los apoyos que han de recibir las personas con discapacidad intelectual con las que trabajan.

Conscientes de la necesidad de crear instrumentos de tales características o la revisión de instrumentos ya existentes como el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Bruininks, Weatherman y Woodcock, 1986; Montero, 1996), herramienta que durante años ha sido la única escala normativa de conducta adaptativa en español, capaz de producir puntuaciones que comparen las destrezas de una persona con una muestra representativa de la población general, en el tercer capítulo se especificaron además del contenido y la funcionalidad del inventario, las características psicométricas del mismo, para posteriormente presentar, en los capítulos cuarto y quinto todo el proceso seguido para el análisis exploratorio de la estructura factorial de dicha herramienta y la obtención de evidencias que permitan afirmar que el ICAP puede contribuir al estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual.

Así, dos han sido los objetivos principales que han guiado el desarrollo del presente trabajo:

- (a) Analizar la estructura factorial del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual mediante Análisis Factorial Exploratorio, con el objetivo de comprobar qué modelo (unifactorial o multifactorial) es suficiente para dar cuenta de la naturaleza del constructo (primer estudio).
- (b) Obtener evidencias que nos permitan afirmar la idoneidad del inventario para el estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad intelectual a través de las variables personales y contextuales que la herramienta mide o registra (segundo estudio).

Dado que tras finalizar cada uno de los capítulos del marco teórico se han desarrollado las conclusiones fundamentales que podían derivarse de los contenidos abordados y estudiados en los mismos, señalaremos a continuación, las conclusiones generales y limitaciones de cada uno de los objetivos empíricos descritos que han dado lugar a la realización de dos estudios y su desarrollo.

6.1. CONCLUSIONES GENERALES CON RESPECTO AL ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA INTERNA DEL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL MEDIANTE ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Para el análisis de la estructura factorial del conjunto de escalas de conducta adaptativa que componen el inventario, salvo la escala relativa a las destrezas motoras (teniendo en cuenta las últimas aportaciones teóricas únicamente fueron utilizadas las puntuaciones obtenidas por la muestra en las tres escalas de conducta adaptativa: *destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal y destrezas de vida en la comunidad*), y obtener evidencias de validez basadas en la estructura interna del ICAP

(Montero, 1996), se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio de componentes principales y rotación varimax con el fin de comprobar el número de factores que conforman el inventario, siendo sometidos a prueba dos modelos, ya especificados y definidos que defienden que la conducta adaptativa es un constructo unidimensional, o multidimensional compuesta por un conjunto de factores (habilidades conceptuales, sociales y prácticas) que correlacionan entre sí y un factor de orden general (conducta adaptativa).

Los diferentes índices de bondad de ajuste pusieron de manifiesto que el modelo unidimensional resulta insuficiente para reproducir la matriz de covarianzas original, llevándonos a afirmar que la conducta adaptativa tal y como es medida por el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996), es un constructo multifactorial con un número determinado de factores que correlacionan entre sí; *habilidades prácticas*, *habilidades conceptuales* y *habilidades sociales*, y un cuarto factor de orden general, denominado en este estudio, *conducta adaptativa general*.

Estos resultados concuerdan con estudios que en origen mostraron evidencias de aproximaciones multifactoriales al constructo de conducta adaptativa, demostrando la presencia de un número determinado de factores que correlacionan entre sí (Guarnaccia, 1976; Kampahus, 1987; Lambert y Nicoll, 1976; Levine y Elzey, 1968; Meyers et al., 1979; Nihira, 1976, 1978; Owens y Bowling, 1970; Reynolds, 1981; Silverman et al., 1983; Song et al., 1984; Sparrow y Cicchetti, 1978; Walsh y McConkey, 1989; Widaman et al., 1987). Los factores hallados en este primer estudio, además de ser acordes a los más recientes avances científicos (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010), se suman a las evidencias aportadas por las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas, de las que dimos cuenta en el segundo capítulo del marco teórico y cuyos datos más significativos se recogen en la Tabla 22 del documento (Arias, Verdugo, Navas y Gómez, 2013; Aricak y Oakland, 2010; De Bildt, Draiker, Sytema y Minderaa, 2005; Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck y Taplin, 2005; Oakland y Algina, 2011; Oakland, Iliescu, Chen y Chen, 2013; Rojahn, Matson, Lott, Esbensen y Smalls, 2001; Stinnett, Fuqua y Coombs, 1999; Sturney, Matson y Lott, 2004; Thackrey, 1991; Wei, Oakland y Algina, 2008).

Un aspecto que podría llegar a ser considerado como una limitación del estudio, es el hecho de no haber llevado a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio con el objeto de

obtener mayores y más consistentes evidencias de validez interna, comprobando el supuesto de normalidad de las variables (parcels) y llevando a cabo la estimación de parámetros mediante el procedimiento de Máxima Verosimilitud para los dos modelos sometidos a prueba (unidimensionalidad o multidimensionalidad del constructo de conducta adaptativa). De este modo, se podría demostrar además de que la conducta adaptativa es un constructo multifactorial con un número determinado de factores que correlacionan entre sí, la posibilidad de la existencia de un constructo de orden superior que da cuenta de las relaciones entre los mismos.

No obstante, no hemos de olvidar, que una de las limitaciones del AFC mediante el uso de parcels, se deriva del uso de estos últimos cuando la estructura subyacente de los ítems que conforman un parcel no es unidimensional, contribuyendo en tales casos el uso de parcels más a la confusión que al esclarecimiento de la estructura de los datos (Arias, 2008; Martínez, Castellanos y Chacón, 2015; Martínez, Chacón y Castellanos, 2015).

6.2. CONCLUSIONES GENERALES CON RESPECTO A LA OBTENCIÓN DE EVIDENCIAS QUE PERMITAN AFIRMAR LA IDONEIDAD DEL INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL PARA EL ESTUDIO DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El segundo estudio, puede ser considerado como un estudio de validación adicional de una herramienta significativa que tiene más de veinte años ininterrumpidos de uso profesional en nuestro país (Montero, 2015). Durante mucho tiempo, en lengua castellana, la única escala normativa de conducta adaptativa baremada en nuestro entorno con una muestra representativa de la población general ha sido el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996). En esta investigación y utilizando una muestra de 502 personas jóvenes y adultas con discapacidad, se ha vuelto a mostrar la capacidad del inventario para la discriminación entre aquellos/as con mayor capacidad intelectual de quienes mayores limitaciones a este

respecto poseen, en el conjunto de variables contextuales y personales que la herramienta mide y registra. Así, podemos afirmar y concluir que el ICAP (Montero, 1996):

- (a) Ofrece puntuaciones libres de sesgo en función del género, algo hasta el momento sólo demostrado con una muestra representativa de la población general, formada por personas de distintas edades, ambos sexos, con y sin discapacidad intelectual.
- (b) Permite el hallazgo de diferencias significativas entre personas con distintos niveles de discapacidad intelectual, siendo más competentes en el conjunto de habilidades que conforman las escalas de conducta adaptativa (*destrezas motoras, destrezas sociales y comunicativas, destrezas de la vida personal y destrezas de la vida en comunidad*) de la herramienta, los elementos agrupados en los factores de conducta adaptativa obtenidos del primer estudio (*conducta adaptativa general, habilidades prácticas, habilidades conceptuales y habilidades sociales*) y los índices que dan cuenta de la necesidad de supervisión, apoyo y/o atención, las personas con mayor capacidad intelectual, seguidos de quienes poseen discapacidad intelectual leve, y las personas con discapacidad intelectual severa o profunda.
- (c) El inventario permite la apreciación de diferencias significativas entre quienes viven de forma independiente, semi-independientemente o con sus familiares y las personas que residen en servicios residenciales. Los datos obtenidos tras su aplicación, dan cuenta de la mayor capacidad en el conjunto de habilidades y destrezas que conforman las escalas de conducta adaptativa *destrezas motoras, y destrezas de la vida personal* de las personas con discapacidad que viven de forma independiente, semi – independiente o con sus familiares.

Lo mismo ocurre con los resultados obtenidos en el conjunto de factores de conducta adaptativa. Las personas que viven en servicios residenciales, y por tanto, en entornos más estructurados, con mayores niveles de apoyo y supervisión, obtienen, salvo en el factor que agrupa destrezas relativas a habilidades sociales (quizás por la convivencia y constante relación social con un mayor número de personas con discapacidad, profesionales y agentes de apoyo), valores inferiores a las personas que viven en entornos más normalizados, con menores niveles de apoyo, estructura y supervisión.

El ICAP, permite de igual forma, hallar diferencias significativas en todos los índices normativos de problemas de conducta del inventario, entre personas que viven de manera independiente o semi-independiente, con sus familiares o por el contrario, en servicios residenciales. Así, muestran mayores y más significativos problemas de conducta quienes hacen uso de servicios residenciales, frente a quienes pueden vivir independiente, semi-independiente o con sus padres.

Finalmente, los índices que dan cuenta de la necesidad de supervisión, apoyo y/o atención y nivel de los mismos, vuelven a discriminar entre aquellos/as que viven en entornos muy estructurados como son los servicios residenciales y aquellos/as que viven independiente, semi-independientemente o con sus familiares, que necesitan de menor apoyo, atención y supervisión.

- (d) El ICAP (Montero, 1996), nos permite comprobar, a la luz de los resultados obtenidos, que la no recomendación de cambio de modalidad residencial se asocia a la existencia de mayores y más significativos problemas de conducta, en lugar de realizar dichas recomendaciones en base a las habilidades, competencias y destrezas adaptativas que muestran o no las personas con discapacidad intelectual que conforman la muestra.

Lo mismo ocurre con la recomendación o no de cambio de servicio de día del que son usuarias u empleadas las personas con discapacidad, ya que los resultados obtenidos tras la aplicación de la herramienta ponen de manifiesto que la no recomendación de cambio se asocia a la existencia de mayores, más graves y frecuentes problemas de conducta.

- (e) Si se toma como referencia la ejecución en mayor o menor medida de actividades de ocio, por entender estas además de como un derecho fundamental, como una experiencia humana que favorece el desarrollo de las personas y que estas se empoderen, el inventario permite comprobar y demostrar que a mayores habilidades y destrezas adaptativas más realización, ejecución y disfrute de las mismas.

Por otra parte, y basándonos en las puntuaciones obtenidas en los índices normativos de problemas de conducta *asocial*, *externo* y *general* del inventario, hemos podido comprobar que actividades como ir de compras, comer fuera, asistir a actividades sociales o de ocio y tener un hobby, actividades que pueden tener un alto nivel de estructuración, supervisión y planificación, son en mayor medida realizadas por personas con mayores problemas de conducta. Frente a actividades como hablar por teléfono con parientes y amigos/as o visitar a familiares, amigos/as o vecinos/as, entendidas como actividades con un mayor componente de interacción social, más sujetas a la improvisación, con poca estructura y que dependen mucho del tipo de interacción que se establezca, del contexto en el que se produzcan y de las personas con las que se interactúe, y que son llevadas a cabo especialmente por aquellos/as que muestran nulos o muy pocas conductas disruptivas.

Consideramos que una de las principales fortalezas de este estudio radica en el número de personas jóvenes y adultas con discapacidad que participaron y conformaron la muestra del mismo, siendo todas ellas, usuarias/empleadas de centros y servicios ocupacionales y/o laborales del IVAS y de la Fundación Lantegi Batuak, es decir, usuarias de servicios de día de características similares, de la Comunidad Valenciana y de Bizkaia.

Ahora bien, aunque el concepto de conducta adaptativa está muy asociado a la discapacidad intelectual y del desarrollo, la literatura científica y profesional muestra que puede ser de utilidad para hacer valoraciones en otras discapacidades, por ejemplo en parálisis cerebral, discapacidad auditiva o discapacidad visual (Beer, Harris, Kronenberger, Holt y Pisoni, 2012; Chiarello, Almasri y Palisano 2009; Ditterline, Banner, Oakland y Becton, 2008; Papadopoulos, Metsion y Agaliotis, 2011), e igualmente en problemáticas como los trastornos del aprendizaje, los déficits de atención o en la atención a personas mayores, entre otras (Buelow et al., 2012; Lindblad et al., 2013). Además, las herramientas e instrumentos de conducta adaptativa han sido empleadas en muy diversos servicios educativos, sociales y sanitarios, relacionados con la psicología educativa y/o la orientación, atención temprana, en educación inclusiva, en unidades de diagnóstico neurológico o psiquiátrico, en programas de inserción laboral, en servicios residenciales, etc. (Montero 2015).

Por todo ello, y teniendo en cuenta además que el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (Montero, 1996), es aplicable a personas de todas las edades y que permite la evaluación de personas que hacen uso de servicios de día tales como; jardín de infancia o guardería, centro de día para adultos, centro educativo ordinario (aula ordinaria, aula ordinaria con servicios de apoyo, aula estable), centro de día para el desarrollo de actividades personales y sociales, centro ocupacional, centro especial de empleo, centros de empleo ordinario (con apoyo o sin él), pudiera considerarse que el proceso de selección de la muestra del estudio (no podemos decir que se haya realizado un muestreo en el sentido estricto de la palabra puesto que la realización de las distintas evaluaciones ha dependido de la disponibilidad e interés de los distintos servicios), adolece de algunas limitaciones. Sin pretender que sirva de justificación, nos gustaría señalar las dificultades de acceso a la población, dificultades que nos llevaron a no disponer de datos de personas de edades inferiores y usuarias de otros servicios de día no ocupacionales y/o laborales, o incluso de diversas comunidades.

Otra de las limitaciones del estudio, es que, el ICAP (Montero, 1996) siendo un significativo instrumento para la evaluación de la conducta adaptativa permite además, la evaluación del estatus funcional, de los problemas de conducta y las necesidades de servicio de las personas con discapacidad, pero en esta investigación, no obtuvimos una recogida funcional de los datos relativos a este tipo de cuestiones en una pequeña parte de la muestra, concretamente, de la muestra perteneciente a los centros ocupacionales y centros especiales de empleo de la Fundación Lantegi Batuak de Bizkaia. Esto ha supuesto, que gran parte de los análisis y de las conclusiones obtenidas de los datos en la mayoría de los subapartados del segundo estudio, se basen en los resultados obtenidos únicamente por la muestra del IVAS.

Por último, encontramos como una limitación importante el hecho de no contar (para cada integrante de la muestra) con datos e información relativa a un mayor número de variables personales y contextuales indicadores de su calidad de vida, de sus trayectorias de inclusión social e inserción laboral, de sus posibilidades para la participación en actividades de ocio y tiempo libre, etc. Algo así, hubiera permitido realizar una validación más completa del potencial del inventario para estas áreas y con este colectivo de personas con discapacidad.

6.3. DISCUSIÓN GENERAL Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Nos gustaría señalar, a modo de conclusión general, que la investigación realizada, basándonos en los conocimientos que la comunidad científica dispone, favorece la existencia de una herramienta psicométricamente válida y acorde a los nuevos principios y paradigmas que asegure la idoneidad de los servicios diseñados y prestados a las personas con discapacidad en base a los resultados obtenidos tras su aplicación.

El ICAP (Montero, 1996) ha sido durante años la única escala normativa de conducta adaptativa en español capaz de producir puntuaciones que comparen la conducta adaptativa de la persona con una muestra representativa de la población general. Con este estudio, hemos vuelto a demostrar la fiabilidad de la herramienta para el estudio de personas jóvenes y adultas con discapacidad, por contar con una amplia muestra de personas con discapacidad intelectual. Hemos demostrado la sensibilidad del instrumento para discernir entre distintos niveles de conducta adaptativa en función del nivel de discapacidad intelectual.

Si bien es cierto que en la actualidad sólo disponemos de dos instrumentos adaptados a nuestro contexto como la Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa, DABS (*Diagnostic Adaptive Behavior Scale*) (Balboni et al., 2014; Tassé, Bertelli, Kates, Navas y Simón, en prensa; Verdugo, Arias y Navas, 2014) que será editada y comercializada en breve, o el Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa-II (*Adaptive Behavior Assessment System-II, ABAS-II*) (Harrison y Oakland, 2003; Montero y Fernández – Pinto, 2013), la investigación realizada y los resultados hallados, pueden hacer que el ICAP junto con las herramientas nombradas, resulten de gran utilidad en el cambio hacia el logro de mejores prácticas de evaluación.

Las implicaciones derivadas del empleo de un instrumento como ICAP (Montero, 1996) son profundas y significativas si tenemos en cuenta que a partir del mismo pretendemos asegurar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad a la hora de recibir y hacer uso de servicios y acceder a distintos tipos de recursos.

Si bien es cierto que las prácticas de evaluación y diagnóstico han cambiado mucho en pocos años, el peso de las puntuaciones de CI aún sigue siendo en algunos casos alarmante. A lo largo del presente trabajo hemos señalado que, personas que han recibido un diagnóstico de discapacidad intelectual carecen de cualquier tipo de evaluación de su conducta adaptativa, de sus destrezas para adaptarse a las demandas del entorno en el que vive, crece y se desarrolla. Este hecho nos lleva a subrayar la importancia de emplear, a la hora de evaluar a una persona con discapacidad intelectual, un enfoque de la discapacidad desde una perspectiva multidimensional, dejando atrás sistemas de clasificación que contemplan únicamente como criterio bien la etiología de la discapacidad, bien medidas de inteligencia e incorporen la evaluación de otros aspectos que reflejen el carácter social de esta discapacidad como es el caso de la conducta adaptativa.

Por los motivos expuestos, consideramos que si bien el ICAP (Montero, 1996) es una herramienta útil, el proceso de investigación sobre la naturaleza de las limitaciones en conducta adaptativa no debe acabar aquí. Es preciso seguir analizando la relación existente entre inteligencia y conducta adaptativa, dado que si bien hemos podido comprobar cómo aquellas personas con discapacidad intelectual leve y mayores niveles de funcionamiento obtenían mejores puntuaciones en comparación con sus iguales con limitaciones más severas, es necesario llevar a cabo estudios longitudinales que aclaren por ejemplo, cómo esta relación evoluciona y va perfilándose con la edad y el entrenamiento.

No debemos olvidar que el ICAP (Montero, 1996) está vinculado desde un punto de vista conceptual y estadístico a los instrumentos criterios denominados, Inventario de Destrezas Adaptativas, CALS (*Checklist of Adaptive Living Skills*. Morreau y Bruininks, 1991; Morreau, Bruininks, y Montero, 2002) y Currículum de Destrezas Adaptativas, ALSC (*Adaptive Living Skills Curriculum*. Bruininks, Morreau, Gilman, y Anderson, 1991; Gilman, Morreau, Bruininks, Anderson, Montero y Unamunzaga, 2002b), instrumentos significativos y fundamentales para el diseño de programas individuales de intervención en conducta adaptativa adaptados a nuestra realidad. De este modo, quizás con el paso de los años y el diseño y puesta en práctica de procesos de enseñanza – aprendizaje significativos y funcionales adaptados a la realidad de cada persona, estudios longitudinales pudieran demostrar evoluciones significativas al respecto.

Asimismo, es de especial interés continuar con la investigación acerca de los patrones de habilidades adaptativas en colectivos con etiologías concretas, como pudiera ser el caso de los Trastornos del Espectro Autista, el Síndrome de Down, la parálisis cerebral, la discapacidad auditiva o la discapacidad visual. Es posible la existencia de diferencias entre distintos grupos poblacionales con síndromes y discapacidades específicas de los que no se ha hablado en este trabajo de Tesis Doctoral, y consideramos que tales patrones de habilidades adaptativas podrían aportar una información sumamente relevante a procesos como el de la Planificación Centrada en la Persona, señalando no tanto los puntos débiles y deficitarios en la persona protagonista de la planificación e intervención, sino más bien, los puntos fuertes a partir de los cuales poder alcanzar aquellos objetivos realmente significativos, funcionales e importantes para cada persona.

Como hemos señalado en varias ocasiones, la evaluación de la conducta adaptativa constituye únicamente un componente más de un modelo multidimensional de evaluación de la discapacidad intelectual en el que la evaluación funcional vinculada directamente a las necesidades de la persona constituye el foco de interés prioritario. En este sentido, sería interesante iniciar una línea de investigación centrada en la relación que pudiera existir entre habilidades adaptativas y necesidades de apoyo con objeto de dilucidar si algún tipo de intervención centrada en la mejora de determinadas habilidades de carácter conceptual, práctico o social pudieran minimizar las necesidades de apoyos de las personas con discapacidad intelectual. El objetivo del estudio de la conducta adaptativa en particular y la discapacidad intelectual en general propuesto, no es otro sino destacar la necesidad del empleo de sistemas y herramientas de evaluación y clasificación que resulten funcionales para el fin último de todo proceso de diagnóstico, de clasificación y/o de planificación de apoyos; mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

Nos gustaría concluir este trabajo, recogiendo algunas de las palabras plasmadas en el preámbulo de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las personas con diversidad funcional (firmado y de obligado cumplimiento para España) que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, para que no olvidemos nunca, que estas, son personas de pleno derecho y que trabajos como este que aquí concluyen, nos permitan a los profesionales seguir luchando por el cumplimiento de los mismos, para que crezcan, se desarrollen y vivan en plenitud y en las condiciones que deseen su vida.

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con déficits y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (ONU, 2008, p.1).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the child behavior checklist/2-3 and 1992 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situations specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.213.
- Adams, G. L. (1984). *Technical manual: Comprehensive test of adaptive behavior (CTAB), normative adaptive behavior checklist (NABC)*. Columbus, OH: Merrill.
- Adams, G. L. (1999). *CTAB-R and NABC-R technical manual*. Seattle, WA: Educational Achievement Systems.
- Adams, M. G., Tassé, M. J., Rojahn, J. y Hammer, D. (1996). The nisonger CBRF: A child behavior rating form for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *17*(1), 41-57. doi:10.1016/0891-4222(95)00039-9.
- Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W. y Field, C. J. (1985). The aberrant behavior checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal on Mental Deficiency*, *89*, 485-491.

American Association on Mental Retardation (AAMR) (29 de Noviembre 2006). World's oldest organization on intellectual disability has a progressive new name. [Comunicado de prensa]. Recuperado de: <http://www.msaaidd.org/PR1.20061129.htm>.

American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2ª ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA) (1985). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: American Psychological Association.

American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed., Rev.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.)*. Washington, DC: Author. [Traducción al castellano American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson]

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed., text rev.)*. Washington, DC: Author. [Traducción al castellano American Psychiatric Association (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.]

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. [Traducción al castellano American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.]

- Anderson, J. L., Bruininks, R. H., Morreau, L. E. y Gilman, C. J. (1991). *Adaptive living skills curriculum. Community living skills*. Allen: DLM Teaching Resources.
- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Coords.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales. IV Simposio Científico SAID* (pp. 75-120). Salamanca: Publicaciones del INICO. Colección Actas.
- Arias, B., Gómez, L. E., Verdugo, M. A. y Navas, P. (2010). Construcción de instrumentos de evaluación de calidad de vida: consideraciones metodológicas. En M. A. Verdugo, M. Crespo y T. Nieto (Coords.). *Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII seminario de actualización metodológica en investigación sobre discapacidad SAID* (pp. 65-81). Salamanca: Publicaciones del INICO. Colección Actas.
- Arias, B., Verdugo, M. A., Navas, P. y Gómez, L. E. (2013). Factor structure of the construct of adaptive Behavior in children with and without intellectual disability. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*, 155-166.
- Aricak, O. T. y Oakland, T. (2010). Multigroup confirmatory factor analysis for the teacher form, ages 5 to 21, of the adaptive Behavior assessment system-II. *Journal of Psychoeducational Assessment, 28*, 578-584. Recuperado de: <http://jpa.sagepub.com/content/28/6/578>. doi: 10.1177/0734282909350209.
- Arribas, E. M. (2013). *ABAS-II. Uso clínico e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Badley, E. M. (2008). Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the international classification of functioning, disability and health. *Social Science y Medicine, 66*(11), 2335-2345. doi: 10.1016/j.socscimend.2008.01.026.

- Balboni, G., Tassé, M. J., Schalock, R. L., Borthwich-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. F., Zhang, D. y Navas, P. (2014). The diagnostic adaptive behavior scale: Evaluating its diagnostic sensitivity and specificity. *Research in developmental disabilities, 35*(11), 2884-2893.
- Bank-Mikkelsen, N. (1975). El principio de normalización. *Siglo Cero, 37*, 16-21.
- Barnhill, G. P., Hagiwara, T., Myles, B. S., Simpson, R. L., Brick, M. L. y Griswold, D. E. (2000). Parent, teacher and self-report of problem and adaptive behavior in children and adolescent with Asperger syndrome. *Diagnostique, 25*(2), 147-167.
- Batista-Foguet, J. M. y Coenders, G. (1998). Modelos de ecuaciones estructurales. El Análisis Factorial Confirmatorio para la optimización del cuestionario. En J. Renom (Ed.), *Tratamiento informatizado de datos* (pp. 229-285). Barcelona: Masson.
- Batista-Foguet, J. M. y Coenders, G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: Hespérides.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la valoración de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica, 122*, 21-27. Recuperado de <http://www3.udg.edu/fcee/professors/gcoenders/pap21.pdf>.
- Beail, N. (2003). Utility of the vineland adaptive behavior scales in diagnosis and research with adults who have mental retardation. *Mental Retardation, 41*(4), 286-289.
- Beer, J., Harris, M. S., Kronenberger, W. G., Holt, R. y Pisoni, D. B. (2012). Auditory Skills, language development and adaptive behavior of children with cochlear implants and additional disabilities. *International Journal of Audiology, 51*(6), 491-498.

- Bolte, S. y Poustka, F. (2002). The relation between general cognitive level and adaptive behavior domains in individuals with autism and without co – morbid mental retardation. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(2), 165-172. doi: 10.1023/A:1020734325815.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Review of "mental retardation: definition, classification, and supports". *American Journal of Mental Retardation*, 98, 541-544.
- Borthwick-Duffy, S. A. (2007). Adaptive behavior. En J.W. Jacobson y J.A. Mulick (Eds.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation* (pp. 279-291). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bruininks, R. W. (1985). *Scales of independent behavior*. Allen, TX: DLM.
- Bruininks, R. H., Weatherman, R. F. y Woodcock, R. W. (1986). *ICAP. Inventory for client and agency planning. Examiner´s manual*. Allen: DLM Teaching Resources.
- Bruininks, R. H., Gilman, C. J., Anderson, J. L. y Morreau, L. E. (1991). *Adaptive living skills curriculum. Employment skills*. Allen: DLM Teaching Resources.
- Bruininks, R. H., McGrew, K. y Maruyama, G. (1988). Structure of adaptive behavior in samples with and without mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 93(3), 265-272.
- Bruininks, R. H., Morreau, L. E., Gilman, C. J. y Anderson, J. L. (1991). *Adaptive living skills curriculum. Manual*. Allen: DLM Teaching Resources.
- Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Hill, B. K. y Weatherman, R. F. (1985). *Development and standarization of the scales of independent behavior*. Allen: DLM Teaching Resources.

- Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F. y Hill, B. K. (1985). *Scales on independent behavior*. Allen, TX: DLM.
- Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F. y Hill, B. K. (1996). *SIB-R. Scales of independent behavior-revised. Comprehensive manual*. Chicago: Riverside Publishing Co.
- Buelow, J. M., Perkins, S. M., Johnson, C. S., Byars, A. W., Fasternau, P.S., Dunn, D. W. y Austin, J. K. (2012). Adaptive functioning in children with epilepsy and learning problems. *Journal of Child Neurology*, 27(10), 1241-1249.
- Bulbena, A., Berrios, G. E., Fernández de Larrinoa, P. (2003). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Buntix, W. H. E. (2006). The relationship between the WHO-ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) and the AAMR 2002 system. En H. N. Switzky y S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century* (pp. 301-322). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Buntix, W. H. E. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294.
- Burgés, V., Fernández, A., Autonell, J., Melloni, F., y Bulbena, A. (2007). Adaptación y validación española del life skills profile, forma abreviada (LPS-20): un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 79-88.
- Cain, L. F., Levine, S. y Elzey, F. F. (1963). *Cain- leine social competency scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Carmines, E. G. y Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity Assessment*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Casado, D. (2001). Conceptos sobre la discapacidad. Apuntes. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 50, 5-13.
- Cátedra Ocio y Discapacidad (2014). *Manifiesto por un ocio inclusivo*. Bilbao: Instituto de Estudios de Ocio, Universidad de Deusto.
- Cheremie, G. H. (1994). The AAMD adaptive behavior scale - school edition, part two: Test retest reliability and parent-teacher agreement in a behavior disordered simple. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 275-283. doi: 10.2466/pms.1994.79.1.275.
- Chiarello, L., Almasri, N. y Palisano, R. J. (2009). Factors related to adaptive behavior in children with cerebral palsy. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(5), 426-434.
- Claes, C., Van Hove, G., Van Loon, J., Vandeveldde, S. y Schalock, R. L. (2009). Evaluating the inter-respondent (consumer vs. staff) reliability and construct validity (SIS vs. Vineland) of the supports intensity scale on a Dutch sample. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(4), 329-338.
- Clausen, J. (1967). Mental deficiency: Development of a concept. *American Journal of Mental Deficiency*, 71(5), 727-745.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.; Erlbaum.
- Cone, J. D. (1981). *The west virginia assessment and tracking system*. Morgantown, W.V.: West Virginia University.

Coulter, W. A. y Morrow, H. W. (1978). A contemporary conception of adaptive behavior within the scope of psychological assessment. En W. A. Coulter y H. W. Morrow (Eds.). *Adaptive behavior: concepts and measurements*. New York: Grune and Stratton.

Crespo, M., Campo, M. y Verdugo, M. A. (2003). Historia de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): Un largo camino recorrido. *Siglo Cero*, 34(1), 20-26. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6142/articulos2.pdf>

De Bildt, A., Kraijer, D., Sytema, S. y Minderaa, R. (2005). The psychometric properties of the vineland adaptive behavior scales in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(1), 53-62. doi: 10.1007/s10803-004-1033-7.

De Bildt, A., Serra, M., Luteijn, E., Kraijer, D., Sytema, S. y Minderaa, R. (2005). Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(5), 317-328. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00655.x.

De Bildt, A., Sytema, S., Kraijer, D., Sparrow, S. y Minderaa, T. (2005). Adaptive functioning and behavior problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 672-681. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00711.x.

Dessemontet, F., Bless, G. G. y Morin, D. D. (2012). Effects of inclusion on the academic achievement and adaptive behavior of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(6), 579-587.

Destefano, F. y Thompson, W. (2004). MMR vaccine and autism: An update of the scientific evidence. *Expert Rev Vaccines* 3, 11-14

- Dickie, R. F. (1982). Still crazy after all those years: Another look at the question of labeling and non-categorical conception of exceptional children. *Education and Treatment of Children, 5*, 355-363.
- Dinnebeil, L. A. y Rule, S. (1994). Congruence between parents' and professionals' judgments about the development of young children with disabilities: A review of the literature. *Topics in Early Childhood Special Education, 14*(1), 1-15. doi: 10.1177/027112149401400105.
- Ditterline, J. y Oakland, T. (2009). Relationships between adaptive behavior and impairment. En S. Goldstein y J. Naglieri (Eds.), *Assessing impairment: From theory to practice* (pp. 31-48). NE York, NY: Springer.
- Ditterline, J., Banner, D., Oakland, T. y Becton, D. (2008). Adaptive behavior profiles of students with disabilities. *Journal of Applied School Psychology, 24*(2), 191-208.
- Dolado, R., Oberst, U. E. y Domínguez, J. (1998). Relación entre inteligencia, conducta adaptativa y problemas de conducta en adultos con retraso mental. *Siglo Cero, 29*(6), 35-43.
- Doll, E. A. (1936). A generic scale of social maturity. *The American Journal of Orthopsychiatry, 5*, 180-188.
- Doll, E. A. (1965). *Vineland social maturity scale*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Doucette, J. y Freedman, E. (1980). *Progress tests for the developmentally disabled: An evaluation*. Cambridge: ABT Books.
- Durkin, M. S. y Stein, Z. A. (1996). Classification on mental retardation. En J. W. Jacobson y J. A. Mullik (Eds.), *Manual for diagnosis and professional practice in mental retardation* (pp. 67-73). Washington, DC: American Psychological Association.

Eclickse Digital (2015). *Destrezas adaptativas*. Bilbao: Ediciones Mensajero. Recuperado de: <http://destrezasadaptativas.e-eclickse.com>

Egea, C. y Sarabia, A. (2001a). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 50, 15-30.

Egea, C. y Sarabia, A. (2001b). Experiencias de aplicación en España de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. *Documentos del Real Patronato sobre Discapacidad*, 58. Madrid: Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales.

Egea, C. y Sarabia, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Revista Polívea*, 73, 29-42.

Einfeld, S. L. y Tonge, B. J. (1994). *Manual for the developmental behavior checklist*. Clayton, Melbourne and Sydney: Monash University for Developmental Psychiatry and School of Psychiatry, University of New South Wales.

Fernández de Larrinoa, P., Bulbena, A. y Dominguez, A. (1992). Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP (Life Skills Profile): Perfil de habilidades de la vida cotidiana. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 20, 71-75.

Fernández, R. (2008). Modelos de medida y análisis factorial confirmatorio. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Coords). *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales. VI Simposio Científico SAID* (pp. 29-41). Salamanca: Publicaciones del INICO. Colección Actas.

Finlay, W. M. L. y Lyons, E. (2002). Acquiescence in interviews with people who have mental retardation. *Mental Retardation*, 40(1), 14-29. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0014:AIWPW>2.0.CO;2

- Florian, L. y McLaughlin, M. J. (2008). *Disability classification in education: Issues and perspectives*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Foster-Gaitskell, D. y Pratt, C. (1989). Comparison of parent and teacher ratings of adaptive behavior of children with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 99(2), 177-181.
- Fredericks, D. W. y Williams, W. L. (1998). New definition of mental retardation for the american association on mental retardation. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 53-56.
- Freeman, B. J., Del'Homme, M., Guthrie, D. y Zhang, F. (1999). Vineland adaptive behavior scale scores as a function of age and initial IQ in 210 autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(5), 379-384. doi: 10.1023/A:1023078827457.
- Gallagher, J. J. (1976). The sacred and profane use of labeling. *Mental Retardation*, 14(6), 2-3.
- García, I. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 14(3), 255-276.
- García, I., De La Fuente, R. y Fernández, M. (2010). Adaptation of the ABS-S:2 for use in Spain with children with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(3), 221-230. doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00268.x.
- García, M. I. (2001). *Las personas con retraso mental y su diagnóstico: traducción, adaptación y valoración de la escala de conducta adaptativa ABS-S:2 y del método de evaluación de las "áreas de habilidades adaptativas AAA"*. [Tesis doctoral sin publicar]. Universidad de Burgos, Burgos.
- Gesell, A. y Amatruda, C. (1985). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. México: Paidós.

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

Gilman, C. J., Morreau, L. E., Bruininks, R. H. y Anderson, J. L. (1991). *Adaptive Living Skills Curriculum. Home Living Skills*. Allen: DLM Teaching Resources.

Gilman, C. J., Morreau, L. E., Bruininks, R. H., Anderson, J. L., Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002a). *Currículo de destrezas adaptativas (ALSC). Destrezas de la vida en comunidad*. Bilbao: Mensajero.

Gilman, C. J., Morreau, L. E., Bruininks, R. H., Anderson, J. L., Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002c). *Currículo de destrezas adaptativas (ALSC). Destrezas laborales*. Bilbao: Mensajero.

Gilman, C. J., Morreau, L. E., Bruininks, R. H., Anderson, J. L., Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002d). *Currículum de destrezas adaptativas (ALCS). Destrezas de la vida personal*. Bilbao: Mensajero.

Gilman, D. J., Morreau, L. E., Bruininks, R. H., Anderson, J. L., Montero, D. y Unamunzaga, E. (2002e). *Currículo de destrezas adaptativas (ALSC). Destrezas de la vida en el hogar*. Bilbao: Mensajero.

Giné, C., Montero, D., Verdugo, M. A., Rueda, P. y Vert, S. (2015). Claves de futuro en la atención y apoyo a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. ¿Qué nos dice la ciencia?. *Siglo Cero*, 46(1), 81-106. doi: <http://dx.doi.org/10.14201/scero201546181106>.

- Gómez, G. y Nevado, C. (2001). Utilización de la CIDDM-2 en los trabajos de campo propuestos por la OMS. Un estudio de su fiabilidad. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad*, 49, 29-44.
- Gómez, L. E. (2010). *Evaluación de la calidad de vida en servicios sociales: Validación y calibración de la escala GENCAT*. [Tesis Doctoral sin publicar]. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Greenspan, S. (1997). Dead manual walking? Why the 1992 AAMR definition needs redoing. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32(2), 179-190.
- Greenspan, S. (1999). A conceptualism perspective on adaptive behavior. En R.L. Schalock (Ed.). *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*, (pp. 61-80). Washington DC: Association American Mental Retardation.
- Greenspan, S. (2006). Functional concepts in mental retardation: Finding the natural essence of an artificial category. *Exceptionality*, 14(4), 205-224.
- Greenspan, S. (2009). Assessment and diagnosis of mental retardation in death penalty cases: Introduction and overview of the special "Atkins" issue. *Applied Neuropsychology*, 16, 89-90.
- Greenspan, S. (2012). How do we know when it's raining out? Why existing conceptions of intellectual disability are all (or mostly) wet. *Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities*, 37(2), 4-8.
- Greenspan, S. y Driscoll, J. (1997). The role of intelligence in a broad model of personal competence. En D.P. Flanagan y P.T. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests and issues* (pp. 131-150). New York, NY: Guilford.

Greenspan, S. y Grandfield, J. M. (1992). Reconsidering the construct of mental retardation: Implications of a model social competence. *American Journal of Mental Retardation*, 96(4), 442-453.

Greenspan, S. y Love, P. E. (1997). Social intelligence and developmental disorder: Mental retardation, learning disabilities, and autism. En W. E. MacLean Jr. (Ed.), *Elli's handbook of mental deficiency, psychological theory and research* (pp. 311-242). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Greenspan, S., Loughlin, G. y Black, R. S. (2001). Credulity and gullibility in person with developmental disorders: A framework for future research. *International Review of Research in Mental Retardation*, 24, 101-135. doi:10.1016/S0074-7750(01)80007-0.

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.

Grossman, H. J. (1973). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Grossman, H. J. (1983). *Classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Guarnaccia, V. K. (1976). Factor structure and correlates of adaptive behavior in non institutionalized retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 179-203.

Halpern, A. Lehman, J., Irvin, L. y Heiry, T. (1992). *Contemporary assessment for mentally retarded adolescents and adults*. Baltimore: University Park Press.

- Harner, C. J. y Heal, L. W. (1993). The multifaceted lifestyle satisfaction scale: Psychometric properties for an interview schedule for assessing personal satisfaction for adults with limited intelligence. *Research in Developmental Disabilities, 14*, 221-236. doi: 10.1016/0891-4222(93)90032-F.
- Harries, J., Guscia, R., Kirby, H., Nettelbeck, T. y Taplin, J. (2005). Support needs adaptive behaviors. *American Journal on Mental Retardation, 110*(5), 393-404.
- Harrison, P. L. (1985). *Vineland adaptive behavior scales: Classroom edition manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Harrison, P. L. (1989). Adaptive behavior: Research to practice. *Journal of School Psychology 23*(3), 301-313.
- Harrison, P. L. y Boney, T. L. (2002). Best practices in the assessment or adaptive behavior. En A. T. J. Grimes (Ed.), *Best practices in school psychology IV* (pp. 1167-1179). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Harrison, P. L. y Oakland, T. (2000). *Adaptive behavior assessment system*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Harrison, P. L. y Oakland, T. (2003). *Adaptive behavior assessment system – second edition*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Harrison, P. L. y Oakland, T. (2008). *ABAS-II. Clinical use and interpretation*. Londres: Academic Press. [Traducción al castellano de E. M. Arribas (2013). *ABAS-II. Uso clínico e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.].
- Harrison, P. L. y Oakland, T. (2008). Taiwan version of Adaptive behavior assessment System-II. Taiwan: Chinese Behavioral Science Corporation.
- Harrison, P. L. y Raineri, G. (2008). Best practices in the assessment of adaptive behavior. En A. Thomas y J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology V* (pp. 605-616). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Haydt, N., Greenspan, S. y Agharkar, B. S. (2014). Advantages of DSM-5 in the diagnosis of intellectual disability: Reduced reliance on IQ ceilings in Atkins (Death Penalty) cases. *University of Missouri-Kansas City Law Review*, 82(2), 359-387.

Heal, L. W. y Chadsey - Rusch, J. (1985). The lifestyle satisfaction scale (LSS): assessing individuals satisfaction with residence, community setting and associated services. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 475-490.

Herber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal on Mental Deficiency Monographs*, 64 (2).

Herber, R. (1961). *A manual on terminology and classification on mental retardation (ed. rev.)*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Herrera, S. (2004). Modelo conceptual y aplicaciones de la CIF. En Y. Lázaro (Coord.), *Ocio, inclusión y discapacidad. Documentos de Estudios de Ocio*, 28. Bilbao: Universidad de Deusto.

Hill, B. K., Bruininks, R. H., Weatherman, R. F. y Woodcock, R. W. (1993). *COMPUSCORE-ICAP. Programa para la corrección y base de datos del ICAP. Col. Programas de Ordenador para Psicología y Educación*. Bilbao: Mensajero.

Hobbs, N. (1975). *The futures of children*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

Holman, J. y Bruininks, R. H. (1985). Assessing and training adaptive behaviors. En K. C. Lakin y R. H. Bruininks (Eds.). *Strategies for achieving community integration of developmentally disabled citizens*. Baltimore: Brookes.

Hug, N. Barclay, A., Collins, H. y Lamp, R. (1978). Validity and factor structure of the preschool attainment record in head start children. *Journal of Psychology*, 99, 71-74.

- Hundert, J., Morrison, L., Mahoney, W., Mundy, F. y Vernon, M. L. (1997). Parent and teacher assessments of developmental status of children with severe, mild, moderate, or no developmental disabilities. *Topics in early childhood special education, 17*(4), 419-434. doi: 10.1177/027112149701700404.
- Imms, C. (2007). Children with cerebral palsy participate: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation, 30*(24), 1-18. doi: 10.1080/09638280701673542.
- Jackobson, J. W. (1994). Review of "mental retardation: definition, classification and systems of supports". *American Journal of Mental Retardation, 98*, 539-541.
- Jackobson, J. W. y Mulick, J. A. (1996). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington: American Psychological Association.
- Jagannathan, R., Camasso, M., Lerman, P. y Cook, S. (1997). *The new jersey client assessment form: an analysis of its stability over time*. Newark: New Jersey Institute of Technology, Development Disability Planning Institute.
- Jagannathan, R., Camasso, M., Lerman, P. y Cook, S. (1997). *The new jersey client assessment form: An analysis of its stability over time*. Newark: New Jersey Institute of Technology. Development Disability Planning Institute.
- Jiménez. M. T., González, P. y Martín, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista Española Salud Pública, 76*(4), 271-279.
- Kamphaus, R. W. (1987). Conceptual and psychometric issues in the assessment of adaptative behavior. *Journal of Special Education, 21*(1), 27-35.
- Kamphaus, R. W., Reynolds, C. R. e Imperato-McCammon, C. (1999). Roles of diagnosis and classification in school psychology. En C. R. Reynolds y R. B. Gutkin (Eds.), *The handbook of school psychology* (pp. 292-306). New York, NY: Wiley.

- Kanne, S. M., Gerber, A. J., Quirnbach, L. N., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. y Saulnier, C. A. (2011). The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: implications for functional outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*(8), 1007-1018.
- Katz-Garris, L., Hadley, T. J., Garris, R. P. y Barnhill, B. (1980). A factor analytic study of the adaptive behavior scale. *Psychological Reports, 47*, 807-814.
- Kearney, P. N., y Prior, J. (2004). The international classification of functioning, disability and health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing, 46*(2), 162-170.
- Keith, T. Z., Fehrmann, P. G., Harrison, P. L. y Pottebaum, S. M. (1987). The relation between adaptive behavior and intelligence: Testing alternative explanations. *Journal of School Psychology, 25*(1), 31-43. doi: 10.1016/0022-4405(87)90058-6.
- Kenworthy, L., Case, L., Harms, M. B., Martin, A. y Wallace, G. L. (2010). Adaptive behavior ratings correlate with symptomatology and IQ among individuals with high – functioning autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(4), 416-423. doi: 10.1007/s10803-009-0911-4.
- King, G. A., Law, M., King, S., Hurley, P., Hanna, S., Kertoy, M. y Rosembaum, P. (2006). Measuring children´s participation in creation and leisure activities: construct validation of de CAPE and PAC. *Child: Care, health and development, 33*(1), 28-39. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00613.x.
- Koning, C. y Magill-Evans, J. (2001). Social and language Skills in adolescent boys with Asperger syndrome. *Autism, 5*(1), 23-36. doi: 10.1177/1362361301005001003.
- Kraijer, D. W. (1997). *Autism and autistic-like conditions in mental retardation*. Lisse, the Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Kraijer, D. W. (1999). *Autisme-en verwante stoornissenschaal-z-revisie handleiding derde, herziene en uitgebreide uitgave*. Lisse, the Netherlands: Swets and Zeitlinger.

- Kraijer, D. W. (2000). Review of adaptive behavior studies in mentally retarded persons with autism – pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(1), 39-47. doi: 10.1023/A:1005460027636.
- Kraijer, D. W. y Kema, G. N. (1994). *Sociale redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau, handleiding. SRZ-P*. Lisse, Nederland: Swets & Zeitlinger.
- Krug, D. A., Arick, J. R. y Almond, P. (1980). Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *Journal Children Psychological Psychiatry*, 21(3), 221-229. doi: 10.1111/j.1469-7610.1980.tb01797.x
- Lambert, N. y Nicoll, R. C. (1976). Dimensions of adaptive behavior of retarded and non-retarded public school children. *American Journal of Mental Deficiency*, 81, 135-146.
- Lambert, N., Nihira, K. y Leland, H. (1993). *AAMR adaptive behavior scales – school (ABS:2). Examiner's manual* [2ª ed.]. Austin, TX: Pro-Ed.
- Langone, J. (1990). *Teaching students with mild and moderate learning problems*. Boston: Allyn and Bacon.
- Law, M., Petrenchik, T., King, G. y Hurley, P. (2007). Perceived environmental barriers to recreational, community and school participation for children and youth with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 88(12), 1636-1642. doi:10.1016/j.apmr.2007.07.035.
- Lecavalier, L., Tassé, M. J. y Lévesque, S. (2001). Assessment of mental retardation by school psychologists. *Canadian Journal of School Psychology*, 17, 97-107.
- Levine, S. y Elzey, F. F. (1968). Factor analysis of the san francisco vocational competency scale. *American Journal of Mental Deficiency*, 73, 509-513.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de abril de 1982, núm. 103, 11106-11112.

Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Real Decreto Legislativo 1/2013 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social en Consejo de Ministros.

Lindblad, I., Svensson, L., Landgren, M., Nasic, S., Tideman, E., Gillberg, C. y Fernell, E. (2013). Mild intellectual disability and ADHD; a comparative study of school age children's adaptive abilities. *Acta Paediatrica*, 102(10), 1027-1031.

Liss, M., Harel, B., Fein, D., Allen, D., Dunn, M., Feinstein, C., Morris, R., Waterhouse, L. y Rapin, I. (2001). Predictors and correlates of adaptive functioning in children with developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 219-230. doi: 10.1023/A:1010707417274.

Long, J. S. (1983). *Confirmatory factor analysis*. Beverly Hills, CA: Sage.

López-Ibor, J. J. y Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

Lord, C., Rutter, M. y Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C. y Risi, S. (2002). *Autism diagnostic observation schedule*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Luckasson, R. y Revé, A. (2001). Denominar, definir y clasificar en el campo del retraso mental. *Siglo Cero*, 32 (10), 5-10.

- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and system of supports (10th ed.)*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano de M. A. Verdugo y C. Jenaro (2004). *Retaso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.].
- Luckasson, R. L., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnick, D. M. y Stark, J. A. (American Association on Mental Retardation, AAMR) (1992). *Mental retardation: Definition, classification and systems or support*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano de M. A. Verdugo y C. Jenaro (1997). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid. Alianza Psicología]
- Lyman, W. C. (2007). Test Review: Lambert, N., Nihira, K., Lel, H. (1993). AAMR Adaptive Behavior Scales: School (ABS-S:2). *Assessment for Effective Intervention*, 33, 55-57. doi: 10.117/1534508407033001081.
- MacMillan, D. L. (1982). *Mental retardation in school and society*. Boston: Little, Brown.
- MacMillan, D. L., Jones, R. L. y Aloia, G. F. (1974). The mentally retarded label: A theoretical analysis and review or research. *American Journal of Mental Deficiency*, 79(3), 241-261.
- Mansell, J. (2006). De institutionalization community living: Progress, problems and priorities. *Journal or Intellectual and Developmental Disability*, 31(2), 65-76.
- Mansell, J. y Ericsson, K. (Eds.) (1996). *Deinstitutionalization and community living: Intellectual disability services in Britain, Scandinavian and the USA*. Londres: Chapman and Hall.
- Martín, A., Márquez, M. O., Rubio, F. J. y Espinosa, J. (1989). *Sistema de evaluación y registro del comportamiento adaptativo en el retraso mental. WV-U.A.M.* Madrid: MEPSA.

- Martínez, M. R., Hernández, M. J. y Hernández, M. V. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Martínez, R., Castellanos, M. A. y Chacón, J. C., (2015b). *Análisis de datos en psicología y ciencias de la salud. Vol. II Inferencia estadística*. Madrid: EOS.
- Martínez, R., Chacón, J. C. y Castellanos, M. A. (2015). *Análisis de datos en psicología y ciencias de la salud. Vol. I Exploración de datos y fundamentos probabilísticos*. Madrid: EOS.
- Mathias, J. L. y Nettelbeck, T. (1992). Validity of Greenspan's models of adaptive and social intelligence. *Research in Developmental Disabilities, 13*(2), 113-129. doi: 10.1016/0891-4222(92)90019-3.
- Matson, J. L. (1995). *Matson evaluation of social skills for individuals with severe retardation (MESSIER)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers, Inc.
- Matson, J. L. (1995). The diagnostic assessment for the severely handicapped, revised (DASH-II). Disability consultants, LLC, Baton Rouge, LA.
- Matson, J. L., Helsel, W. J., Bellack, A. S. y Senatore, V. (1983). Development of a rating scale to assess social skill deficits in mentally retarded adults. *Applied Research in mental retardation, 4*(4), 399-407. doi: 10.1016/0270-3092(83)90038-3.
- McCarney, S. B. y Arthur, T. J. (2006). *Adaptive behavior evaluation scale revised second edition: 4-12 years*. Columbia MO: Hawthorne Educational Services.
- McGrew, K. y Bruininks, L. (1989). The factor structure of adaptive behavior. *School Psychology Review, 18*(1), 64-81.
- McGrew, K. S. y Bruininks, R. H. (1993). Utilización de instrumentos de conducta adaptativa en la investigación teórica y aplicada. En A. Villa y otros., *Discapacidad y conducta adaptativa* (pp. 85-100). Bilbao: Mensajero.

- Medina, B. (2010). *Evaluación de la conducta adaptativa de las personas con discapacidad intelectual: valoración y usos de la escala ABS-RC: 2*. [Tesis doctoral sin publicar]. Universidad de Burgos, Burgos. Recuperado de: http://dspace.ubu.es:8080/tesis/bitstream/10259/101/1/Medina_G%C3%B3mez.pdf.
- Medina, B. y García, I (2011). Evaluación de la conducta adaptativa con la escala ABS-RC:2. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología* 1(1), 341-352.
- Meyen, E. (1988). A commentary on special education. En E. Meyen y T. Skrtic (Eds.), *Exceptional children and youth* (pp. 3-48). Denver: Love Publishing.
- Meyers, C., Nihira, K. y Zetlin, A. (1979). The measurement of adaptive behavior. En N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (2ª ed.) (pp. 431-481). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Meyers, C., MacMillan, D. y Yoshida, R. (1978). Validity of psychologists identification of EMR students in the perspective of the California decertification experience. *Journal of School Psychology*, 16, 3-15.
- Meyers, C. E., Nihira, K. y Zetlin, A. (1979). The measurement of Adaptive behavior. En N. R. Ellis (Ed.). *Handbook of mental deficiency, psychological theory and research*. Hillsdale: Lawrence Earlbaum.
- Millsap, P. A., Thackery, M. T. y Cook, V. J. (1987). Dimensional structure of the adaptive behavior inventory for children (ABIC): Analyses and implications. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 5, 61-66.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia española sobre discapacidad (2012-2020)*. Recuperado de: http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh14/social/Documents/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Ministerio de Cultura (2011). *Estrategia integral española de cultura para todos*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Ministerio de Cultura. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_cultura_para_todos.pdf

Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.

Montero, D. (1999). El sistema valoración - enseñanza - evaluación de destrezas adaptativas: ICAP, CALS y ALSC. *III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, (pp. 1-13). Salamanca.

Montero, D. (2003). Conducta adaptativa y discapacidad aquí y ahora: Algunas propuestas para la mejora de la práctica profesional. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urriés (Eds.). *Investigación, innovación y cambio. V Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pp. 257-271). Salamanca: Amarú.

Montero, D. (2005). La conducta adaptativa en el panorama científico y profesional actual. *Intervención Psicosocial*, 13(3), 277-293.

Montero, D. (2015). Conducta adaptativa: situación actual y escenarios posibles. Una visión global. En M. A. Verdugo, F. B. Jordán de Urriés, T. Nieto, M. Crespo, D. Velázquez, E. Vicente y V. Guillén (Eds.), *Prácticas profesionales y organizacionales basadas en la evidencia, Actas de las IV Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Libro de Actas en CD. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, INICO.

Montero, D. y Fernández-Pinto, I. (2013). *Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa ABAS-II, adaptación española. Manual*. Madrid: TEA.

- Morreau, L. E. (1985). Assessing and managing problem behavior. En K.C. Lakin y R.H. Bruininks (Eds.). *Strategies for achieving community integration of developmentally disabled citizens*. Baltimore: Brookes.
- Morreau, L. E. y Bruininks, R. H. (1991). *Checklist of adaptive living skills. Manual*. Allen: DLM Teaching Resources.
- Morreau, L. E., Anderson, J. L., Gilman, C. J. y Bruininks, R. H. (1991). *Adaptive Living Skills Curriculum. Personal Living Skills*. Allen: DLM Teaching Resources.
- Morreau, L. E., Bruininks, R. H. y Montero, D. (2002). *Inventario de destrezas adaptativas (CALS). Manual*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Naciones Unidas (ONU) (2006). *Convención internacional amplia e integral para la protección y promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*. Informe de la Asamblea General. A/AC.265/2006/4. Recuperado de: <http://www.dpi.org>
- Navas, P. (2012). *Desarrollo y calibración de una escala de conducta adaptativa mediante modelos de teoría de respuesta a los ítems*. [Tesis Doctoral sin publicar]. Universidad de Salamanca Facultad de Psicología e Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Salamanca.
- Navas, P., Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E., Montero, D. y Guillén, V. (2011). Desarrollo de un nuevo instrumento para el diagnóstico de limitaciones significativas en conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. En J. M. Román, M. A. Carbonero y J. D. Valdivieso (Comps.), *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural* (pp. 8931-8947). Madrid: Asociación de Psicología y Educación.
- Navas, P., Verdugo, M. A. y Gómez, L. E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 143-152.

- Navas, P., Verdugo, M. A. y Tassé, M. J. (2013). Conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo. En M. A. Verdugo y R. L. Schalock, *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp. 111-134).
- Navas, P., Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. E. (2010). La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero 41* (235), 28-48.
- Navas, P., Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. E. (2012). Development of an instrument for diagnosing significant limitation in early childhood. *Research in Development Disabilities 33*(5), 1551-1559.
- Navas, P., Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. E. (2015). Futuro de la conducta adaptativa en el diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos para personas con discapacidad intelectual: Buenas prácticas. En M. A. Verdugo, F. B. Jordán de Urries, T. Nieto, M. Crespo, D. Velázquez, E. Vicente y V. Guillén (Eds.), *Prácticas profesionales y organizacionales basadas en la evidencia, Actas de las IV Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Libro de Actas en CD. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, INICO.
- Nihira, K. (1969a). Factorial dimensions of adaptive behavior in adult retardates. *American Journal of Mental Deficiency, 73*, 868-878.
- Nihira, K. (1969b). Factorial dimensions of adaptive behavior in mentally retarded children and adolescents. *American Journal of Mental Deficiency, 74*, 215-226.
- Nihira, K. (1976). Dimensions of adaptive behavior in institutionalized mentally retarded children and adults: Developmental perspective. *American Journal of Mental Deficiency, 81*, 215-226.
- Nihira, K. (1985). Assessment of mentally retarded individuals. En B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 801-824). New York, NY: Wiley.

- Nihira, K. (1999). Adaptive behavior: A historical overview. En R. L. Schalock (Ed.). *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field or mental retardation* (pp. 7-14). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Nihira, K., Foster, R., Shellhaas, M. y Leland, H. (1967). *AAMD adaptive behavior checklist*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Nihira, K., Foster, R., Shellhaas, M. y Leland, H. (1969). *Adaptive behavior scales manual*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Nihira, K., Foster, R., Shellhaas, M. y Leland, H. (1975). *AAMD adaptive behavior scale*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Nihira, K., Leland, H. y Lambert, N. (1993). *Behavior scales – residencial and community edition, second edition: examiner´s manual*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Nirge, B. (1969). The normalization principle: implications in human services. *Symposium on normalization*. Madrid: SIIS.
- Noland, R. M. y McCallum, R. S. (2000). A comparison of parent and teacher ratings of adaptive behavior using a universal measure. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 18(1), 39-48. doi: 10.1177/073428290001800104.
- Nota, L., Soresi, S. y Perry, J. (2006). Quality of life in adults with an intellectual disability: the evaluation of quality of life instrument. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 371-385. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00785.x.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2nd Ed.)*. New York: McGraw – Hill

Oakland, T. y Algina, J. (2011). Adaptive behavior assessment system-II parent/primary caregiver form: Ages 0-5: Its factor structure and other implications for practice. *Journal of Applied School Psychology* 27(2), 103-117. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/15377903.2011.565267>. doi: 10.1080/15377903.2011.565267.

Oakland, T. y Harrison, P. (2008). *Adaptive behavior assessment system-II. Clinical use and interpretation*. San Diego, CA: Elsevier.

Oakland, T. y Harrison, P. (2012). *ABAS-II: Technical and interpretative manual of the Romanian version*. Romania: OS Romania.

Oakland, T. y Harrison, P. (Coords.) (2013). *ABAS II. Uso clínico e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.

Oakland, T., Iliescu, D., Chen H-Y. y Chen, J. H. (2013). Cross-national assessment of adaptive behavior in three countries. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(43), 435-447. Recuperado de: <http://jpa.sagepub.com/content/31/5/435>. doi: 10.1177/0734282912469492.

Okawa, Y., Ueda, S., Shuto, K. y Mizoguchi, T. (2008). Development of criteria for the qualifiers of activity and participation in the international classification of functioning, disability and health based on the accumulated data of population surveys. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(1), 97-103. doi: 10.1097/MRR.0b013e3282f4e7c5.

ORDEN de 30 de septiembre de 1994 por la que se modifican determinadas normas del estatuto básico de centros residenciales de minusválidos del instituto nacional de servicios sociales, aprobado por Orden de 4 de junio de 1992. *Boletín Oficial del Estado*, 11 de octubre de 1994, núm. 243, 31652-31653.

ORDEN de 4 de junio de 1992 por la que se aprueba el estatuto básico de los centros residenciales de minusválidos del instituto nacional de servicios sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de junio de 1992, núm. 144, 20186-20189.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). *Carta Magna Constitucional*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10*. Madrid: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

Orgaz, B. (2008). Introducción a la metodología SEM: Concepto y propósitos fundamentales. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Coords.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales. IV Simposio Científico SAID* (pp. 13-28). Salamanca: Publicaciones del INICO. Colección Actas.

Ortega, A., Miro, F., Segú, E. y Fernández, J. D. (1996). Utilidad del "perfil de habilidades de la vida cotidiana" para la peritación de la incapacidad. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24(2), 85-89.

- Owens, E. P. y Bowling, D. H. (1970). Internal consistency and factor structure of the preschool attainment record. *American Journal of Mental Deficiency, 75*, 170-171.
- Pantano, L. (2003). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): La revisión en lengua española. La trastienda de la CIF del modelo cultural y social subyacente. *Siglo Cero, 34*(1), 27-43.
- Papadopoulos, K., Metsion, K. y Agaliotis, I. (2011). Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 32*(3), 1086-1096.
- Papazoglou, A., Jacobson, L. A., McCabe, M., Kaufmann, W. y Zabel, A. (2014). To ID of not to ID?. Changes in classification rates of intellectual disability using DSM-5. *Intellectual and Developmental disabilities, 52*(3), 165-174. doi:10.1352/1934-9556-52.3.165,
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, California: Sage.
- Pedhazur, E. J. y Pedhazur, L. (1991). *Measurement, design and analysis*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum Associates.
- Pérez - Gil, J. A., Chacón, S. y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: El uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema, 12*(2), 442-446.
- Pertejo, J. (1993). Un modelo a seguir para las personas con discapacidad: el de la OMS. *Revista versión Celeste, 7*, 6-8.
- Popham, W. J. (1983). *Evaluación basada en criterios* (E. Fondevilla, Trad.). Madrid: Magisterio Español (Trabajo original publicado en 1978).

- Post, M. W., De Witte, L. P., Reichrath, E., Verdonschot, M. M., Wijlhuizen, G. J. y Perenboom, R. J. (2008). Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(8), 620-627. doi: 10.2340/16501977-0223.
- Pulido, R. (2008). Modelos de medida y análisis factorial confirmatorio. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Coords.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales. IV Simposio Científico SAID* (pp. 29-42). Salamanca: Publicaciones del INICO. Colección Actas.
- Quine, L. y Rutte, D. R. (1994). First diagnosis of severe mental psychical disability: A study of doctor-parent communications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1273-1287. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01234.x.
- Rasch, G. (1960). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Copenhagen, Denmark: Danish Institute for Educational Research.
- Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de los centros especiales de empleo definidos en el artículo 42 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social del minusválido. *Boletín Oficial del Estado*, 9 de diciembre de 1985, núm. 294, 38811-38812.
- Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, por el que se regulan los centros ocupacionales para minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, 9 de diciembre de 1985, núm. 294, 38812-38814.
- Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 21 de febrero de 2004, núm. 45, 8386-8391.

Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1368/85, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en centros especiales de empleo. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de marzo de 1999, núm. 73, 11975-11977.

Reschly, 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* (pp. 140-156). New York, NY: Wiley Interscience.

Reschly, D. J. (1987). Best practices in adaptive behavior. En A. Thomas y J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology* (pp. 29-42). Washington, DC: National Association of School Psychologists.

Reschly, D. J. (1990). Adaptive behavior. En A. Thomas y J. Grimes (Eds.). *Best practices in school psychology*. Washington: National Association of School Psychologists.

Reschly, D. J. y Ward, S. M. (1991). Use of adaptive measures and overrepresentation of black students in programs for students with mild mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 96(3), 257-268.

Reschly, D. J., Myers, T. G. y Hartel, C. R. (2002). *Mental retardation: Determining eligibility for social security benefits*. Washington, DC: National Academy Press.

Reynolds, W. M. (1981). Measurement of personal competence of mentally retarded individuals. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 368-376.

Roger, R. (1982). The problem with good intentions. *Education and Treatment of Children*, 5, 365-368.

Rojahn, J., Matson, J. L., Lott, D., Esbensen, A. J. y Smalls, Y. (2001). The behavior problems inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(6), 577-588.

- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D. y Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337. doi: 10.1093/schbul/15.2.325.
- Rosen, A., Trauer, T., Hadzi-Pavlovic, D. y Parker, G. (2001). Development of a brief form of the life skill profile: The LSP-20. *Australian and New Zealand College of Psychiatrist*, 35, 677-683. doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00933.x.
- Rotegard, L. L., Bruininks, R. H., Holman, J. E. y Lakin, K. C. (1995). Environmental aspects of deinstitutionalization. En K. C. Lakin y R. H. Bruininks (Eds.), *Strategies for achieving community integration of developmentally disabled citizens*. Baltimore: Brookes.
- Rouse, M., Henderson, K. y Danielson, L. (2008). Concluding thoughts: On perspectives and purposes of disability classification systems in education. En L. Florian y M. J. McLaughlin (Eds.), *Disability classification in education: issues and perspectives* (263-269). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Rueda, P. (2015). Nuevos tiempos para la conducta adaptativa y el diseño de servicios. En M. A. Verdugo, F. B. Jordán de Urries, T. Nieto, M. Crespo, D. Velázquez, E. Vicente y V. Guillén (Eds.), *Prácticas profesionales y organizacionales basadas en la evidencia, Actas de las IV Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Libro de Actas en CD. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, INICO.
- Ruiz, M. A. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-35.
- Salvador - Carulla, L., García Mellado, M. J., Velázquez, R., Romero, C. y Alonso, F. (1998). A reliability study of the spanish version of the social behavior schedule. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(1), 22-28.
- Salvador, L. y Rodríguez-Blázquez, C. (2001). *Mentes en desventaja. La discapacidad intelectual*. Barcelona: Océano.

Sattler, J. M. (1996). *Assessment of children*. San Diego: Publisher, Inc P.O.

Schalock, R. L. (1995). Implicaciones para la investigación de la definición, clasificación y sistema de Apoyo de la AAMR de 1992. *Siglo Cero*, 26 (1), 5-13. Recuperado de: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/confer/con1.html>

Schalock, R. L. (1999a). *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R. L. (1999b). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. En M. A. Verdugo y B. Jordan de Urries (Eds.), *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. (pp. 1-35). Salamanca: Amarú.

Schalock, R. L. y Luckasson, R. (2005). *Clinical judgment*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V., Buntix, W. H. E., Coulter, M. D., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snmell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompsonm J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L. y Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability. Definition, classification and systems of supports (11th ed.)*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. [Traducción al castellano de M. A. Verdugo (2011). *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Undécima edición*. Madrid: Alianza Editorial.]

- Schalock, R. L., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gómez, S. C., Lachapelle, Y., Reeve, A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L. y Yeager, M. H. (2007a). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities, 45*(2), 116-124.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Reeve, A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L. y Yeager, M. H. (2007b). El nuevo nombre del retraso mental: Comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Siglo Cero, 38*(4), 1-19.
- Scheerenberger, R. (1983). *A history of mental retardation: A quarter century or grofress*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Scheerenberger, R. (1984). *Historia del retraso mental*. San Sebastián: Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- Sexton, D., Thompson, B., Perez, J. y Rheams, T. (1990). Maternal versus professional estimates of developmental status for Young children with handicaps: An ecological approach. *Topics in Early Childhood Special Education, 10*(3), 80-95. doi: 10.1177/02711214900100307.
- Shaw. G. S., Hammer, D. y Leland, H. (1991). Adaptive behavior of preschool children with developmental delays: Parent versus teachers ratings. *Mental Retardation, 60*(1), 271-277.
- Silverman, W. P., Silver, E. J., Lubin, R. A. y Sersen, E. A. (1983). Structure of the Minnesota developmental programming system behavioral scales, alternate form c. *American Journal of Mental Deficiency, 88*, 170-176.

Smith, R. M. y Neisworth, J. T. (1975). *The exceptional child: A functional approach*. New York: McGraw-Hill.

Smith, T. (2005). Assessment of individuals with mental retardation: Introduction to special issue. *Assessment for Effective Intervention*, 30(1), 1-4. doi: 10.1177/073724770503000401.

Soenen, S., Van Berckelaer-Onnes, I. y Scholte, E. (2009). Patterns on intellectual, adaptive and behavioral functioning in individuals with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 433-444. doi: 10.1016/j.ridd.2008.04.003.

Song, A., Jones, S., Lippert, J., Metzgen, K., Miller, J. y Borreca, C. (1984). Wisconsin behavior rating scale: Measure of adaptive behavior for the developmental levels of 0 to 3 years. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 401-410.

Sparrow, S. y Cicchetti, D. V. (1978). Behavior rating inventory for moderately, severely and profoundly retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 82, 365-374.

Sparrow, S., Cicchetti, D. y Balla, D. (2005). *Vineland adaptive behavior scales (2nd Ed.)*. Minneapolis, NM: Pearson Assessment.

Sparrow, S. S., Balla, D. A. y Cicchetti, D. V. (1984a). *The vineland adaptive behavior scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Sparrow, S. S., Balla, D. A. y Cicchetti, D. V. (1984b). *Vineland adaptive behavior scales. A revision of the vineland social maturity scale by Edgar A. Doll. Interview Edition. Expanded form manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Stinnett, T. A., Fuqua, D. R. y Coombs, W. T. (1999). Construct validity of the AAMR adaptive behavior scale-school:2. *School Psychology Review*, 28(1), 31-43.

- Stumacker, R. E. y Lomax R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling (2nd Ed.)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sturme, P. (1994). Behavior assessment of older adults: a review of factor analytic studies and de proposed model. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 107-114.
- Sturme, P. (1999). Concepts, classification and assessment. En N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardation* (pp. 3-18). New York, NY: Cambridge University Press.
- Sturme, P., Matson, J. L. y Lott, D. D. (2004). The factor structure of the DASH-II. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 16*(3), 247-255.
- Swift, M. S. y Spivack, G. (1973). Academic success and classroom behavior in secondary schools. *Exceptional Children, 39*, 392-399.
- Szatmari, P., Archer, L., Fisman, S. y Streiner, D. L. (1995). Aspergers's syndrome and autism: Differences in behavior, cognition and adaptive functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(12), 1662-1671.
- Tassé, M. J. (2009). Adaptive behavior assessment and the diagnosis of mental retardation in capital cases. *Applied Neuropsychology, 16*(2), 114-123.
- Tassé, M. J. (2013). ¿Qué son las limitaciones significativas en conducta adaptativa en personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo?. *Siglo Cero, 44*(1), 22-33.
- Tassé, M. J. y Craig, E. M. (1999). Critical issues in the cross-cultural assessment of adaptive behavior. En R. L. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field or mental retardation* (pp. 161-184). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

- Tassé, M. J. y Lecavalier, L. (2000). Comparing parent and teacher rating of social competence and problem behaviors. *American Journal of Mental Retardation*, 105(4), 253-259.
- Tassé, M. J., Aman, M. G., Hammer, D. y Rojahn, J. (1996). The nisonger child behavior rating form: Age and gender effects and norms. *Research in Developmental Disabilities*, 17(1), 59-75. doi: 10.1016/0891-4222(95)00039-9.
- Tassé, M. J., Bertelli, M., Kates, W., Navas, P. y Simon, E. W. (en prensa). Intellectual disability (intellectual developmental disorder). En R. Fletcher, S. A. Cooper y J. Barnhill (Eds.). *Diagnostic Manual – Intellectual Disability (2nd edition)*. New York: NADD Press.
- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S. A., De Valenzuela, J. S., Spreat, S., Thissen, D. M., Widaman, K. F. y Zhang, D. (2008). *Diagnostic Adaptive behavior scale (DABS). Standardization version*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Thackrey, M. (1991). A principal components analysis of the comprehensive test of adaptive behavior. *American Journal on Mental Retardation*, 96(2), 213-215.
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C., Rotheroiz, D. A., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M. J. y Wehmeyer, M. (2004). *Supports intensity scale user's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J. R., McGrew, H. J. y Bruininks, R. H. (1999). Adaptive and maladaptive behavior, Functional and structural characteristics. En R. L. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurements: implication for the field of mental retardation* (pp. 15-42). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

- Tomás, J. M., Galiana, L., Hontangas, P., Oliver, A. y Sancho, P. (2013). Evidencia acumulada sobre los efectos del método asociados a ítems invertidos. *Psicológica*, 34, 365-381.
- Unión Europea (2010). *Estrategia europea sobre discapacidad 2010-2020*. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_europea_discapacidad_2010_2020.pdf
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Van Loon, J., Van Hove, G., Schalock, R. L. y Claes, C. (2008). *Personal outcomes scale*. Middleburg, Holland: Arduin Steichlich.
- Vázquez, J. L. (Dir.) (2003). *Programa docente y de difusión de la CIF*. Recuperado de: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/materiales.htm>
- Vázquez, J. L., Herrera, S., Ramos, A. J. y Gaité, L. (2001). Experiencias de aplicación en España de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. *Documentos Real Patronato sobre Discapacidad*, 58. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Verdugo, M. A. (1989). *Los programas conductuales alternativos: I habilidades sociales*. Madrid: MEPSA.
- Verdugo, M. A. (1994a). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25(3), 5-24. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.pdf
- Verdugo, M. A. (1994b). Evaluación y clasificación. En M.A. Verdugo (Dir.), *Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A. (1995) *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI de España.

Verdugo, M. A. (1996). *P.O.T. Programa de orientación al trabajo. Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú.

Verdugo, M. A. (1997). *P.H.S. Programa de habilidades sociales. Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú.

Verdugo, M. A. (1999). Avances conceptuales actuales y del futuro inmediato: Revisión de la definición de 1992 de la AAMR. *Siglo Cero*, 30(5), 27-31. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART5027/revision.pdf>

Verdugo, M. A. (2000). *P.V.D. Programa de habilidades de la vida diaria. Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú.

Verdugo, M. A. (2003a). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo Cero* 34(1), 5-20.

Verdugo, M. A. (2003b). A step ahead in the paradigm shift. En H.N. Switzky y S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability definition* (296-308). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Verdugo, M. A. (2011). *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Undécima edición*. Madrid: Alianza Editorial.

Verdugo, M. A. (Dir.) (1995). *Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.

Verdugo, M. A. (octubre, 2003). *Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad*. Ponencia presentada en el Congreso La respuesta a las necesidades educativas especiales en una escuela inclusiva, Donostia – San Sebastián.

- Verdugo, M. A. (septiembre, 2004). *Cambios conceptuales en la discapacidad*. Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de Discapacidad intelectual. Enfoques y realidad: Un desafío. Medellín, Colombia.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (1994). Evaluación profesional de personas con discapacidad. En M.A. Verdugo (Dir.), *Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica* (pp. 573-612). Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (1997). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. Novena edición*. Madrid: Alianza Editorial.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (2004). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. Décima edición*. Madrid: Alianza Editorial.
- Verdugo, M. A. y Jordán de Urries, B. (Eds.) (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 41(4), 7-21. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART18861/ultimos_avances.pdf
- Verdugo, M. A., Arias, B. e Ibáñez, A. (2007). *Escala de intensidad de apoyos, SIS*. Madrid: TEA.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Navas, P. (2009). Adaptación y validación al castellano de la escala de diagnóstico de conducta adaptativa (DABS) de la AAIDD: Estudio piloto. En M. A. Verdugo, T. Nieto, F. B. Jordán de Urries y M. Crespo (Eds.), *Mejorando los resultados personales para una vida de calidad* (pp. 531-540). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Navas, P. (2014). La escala de diagnóstico de conducta adaptativa (DABS): aplicaciones prácticas. *Siglo Cero*, 45(1), 8-23.

Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E. y Schalock, R. L. (2009). *Formulario de la escala GENCAT de calidad de vida. Manual de aplicación de la escala GENCAT de calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Generalitat de Cataluña.

Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (en prensa). *La escala FUMAT de evaluación de la calidad de vida de personas mayores y con discapacidad*. Salamanca: INICO.

Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., y Schalock, R. I. (2009). *Escala integral de calidad de vida*. Madrid: CEPE.

Verdugo, M. A., Navas, P., Arias, B. y Gómez, L. E. (2010). La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. En M. A. Verdugo, M. Crespo y T. Nieto (Coords.). *Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII seminario de actualización metodológica en investigación sobre discapacidad SAID* (pp. 65-81). Salamanca: Publicaciones del INICO. Colección Actas.

Vig, S. (2005). Classification versus labeling. En J. W. Jacobson, R. M. Fox y J. A. Mulick (Eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities. Fad, fashion, and science in professional practice* (pp. 85-99). London, England: Lawrence Earlbaum Associates.

Volkmar, F. R., Burack, J. A. y Cohen, D. J. (1990). Deviance and developmental approaches in the study of autism. En R. M. Hodapp, J. A. Burack y E. Zigler (Eds.), *Issues in the developmental approach to mental retardation* (pp. 246-271). New York, NY: Cambridge University Press.

Walsh, P. N. y McConkey, R. (1989). Dimensions of social competence in a population of adults with mental handicap. *Mental Handicap Research*, 2, 119-128.

Wechsler, D. (2005). *WISC-IV: Escala de inteligencia de wechsler para niños – IV*. Madrid: TEA.

- Wedell, K. (2008). Evolving dilemmas about categorization. En L. Florian y M. J. McLaughlin (Eds.), *Disability classification in education: Issues and perspectives* (pp. 47-64). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Wehmeyer, M. L., Buntins, W. H. E., Coulter, D. L., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Verdugo, M. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Craig, E.M., Coulter, D. L., Gómez, S. C., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R. y Yeager, M. H. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *46*(4), 311-318. doi: 10.1352/2008.46:311-318.
- Wei, Y., Oakland, T. y Algina, J. (2008). Multigroup confirmatory factor analysis for the adaptative behavior assessment system-II parent form, ages 5-21. *American Journal on Mental Retardation*, *113*(3), 178-186.
- 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* (pp. 97-110). Washington DC: American Psychological Association.
- Widaman, K. F., Borthwick-Duffy, S. A. y Little, T. D. (1991). The structure and development of adaptive behaviors. *International Review of Research in Mental Retardation*, *17*, 1-54. doi: 10.1016/S0074-7750(08)60102-0.
- Widaman, K. F., Gibbs, K. W. y Geary, D. C. (1987). The structure of adaptive behavior I: Replication across fourteen samples or no profoundly mentally retarded people. *American Journal of Mental Deficiency*, *91*, 348-360.
- 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.
- Wolfensberger, W. (1975). *The principle of normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Wolfensberger, W. y Glenn, L. (1975). *Program analysis of service systems: Handbook and Manual (3ª ed.)*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Wolfensberger, W. y Thomas, S. (1983). *PASSING (Program analysis of service systems implementation of normalization goals): Normalization criteria and rating manual (2ª ed.)*. Toronto, Canada: National Institute on Mental Retardation.

Woodcock, R. W. (1978). *Development and standardization of the Woodcock - Johnson psycho - educational battery*. Allen: DLM Teaching Resources.

World Health Organization (WHO) (1993). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)*. Geneva: Author.

Wright, B. D. y Linacre, J. M. (1991). *A user's guide to BIGSTEPS. Rasch-model computer program*. Chicago: Mesa Press.

Wright, B. D. y Linacre, J. M. (1992). *BIGSTEPS. Rasch analysis for all two facets models. Person measurement, item and step calibration, person and item fit analysis, version 2.25*. Chicago: Mesa Press.

Wykes, T. y Sturt, E. (1986). The measurement of social behavior in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS. *British Journal of Psychiatry, 148*, 1-11. doi:_10.1192/bjp.148.1.1.

Zaldibal, F., Rubio, V. J. y Márquez, M. O. (1995). *Sistema de evaluación para personas Plurideficientes*. Madrid: CEPE.

Zigler, E., Balla, D. y Hodapp, R. (1984). On the definition and classification of mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency, 89*(3), 215-230.

ANEXO

Anexo 1. Cuadernillo de registro del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual

INVENTARIO para
la PLANIFICACION de SERVICIOS y
PROGRAMACION INDIVIDUAL

ICAP



Instituto de Ciencias de la Educación
UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Robert H. Bruininks
Bradley K. Hill
Richard W. Woodcock
Richard F. Weatherman

Traducción y adaptación: Delfín Montero Centeno

ICE-DEUSTO - MENSAJERO

Adaptación Española: © 1993, ICE - Universidad de Deusto, Mensajero, S.A.
Trabajo Original: © 1986 by The Riverside Publishing Co.

El ICAP debe ser completado por una persona que conozca bien al sujeto evaluado. La persona que complete este cuestionario debe acudir al Manual del ICAP para obtener una información más detallada sobre definiciones de términos e instrucciones para completarlo.

A. Información Descriptiva

1. SEXO (*Marque uno*)
 - 1. Masculino
 - 2. Femenino
2. ESTATURA _____ cms
3. PESO _____ kilos
4. IDIOMA QUE COMPRENDE MEJOR LA PERSONA EVALUADA (*Marque uno*)
 - 1. Castellano
 - 2. Lengua propia de su Comunidad Autónoma
 - 3. Otro: _____
5. MODO PRINCIPAL DE EXPRESION (*Marque uno*)
 - 1. Ninguno
 - 2. Gestos
 - 3. Habla
 - 4. Lenguaje de signos gestuales o manuales
 - 5. Tableros de símbolos o aparatos para la comunicación
 - 6. Otro: _____
6. ESTADO CIVIL (*Marque uno*)
 - 1. Soltero/a
 - 2. Casado/a
 - 3. Separado/a
 - 4. Divorciado/a
 - 5. Viudo/a
7. ESTADO LEGAL (*Marque uno*)
 - 1. Adulto plenamente responsable ante la ley
 - 2. Su padre, su madre o un pariente son sus tutores legales
 - 3. Su tutor legal es una persona que no es pariente suyo/a
 - 4. Su tutor es una institución pública o una asociación de afectados
 - 5. Otro: _____

B. Categoría Diagnóstica

1. DIAGNOSTICO PRINCIPAL (*Marque uno*)
2. OTROS DIAGNOSTICOS (*Marque todos los que correspondan*)
 - 1. Ninguno
 - 2. Autismo
 - 3. Ceguera
 - 4. Lesión cerebral o neurológica; síndrome cerebral crónico
 - 5. Parálisis cerebral
 - 6. Drogodependencia
 - 7. Sordera
 - 8. Epilepsia o convulsiones
 - 9. Retraso mental
 - 10. Problemas de salud física _____
 - 11. Enfermedad mental (con diagnóstico formal); psicosis, esquizofrenia, etc.
 - 12. Problema de salud mental situacional o episódico (con diagnóstico formal); depresión, ansiedad, angustia, temor, trastornos emocionales
 - 13. Otro: _____

Comentarios:

C. Limitaciones Funcionales y Asistencia Necesaria

1. NIVEL DE RETRASO MENTAL (Marque uno)

- 1. No tiene retraso mental
- 2. Leve (CI 52-70)
- 3. Moderado (CI 36-51)
- 4. Severo (CI 20-35)
- 5. Profundo (CI por debajo de 20)
- 6. Desconocido/ Desarrollo Lento/ De Riesgo

2. VISION (Marque una)

- 1. Visión buena (con o sin gafas)
- 2. Problemas de visión que limitan la lectura o su movilidad (con o sin gafas)
- 3. Poca o nula visión (incluso con gafas especiales)

3. AUDICION (Marque una)

- 1. Puede oír voces normales (con o sin audifono)
- 2. Puede oír sólo voces altas (con o sin audifono)
- 3. Audición pobre o nula (incluso con audifono)

4. FRECUENCIA DE ATAQUES EPILEPTICOS (Marque una)

- 1. Ninguno o controlados
- 2. Uno cada dos o más meses
- 3. Mensualmente
- 4. Uno o más a la semana

5. SALUD (Marque una)

- 1. No limita sus actividades diarias
- 2. Limita un poco sus actividades diarias
- 3. Muchas o significativas limitaciones en las actividades diarias

6. PRECISA DE LA ATENCION DE UN/A ENFERMERO/A O UN/A MEDICO (Marque una)

- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. Diariamente
- 5. Necesita tener disponible atención médica en cualquier momento, durante las 24 horas

7. MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE (Marque todos los que correspondan)

- 1. Ninguno
- 2. Para problemas de salud (física): _____
- 3. Para problemas anímicos o emocionales (por ejemplo ansiedad o insomnio): _____
- 4. Para epilepsia: _____
- 5. Otros: _____
- 6. Desconocidos

8. BRAZO/MANO (Marque una)

- 1. No presenta limitaciones en las actividades diarias
- 2. Con algunas limitaciones en las actividades diarias
- 3. Con limitaciones en la mayoría de las actividades diarias

9. MOVILIDAD (Marque una)

- 1. Camina sin problemas y sin ayudas
- 2. Generalmente en silla de ruedas, o no camina
- 3. Limitado a la cama durante la mayor parte del día
- 4. En cama todo el día

10. AYUDAS PARA SU MOVILIDAD

(Marque todas las que correspondan)

- 1. Ninguna
- 2. Necesita aparatos y ayudas (bastón, silla de ruedas, etc.):
- 3. Necesita ayuda de otra persona de vez en cuando
- 4. Necesita ayuda de otra persona permanentemente

Comentarios:

D. Conducta Adaptativa

INSTRUCCIONES:

- Puntúe el grado en que la persona realiza en la actualidad las conductas de cada ítem, completamente y sin ayuda ni supervisión.
- Marque el número de la categoría que mejor describe la(s) conducta(s) de la persona en cada ítem.
- Marque la máxima puntuación (3: La realiza muy bien) en los ítems que en este momento sean demasiado fáciles para esta persona.

• Puede suceder que Vd. no haya tenido la oportunidad de observar directamente alguna de las conductas que se mencionan, o que la persona evaluada no haya tenido la oportunidad de demostrarlas, por el motivo que sea. En estos casos, a partir del conocimiento previo del que Vd. disponga de esa persona, debe hacer una estimación de la puntuación que el ítem podría tener en el momento presente, realizado de manera independiente y sin enseñanza adicional. No olvide, por favor, marcar la puntuación que corresponda también en estos casos.

Se deben puntuar todos los ítems.

1. DESTREZAS MOTORAS

Realiza (o podría realizar) estas conductas completamente sin ayuda ni supervisión:

0. NUNCA O RARA VEZ- aun pidiéndoselo

1. LA REALIZA, AUNQUE NO BIEN- o 1/4 de las veces- tal vez necesite que se le pida que lo haga

2. LA REALIZA BIEN- o 3/4 de las veces- tal vez necesite que se le pida que lo haga

3. LA REALIZA MUY BIEN- siempre o casi siempre- sin que se le pida

0	1	2	3	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Coge objetos pequeños con la mano.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Pasa objetos pequeños de una mano a la otra.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Se sienta solo/a, manteniendo la cabeza y la espalda derechas y firmes (sin apoyo) durante treinta segundos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Se mantiene de pie, al menos durante cinco segundos, apoyándose en muebles u otros objetos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Se pone en pie por sí mismo/a.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Mete objetos pequeños en recipientes y los vuelve a sacar después.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Se mantiene de pie sin ayuda y camina, al menos, unos dos metros.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Hace rayas, marcas o garabatos, con lápiz o con pinturas, en una hoja de papel.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Quita el envoltorio de objetos pequeños, como chicles o caramelos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Gira las manillas de las puertas y las abre.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Sube y baja escaleras (aunque sea agarrándose a la barandilla) alternando los pies de un escalón a otro.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Sube por una escalera de dos metros de altura (por ejemplo, la de un tobogán o la de una escalera de tijera).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Corta con tijeras siguiendo una línea recta y gruesa.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Escribe su nombre copiándolo de un modelo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Levanta y lleva una bolsa llena de comestibles por lo menos a una distancia de seis metros y la deposita en el suelo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Dobra una carta en tres partes iguales, la introduce en un sobre y luego lo cierra.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Enhebra una aguja de coser.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. Arma objetos de por lo menos diez piezas, que deben ser atornilladas o encajadas entre sí con tuercas y tornillos (por ejemplo, juguetes y muebles desarmados).

$\frac{\text{SUMA}}{x0}$	$\frac{\text{SUMA}}{x1}$	$\frac{\text{SUMA}}{x2}$	$\frac{\text{SUMA}}{x3}$	$\frac{\text{SUMA}}{x3}$	=	$\frac{\text{SUMA}}{x3}$	DESTREZAS MOTORAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>	PUNTUACION DIRECTA MAXIMA (54)

2. DESTREZAS SOCIALES Y COMUNICATIVAS

Realiza (o podría realizar) estas conductas completamente sin ayuda ni supervisión:

0. NUNCA O RARA VEZ- aun pidiéndoselo

1. LA REALIZA, AUNQUE NO BIEN- o 1/4 de las veces- tal vez necesite que se le pida que lo haga

2. LA REALIZA BIEN- o 3/4 de las veces- tal vez necesite que se le pida que lo haga

3. LA REALIZA MUY BIEN- siempre o casi siempre- sin que se le pida

0	1	2	3	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Emite sonidos o gestícula para llamar la atención.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Tiende los brazos buscando la persona con la que desea contactar.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Cuando se le llama por su nombre, gira la cabeza hacia quien le llama.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Cuando se le pide, imita acciones, tales como despedirse o aplaudir.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Entrega juguetes u otros objetos a otra persona.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Indica "sí" o "no" moviendo la cabeza, o de cualquier otra manera, para responder a preguntas sencillas, como por ejemplo: "¿quieres leche?".
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Señala objetos o personas conocidas en una lámina, cuando se le pide.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Dice al menos diez palabras, que pueden ser comprendidas por alguien que le conozca bien.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Formula preguntas simples (por ejemplo: "¿qué es esto?").
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Habla usando frases de tres o cuatro palabras.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. En actividades grupales, espera por lo menos dos minutos a que le llegue su turno (por ejemplo, espera su turno para chutar una pelota o beber un trago de agua).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Ofrece ayuda a otras personas (ejemplos: mantiene la puerta abierta para que pase una persona que tiene las manos ocupadas o recoge un objeto que se le ha caído a alguien).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Se comporta de una manera adecuada, sin llamar la atención de los demás, cuando está con sus amigos en lugares públicos (por ejemplo, en el cine, el autobús o el teatro).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Reacciona correctamente ante la mayoría de las señales, rótulos o símbolos más comunes (por ejemplo, STOP, ALTO, CABALLEROS, SEÑORAS, PELIGRO).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Cuenta de manera resumida una historia de forma que otra persona pueda entenderla (por ejemplo, un programa de TV o una película de cine).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Recuerda o sabe cómo localizar números telefónicos y llama a sus amigos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Escribe, a mano o a máquina, notas o cartas legibles y comprensibles, para ser enviadas por correo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. Localiza la información que necesita en las páginas amarillas de la guía telefónica o en los anuncios clasificados del periódico.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Llama a un servicio de reparaciones o al responsable de la vivienda, cuando se estropea algo importante en su casa (como la cocina o el frigorífico).

SUMA	SUMA	SUMA	SUMA	
\bar{x}_0	\bar{x}_1	\bar{x}_2	\bar{x}_3	
<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>
				=
				<input type="text"/>
				DESTREZAS SOCIALES Y COMUNICATIVAS
				PUNTAJACIÓN DIRECTA MÁXIMA (57)

3. DESTREZAS DE LA VIDA PERSONAL

Realiza (o podría realizar) estas conductas completamente sin ayuda ni supervisión:

0. NUNCA O RARA VEZ- aun pidiéndoselo

1. LA REALIZA, AUNQUE NO BIEN- a 1/4 de las veces- tal vez necesite que se le pida que lo haga

2. LA REALIZA BIEN- a 3/4 de las veces- tal vez necesite que se le pida que lo haga

3. LA REALIZA MUY BIEN- siempre o casi siempre- sin que se le pida

0	1	2	3	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Traga alimentos blandos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Coge y come alimentos como galletas o patatas fritas.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Alarga sus brazos y piernas cuando se le viste, para facilitar la tarea.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Mantiene sus manos bajo el chorro de agua para lavárselas, cuando está situado ante un lavabo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Come alimentos sólidos usando la cuchara, sin derramar casi nada.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Permanece sin orinarse al menos durante tres horas.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Se quita el pantalón o la falda y la ropa interior.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Evacúa cuando se le sienta en el inodoro (en el orinal en el caso de los niños) de acuerdo a un horario regular o cuando se le lleva al cuarto de baño.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Se pone camisetas o jerseys, aunque sea al revés.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Hace uso del retrete, quitándose y poniéndose la ropa, (es posible que se orine o deleque encima no más de una vez al mes).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Cierra la puerta del retrete, si es preciso, cuando hace uso del inodoro.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Se viste por sí mismo/a, completa y correctamente, incluyendo botones, cinturones, cremalleras y cordones de los zapatos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Utiliza el cuchillo para cortar alimentos, en vez de tratar de comer trozos demasiado grandes.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Se enjabona, aclara y seca el pelo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Friega, seca y luego guarda los platos en su lugar.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Prepara y combina comidas simples, como huevos fritos, sopa o "sandwiches".
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Arregla su dormitorio, lo cual incluye guardar la ropa, cambiar las sábanas, quitar el polvo y barrer el suelo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. Prepara listas de compras de por lo menos seis productos para adquirir en una tienda de comestibles.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Carga y maneja una lavadora, utilizando la cantidad de detergente y el programa apropiados.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. Planifica, prepara y sirve una comida completa para más de dos personas.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. Realiza pequeñas reparaciones de su ropa, como zurcirse un roto o coserse un botón, o, en todo caso, encarga a la persona adecuada para que lo haga.

$\frac{\text{SUMA}}{x0}$ $\frac{\text{SUMA}}{x1}$ $\frac{\text{SUMA}}{x2}$ $\frac{\text{SUMA}}{x3}$ $\frac{\text{SUMA}}{x4}$ $\frac{\text{SUMA}}{x5}$ $\frac{\text{SUMA}}{x6}$ $\frac{\text{SUMA}}{x7}$ $\frac{\text{SUMA}}{x8}$ $\frac{\text{SUMA}}{x9}$ $\frac{\text{SUMA}}{x0}$

+ + = DESTREZAS DE LA VIDA PERSONAL

PUNTAJE DE DESTREZAS DE LA VIDA PERSONAL (0-30)

4. DESTREZAS DE VIDA EN LA COMUNIDAD

Realiza (o podría realizar) estas conductas completamente sin ayuda ni supervisión:

0. NUNCA O RARA VEZ- aun pidiéndoselo

1. LA REALIZA, AUNQUE NO BIEN- o 1/4 de las veces- tal vez necesite que se le pida que lo haga

2. LA REALIZA BIEN- o 3/4 de las veces- tal vez necesite que se le pida que lo haga

3. LA REALIZA MUY BIEN- siempre o casi siempre- sin que se le pida

0	1	2	3	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Encuentra juguetes u objetos que se guardan siempre en el mismo lugar.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Va solo/a a un determinado cuarto cuando se le manda (por ejemplo: "vete a esperar a la cocina").
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Indica cuando ha finalizado una tarea rutinaria o que se le encargó.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Permanece sin alejarse durante diez minutos, en un patio o parque sin vallas, cuando se espera que lo haga.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Usa correctamente las palabras "mañana" y "noche".
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Intercambia un objeto por dinero o por otro objeto de valor (por ejemplo, un libro por otro o por dinero).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Compra objetos, que cuestan al menos veinticinco pesetas, en máquinas automáticas (por ejemplo, dulces o refrescos).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. En su barrio, cruza calles, avenidas o cruces sin señalizar, sin que nadie le acompañe.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Compra las cosas que se le piden cuando va a hacer un recado, aunque es posible que no cuente el cambio correctamente.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Dice la fecha completa de su nacimiento (día, mes y año).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Usa diariamente un reloj para hacer cosas a una hora determinada (por ejemplo, para tomar un autobús o ver un programa de televisión).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Cuenta con precisión las vueltas, después de comprar algo con una moneda de quinientas pesetas.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Maneja herramientas manuales eléctricas, potencialmente peligrosas, y aparatos de piezas móviles (por ejemplo, un taladro eléctrico, una baladora o una licuadora).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Cumple con las citas que han sido fijadas por lo menos tres días antes, anotándolas si es necesario.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Administra su dinero de forma que cubra los gastos de, por lo menos, una semana (ocio, transporte y otras necesidades).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Trabaja en una tarea a ritmo regular, por lo menos durante dos horas.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Rellena formularios y asiste a entrevistas de selección para buscar trabajo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. Recibe facturas por correo y efectúa los pagos antes de que venza el plazo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Hace balance mensual de su cuenta bancaria o libreta de ahorros.

$\overline{x0}$ SUMA $\overline{x1}$ SUMA $\overline{x2}$ SUMA $\overline{x3}$ SUMA
 + + = DESTREZAS DE VIDA EN LA COMUNIDAD
 PUNTAJACION DIRECTA MAXIMA (27)

E. Problemas de conducta

INSTRUCCIONES: Indique si esta persona muestra problemas de conducta en cada una de las categorías. Si la respuesta es "sí", describa el problema principal e indique la frecuencia y gravedad.

1. COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO O DAÑO A SI MISMO
Se hace daño en su propio cuerpo - por ejemplo: golpeándose, dándose cabezazos, arañándose, cortándose o pinchándose, mordiendo, frotándose la piel, tirándose del cabello, pellizcándose o mordiendo las uñas.

a. Si la respuesta es «sí», describa el PROBLEMA PRINCIPAL:

Si la respuesta es «no», marque nunca (0) para frecuencia y no es grave (0) para gravedad.

b. FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque una)

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

c. GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque una)

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema crítico

2. HETEROAGRESIVIDAD O DAÑO A OTROS

Causa dolor físico a otras personas o a animales - por ejemplo: golpeando, dando patadas, mordiendo, pinchando, arañando, tirando del pelo, golpeando con otro objeto.

a. Si la respuesta es «sí», describa el PROBLEMA PRINCIPAL:

Si la respuesta es «no», marque nunca (0) para frecuencia y no es grave (0) para gravedad.

b. FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque una)

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

c. GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque una)

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema crítico

CATEGORIAS DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

- Comportamiento Autolesivo
- Heteroagresividad
- Destrucción de Objetos
- Conducta Disruptiva
- Hábitos Atípicos
- Conducta Social Ofensiva
- Retraimiento
- Conducta No Colaboradora

3. DESTRUCCION DE OBJETOS

Intencionalmente rompe, estropea o destruye cosas - por ejemplo: golpeando, rasgando o cortando, tirando, quemando, picando o rayando.

a. Si la respuesta es «sí», describa el PROBLEMA PRINCIPAL:

Si la respuesta es «no», marque nunca (0) para frecuencia y no es grave (0) para gravedad.

b. FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque una)

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

c. GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque una)

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema crítico

4. CONDUCTA DISRUPTIVA

Interfiere las actividades de otros - por ejemplo: abrazándose en exceso a otros, acosándoles o importunándoles, discutiendo o quejándose, buscando pelea, riéndose o llorando sin motivo, interrumpiendo, gritando o chillando.

a. Si la respuesta es «sí», describa el PROBLEMA PRINCIPAL:

Si la respuesta es «no», marque nunca (0) para frecuencia y no es grave (0) para gravedad.

b. FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque una)

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

c. GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque una)

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema crítico

5. HABITOS ATÍPICOS Y REPETITIVOS (ESTEREOTIPIAS)

Son conductas poco usuales, extrañas, que se repiten una y otra vez - por ejemplo: ir y venir por la habitación, balancearse, torcerse los dedos, chuparse sus manos u otros objetos, dar sacudidas con partes de su cuerpo (tics nerviosos), hablar solo/a, rechinar los dientes, comer tierra u otros objetos, comer excesivamente poco o de manera exagerada, mirar fijo a un objeto o al vacío, hacer muecas o ruidos extraños.

a. Si la respuesta es «sí», describa el PROBLEMA PRINCIPAL:

Si la respuesta es «no», marque *nunca* (0) para frecuencia y *no es grave* (0) para gravedad.

b. FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque una)

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

c. GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque una)

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema crítico

6. CONDUCTA SOCIAL OFENSIVA

Son conductas que ofenden a otros - por ejemplo: hablar en voz muy alta, blasfemar o emplear un lenguaje soez, mentir, acercarse demasiado o tocar en exceso a otros, amenazar, decir tonterías, escupir a otros, meterse el dedo en la nariz, eructar, expeler ventosidades, tocarse los genitales, orinar en lugares no apropiados.

a. Si la respuesta es «sí», describa el PROBLEMA PRINCIPAL:

Si la respuesta es «no», marque *nunca* (0) para frecuencia y *no es grave* (0) para gravedad.

b. FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque una)

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

c. GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque una)

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema crítico

9. REACCION A LA CONDUCTA PROBLEMA EN CUALQUIER CATEGORIA:

¿Cómo reacciona habitualmente Vd. u otras personas ante los problemas de conducta de la persona evaluada? (Marque una)

- 0. No hay problemas de conducta
- 1. No hacen nada o le consuelan
- 2. Le piden que abandone la conducta, razonando con él o con ella.
- 3. Deliberadamente ignoran esta(s) conducta(s), reforzando otras más positivas.
- 4. Le piden a la persona que se enmiende o corrija la situación
- 5. Modifican o reestructuran el entorno, cambian de materiales

7. RETRAIMIENTO O FALTA DE ATENCION

Son problemas de falta de relación con otros o de no prestar atención - por ejemplo: mantenerse alejado/a de otras personas, expresar temores poco corrientes, mostrarse muy inactivo/a, mostrarse triste o preocupado/a, demostrar muy poca concentración en diversas actividades, dormir excesivamente, hablar negativamente de sí mismo/a -.

a. Si la respuesta es «sí», describa el PROBLEMA PRINCIPAL:

Si la respuesta es «no», marque *nunca* (0) para frecuencia y *no es grave* (0) para gravedad.

b. FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque una)

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

c. GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque una)

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema crítico

8. CONDUCTAS NO COLABORADORAS

Son conductas en las que la persona no colabora - por ejemplo: negarse a obedecer, no hacer sus tareas o no respetar las reglas; actuar de forma desafiante o poner mala cara, negarse a asistir a la escuela o al trabajo; llegar tarde a la escuela o al trabajo, negarse a compartir o esperar su turno, engañar, robar, o no respetar la ley-.

a. Si la respuesta es «sí», describa el PROBLEMA PRINCIPAL:

Si la respuesta es «no», marque *nunca* (0) para frecuencia y *no es grave* (0) para gravedad.

b. FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque una)

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. De una a tres veces al mes
- 3. De una a seis veces por semana
- 4. De una a diez veces al día
- 5. Una o más veces en una hora

c. GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque una)

- 0. No es grave; no es un problema
- 1. Ligeramente grave; es un problema leve
- 2. Medianamente grave; es un problema moderado
- 3. Muy grave; es un problema grave
- 4. Extremadamente grave; es un problema crítico

Comentarios:

F. Ubicación Residencial

1. RESIDENCIA ACTUAL

(Marque uno)

-

2. RECOMENDACION DE CAMBIO

dentro de los 2 años siguientes

(Marque uno)

-

1. Con padres o familiares
2. Padres adoptivos o familia sustituta
3. Independiente en su casa
4. Semi-independiente con supervisión regular
5. Servicio residencial
6. Otro: _____
7. No se recomienda ningún cambio

Comentarios:

G. Servicios de Día

1. SERVICIOS DE DÍA ACTUALES

(Marque uno)

-

2. RECOMENDACION DE CAMBIO

dentro de los 2 años siguientes

(Marque uno)

-

1. Ninguno. Sin programa diurno fuera de casa
2. Jardín de infancia o guardería, centro de día para ancianos
3. Escuela o centro educativo ordinario - aula ordinaria
4. Escuela o centro educativo ordinario - aula ordinaria con servicios de educación especial
5. Escuela o centro ordinario - aula de educación especial
6. Centro de educación especial
7. Centro de día (actividades personales y sociales)
8. Centro ocupacional (formación laboral y social)
9. Centro especial de empleo
10. Puesto de trabajo ordinario con supervisión y apoyo (p. e. enclave en empresas)
11. Empleo ordinario
12. Otro: _____
13. No se recomienda ningún cambio

Comentarios:

H. Servicios de Apoyo

1. QUE UTILIZA ACTUALMENTE 2. NO LOS EMPLEA ACTUALMENTE, AUNQUE CONVIENE ESTUDIAR SU USO

(Marque todos los que correspondan)

1. Ninguno
2. Valoración, orientación y seguimiento
3. Intervención o estimulación temprana
4. Logopedia
5. Terapia ocupacional
6. Fisioterapia
7. Cuidados médicos especializados (de forma continuada)
8. Servicios especializados de salud mental
9. Servicios residenciales de respiro
10. Servicios de apoyo en el hogar (p. e. ayuda domiciliaria)
11. Servicios especiales de transporte
12. Otro: _____
13. Otro: _____

Comentarios:

I. Actividades Sociales y de Ocio

1. ACTIVIDADES DURANTE EL MES PASADO
(Marque todas las que correspondan)

1. Ninguna
2. Habló por teléfono con parientes o amigos
3. Visitó a parientes
4. Visitó a amigos o vecinos fuera de su residencia
5. Fue de compras o comió fuera (solo o con otros)
6. Asistió a actividades sociales o de ocio fuera de casa
7. Tiene un «hobby» (ocupa su tiempo libre con una actividad personal)
8. Otro: _____

2. FACTORES QUE LIMITAN LAS ACTIVIDADES SOCIALES
(Marque todos los que correspondan)

1. Ninguno
2. Carece de interés
3. Nadie quiere acompañarle
4. No hay transporte
5. No tiene dinero
6. Tiene problemas de salud
7. Presenta problemas de conducta
8. Otro: _____

Comentarios:

¿Proporcionan estos resultados una correcta representación del funcionamiento actual de la persona evaluada? Sí No

Si la respuesta es no, ¿cuáles son sus motivos para dudar de los resultados obtenidos en este ICAP? _____

J. Información General y Recomendaciones

Información importante para la toma de decisiones que destacaría de las secciones B, CATEGORIA DIAGNOSTICA y C, LIMITACIONES FUNCIONALES.

Información de otras fuentes

Test	Fecha	Puntuaciones
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Información adicional necesaria para tomar decisiones con respecto a la persona evaluada:

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

CONDUCTA ADAPTATIVA:

Destrezas Motoras

Destrezas Sociales y Comunicativas

Destrezas de Vida Personal

Destrezas de Vida en la Comunidad

PROBLEMAS DE CONDUCTA

OBJETIVOS DE SERVICIOS

Atención física y terapéutica

Servicios residenciales

Actividades sociales diurnas

Servicios educativos

Servicios de apoyo

Actividades sociales y de ocio

Otras recomendaciones, revisiones en el futuro u otras acciones precisas:

RESUMEN DE PUNTUACIONES de Conducta Adaptativa del ICAP

(Normas basadas en la edad del sujeto)

ESCALA

	Puntuación Directa	(a) Puntuación de Escala	(b) ETM	Puntuación de Edad	RANGO INSTRUCTIVO		± ETM INTERVALO DE CONFIANZA				
					Fácil	Difícil	(c) Puntuación Promedio de Escala	(d) Puntuación Diferencial de Escala	(e) Puntuación Diferencial de Escala -1 ETM	(f) Puntuación Diferencial de Escala +1 ETM	
Destrezas Motoras	(54)	<input type="text" value="a"/>	<input type="text" value="b"/>	<input type="text" value="c"/>	_____ a _____		<input type="text" value="c"/>	<input type="text" value="a-c-d"/>	<input type="text" value="d-b-e"/>	<input type="text" value="d-b-f"/>	
		Tabla A	Tabla A	Tabla A	Tabla A		Tabla F	+ c -			
		Use esta columna en						<input type="text" value=""/>	Tabla G		
								PER		a	
								PT		a	
								SR	.95	.95	a .95
Destrezas Sociales y Comunicativas	(57)	<input type="text" value="a"/>	<input type="text" value="b"/>	<input type="text" value="c"/>	_____ a _____		<input type="text" value="c"/>	<input type="text" value="a-c-d"/>	<input type="text" value="d-b-e"/>	<input type="text" value="d-b-f"/>	
		Tabla B	Tabla B	Tabla B	Tabla B		Tabla F	+ c -			
		Use esta columna en						<input type="text" value=""/>	Tabla G		
								PER		a	
								PT		a	
								SR	.95	.95	a .95
Destrezas de la Vida Personal	(58)	<input type="text" value="a"/>	<input type="text" value="b"/>	<input type="text" value="c"/>	_____ a _____		<input type="text" value="c"/>	<input type="text" value="a-c-d"/>	<input type="text" value="d-b-e"/>	<input type="text" value="d-b-f"/>	
		Tabla C	Tabla C	Tabla C	Tabla C		Tabla F	+ c -			
		Use esta columna en						<input type="text" value=""/>	Tabla G		
								PER		a	
								PT		a	
								SR	.95	.95	a .95
Destrezas de Vida en la Comunidad	(57)	<input type="text" value="a"/>	<input type="text" value="b"/>	<input type="text" value="c"/>	_____ a _____		<input type="text" value="c"/>	<input type="text" value="a-c-d"/>	<input type="text" value="d-b-e"/>	<input type="text" value="d-b-f"/>	
		Tabla D	Tabla D	Tabla D	Tabla D		Tabla F	+ c -			
		Use esta columna en						<input type="text" value=""/>	Tabla G		
								PER		a	
								PT		a	
								SR	.95	.95	a .95
Suma de las Cuatro Puntuaciones de Escala		<input type="text" value="Total"/>									
Independencia General		<input type="text" value="a"/>	<input type="text" value="b"/>	<input type="text" value="c"/>	_____ a _____		<input type="text" value="c"/>	<input type="text" value="a-c-d"/>	<input type="text" value="d-b-e"/>	<input type="text" value="d-b-f"/>	
		a=Total / 4	Tabla E	Tabla E	Tabla E		Tabla F	+ c -			
		Use esta columna en						<input type="text" value=""/>	Tabla G		
								PER		a	
								PT		a	
								SR	.95	.95	a .95

PROTOCOLO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

Cálculo de los Índices de Problemas de Conducta

INSTRUCCIONES:

Paso 1: Rodee con un círculo las Puntuaciones Parciales que correspondan a las valoraciones de frecuencia y gravedad.

Paso 2: Rodee con un círculo las Puntuaciones Parciales de Edad de la persona (debajo de las edades).

Paso 3: Sume las Puntuaciones Parciales para cada índice (incluyendo las Puntuaciones Parciales de Edad) y anote el resultado en el espacio llamado: «Suma de las Puntuaciones Parciales».

Paso 4: Reste esta suma de 100 para obtener el Índice de Problemas de Conducta. Anote + o -

Paso 5: Transfiera estas puntuaciones al perfil de Problemas de Conducta, en la página 16.

INTERPRETACION: Los índices de problemas de conducta tienen una media de cero para personas sin discapacidades. Cuanto más negativos son los índices, mayores problemas de conducta indican. La desviación típica observada generalmente en diversas muestras clínicas de distintas edades es de 10 puntos. Las muestras de personas sin discapacidad generalmente muestran desviaciones típicas de aproximadamente 8 puntos. La valoración de la significación clínica de los índices de Problemas de Conducta puede hacerse con la ayuda de la tabla siguiente. Estos niveles de gravedad también aparecen en el perfil de Problemas de Conducta de la página 16.

Valor del Índice	Nivel de Gravedad
+10 a -10	N – Normal
-11 a -20	LQ – Levemente Grave
-21 a -30	MD – Moderadamente Grave
-31 a -40	G – Grave
-41 y menos	MG – Muy Grave

Problemas de Conducta

INTERNO

Paso 1	<p>1. Autolesivo</p> <p>P. Directa _____ Frecuencia: _____</p> <p>P. Directa _____ Gravedad: _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>18</td><td>20</td><td>22</td><td>23</td><td>25</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>19</td><td>22</td><td>25</td><td>28</td><td>-</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	16	18	20	22	23	25	16	19	22	25	28	-
0	1	2	3	4	5															
16	18	20	22	23	25															
16	19	22	25	28	-															
	<p>2. Heteroagresividad</p> <p>P. Directa _____ Frecuencia: _____</p> <p>P. Directa _____ Gravedad: _____</p>																			
	<p>3. Destrucción de Objetos</p> <p>P. Directa _____ Frecuencia: _____</p> <p>P. Directa _____ Gravedad: _____</p>																			
	<p>4. Conducta Disruptiva</p> <p>P. Directa _____ Frecuencia: _____</p> <p>P. Directa _____ Gravedad: _____</p>																			
	<p>5. Hábitos Atípicos y Repetitivos</p> <p>P. Directa _____ Frecuencia: _____</p> <p>P. Directa _____ Gravedad: _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>19</td><td>21</td><td>24</td><td>27</td><td>-</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	16	17	18	20	21	22	16	19	21	24	27	-
0	1	2	3	4	5															
16	17	18	20	21	22															
16	19	21	24	27	-															
	<p>6. Conducta Social Ofensiva</p> <p>P. Directa _____ Frecuencia: _____</p> <p>P. Directa _____ Gravedad: _____</p>																			
	<p>7. Retraimiento</p> <p>P. Directa _____ Frecuencia: _____</p> <p>P. Directa _____ Gravedad: _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>18</td><td>20</td><td>21</td><td>23</td><td>25</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>19</td><td>22</td><td>25</td><td>29</td><td>-</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	16	18	20	21	23	25	16	19	22	25	29	-
0	1	2	3	4	5															
16	18	20	21	23	25															
16	19	22	25	29	-															
	<p>8. Conductas No Colaboradoras</p> <p>P. Directa _____ Frecuencia: _____</p> <p>P. Directa _____ Gravedad: _____</p>																			
Paso 2	<p>Puntuaciones Parciales de Edad, en años</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Edad del Sujeto</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0-1</td><td>2</td><td>3-16</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> <tr> <td></td><td>17+</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>2</td><td></td> </tr> </table>	0-1	2	3-16	3	2	1		17+			2							
0-1	2	3-16																		
3	2	1																		
	17+																			
	2																			
Paso 3	<p>Suma de las Puntuaciones Parciales</p>	<p>100</p> <p>_____ SUMA</p>																		
Paso 4	<p>Índices de Problemas de Conducta</p>	<p>_____ + o -</p> <p>L. INTERNO PROB. DE CONDUCTA (IPC)</p>																		

Puntuaciones Parciales

ASOCIAL						EXTERNO						GENERAL					
												0	1	2	3	4	5
												6	7	7	8	9	10
												6	7	8	10	11	-
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
						15	17	19	22	24	26	6	7	8	10	11	12
						15	18	21	24	27	-	6	7	9	11	13	-
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
						15	17	20	23	25	28	6	7	9	10	12	13
						15	18	22	25	29	-	6	8	10	12	14	-
						0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
						15	16	18	19	21	22	6	6	7	8	9	10
						15	17	20	22	25	-	6	7	9	10	12	-
												0	1	2	3	4	5
												6	6	6	7	7	8
												6	7	7	8	9	-
0	1	2	3	4	5							0	1	2	3	4	5
23	25	27	30	32	34							6	6	7	8	9	9
23	26	30	33	36	-							6	7	8	9	10	-
												0	1	2	3	4	5
												6	6	7	7	8	8
												6	7	8	9	10	-
0	1	2	3	4	5							0	1	2	3	4	5
23	26	28	31	33	35							6	7	8	8	9	10
23	27	30	34	37	-							6	7	8	10	11	-
0-1 8	2-6 7 17+	7-16 6				0-2 9	3-9 8	10+ 5				0-1 3 10-16 2	2 2	3-9 1 17+ 3			
SUMA						SUMA						SUMA					
+ 0 -						+ 0 -						+ 0 -					
I. ASOCIAL PROB. DE CONDUCTA (IAPC)						I. EXTERNO PROB. DE CONDUCTA (IEPC)						I. GENERAL PROB. DE CONDUCTA (IGPC)					

