Retraso Mental

Definición, Clasificación,
y Sistemas de Apoyos

Libro de trabajo

10ª Edición

AAMR

Traducción al español por M.A. Verdugo y C. Jenaro

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica

Publicado por la American Association on Mental Retardation

444 North Capitol Street, NW

Suite 846

Washington, DC 200001-1512

Datos de Catalogación de la Publicación en la Biblioteca del Congreso

Mental retardation: definition, classification, and systems of supports: workbook - 10th edition (Retraso mental: definición, clasificación, y sistemas de apoyos: manual - 10ª edición)

p. cm.

ISBN 0-94089-82-9

1. Mental retardation – Classification. I. American Association on Mental Retardation

RC570 .M415 2002

616.85'88'0012—dc21 2002027718

EL COMITE AD HOC SOBRE TERMINOLOGIA Y CLASIFICACION

Ruth Luckasson, Doctora en Derecho, Presidenta
Profesora Titular y Profesora de Educación Especial
Coordinadora de Retraso Mental y Discapacidades Severas: Estudios en Igualdad Educativa para Aprendices Excepcionales Diversos
Facultad de Educación
Universidad de New México
Albuquerque, NM

Sharon Borthwick-Duffy, Doctora en Psicología
Profesora de Educación
Escuela para Graduados en Educación
Universidad de California en Riverside
Riverside, CA

Will H. E. Buntix, Drs.
Psicólogo de la Salud
Director de Investigación y Desarrollo
Fundación Sta. Anna
Centro Governor Kremer/Departamento de Salud Organizacional, Política y Economía
Universidad de Maastricht
Maastricht (Holanda)

David L. Coulter, Doctor en Medicina
Departamento de Neurología
Facultad de Medicina de Harvard
Instituto de Inclusión en la Comunidad
Hospital de Niños
Boston, MA

Ellis M. (Pat) Craig, Doctora en Psicología
Psicóloga
Departamento de Salud Mental y Retraso Mental en Texas
Austin, TX

Alya Reeve, Doctora en Medicina
Profesora Ayudante
Departamento de Psiquiatría
Profesora Ayudante de Investigación
Departamento de Neurología
Universidad de New México, Centro de Ciencias de la Salud
Albuquerque, NM

Robert L. Schalock, Doctor en Psicología
Profesor Emérito y Anterior Presidente
Departamento de Psicología
Hastings College
Director
Bob Schalock and Associates
Chewelah, WA

Marta E. Snell, Doctora en Psicología
Coordinadora de Educación Especial
Departamento de Curriculum, Instrucción y Educación Especial
Facultad de Educación Curry
Universidad de Virginia
Charlottesville, VA

Deborah M. Spitalnik, Doctora en Psicología
Profesora de Pediatría
Directora Ejecutiva
Centro sobre Discapacidades del Desarrollo Elizabeth M. Boggs
Universidad de Medicina y Estomatología de New Jersey
Facultad de Medicina Robert Wood Johnson
New Brunswick, NJ

Scott Spreat, Doctor en Educación
Director Ejecutivo
Centro Woodland para Conductas Desafiantes
Wood Services Incorporated
Langhorne, PA

Marc J. Tasseé, Doctor en Psicología
Profesor Ayudante Clínico de Psiquiatría
Director de Comunicación Educativa
Centro para el Desarrollo y Aprendizaje
Universidad de North Carolina en Chapel Hill
Chapel Hill, NC

TABLA DE CONTENIDOS

LA DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL

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.

CINCO PREMISAS ESENCIALES PARA LA APLICACIÓN DE LA DEFINICIÓN

Las siguientes cinco premisas son esenciales par la aplicación de esta definición:

1. Las limitaciones en el funcionamiento actual deben ser consideradas en el contexto de los ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con las capacidades.
4. Un propósito importante de describir las limitaciones es desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE 2002

EL SISTEMA

Esta definición, clasificación y sistemas de apoyo en el retraso mental de 2002 es la primera revisión desde la revolucionaria versión de 1992. Basada en aquella definición, el Sistema 2002 incorpora factores adicionales y amplía otros para crear un sistema multidimensional de diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos para personas con retraso mental.

Mas que ofrecer tan sólo una definición, este libro presenta cinco premisas clave para la aplicación de la definición, y un modelo teórico que resume el carácter multidimensional del retraso mental. Este sistema claramente innovador ofrece además una estructura para el diagnóstico y clasificación del retraso mental, así como para la planificación de los apoyos. Con la ventaja que otorgan diez años de experiencia y de feedback procedentes del campo, este nuevo sistema ofrece una mejor integración de los modelos teóricos con las necesidades prácticas –haciendo el nuevo sistema más útil, integrado y compatible con otros sistemas diagnósticos y clasificadores-.

El libro de *Retraso Mental*, este *Libro de Trabajo* y los *Formularios* son recursos indispensables para todo aquel interesado en el retraso mental.

PONIENDO EL SISTEMA 2002 A FUNCIONAR

Este manual está diseñado para ayudarle a aplicar el diagnóstico, clasificación y sistemas de apoyos de 2002. Éste, junto con los *Formularios*, acompaña a la 10ª edición del libro *Retraso Mental: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyos*. El *Libro de Trabajo* no está pensado para reemplazar o ser utilizado en vez del libro. Más bien, presenta un modo útil de aplicar la definición, clasificación y sistemas de apoyos. Se recomienda leer atentamente el libro de *Retraso Mental* antes de aplicar la definición, clasificación y sistemas de apoyos.

EL LIBRO

El libro *Retraso Mental* contiene una completa y detallada exposición de la definición de retraso mental, de las premisas y del modelo teórico en el que se basa la definición y la estructura para la evaluación que es clave para la aplicación de la definición, clasificación y sistemas de apoyos. Analiza la naturaleza multidimensional del retraso mental y describe los papeles que el juicio clínico puede desempeñar en el diagnóstico. El manual proporciona también una detallada exposición de la evaluación de la inteligencia y de la conducta adaptativa, de los sistemas de clasificación, de la salud, la etiología y la prevención. Se incluyen también extensos capítulos sobre los apoyos y sobre su aplicación y provisión, así como sobre la

responsabilidad pública en la provisión de apoyos, junto a las implicaciones para el futuro.

EL LIBRO DE TRABAJO

Emplee este Libro de Trabajo para aplicar el Sistema 2002, incluyendo la identificación de capacidades y limitaciones y la planificación de apoyos para el individuo

Este *Manual* resume y destaca parte de la información clave del libro y demuestra cómo se puede aplicar el Sistema 2002 en los programas. Se incluye un conjunto de formularios en blanco al final de este *Libro de Trabajo* (pág. 51) que le pueden ayudar en el diagnóstico del retraso mental, la identificación de capacidades y limitaciones y la planificación de apoyos individualizados para los individuos. Se incluye un estudio de caso para demostrar cómo se pueden emplear los formularios para operacionalizar el Sistema de 2002. El Manual contiene también un glosario de definiciones operativas (pág. 47).

LOS FORMULARIOS

Los *Formularios* se dividen en tres "funciones" para el diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos:

Función 1: El formulario de **Diagnóstico de Retraso Mental** se emplea para registrar la evaluación de los tres elementos principales de la definición de retraso mental: (a) el funcionamiento intelectual, (b) la conducta adaptativa, y (c) la edad de aparición. Estos formularios permiten también registrar previas evaluaciones, errores típicos de medida e información del individuo y de otros significativos.

Función 2: El formulario de **Clasificación y Descripción** permite registrar las capacidades y limitaciones del individuo en las cinco áreas de:

1. Capacidades intelectuales;
2. Conducta Adaptativa;
3. Participación, Interacción y Roles Sociales;
4. Salud; y
5. Contexto.

Función 3: El **Perfil de Necesidades de Apoyo** permite la construcción de un perfil de necesidades en torno a nueve áreas clave de apoyo:

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; y
9. protección y defensa

Los formularios rellenos de un estudio de caso ilustran su empleo para la aplicación del Sistema de 2002 (págs. 33-46).

¿CUÁLES SON LAS NOVEDADES DE LA 10ª EDICIÓN?

Consúltese el Capítulo 2 del libro Retraso Mental para una revisión histórica completa de las definiciones de retraso mental

La AAMR ha venido definiendo el retraso mental desde su fundación en 1876. Durante estos años la definición ha sido precisada muchas veces en función de las últimas investigaciones, teorías en el campo e interacciones sociales.

La 9ª edición del *Retraso Mental* constituyó un hito de la definición y sistema de clasificación en el sentido de que modificó el modo en que las personas consideraban el retraso mental – de atender únicamente al individuo a atender a cómo el individuo funciona en e interactúa con sus ambientes-. Ello supuso diferencias respecto a definiciones previas en cuatro sentidos importantes:

1. Expresaba la concepción cambiante de que el retraso mental suponía un estado de funcionamiento.

2. Reformulaba lo que debía ser clasificado (intensidades de apoyos) y describía los sistemas de apoyos que requerían las personas con retraso mental.

3. Representaba un cambio de paradigma, de una visión del retraso mental como un rasgo absoluto expresado únicamente por el individuo, a una expresión de la interacción entre el individuo con un funcionamiento limitado y el ambiente.

4. Ampliaba el concepto de conducta adaptativa dando un paso más, de una descripción global a una especificación de habilidades adaptativas específicas.

PROPÓSITO Y CARACTERÍSTICAS

El propósito del Sistema de 2002 es basarse en el manual de 1992 para definir y crear un sistema actual para el diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos para personas con retraso mental

El propósito del Sistema de 2002 es basarse en el manual de 1992 para definir y crear un sistema actual de diagnóstico, clasificación y sistemas de apoyos en el retraso mental. Si bien el sistema 1992 reflejaba un cambio de paradigma, el Sistema 2002 integra diez años de experiencia, investigación y comentarios destinados a (a) operacionalizar más claramente la naturaleza multidimensional del retraso mental, y (b) presentar las directrices para las mejores prácticas en el diagnóstico, clasificación y sistemas de apoyos.

El Sistema 2002 resultante mantiene los siguientes aspectos del Sistema 1992:

1. el término *retraso mental*;

2. las características esenciales del Sistema 1992 incluyendo su orientación funcional y su énfasis en los apoyos;

3. los tres criterios diagnósticos relacionados con (a) el funcionamiento intelectual, (b) la conducta adaptativa, y (c) la edad de aparición; y

4. un compromiso claro en que la definición basada en las intensidades de apoyos necesarios debe ser el foco principal de un sistema de clasificación así como la dirección preferida para el campo.

Las nuevas características del Sistema 2002 que se encuentran en el libro Retraso Mental incluyen:

1. un criterio de desviación típica para los componentes intelectuales y de conducta adaptativa;
2. una quinta dimensión de Participación, Interacción y Roles Sociales;
3. investigaciones teóricas y basadas en el análisis factorial sobre la conducta adaptativa, que sugieren que las habilidades conceptuales, sociales y prácticas representan adecuadamente la conducta adaptativa en la definición;
4. la investigación reciente sobre evaluación de los apoyos y determinación de la intensidad de los apoyos;
5. una ampliación del previo proceso de tres pasos en una Estructura para la Evaluación;
6. una ampliación de la exposición sobre el juicio clínico, las circunstancias en las que se requiere, su definición y varias directrices sobre el juicio clínico; y
7. una exposición de las relaciones entre el Sistema 2002 y otros sistemas de clasificación como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-10), y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

Revise las siete nuevas características del sistema 2002 en la Tabla 1.1. de la página 8.

El libro y el *Libro de Trabajo* mantienen el término retraso mental. Aunque muchas personas con esta discapacidad instan a la eliminación del término por su carácter estigmatizador y reduccionista, actualmente no existe un consenso sobre un término alternativo aceptable.

Definiciones operativas completas empleadas consistentemente a lo largo del libro y del *Libro de Trabajo* se pueden encontrar en el Glosario al final de este *Libro de Trabajo* (pág. 47). Estas definiciones son muy importantes en la evaluación de la inteligencia y la conducta adaptativa así como en el diagnóstico subsiguiente del retraso mental.

CONSENSOS EMERGENTES EN EL CAMPO

Tomando como base un análisis de un reciente trabajo en el campo, parece existir un consenso en los siguientes aspectos de la definición y clasificación del retraso mental:

El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento diario que se manifiesta de modo temprano y antes de los 18 años.

Una discapacidad se entiende como un problema significativo en el funcionamiento y se caracteriza en el modelo de la CIF como problemas marcados y severos en la posibilidad de desempeño ("deficiencia"), la capacidad de desempeño ("limitaciones en la actividad") y la oportunidad de funcionar ("restricciones en la participación").

La conducta adaptativa comprende la aplicación de las habilidades conceptuales, sociales y prácticas a la vida diaria. Su evaluación debe relacionarse con el rendimiento típico de un individuo durante las actividades diarias y en circunstancias cambiantes, y no con el rendimiento máximo.

Aunque lejos de ser perfecto, el mejor modo de caracterizar el funcionamiento intelectual es a través de las puntuaciones de CI obtenidas con instrumentos de evaluación apropiados. El criterio para el diagnóstico es aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media, teniendo en cuenta el error típico de medida de los instrumentos de evaluación específicos empleados y las capacidades y limitaciones de los instrumentos.

Los sistemas de clasificación pueden ser empleados para propósitos variados y se basan en diferentes factores para satisfacer las necesidades variadas de los individuos y sus familias, los investigadores, los clínicos y los profesionales.

Las funciones o razones de la aplicación de una definición de retraso mental a una persona son múltiples y pueden incluir el diagnóstico, la clasificación y la planificación de apoyos. Cada función tiene múltiples propósitos. Por ejemplo, la función diagnóstica se puede emplear para determinar la posibilidad de beneficiarse de determinados servicios, beneficios o protección legal. Igualmente, existen varios propósitos para la clasificación: organizar la información, planificar una investigación, planificar una intervención e informar sobre características determinadas. La planificación de apoyos se debe relacionar con las capacidades y limitaciones de un individuo en cada una de las cinco dimensiones (Capacidades Intelectuales; Conducta Adaptativa; Participación, Interacción y Roles Sociales; Salud y Contexto) y se debe centrar en resultados personales.

El juicio clínico puede jugar un papel importante en el diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos.

Tabla 1.1
Comparación de Características de la Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyos de 1992 y la de 2002

Características de 1992 (9ª edición)	Características de 2002 (10ª edición)
Empleaba el término retraso mental	Mantiene el término retraso mental
Mantenía los tres criterios diagnósticos relativos al funcionamiento intelectual, la conducta adaptativa y la edad de aparición	Mantiene los tres criterios diagnósticos relativos al funcionamiento intelectual, la conducta adaptativa y la edad de aparición
Expresaba la concepción cambiante de que el retraso mental es un estado de funcionamiento	Mantiene una orientación funcional y un énfasis en los apoyos
Planteaba que lo que se debía clasificar eran las "intensidades de apoyos necesarios" –más que los rangos de CI- y describía los sistemas de apoyos que requerían las personas con retraso mental	Mantiene un claro compromiso con la clasificación basada en intensidades de apoyos necesarios, que debe ser el foco principal de un sistema de clasificación
Suponía un cambio de paradigma, de una visión del retraso mental como un rasgo absoluto expresado únicamente por el individuo a una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el ambiente.	Mantiene la estructura contextual
Ampliaba el concepto de conducta adaptativa un paso más, de una descripción global a una especificación de diez áreas de habilidades adaptativas	Reorganiza la conducta adaptativa en tres categorías: habilidades conceptuales, sociales y prácticas Considera la investigación conceptual sobre análisis factorial de la conducta adaptativa que sugiere que las habilidades conceptuales, sociales y prácticas representan la conducta adaptativa
Consideraba el retraso mental a lo largo de cuatro dimensiones –un sistema multidimensional frente a un enfoque de una sola dimensión-	Añade una quinta dimensión al enfoque multidimensional
Las dimensiones del Sistema de 1992 eran: Dimensión I: Funcionamiento Intelectual y Habilidades Adaptativas Dimensión II: Consideraciones Psicológicas y Emocionales Dimensión III: Consideraciones de Salud y Físicas Dimensión IV: Consideraciones Ambientales	Las Dimensiones del Sistema 2002 son: Dimensión I: Capacidades Intelectuales Dimensión II: Conducta Adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas) Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología) Dimensión V: Contexto (ambientes, cultura)
	Añade un criterio de desviación típica a los componentes intelectuales y de conducta adaptativa en el diagnóstico del retraso mental
	Incorpora la investigación reciente sobre evaluación de apoyos y la determinación de la intensidad de apoyos
	Amplía el previo proceso de tres pasos del diagnóstico, clasificación y apoyos en una Estructura para la Evaluación
	Amplía la exposición del juicio clínico –su definición, dónde se requiere e importantes directrices sobre el juicio clínico-
	Expone las relaciones entre el Sistema 2002 y otros sistemas clasificatorios como el DSM-IV-TR, la CIE-10 y la CIF
	Presenta un enfoque multifactorial más amplio de la etiología que destaca cuatro factores causales –biomédicos, sociales, conductuales y educativos- en un enfoque intergeneracional

CAPÍTULO 2

DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

EL SISTEMA DE 2002

La edición de 2002 de *Retraso Mental* hace algo más que definir el retraso mental. Crea un sistema para el diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos para personas con retraso mental. El sistema asume que no se puede evaluar adecuadamente sin atender a toda la persona y a cómo ésta funciona en su familia, cultura, comunidad y escuela o lugar de trabajo. El sistema asume que las personas con retraso mental mejorarán generalmente su funcionamiento en sus vidas diarias –con los apoyos individualizados adecuados-. Y el sistema mantiene que la clasificación basada en los apoyos necesarios debe ser el objetivo principal de dicha clasificación.

Necesitamos atender al funcionamiento global de la persona, dentro de su propia familia, cultura, comunidad, escuela o lugar de trabajo

El Sistema 2002 se sustenta en un modelo teórico multidimensional que considera todos los aspectos de un individuo –sus capacidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, y cómo la persona interactúa con otros en su ambiente-. Esta teoría multidimensional reconoce que nadie vive aislado, y pide al "evaluador" tratar de comprender profundamente las interacciones de las capacidades de la persona con sus ambientes.

El Sistema 2002 proporciona también una estructura para la evaluación. Esta estructura requiere que los asesores identifiquen por qué están diagnosticando, clasificando y planificando apoyos. Sus evaluaciones pueden determinar qué instrumento de medida emplear y cómo se utilizarán los resultados para planificar apoyos que ayudarán a los individuos a manejar mejor sus propias vidas.

La 10ª edición entiende el retraso mental como algo funcional y contextual en vez de estadístico

El Sistema 2002 se centra en los individuos –en sus capacidades, limitaciones, ambientes y en sus necesidades- en otras palabras, en el patrón y características de sus vidas diarias y en lo que los apoyos pueden añadir o eliminar para permitirles llevar vidas satisfactorias.

DEFINICIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO

El 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.

Consúltese el Capítulo 1 del libro Retraso Mental para una completa exposición de la denominación, definición y clasificación

Esta definición incluye los tres elementos amplios de (a) limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, (b) limitaciones significativas en conducta adaptativa (concurrente o asociada), y (c) manifestación durante el periodo de desarrollo.

EXPLICACIÓN DE LA DEFINICIÓN

"El retraso mental es una discapacidad..."

Una discapacidad es la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual en un contexto social y representa una desventaja sustancial para el individuo. Una discapacidad en una persona se puede caracterizar por problemas marcados y severos en la capacidad de desempeño (deficiencias en funciones y estructuras corporales), la habilidad de desempeño (limitaciones en la actividad) y la oportunidad de desempeño (restricciones en la participación). La discapacidad de una persona, por tanto, debe ser considerada teniendo en cuenta factores ambientales y personales y la necesidad de apoyos individualizados.

Consúltese el Glosario al final de este Libro de Trabajo para una explicación completa de la inteligencia, conducta adaptativa y discapacidad.

"... caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual..."

La inteligencia es una capacidad mental general, que incluye el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, la rapidez de aprendizaje, y el aprendizaje a partir de la experiencia. Hoy en día el mejor modo de caracterizar las limitaciones intelectuales es mediante las puntuaciones de CI, que son aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media.

"... y en conducta adaptativa, manifestada en habilidades adaptativas conceptuales sociales y prácticas."

La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que las personas han aprendido para funcionar en sus vidas diarias. Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan al rendimiento típico, no al máximo, tanto en la vida diaria como en la capacidad para responder a cambios vitales y a demandas ambientales. En la práctica, las limitaciones significativas en la conducta adaptativa suponen dos desviaciones típicas por debajo de la media en la evaluación de uno de los tres componentes (conceptual, práctica, social) o en una puntuación global de estos tres.

"Esta discapacidad se origina antes de los 18 años."

Es al cumplir 18 años cuando una persona en nuestra sociedad asume normalmente roles de adulto. Este elemento de la definición mantiene el énfasis de la AAMR en el periodo de desarrollo como el momento en que el retraso mental se manifiesta por primera vez.

Así, el retraso mental, que se origina antes de los 18 años, es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, reflejado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta definición, al igual que las definiciones de la AAMR de retraso mental del pasado reciente, incluyen los tres elementos amplios de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, concurrente a limitaciones igualmente significativas en la conducta adaptativa y manifestado durante el periodo de desarrollo.

CAPÍTULO 3

LA TEORÍA SUBYACENTE A LA DEFINICIÓN

LAS CINCO PREMISAS

Como en 1992, se incluyen importantes premisas como parte de la definición de retraso mental. Dichas premisas son esenciales para comprender la definición de retraso mental. El Sistema de 2002 especifica las cinco siguientes:

Premisa 1: Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en ambientes comunitarios típicos de los iguales al individuo en edad y cultura.

Premisa 1: Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.

Esto significa que el funcionamiento del individuo debe ser analizado en relación a los ambientes típicos de la comunidad –no en ambientes aislados o segregados-. Ambientes comunitarios típicos incluyen las casas, vecindarios, escuelas y negocios donde las personas de edad similar normalmente viven, trabajan y juegan.

Premisa 2: Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales

Premisa 2: Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.

Esto significa que, para ser válida, una evaluación debe tener en cuenta la cultura, etnia, lenguaje familiar y costumbres del individuo. Debe también tener en cuenta las limitaciones físicas, la comunicación no verbal y otros factores de respuesta únicos.

Premisa 3: En un mismo individuo, las limitaciones coexisten a menudo con las capacidades.

Premisa 3: En un mismo individuo las limitaciones coexisten a menudo con las capacidades.

Esto significa que las personas con retraso mental son seres humanos complejos que probablemente tienen ciertos talentos junto con sus limitaciones. Al igual que los demás, a menudo hacen algunas cosas mejores que otras. Los individuos pueden tener capacidades y puntos fuertes independientes de su retraso mental –como pueden ser habilidades sociales, capacidades físicas y conductas adaptativas-. Pueden incluso tener puntos fuertes en algún aspecto de la conducta adaptativa en el que presenten una limitación global.

Premisa 4: Un importante propósito de la descripción de las limitaciones es desarrollar un perfil de apoyos necesarios.

Premisa 4: Un importante propósito de describir las limitaciones es desarrollar un perfil de apoyos necesarios.

Esto significa que no es suficiente con analizar únicamente las limitaciones de una persona. La enumeración de dichas limitaciones debe ser el primer paso de un equipo a la hora de desarrollar una descripción de los apoyos individualizados que necesita esta persona para mejorar su funcionamiento. Etiquetar a alguien como presentando retraso mental debe llevar a un beneficio, como es la elaboración de un perfil de los apoyos necesarios.

Premisa 5: Con los apoyos apropiados personalizados durante un tiempo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

Premisa 5: Con los apoyos personalizados apropiados, durante un periodo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

Esto significa que la capacidad de individuo para funcionar en la vida generalmente mejorará si se le ofrecen los apoyos personalizados adecuados. Si su funcionamiento no mejora, se han de re-evaluar los apoyos. En raras circunstancias, sin embargo, incluso los apoyos adecuados pueden únicamente mantener un funcionamiento o limitar su regresión. El aspecto clave es que el viejo estereotipo de que las personas con retraso mental nunca mejorarán su funcionamiento es erróneo. Se han de esperar mejoras en el funcionamiento derivadas de la provisión de apoyos adecuados –excepto en raras excepciones-.

El viejo estereotipo de que las personas con retraso mental nunca mejoran es erróneo.

Se deben esperar mejoras en el funcionamiento derivadas de los apoyos adecuados.

EL MODELO TEÓRICO MULTIDIMENSIONAL

La definición de 2002 de retraso mental se basa en un modelo teórico multidimensional (mostrado en la Figura 3.1). Este modelo es importante porque proporciona un modo de ver al individuo con retraso mental no unidimensional, sino más complejo y más real. Proporciona un modelo para describir a un individuo a lo largo de cinco dimensiones que comprenden todos los aspectos del individuo y del mundo en el que vive. Este modelo se hace operativo cuando un equipo describe las capacidades y limitaciones del individuo para cada una de las cinco dimensiones. Estas descripciones son clave porque sirven de base para planificar los apoyos que mejorarán el funcionamiento diario.

El modelo multidimensional se ajusta a la naturaleza compleja y multifactorial de la vida real.

Este modelo emplea los tres componentes clave de: la persona; el ambiente de la persona; y los apoyos de la persona. Sin embargo organiza estos elementos clave en un modelo multidimensional en el que las cinco dimensiones se ven filtradas o incrementadas por los apoyos para determinar el funcionamiento individual de la persona. En otras palabras, el funcionamiento de un individuo es considerado a través del prisma de los apoyos existentes. Los apoyos pueden jugar un papel mediacional en el funcionamiento de un individuo.

Nótese que si bien los apoyos pueden influenciar el funcionamiento, el funcionamiento puede también influenciar los apoyos.

El modelo teórico de la Figura 3.1. refleja las relaciones entre el funcionamiento individual, los apoyos y las cinco dimensiones. Estas cinco dimensiones son:

1. Capacidades Intelectuales;
2. Conducta Adaptativa;
3. Participación, Interacciones y Roles Sociales;
4. Salud; y
5. Contexto.

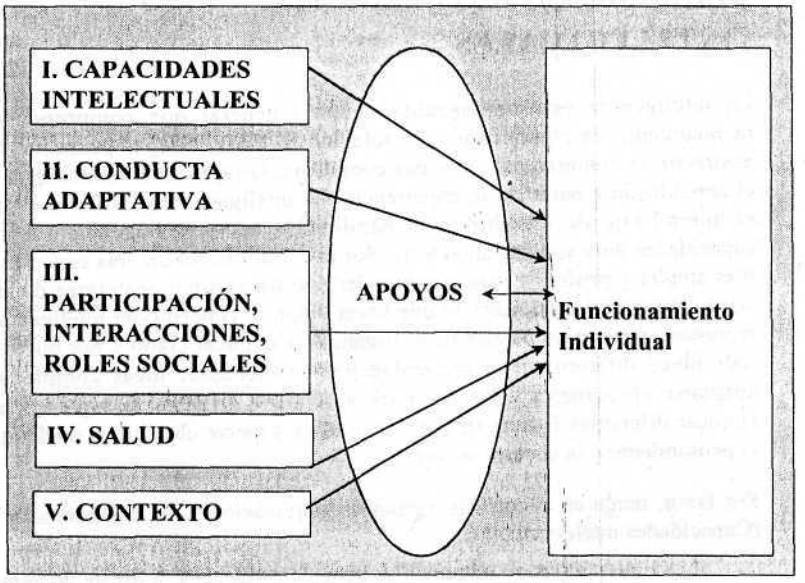


Figura 3.1. Modelo teórico del retraso mental

El enfoque multidimensional del Sistema de 2002 sobre el retraso mental significa que la discapacidad de una persona debe ser considerada teniendo en cuenta los factores personales y ambientales (las cinco dimensiones), y la necesidad de apoyos individualizados. En otras palabras, la discapacidad debe ser vista dentro de la estructura de toda la vida del individuo y no aisladamente. Al igual que el funcionamiento de los demás tiene en cuenta sus ambientes y la necesidad de apoyos, así también sucede con el funcionamiento de las personas con retraso mental.

Este nuevo enfoque lleva a un concepto más amplio del retraso mental, a una apreciación de las muchas dimensiones que comprenden la conducta de toda persona y a una acentuación de las necesidades de apoyo del individuo. Este enfoque requiere una descripción completa de las cinco dimensiones del sistema, que incluye:

1. la existencia de retraso mental (frente a otras condiciones discapacitadoras);
2. una consideración de la participación, interacciones y roles sociales de la persona (en ambientes actuales) que contribuyen o limitan su bienestar personal;
3. una consideración el estado de salud de la persona (física y mental) y de la etiología relevante;
4. los ambientes óptimos y apoyos que facilitan la independencia, relaciones, contribuciones, participación y bienestar personal; y
5. un perfil de apoyos necesarios basados en los factores mencionados anteriormente.

La inteligencia es una capacidad mental general que incluye el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, la rapidez de aprendizaje y el aprender de la experiencia.

Consúltese el capítulo 4* del libro de Retraso Mental *para una exposición completa sobre la inteligencia

LAS CINCO DIMENSIONES

DIMENSIÓN I: CAPACIDADES INTELECTUALES

La inteligencia es una capacidad mental general que comprende el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, la rapidez de aprendizaje y el aprendizaje a partir de la experiencia. La inteligencia no es únicamente el aprendizaje de un libro, una habilidad académica concreta o unas capacidades para superar unos tests. Por el contrario, refleja una capacidad más amplia y profunda para comprender nuestro entorno –enterarse de las cosas, comprenderlas, saber lo que hacer-. Así, el concepto de inteligencia representa un intento de clarificar, organizar y explicar cómo y por qué los individuos difieren en su capacidad para comprender ideas complejas, adaptarse eficazmente a sus entornos, aprender a partir de la experiencia, emplear diferentes formas de razonamiento y superar obstáculos mediante el pensamiento y la comunicación.

Por favor, tenga en cuenta las siguientes implicaciones de la Dimensión I (Capacidades intelectuales):

Las limitaciones en inteligencia se deben considerar a la luz de las otras cuatro dimensiones: Conducta Adaptativa; Participación, Interacciones y Roles Sociales; Salud; y Contexto.

La medición de la inteligencia puede tener diferente relevancia, dependiendo de si se está considerando con objetivos diagnósticos o clasificatorios;

Aunque lejos de ser perfecta, la mejor medida actual del funcionamiento intelectual son las puntuaciones de CI obtenidas de instrumentos de evaluación apropiados.

Para la realización de un diagnóstico, las limitaciones significativas en inteligencia se han de determinar mediante el empleo de pruebas estandarizadas baremadas con la población general.

DIMENSIÓN II: CONDUCTA ADAPTATIVA (HABILIDADES CONCEPTUALES, SOCIALES Y PRÁCTICAS)

La conducta adaptativa es un conjunto de habilidades que las personas necesitan para funcionan en sus vidas diarias.

La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en sus vidas diarias. Las limitaciones en habilidades adaptativas a menudo coexisten con puntos fuertes en otras áreas de habilidades adaptativas. Las capacidades y limitaciones en habilidades adaptativas de una persona se deben evidenciar en los ambientes comunitarios y culturales típicos para sus iguales en edad y se deben asociar a necesidades de apoyos individualizados. En la Tabla 3.1. se ofrecen ejemplos de habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas.

Consúltese el capítulo 5* del libro de Retraso Mental *para una exposición completa sobre la conducta adaptativa

Por favor, tenga en cuenta las siguientes implicaciones de la Dimensión II (conducta adaptativa):

Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la capacidad de responder a cambios vitales y a demandas ambientales.

Las limitaciones en la conducta adaptativa se deben considerar a la luz de las otras cuatro dimensiones: Capacidades Intelectuales; Participación, Interacciones y Roles Sociales; Salud; y Contexto.

Tabla 3.1
Ejemplos de Habilidades Adaptativas Conceptuales, Sociales y Prácticas

Conceptuales
- Lenguaje (receptivo y expresivo)
- Lectura y escritura
- Conceptos relacionados con el dinero
- Autodirección

Sociales
- Interpersonal
- Responsabilidad
- Autoestima
- Ingenuidad (posibilidad de ser engañado o manipulado)
- Inocencia
- Seguimiento de reglas
- Obediencia de leyes
- Evitación de la victimización

Prácticas
- Actividades de la vida diaria
  - Comida
  - Transferencia / movilidad
  - Aseo
  - Vestido
- Actividades instrumentales de la vida diaria
  - Preparación de comidas
  - Limpieza de la casa
  - Transporte
  - Toma de medicación
  - Manejo del dinero
  - Uso del teléfono
- Habilidades ocupacionales
- Mantenimiento de ambientes saludables

La presencia o ausencia de habilidades adaptativas puede tener diferente relevancia, dependiendo de si se persiguen objetivos diagnósticos, clasificatorios o la planificación de apoyos.

Para realizar un diagnóstico, las limitaciones significativas en conducta adaptativa se deben establecer mediante el empleo de pruebas estandarizadas baremadas con la población general, lo que incluye a personas con y sin discapacidades.

DIMENSIÓN III: PARTICIPACIÓN, INTERACCIONES Y ROLES SOCIALES

Los ambientes son entornos específicos en los que una persona vive, aprende, juega, trabaja, se socializa e interactúa. Los ambientes positivos promueven el crecimiento, desarrollo y bienestar. Para personas con retraso mental, los ambientes positivos son los habituales para sus iguales en edad y son consistentes con su cultura y lenguaje. Una persona con retraso mental tiene más probabilidades de participar

socialmente, interactuar y asumir un rol social valorado en un ambiente positivo -una parte esencial de la plena participación en la vida-.

Participación e interacción aluden a cómo la persona participa en e interactúa con sus ambientes

La participación e interacciones se determinan mejor observado directamente la implicación de una persona en actividades diarias –la interacción del individuo con sus mundos materiales y sociales- ¿Está el individuo implicado activamente (asistiendo a, interactuando con, participando en) sus ambientes?

Los roles sociales son un conjunto de actividades normales para un determinado grupo de edad

Los roles sociales se refieren a un conjunto de actividades valoradas normales para un grupo específico de edad. Los roles sociales o actividades pueden tener lugar en entornos de vivienda, contextos de empleo, educativos, contextos comunitarios o de ocio y tiempo libre, y pueden requerir una determinada salud. Para jóvenes, asistir a la escuela es una actividad valiosa relacionada con la edad, mientras que para adultos, la vida y el trabajo en la comunidad son actividades valiosas.

La participación, interacciones y roles sociales están influenciados en gran medida por las oportunidades disponibles para el individuo. Por favor, tenga en cuenta las siguientes implicaciones de la Dimensión III (participación, interacciones y roles sociales):

> La participación alude a la implicación del individuo en la realización de tareas en situaciones vitales reales. Ello denota el grado de implicación, incluyendo la respuesta de la sociedad al nivel de funcionamiento del individuo.
>
> La falta de participación e interacciones pueden originarse de obstáculos en los recursos disponibles o accesibles o en las adaptaciones y/o servicios.
>
> La falta de participación e interacciones limita frecuentemente el logro de roles sociales válidos.

DIMENSIÓN IV: SALUD (SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL Y FACTORES ETIOLÓGICOS)

La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social

Salud Física y Mental. La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Las condiciones de salud física y mental influencian el funcionamiento humano a lo largo de las otras cuatro dimensiones: Capacidades Intelectuales, Conducta Adaptativa; Participación, Interacciones y Roles Sociales; y Contexto.

Para las personas con retraso mental, los efectos de la salud física y mental en el funcionamiento van desde muy facilitadores a muy inhibidores. Algunos individuos disfrutan de una salud robusta, sin limitaciones significativas en la actividad. Pueden participar plenamente en actividades diarias. Algunos individuos tienen limitaciones de salud significativas, como la epilepsia o la parálisis cerebral, que restringen su movilidad y nutrición y pueden comprometer severamente sus actividades personales y su participación social. Algunos individuos pueden tener limitaciones asociadas a una enfermedad mental.

Los ambientes donde los individuos viven, aprenden, trabajan, juegan, se socializan e interactúan con los demás (factores contextuales) influencian el grado en que son capaces de funcionar y participar. Los factores ambientales pueden crear peligros o no ofrecer apoyo al individuo. Algunos individuos pueden

no ser capaces de reconocer problemas de salud física y mental. Pueden tener problemas para negociar con el sistema de salud física o mental, para comunicar sus síntomas y sentimientos y para comprender los planes de tratamiento.

Etiología. El Sistema 2002 presenta un constructo multifactorial de la etiología de retraso mental en sustitución de enfoques históricos previos que dividían la etiología en dos amplios grupos: retraso mental de origen biológico y retraso mental debido a una desventaja social. La etiología se considera un constructo multifactorial compuesto por factores de riesgo biomédicos, sociales, conductuales y educativos, que interactúan a lo largo del tiempo –incluyendo a lo largo de la vida del individuo y entre generaciones de padres a hijos-.

El Sistema de 2002 presenta un constructo multifactorial de la etiología del retraso mental

El enfoque multifactorial de la etiología amplía la lista de factores causales en el retraso mental en dos direcciones: tipos de factores y momento de ocurrencia de los mismos. Los tipos de factores se amplían a cuatro grupos:

Consúltese el Capítulo 8* del libro Retraso Mental para una completa *exposición del nuevo constructo multifactorial que reemplaza a l enfoque etiológico antiguo

1. *factores biomédicos* –que se relacionan con procesos biológicos, como trastornos genéticos o nutrición-;
2. *factores sociales* –que se relacionan con interacciones sociales y familiares, como son la estimulación y los niveles de respuesta
3. *factores conductuales* -que se relacionan con conductas causales potenciales, como son las actividades peligrosas (lesivas) de abuso de sustancias por parte de la madre; y
4. *factores educativos* –que se relacionan con la disponibilidad de apoyos educativos que promueven el desarrollo mental y el desarrollo de habilidades adaptativas-.

Los factores causales pueden afectar (a) a los padres de las personas con retraso mental, (b) a la persona con retraso mental, (c) a ambos. Esto se denomina causación intergeneracional Los factores presentes durante una generación pueden influenciar los resultados en la siguiente. La comprensión de la causación intergeneracional puede llevar a la provisión de apoyos que ayuden a prevenir y a revertir los efectos de ambientes adversos.

Los múltiples factores y la causación intergeneracional tienen importantes implicaciones para los individuos a tres niveles de prevención: (a) primaria, lo que implica la prevención de la condición que de otro modo originaría retraso mental; (b) secundaria, que implica acciones para prevenir el que una condición existente origine retraso mental; y (c) terciaria, que implica acciones para reducir la severidad de las deficiencias en el funcionamiento asociadas con la etiología o a prevenir condiciones secundarias. Por favor, tenga en cuenta las siguientes implicaciones de la Dimensión IV (salud física y mental):

Este enfoque multifactorial de la etiología ayuda a identificar los apoyos para prevenir o reducir los factores de riesgo

> La condiciones de salud física y mental pueden afectar a la evaluación de la inteligencia y de la conducta adaptativa (e.g. deficiencias en el estado de alerta causado por trastornos del sueño o por deficiencias nutricionales).
>
> Medicamentos como los anticonvulsivos y la medicación psicotrópica, pueden afectar al rendimiento (e.g. cansancio y fatiga que afectarán al rendimiento en un test).

La evaluación de la conducta adaptativa se puede ver afectada por una medicación que afecte a las habilidades motoras gruesas o finas o por condiciones motoras orales que influyan en las habilidades comunicativas.

La evaluación de los apoyos necesarios se puede ver influenciada por condiciones de salud física y mental. Las personas con retraso mental pueden requerir apoyos relacionados con la salud para promover su funcionamiento y participación, para superar limitaciones en la movilidad (e.g. lugares de trabajo accesibles en silla de ruedas), o para la seguridad (e.g. adaptaciones para prevenir lesiones provocadas por crisis epilépticas).

Se debe emplear un enfoque multifactorial para la etiología.

DIMENSIÓN V: CONTEXTO (AMBIENTES Y CULTURA)

El contexto describe las condiciones interrelacionadas en los que las personas viven sus vidas diarias –sus familias, comunidades, sociedad, y cultura-.

El *contexto* describe las condiciones interrelacionadas bajo las que las personas viven sus vidas diarias. El contexto, tal y como es empleado en el Sistema de 2002 representa una perspectiva ecológica que implica al menos tres niveles diferentes: (a) *microsistema* –el entorno social inmediato, que incluye a la persona, a la familia y /o a los defensores; (b) *mesosistema* –el vecindario, la comunidad o las organizaciones que ofrecen servicios educativos o de habilitación o apoyos-; y (c) *macrosistema* o *megasistema* –el sistema más amplio-.

Proporcionar Oportunidades. Ofrecer servicios y apoyos educativos, de vivienda, trabajo y de ocio y tiempo en entornos integrados crea situaciones que permiten a la persona el crecimiento y desarrollo. Estas oportunidades implican (a) *presencia en la comunidad* –compartir los lugares ordinarios que definen la vida en la comunidad-; (b) *elección* -la experiencia de la autonomía, toma de decisiones y control-; (c) *competencia* –la oportunidad de aprender y desempeñar actividades funcionales y significativas; (d) *respeto* –el hecho de ocupar un lugar valorado en la propia comunidad-; y (e) *participación en la comunidad* –la experiencia de ser parte de una red creciente de familia y amigos-.

Nuestra relación con la naturaleza, el sentido del tiempo, el sentido de uno mismo, las relaciones con los demás, el uso del dinero, el estilo de pensamiento, o la provisión de apoyos se ven todos ellos afectados por nuestro entorno.

Potenciar el Bienestar. Recientes esfuerzos para identificar factores ambientales que promueven el bienestar sugieren la importancia de la salud y seguridad personal, el bienestar material y la seguridad financiera, las actividades comunitarias y cívicas, el ocio y el tiempo libre saludables, la estimulación y el desarrollo cognitivo, y el trabajo interesante, recompensante y valioso. Además, uno de los aspectos más importantes de todo ambiente es su estabilidad y sus aspectos relacionados de predictibilidad y control.

Varios de nuestros valores y premisas sobre la conducta están afectados por el ambiente y la cultura, incluyendo nuestra relación con la naturaleza, nuestro sentido y orientación temporal, las relaciones que tenemos con los demás, nuestro sentido de uno mismo, el uso del dinero, el estilo de pensamiento,

y la provisión de apoyos formales o informales. Por favor, tenga en cuenta las siguientes implicaciones de la Dimensión V (contexto):

> El contexto se ha de considerar a la luz de las otras cuatro dimensiones: Capacidades Intelectuales, Conducta Adaptativa; Participación, Interacciones y Roles Sociales; y Contexto.
>
> El contexto puede tener diferente importancia, dependiendo de si se tienen propósitos diagnósticos, clasificatorios o de planificación de apoyos.
>
> La evaluación del contexto, aunque normalmente no se realiza con pruebas estandarizadas, es un componente necesario del juicio clínico y es clave para entender el funcionamiento del individuo y la provisión de apoyos individualizados.

En resumen, el retraso mental no es algo que se tiene, como los ojos azules o un problema de corazón. No es algo que se es, como ser bajo o delgado. No es un trastorno médico ni mental. El retraso mental alude a un estado concreto de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional y está afectado positivamente por apoyos individualizados. Como modelo de funcionamiento, incluye los contextos en los que la persona funciona e interactúa (micro, meso y macrosistema). Así, una comprensión completa y correcta del retraso mental requiere un enfoque multidimensional y ecológico que refleja las interacciones del individuo con sus ambientes, y los resultados referidos a la persona de esa interacción respecto a la independencia, relaciones, contribuciones, participación escolar y comunitaria y bienestar personal.

Retraso mental alude a un estado concreto de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional y se ve afectado positivamente por apoyos individualizados.

CAPÍTULO 4

LA ESTRUCTURA DE EVALUACIÓN

ESTRUCTURA PARA EL DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE APOYOS

El Sistema 2002 incluye una estructura para la evaluación que implica tres funciones: diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos. Este marco indica que se deben conocer los motivos para realizar un diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos antes de comenzar el proceso. Estos motivos indicarán las pruebas y herramientas apropiadas para cada función (diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos).

Conocer por qué se desea diagnosticar, clasificar y planificar determinará qué evaluaciones y procedimientos emplear.

Como se ha mostrado en la Tabla 4.1 (Estructura para la Evaluación), cada función tiene propósitos y medidas relacionados. Por ejemplo, para realizar un diagnóstico, el principal propósito podría ser establecer la adecuación de un candidato a recibir determinados servicios. Las tres medidas y herramientas requeridas son pruebas de CI, escalas de conducta adaptativa y edad de aparición documentada. Para la clasificación, el principal propósito sería determinar niveles de financiación. Medidas y herramientas apropiadas podrían incluir escalas de intensidad de apoyo o niveles de conducta adaptativa. Para la planificación de apoyos, el principal propósito podría ser incrementar resultados personales relacionados con la independencia y con la participación en la escuela y en la comunidad. Medidas apropiadas podrían incluir las valoraciones personales, las escalas de intensidad de apoyos y elementos de un programa educativo individualizado (PEI).

La Estructura para la Evaluación presentada en la Tabla 4.1 incluye también importantes consideraciones para la evaluación, tales como el ajuste entre las medidas y los objetivos; las características psicométricas de las pruebas seleccionadas; la capacitación del evaluador; la sensibilidad a la selección de los informantes; los contextos y ambientes relevantes; la historia clínica y social del individuo; la información de los miembros del equipo; la conducta del individuo ante la situación de examen y las metas personales del individuo.

Véase Tabla 4.1 (página 22) sobre la Estructura para la Evaluación

En resumen, la evaluación debe seguir la siguiente estructura:

> Existen tres funciones principales de la evaluación: (a) diagnóstico, (b) clasificación, y (c) planificación de apoyos para la persona.
>
> Cada función tiene varios propósitos posibles, que van desde el establecimiento de la elegibilidad de unos servicios y la investigación, a la organización de información y al desarrollo de un plan para la provisión de apoyos individualizados.
>
> La selección de las medidas o herramientas más apropiadas dependerá de la función (diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos) y el propósito específico a lograr. A la hora de elegir las medidas e interpretar los resultados se han de tener en cuenta las "consideraciones sobre las evaluaciones" (véase Tabla 4.1).

Tabla 4.1
Estructura para la Evaluación del Retraso Mental

Función	Propósitos	Medidas e Instrumentos	Consideraciones sobre las Evaluaciones
Diagnóstico	Establecer la elegibilidad de: Servicios Prestaciones Protección legal	[a]Tests de CI [a]Escala de conducta adaptativa [a]Edad de aparición documentada	Correspondenciia ente medidas y propósito Características psicométricas de las pruebas seleccionadas Apropiadas para la persona (grupo de edad, grupo cultural, idioma principal, medios de comunicación, género, limitaciones sensoriomotoras) Capacitación del examinador Características del evaluador y posibles sesgos Consistencia con las normas y prácticas profesionales Selección de informantes Contextos y ambientes relevantes Roles sociales, participación, interacciones Oportunidades/experiencias Historia clínica y social Factores de salud física y mental Conducta en situación de evaluación Metas personales Información del equipo
Clasificación	Agrupar con objeto de: Financiar servicios Investigación Ofrecer servicios Informar sobre determinadas características	Escalas de intensidad de apoyos Rangos o niveles de CI Categorías de educación especial Evaluaciones ambientales Sistemas de factores de riesgo-etiológicos Niveles de conducta adaptativa Medidas de salud mental Niveles de financiación Categorías de prestaciones	
Planificación de Apoyos	Mejorar los resultados personales: Independencia Relaciones Contribuciones Participación escolar y comunitaria Bienestar personal	Herramientas de planificación centrada e la persona Auto informes Medidas de evaluación de las condiciones objetivas de vida Escalas de intensidad de apoyo Elementos requeridos de planificación individual (PISF, PEI, PTI, PPI, PHI)	

Nota: PISF = Plan Individual de Servicios para la Familia; PEI = Programa Educativo Individual; PIT = Plan Individual de Transición; PPI = Plan de Programa Individualizado; PIH = Plan Individualizado de Habilitación.

[a] evaluaciones requeridas para establecer un diagnóstico de retraso mental.

CAPÍTULO 5

EL PROCESO DE TRES FUNCIONES

LOS FORMULARIOS

El sistema de tres funciones de diagnóstico, clasificación y perfil de apoyos ofrece un proceso sencillo y fácil de emplear mediante el cual el diagnóstico y la clasificación desembocan directamente en la identificación de los apoyos necesarios. El empleo de este sistema y de los formularios adjuntos le permitirán:

Véase Tabla 5.1 (página 22) sobre el Proceso de Tres Funciones.

1. Determinar si se cumple el diagnóstico de retraso metal mediante el empleo de los tres criterios de (a) limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, (b) limitaciones significativas en la conducta adaptativa, y (c) edad de aparición.

2. Clasificar y describir las capacidades y limitaciones de un individuo (a lo largo de las cinco dimensiones), y

3. Planificar apoyos (a lo largo de las nueve áreas de apoyo) que deben mejorar el funcionamiento en la vida diaria del individuo.

Los Formularios proporcionados al final de este *Manual* reflejan las tres funciones diagnósticas, clasificadoras y de planificación de apoyos. Revise el estudio de caso y emplee de estos formularios en su aplicación del Sistema 2002. Para poder emplearlo es fundamental comprender claramente el propósito de las funciones (diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos), medidas posibles y herramientas y consideraciones relevantes para la evaluación (véase Taba 4.1).

FUNCIÓN 1: DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL

La primera función documenta un diagnóstico de retraso mental. Use el formulario de dos páginas de esta función para registrar las evaluaciones del funcionamiento intelectual, conducta adaptativa y edad de aparición con objeto de determinar si se cumplen los criterios para establecer tal diagnóstico.


Sistemas de Apoyos 1

FUNCIÓN 1: DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL

La capacidad intelectual se evalúa más adecuadamente mediante tests de CI válidos y administrados individualmente. El criterio para el diagnóstico es aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media, teniendo en cuenta el error típico de medida de los instrumentos de evaluación específicos empleados.

Las limitaciones significativas en la conducta adaptativa se deben establecer mediante el uso de medidas de conducta adaptativa estandarizadas y baremadas con la población general. El criterio para el diagnóstico es aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media, de (a) uno de los tres tipos siguientes de conducta adaptativa: conceptual, social y práctica, o (b) una puntuación global obtenida con pruebas estandarizadas de las habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Se requiere información

Tabla 5.1
El Proceso de Tres Funciones para el Diagnóstico, Clasificación y Sistemas de Apoyos

Función 1. Diagnóstico de Retraso Mental

Determina la elegibilidad

Existe un diagnóstico de retraso mental si:

1. Existen limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
2. Existen limitaciones significativas en la conducta adaptativa.
3. La edad de aparición es antes de los 18 años.

Función 2. Clasificación y Descripción

Identifica capacidades y limitaciones en las cinco dimensiones, y la necesidad de apoyos

Describe las capacidades y limitaciones del individuo en cada una de las cinco dimensiones

1. Capacidades Intelectuales
2. Conducta Adaptativa
3. Participación, Interacciones y Roles Sociales
4. Salud (física, mental y etiología); y
5. Contexto (ambiente y cultura)

Función 3. Perfil de Apoyos Necesarios

Identifica los apoyos necesarios para mejorar el funcionamiento

Identifica el tipo de apoyos necesarios, la intensidad de los apoyos requeridos, y la persona responsable de proporcionar el apoyo en cada una de las nueve áreas de apoyo:

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; y
9. protección y defensa

adicional de los padres, profesores y de observaciones para ayudar a determinar las limitaciones en la conducta adaptativa.

La edad de aparición (previa a los 18 años) se debe registrar aquí.

Existe un espacio para registrar evaluaciones previas, fechas de las pruebas, evaluadores, errores típicos de medida y miembros del equipo. Se requiere información adicional del individuo y de su familia. El formulario requiere también que se satisfagan las dos primeras premisas de la definición, antes de confirmar un diagnóstico de retraso mental:

1. ¿Se han considerado las limitaciones en el funcionamiento presente en los ambientes comunitarios típicos para iguales en edad y cultura del individuo?

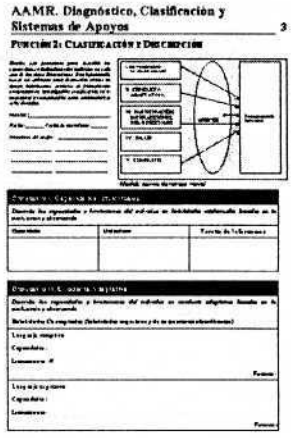
2. ¿La evaluación ha tenido en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en factores comunicativos, sensoriales, motores y conductuales?

FUNCIÓN 2: CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN

El formulario de nueve páginas sobre la Clasificación y Descripción se emplea para registrar capacidades y limitaciones en las cinco dimensiones de:

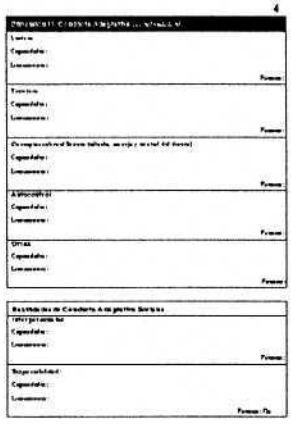
1. Capacidades Intelectuales;
2. Conducta Adaptativa;
3. Participación, Interacciones y Roles Sociales;
4. Salud; y
5. Contexto.

El registro de las capacidades y limitaciones es el primer paso en la clasificación de acuerdo con las necesidades de apoyo y lleva directamente a la planificación de apoyos para mejorar el funcionamiento.



CAPACIDAD INTELECTUAL

Ejemplos de destrezas en la capacidad intelectual pueden aludir al razonamiento, solución de problemas, planificación o al aprendizaje a partir de la experiencia.

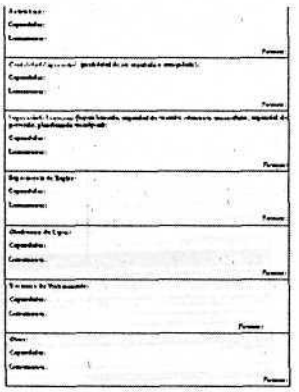


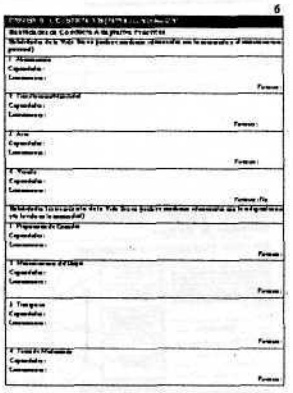
CONDUCTA ADAPTATIVA

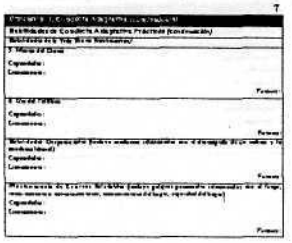
Las capacidades y limitaciones en Conducta Adaptativa se organizan en torno a (a) habilidades conductuales conceptuales, (b) habilidades conductuales adaptativas sociales, y (c) habilidades conductuales adaptativas prácticas:

1 . Habilidades conductuales adaptativas conceptuales

a. lenguaje receptivo
b. lenguaje expresivo
c. lectura
d. escritura
e. conceptos relacionados con el dinero
f. autodirección
g. otras







2. Habilidades Conductuales Adaptativas Sociales
   a. interpersonal
   b. responsabilidad
   c. autoestima
   d. ingenuidad
   e. inocencia
   f. seguimiento de reglas
   g. obediencia de leyes
   h. evitación de la victimización
   i. otras
3. Habilidades Conductuales Adaptativas Prácticas
   a. Actividades de la vida diaria
      1) comida
      2) transferencia/movilidad
      3) aseo
      4) vestido
   b. Actividades instrumentales de la vida diaria
      1) preparación de comidas
      2) limpieza de la casa
      3) transporte
      4) toma de medicación
      5) manejo del dinero
      6) uso del teléfono
   c. habilidades ocupacionales
   d. mantenimiento de ambientes saludables

PARTICIPACIÓN, INTERACCIONES Y ROLES SOCIALES

El mejor modo de determinar las capacidades y limitaciones en la participación, interacciones y en roles sociales es mediante la observación directa de actividades de la vida diaria. Las capacidades y limitaciones se pueden registrar a lo largo de tres áreas

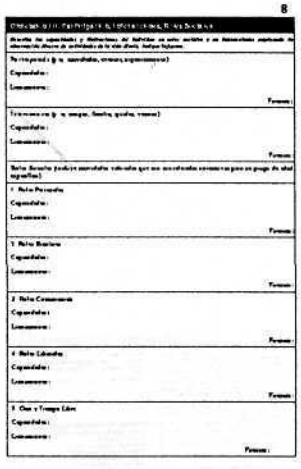
1. Participación
2. Interacción
3. Roles Sociales
   a. roles personales
   b. roles escolares
   c. roles comunitarios
   d. roles laborales
   e. roles de ocio y tiempo libre
   f. vida espiritual
   g. otros

SALUD –SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL Y ETIOLOGÍA-

El formulario de la Función 2 permite describir las capacidades y limitaciones del individuo en la salud física y mental. También proporciona un espacio para enumerar los factores de riesgo etiológicos y las implicaciones para la provisión de apoyos en cuatro áreas etiológicas clave:

1. biomédica;
2. conductual;
3. social; y
4. educativa.

Se anima a los evaluadores a enumerar las interacciones entre factores de riesgo y diagnósticos relacionados.



CONTEXTO

Una importante característica del Sistema 2002 es un énfasis en el contexto en el que la persona vive, trabaja y juega. Como parte de la función de clasificación y descripción, el evaluador ha de describir las capacidades y limitaciones en tres áreas:

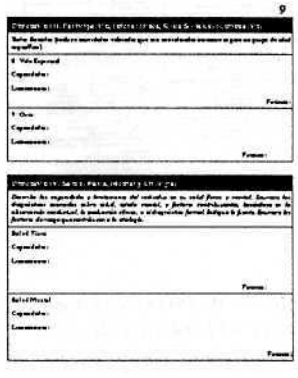
1. entornos inmediatos;
2. comunidad; vecindario; y
3. sociedad

El evaluador también necesita tener en cuenta las últimas tres premisas de la definición de retraso mental:

1. ¿Se han tenido en cuenta las limitaciones y capacidades del individuo?

2. ¿El propósito era describir las limitaciones para desarrollar un perfil de apoyos necesarios?

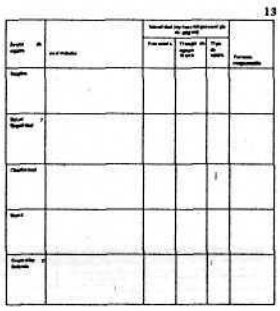
3. ¿Cree que el funcionamiento vital del individuo mejorará generalmente con los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado?



FUNCIÓN 3: PERFIL DE NECESIDADES DE APOYO

El Perfil de Necesidades de Apoyo requiere identificar las actividades de apoyo y la intensidad de los apoyos necesarios para cada una de las nueve áreas de apoyo. El desarrollo de un Perfil de Necesidades de Apoyo es crucial en el Sistema de 2002. Mediante la prestación de los apoyos adecuados, los individuos con retraso mental pueden mejorar su funcionamiento vital cotidiano y lograr vidas más plenas e integradas. Los apoyos pueden consistir en cualquier cosa que incremente el funcionamiento vital, como las habilidades de aprendizaje consistentes en emplear el transporte público, tomar la medicación o prepararse comidas, o recibir servicios como atención sanitaria en el hogar, o participar en actividades recreativas (véase Tabla 5.2., pág. 29, para un listado de áreas y actividades de apoyo).

Los apoyos pueden ser proporcionados por un padre, un amigo, un profesor, un psicólogo, un médico o por el individuo –por cualquier persona o servicio-. A la hora de planificar apoyos, es importante indicar



quién es responsable de proporcionar los apoyos, con qué frecuencia se deben ofrecer, durante cuánto tiempo y qué tipos de apoyos (instigación verbal, guía física, etc.) se necesitan.

Emplee el formulario de tres páginas del Perfil de Necesidades de Apoyos para confeccionar un listado de los apoyos necesarios en nueve áreas de apoyo claves:

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; y
9. protección y defensa

La Tabla 5.2. ofrece ejemplos de actividades de apoyo en las nueve áreas de apoyo.

Los capítulos 1 al 5 de este manual le han proporcionado una introducción al Sistema de 2002, una revisión de la definición y su modelo teórico y una estructura para el diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos. Ahora es momento de "poner en práctica el Sistema de 2002". Encontrará el capítulo 6 de gran utilidad porque contiene formularios completos de un estudio de caso para demostrar cómo se pueden emplear los Formularios para poner en práctica el Sistema 2002.

Emplee los formularios en blanco al final de este Manual para diagnosticar, clasificar y planificar apoyos para las personas de sus programas.

Tabla 5.2
Áreas y Actividades de Apoyo

ACTIVIDADES DE DESARROLLO HUMANO

Provisión de oportunidades para el desarrollo físico, lo que incluye la coordinación óculo-manual, las habilidades motrices final y las gruesas
Provisión de oportunidades para el desarrollo cognitivo relacionadas con la coordinación de experiencias sensoriales, a representación del mundo con palabras e imágenes, el razonamiento lógico sobre eventos, el razonamiento en modos más idealistas y lógicos.
Provisión de actividades de desarrollo social-emocional relacionadas con la confianza, autonomía, iniciativa, dominio e identidad

ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN

Interacción con entrenadores / maestros y con los compañeros entrenados / estudiantes
Participar en decisiones sobre entrenamiento/educativas
Aprender y emplear estrategias de solución de problemas
Manejar tecnología para el aprendizaje
Acceder a contextos de entrenamiento/educativos
Aprendizaje y empleo de habilidades académicas funcionales (lectura de signos, contar el dinero, etc.)
Aprender y emplear habilidades relacionadas con la educación física y de la salud .
Aprender y emplear habilidades de autodeterminación
Recibir servicios de transición

ACTIVIDADES DE VIDA EN EL HOGAR

Empleo del baño / aseo
Limpieza y cuidado de la ropa
Preparación e ingesta de alimentos
Limpieza y mantenimiento del hogar
Vestido
Baño y cuidar de la higiene personal y necesidades de aseo
Manejar aparatos y tecnología en el hogar
Participar en actividades de ocio en el hogar

ACTIVIDADES DE VIDA EN LA COMUNIDAD

Empleo del transporte
Participación en actividades recreativas/de ocio en la comunidad
Empleo de servicios en la comunidad
Visitas a amigas y a la familia
Participar en actividades comunitarias de su elección (iglesia, voluntariado, etc.)
Comprar e intercambiar bienes
Interactuar con miembros de la comunidad
Empleo de edificios y lugares públicos

ACTIVIDADES DE EMPLEO

Obtención / recepción de adaptaciones del puesto / lugar de trabajo
Aprendizaje y uso de habilidades laborales específicas
Interacción con compañeros de trabajo
Interacción con supervisores / preparadores
Terminar las tareas relacionadas con el trabajo con una velocidad y calidad aceptables
Modificaciones en las responsabilidades laborales
Acceso y obtención de ayuda e intervención en crisis
Acceso a servicios de ayuda al empleado

ACTIVIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD

Acceso y obtención de servicios terapéuticos
Toma de la medicación
Evitar peligros para la salud y seguridad
Recibir atención sanitaria en el hogar
Desplazamientos y ambulación
Comunicación con proveedores de cuidados sanitarios
Acceso de servicios de emergencia
Mantenimiento de una dieta nutricional
Mantenimiento de salud física
Mantenimiento de bienestar de la salud mental / emocional
Seguimiento de reglas y leyes
Recepción de atención respiratoria, alimentación, cuidado de la piel, control de crisis, cuidado ante ostomizaciones y otras necesidades médicas excepcionales

ACTIVIDADES CONDUCTUALES

Aprender habilidades o comportamientos específicos
Aprender / tomar las decisiones apropiadas
Acceso y obtención de tratamientos de salud mental
Acceso y obtención de tratamientos para el abuso de sustancias
Hacer elecciones y tomar la iniciativa
Incorporar las preferencias personales en las actividades diarias
Mantener conductas socialmente apropiadas en público
Aprender / emplear estrategias de autorregulación
Controlar la ira y la agresión
Incrementar conductas y habilidades adaptativas

ACTIVIDADES SOCIALES

Socializarse en la familia
Participar en actividades de ocio/tiempo libre
Tomar decisiones sobre la sexualidad adecuadas
Socializarse fuera de la familia
Hacer y mantener amigos
Comunicar a los demás sus necesidades personales
Empleo de habilidades sociales apropiadas
Implicarse en relaciones amorosas e íntimas
Ofrecer ayuda y ayudar a otros

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y DEFENSA

Defenderse a sí mismo y a los demás
Manejo del dinero y de las propias finanzas
Protegerse de la explotación
Ejercitar los derechos y responsabilidades legales
Pertenencia y participación en grupos de apoyo /auto-defensa
Obtención de servicios legales
Toma de decisiones y elecciones

CAPÍTULO 6

ESTUDIO DE CASO

GRACIA

Adolescente con problemas conductuales

HISTORIA/VIDA EN HOGAR

Gracia es una chica de 15 años que vive en una gran ciudad. Nació de una mujer con problemas de consumo habitual de drogas, quien murió cuando Gracia tenía tan sólo cuatro años. Su padre no ha estado presente, por lo general, en su vida. Gracia ha vivido con una tía paterna (la Sra. Rogers). La Sra. Rogers obtuvo la guarda y custodia legal de Gracia cuando tenía seis años. Comparten un piso amplio con el marido de la Sra. Rogers. Ésta tiene tres hijos mayores. Ella y su marido tienen sesenta y pocos años. La joven informó tener una hermana mayor y una hermanastra más pequeña, aunque no viven con ellos. Su hermana mayor vive en Manhattan y a veces se visitan entre sí.

CONDUCTA

Gracia se enfada con facilidad y el control de la ira parece ser la fuente de todos sus problemas. Cuando se enfada por cualquier cosa pequeña, incurre rápidamente en agresión verbal (maldecir, amenazar). A veces ello es seguido de violencia física. Además de los problemas relacionados con el control de la ira, Gracia parece dejarse llevar por los demás y mostrar una tendencia a caer en compañías inadecuadas. Ha estado implicada en actividades vandálicas (ella lo niega; manifiesta que tan sólo le gusta salir con los chicos), hurtos en tiendas, robos a miembros de la familia y violencia planificada en grupo (ha participado en peleas callejeras).

Se indica que Gracia es "muy irrespetuosa con los adultos, especialmente con el personal escolar". Se la ha visto fumar marihuana y beber alcohol. Ella admite ser sexualmente activa. No respeta las reglas de la casa de su tía y se ha fugado varias veces. Su tía no es capaz de controlar la conducta de Gracia.

ESCUELA

La asistencia a la escuela ha sido un problema para Gracia. Este hecho podría explicarse en parte por la tendencia normal en la adolescencia a no hacer algo que no se desea, pero su pobre rendimiento académico también influye. Los problemas conductuales de Gracia en la escuela le han llevado a repetidos cambios de clases. Esta falta de continuidad, combinado con su falta de interés, contribuye a un pobre rendimiento académico. Cuando más retraso muestra respecto a sus iguales, más aversiva se hace la

escuela. Saltarse las clases se convierte en algo preferible a asistir. Actualmente no va a la escuela. Cuando se le pregunta sobre su futuro, Gracia indica que le gustaría trabajar como esteticista. Le gusta pintar las uñas de sus amigas.

La última vez que acudió a la escuela, Gracia estaba trabajando en divisiones. Una reciente evaluación informal reveló su capacidad de hacer multiplicaciones sencillas. Parecía entender las bases conceptuales que subyacen a las divisiones, pero no era capaz de resolver divisiones sencillas. Gracia niega leer por diversión. No lee revistas, periódicos ni la guía de la televisión. Es capaz de leer palabras y frases sencillas.

Una reciente evaluación psicológica indicó un CI global (WISC-III) de 65. Un análisis de los items en las Escalas de Conducta Adaptativa-Revisadas sugiere déficits respecto a sus iguales en edad en rendimiento conceptual y social. El retraso mental fue codificado en el Eje II, mientras que el Trastorno de la Conducta fue codificado en el Eje I.

AAMR. Diagnóstico, Clasificación y Sistemas De Apoyos 1

FUNCIÓN 1: DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL

Emplee este formulario para realizar un diagnóstico de retraso mental

Nombre: *Gracia Rogers* Fecha: *2/2/02* Fecha de Nacimiento: *25/7/86*

Miembros del equipo: *Nettie Tillman* *Sally Spencer* *Karen Smith*
Sr. y Sra. Rogers *Gracias Rogers* *Jane Hooper (Dra. Psicología)*

Propósitos del diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos (véase Tabla 1.1. en el Manual, o Tabla 4.1. en el libro de trabajo) *Determinación de la posibilidad de beneficiarse de servicios de educación especial, y de Apoyos*

1. Funcionamiento intelectual

Test de CI	Fecha de aplicación	Evaluador	Puntuaciones de CI	Error Típico de Medida
EVALUACIONES ACTUALES				
1. WISC-III	*5/1/02*	*Jane Hooper*	*CI total: 65*	*± 2.6*
2.				
EVALUACIONES PREVIAS				
1. WISC-III	*29/6/98*	*Jane Hooper*	*CI total: 63*	*± 3.4*

Comentarios adicionales sobre el funcionamiento intelectual:

Existencia de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual: Sí ♦ No 0
(aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media; téngase en cuenta el error típico de medida)

2. Conducta Adaptativa

Evaluación de la Conducta Adaptativa	Fecha de aplicación	Evaluador	Puntuaciones de CI	Error Típico de Medida
EVALUACIONES ACTUALES				
1 Escalas de Conducta Independiente-Revisadas	*12/1/02*	*Jane Hooper*	*61*	*± 2*
2.				
EVALUACIONES PREVIAS				
1.				
2.				

Comentarios adicionales sobre la conducta adaptativa:

Evaluaciones adicionales (Señalar todas las aplicables)
☑ Información de los padres Fecha: *15/10/02* ☑ Información procedente del apartado 2 del formulario
Fecha: 30/1/02
☑ Información de los profesores Fecha: *30/1/02* ☐ Otras fuentes de información Fecha: ____
☑ Datos de observación Fecha: *5/1/02* ☐ Otras fuentes de información Fecha: ____
Información adicional de apoyo (enumerar):
Información adicional sobre conducta adaptativa: *Déficit respecto a sus iguales, en rendimiento social y conceptual*

Limitaciones significativas en:

Habilidades conceptuales	Sí ☑	No ☐	Habilidades Sociales	Sí ☑	No ☐
Habilidades prácticas	Sí ☐	No ☐	Habilidades adaptativas generales	Sí ☐	No ☐

Existencia de limitaciones significativas en conducta adaptativa: Sí ☑ No ☐
(aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media en una de las dimensiones previas o en una puntuación global; téngase en cuenta el error típico de medida)

3. Edad de Aparición

Comentarios sobre la determinación de la edad de aparición:

Gracia ha sido diagnosticada con un funcionamiento intelectual y adaptativo significativamente inferior a la media desde la primaria

Edad de Aparición de las limitaciones en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa:

¿Antes de los 18 años? Sí ☑ No ☐

4. Diagnóstico

¿Se han satisfecho las siguientes premisas básicas de la definición?:

1. ¿Las limitaciones en el funcionamiento actual se han considerado dentro del contexto de entornos comunitarios típicos en iguales de la misma edad y cultura? ☑ Sí ☐ No ☐ Dudoso

2. ¿Las evaluaciones han tenido en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferentes en factores comunicativos, sensoriales, motores y conductuales? ☑Sí ☐ No ☐ Dudoso

Responda a las siguientes premisas relativas a las Funciones 2 y 3:

3. En un mismo individuo coexisten limitaciones y capacidades

4. Un importante propósito de la descripción de las limitaciones es desarrollar un perfil de necesidades de apoyo

5. Con los apoyos personalizados adecuados a lo largo del tiempo, el funcionamiento del individuo con retraso mental mejorará generalmente

Existe un diagnóstico de retraso mental si se dan las siguientes circunstancias:

a. Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual

b. Limitaciones significativas en conducta adaptativa, manifestado en habilidades conceptuales, sociales y prácticas

c. Edad de aparición antes de los 18 años

Se han satisfecho los criterios para el diagnóstico de retraso mental: ☑ Sí ☐ No

Describa los puntos de vista y participación en el proceso del individuo y/o su familia:

Los tíos de Gracia están muy frustrados con los arranques de furia y comportamientos agresivos de su sobrina. Sienten que no pueden más y solicitan ayuda. Creen que su sobrina tiene una baja inteligencia. Se han mostrado dispuestos a participar en la reunión. Gracia dice que no es "retrasada" pero se niega a discutir el diagnóstico con el grupo

AAMR. Diagnóstico, Clasificación y Sistemas de Apoyos 3

FUNCIÓN 2: CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN

Emplee este formulario para describir las capacidades y limitaciones del individuo en cada una de las cinco Dimensiones. Esta información puede ser utilizada para desarrollar planes de apoyo individuales, servicios de financiación/ compensación, investigación, clasificación (si es necesario) y comunicación sobre características seleccionadas

Nombre: Gracia Rogers _____

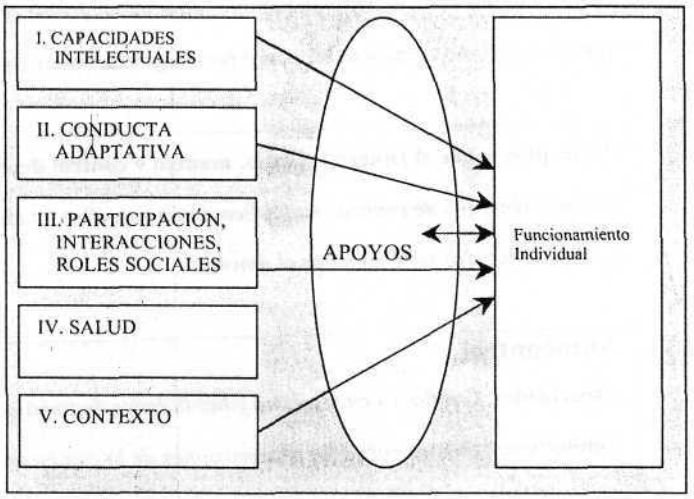
Fecha: 2-2-02__ Fecha de nacimiento: 25-7-86

Miembros del equipo: Netty Tillman

Sally Spencer _____ Karen Smith _____

Gracie Rogers _____ Sr. Y Sra. Rogers _____

Jane Hooper _____ _____



Modelo teórico de retraso mental

Dimensión I. Capacidades Intelectuales

Describa las capacidades y limitaciones del individuo en habilidades intelectuales basadas en la evaluación y observación

Capacidades	Limitaciones	Fuentes de Información
Subescalas de secuenciación y coordinación visomotora (puzzles y laberintos)	Subescalas verbales (comprensión verbal, por ejemplo)	WISC–III

Dimensión II. Conducta Adaptativa

Describa las capacidades y limitaciones del individuo en conducta adaptativa basadas en la evaluación y observación.

Habilidades Conceptuales (habilidades cognitivas y de comunicación/académicas)

Lenguaje receptivo

Capacidades: *Motivada para comunicarse con sus iguales*

Limitaciones: *No parece hacer caso de lo que se le dice*

Fuentes: *WISC-III, Escala de Independencia Revisada*

Lenguaje expresivo

Capacidades: *Expresa emociones como la rabia*

Limitaciones: *Muestra poco control de lenguaje agresivo; tiene un vocabulario limitado*

Fuentes: WISC–III, *Escala Independencia, Observación*

Dimensión II. Conducta Adaptativa *(continuación)*

Lectura

Capacidades: *puede leer palabras y frases sencillas*

Limitaciones: *no lee por placer revistas o periódicos.*

Fuentes: *Profesor, Prueba de Rendimiento Verbal*

Escritura

Capacidades: *puede escribir su nombre, dirección y frases sencillas*

Limitaciones: *no emplea la escritura para expresar ideas complejas*

Fuentes: *Profesor*

Conceptos sobre el Dinero (cálculo, manejo y control del dinero)

Capacidades: *Puede realizar multiplicaciones sencillas y tiene nociones de división*

Limitaciones: *No sabe manejar el dinero*

Fuentes: *Profesor*

Autocontrol

Capacidades: Con*fianza en sí misma y habilidades de toma de decisiones*

Limitaciones: *Juicios sobre las repercusiones de la conducta.*

Fuentes: *Psicóloga*

Otras

Capacidades:

Limitaciones:

Fuentes:

Habilidades de Conducta Adaptativa Sociales

Interpersonales

Capacidades: *Establece relaciones con iguales*

Limitaciones: *Se enfada fácilmente e incurre con prontitud en agresión verbal y física*

Fuentes: *Tía, Profesor*

Responsabilidad

Capacidades: *Ninguna*

Limitaciones: *No se siente responsable de sus actos ni de las expectativas de cortesía y respecto en el hogar*

Fuentes: *Tía*

Dimensión II. Conducta Adaptativa *(continuación)*

Habilidades de Conducta Adaptativa Sociales *(continuación)*

Autoestima

Capacidades: *Confianza en sí misma*

Limitaciones: *Excesivamente confiada*

Fuentes: *Tía, Profesor*

Credulidad-Ingenuidad (posibilidad de ser engañado o manipulado)

Capacidades: *Ninguna*

Limitaciones: *Se deja llevar mucho por los demás y es fácilmente manipulada. Riesgo de sufrir abuso sexual*

Fuentes: *Tía*

Ingenuidad- Inocencia (lógica limitada, capacidad de entender relaciones causa-efecto, capacidad de previsión, planificación estratégica)

Capacidades: *Ninguna*

Limitaciones: *No entiende que los "amigos" se están aprovechando de ella; no entiende relaciones causa-efecto, excesivo uso de la negación.*

Fuentes: *Tía, Profesor*

Seguimiento de Reglas

Capacidades: *Conoce reglas*

Limitaciones: *No sigue reglas en el hogar o en la escuela; roba*

Fuentes: *Tía, Profesor*

Obediencia de Leyes

Capacidades: *Conoce leyes sencillas*

Limitaciones: *Ha sido pillada robando y participando en peleas; Quita dinero a su familia, bebe y fuma marihuana*

Fuentes: *Tía*

Evitación de Victimización:

Capacidades: *Ninguna*

Limitaciones: *Si no ha ocurrido ya, es probable que ocurra, pues es de alto riesgo*

Fuentes: *Trabajador Social, Psicóloga*

Otras:

Capacidades:

Limitaciones: *Muy irrespetuosa con profesores y otros adultos*

Fuentes: *Profesor, Tía, Psicóloga, Trabajador Social, Tío*

Dimensión II. Conducta Adaptativa *(continuación)*
Habilidades de Conducta Adaptativa Prácticas
Habilidades de la Vida Diaria (incluye conductas relacionadas con la autoayuda y el mantenimiento personal)
1. Alimentación Capacidades: Puede alimentarse sin ayuda Limitaciones: *Ninguna* Fuentes: *observación*
2. Transferencia/Movilidad Capacidades: *No tiene problemas de movilidad* Limitaciones: *Ninguna* Fuentes: *observación*
3. Aseo Capacidades: *Puede asearse y realizar tareas de cuidado personal* Limitaciones: *Ninguna* Fuentes: *Tía*
4. Vestido Capacidades: *Puede vestirse y desvestirse sola* Limitaciones: *Ninguna* Fuentes: *Tía*
Habilidades Instrumentales de la Vida Diaria (incluye conductas relacionadas con la independencia y/o la vida en la comunidad)
1. Preparación de Comidas Capacidades: *Puede hacerse bocadillos y preparar comidas sencillas* Limitaciones: *No planifica, compra ingredientes o prevé las comidas que va a hacer* Fuentes: *Tía*
2. Mantenimiento del Hogar Capacidades: *Limpia el polvo y su habitación* Limitaciones: *no sabe cómo limpiar toda la casa (baños, cocina)* Fuentes: *Tía*
3. Transporte Capacidades: *Toma el autobús para ir a la escuela* Limitaciones: *No sabe emplear los transportes públicos en general* Fuentes: *Tía*
4. Toma de Medicación Capacidades: *Ninguna* Limitaciones: *Necesita que se le recuerde que debe tomar la medicación. No entiende la relación entre medicación y sus efectos* Fuentes: *Tía, psicóloga*

Dimensión II. Conducta Adaptativa ***(continuación)***
Habilidades de Conducta Adaptativa Prácticas *(continuación)*
Habilidades de la Vida Diaria *(continuación)*
5. Manejo del Dinero Capacidades: *Puede contarlo, aunque despacio* Limitaciones: *Carece de habilidades de ahorro o planificación y control del dinero* Fuentes: *WISC-III, Tía, Psicóloga*
6. Uso del Teléfono Capacidades: *Puede usar el teléfono para llamar a sus amigos* Limitaciones: *Emplea el teléfono para molestar* Fuentes: *Tía, Entrevista*
Habilidades Ocupacionales (incluye conductas relacionadas con el desempeño de un trabajo y la conducta laboral) Capacidades: *Quiere trabajar en un centro de belleza o ser esteticista* Limitaciones: *no asiste con regularidad a la escuela; actualmente no asiste; su rendimiento es muy bajo; carece de motivación.* Fuentes: *Tía, Entrevista*
Mantenimiento de Entornos Saludables (incluye peligros potenciales relacionados con el fuego, intoxicaciones o envenenamientos, mantenimiento del hogar, seguridad del hogar) Capacidades: *Ninguna* Limitaciones: *No cierra las puertas con llave; juega con cerillas; no tiene en cuenta el carácter tóxico de los productos de limpieza* Fuentes: *Tía, Observación*

Dimensión III. Participación, Interacciones, Roles Sociales

Describa las capacidades y limitaciones del individuo en roles sociales y en interacciones empleando la observación directa de actividades de la vida diaria. Indique la fuente.

Participación (p.ej. actividades, eventos, organizaciones)

Capacidades: *Participa en actividades*

Limitaciones: *Participa en actividades vandálicas, y no en actividades escolares*

Fuentes: *Tía, profesor*

Interacciones (p. ej. amigos, familia, iguales, vecinos)

Capacidades: *Interactúa con sus tíos*

Limitaciones: *Elige inadecuadamente a sus amigos; siempre elige amistades inapropiadas*

Fuentes: *Tía*

Roles Sociales (incluye actividades valoradas que son consideradas normativas para un grupo de edad específico)

1. Roles Personales

Capacidades: *Desea desempeñar un rol valorado socialmente*

Limitaciones: *Cuestiona su lugar en la familia; selecciona roles marginales*

Fuentes: *Tíos, Psicóloga*

2. Roles Escolares

Capacidades: *Ninguno*

Limitaciones: *No asiste a clases de modo continuado*

Fuentes: *Tía, profesor*

3. Roles Comunitarios

Capacidades: *Desea desempeñar un rol en la comunidad*

Limitaciones: *No es valorada en la comunidad*

Fuentes: *Tía, trabajador social*

4. Roles Laborales

Capacidades: *Ninguno*

Limitaciones: *No trabaja; obtiene lo que quiere robando*

Fuentes: *trabajador social*

5. Ocio y Tiempo Libre

Capacidades: *Energía y vitalidad*

Limitaciones: *Necesita implicarse en actividades de ocio constructivas*

Fuentes: *Tía*

Dimensión III. Participación, Interacciones, Roles Sociales (continuación)

Roles Sociales (incluye actividades valoradas que son consideradas normativas para un grupo de edad específico)

6. Vida Espiritual

Capacidades: *Sin determinar*

Limitaciones: *Rehusa hablar de ello*

Fuentes: *Tía*

7. Otras

Capacidades:

Limitaciones:

Fuentes:

Dimensión IV. Salud (Física, Mental y Etiología)

Describa las capacidades y limitaciones del individuo en su salud física y mental. Enumere los diagnósticos asociados sobre salud, estado mental, y factores contribuyentes, basándose en la observación conductual, la evaluación clínica, o el diagnóstico formal. Indique la fuente. Enumere los factores de riesgo que contribuyen a la etiología.

Salud Física

Capacidades: *Buena salud general*

Limitaciones: *Conductas de riesgo*

Fuentes: *Informe Médico*

Salud Mental

Capacidades: *Expresa emociones*

Limitaciones: *Diagnósticada con un trastorno de comportamiento*

Fuentes: *Psicóloga*

Dimensión IV. Salud (Física, Mental, y Etiología)

Etiología	Factores de Riesgo contribuyentes a la etiología	Implicaciones para los Apoyos (considerados plenamente en la Función 3)
Biomédica		Ninguno
Conductual	Madre drogadicta; conductas de riesgo; infancia de abuso y abandono	Apoyo para parar el uso de sustancias y evitar la transmisión de enfermedades sexuales
Social	Falta de cuidado prenatal; interacción con un cuidador inadecuado; ausencia de estimulación infantil adecuada	Apoyos familiares
Educativa	Padres con discapacidades cognitivas y sin apoyos; diagnóstico tardío; intervención temprana inadecuada, servicios educativos especiales inadecuados	Apoyos para asistir a la escuela; servicios educativos especiales más adecuados

Interacciones entre Factores de Riesgo: Falta de estructuración ambiental, combinada con conductas de alto riesgo hacen que su salud física y mental esté amenazada

Diagnósticos relacionados: Trastorno de la conducta

Dimensión V. Contexto

Describa las capacidades y limitaciones del ambiente del individuo basándose en la observación o en entrevistas. Tenga en cuenta la educación, vivienda, trabajo, ocio y tiempo libre, seguridad, bienestar material, seguridad financiera, actividades cívicas y vida espiritual. Tenga en cuenta los contextos típicos de iguales en edad y sus necesidades de apoyos. Indique la fuente.

Entornos inmediatos (persona, familia, grupo de apoyo o defensa, persona de apoyo directo)

Capacidades: *La familia desea ayudar y ofrece apoyo*

Limitaciones: *Ya no pueden más*

Fuentes: *Tía*

Comunidad, Vecindario (hogar en la comunidad, servicios residenciales, área circundante, organizaciones de apoyo)

Capacidades: *Vive en familia con sus tios*

Limitaciones: *El emplazamiento del hogar facilita el acceso a malas compañias*

Fuentes: *Tía, Observación*

Sociedad (cultura, país, aspectos sociopolíticos)

Capacidades: *Vive en una sociedad desarrollada*

Limitaciones: *Los programas públicos se han visto recortados de modo importante*

Fuentes: *Tía*

Las siguientes premisas se han tenido en cuenta en la Función 1

1. Las limitaciones en el funcionamiento actual se han considerado dentro del contexto de entornos comunitarios típicos en iguales de la misma edad y cultura

2. Una evaluación válida debe tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en factores comunicativos, sensoriales, motores y conductuales

Responda a las siguientes premisas relativas a las Funciones 2 y 3:

3. ¿Se han tenido en cuenta tanto las limitaciones como las capacidades en un mismo individuo?

☑ Sí ☐ No ☐ Dudoso

4. ¿La descripción de las limitaciones pretendía desarrollar un perfil de necesidades de apoyo?

☑ Sí ☐ No ☐ Dudoso

5. ¿Prevé que el funcionamiento del individuo mejorará generalmente con los apoyos personalizados adecuados a lo largo del tiempo?

☑ Sí ☐ No ☐ Dudoso

FUNCIÓN 3: PERFIL DE NECESIDADES DE APOYO

Emplee este formulario para enumerar las áreas de apoyo, las actividades, las intensidades de apoyo requeridas y la persona responsable de proporcionar apoyos. El Perfil de Necesidades de Apoyo se puede emplear a lo largo del ciclo vital del individuo. Algunas áreas de apoyo pueden ser más o menos importantes en diferentes etapas de la vida. Por ejemplo, para niños y jóvenes, la vida y el empleo en la comunidad pueden no ser tan importantes; para personas mayores el empleo puede ser menos importante.

Áreas de Apoyo	Actividades	Intensidad (ver los códigos en el pie de página)			Persona responsable
		Frecuencia	Tiempo de Apoyo Diario	Tipo de apoyo	
Desarrollo Humano	1. Desarrollo socio-emocional y actividades	4	4	2	Terapeuta
Enseñanza y Educación	1. Acompañar a Gracia al autobús escolar y de regreso a casa	4	2	3	Personal escolar
	2. Apoyo en el aula para ayudarle con actividades académicas y conducta	4	4	3	Profesor de apoyo
	3. Tutorías extraescolares	4	3	3	Tutor
	4. Clase de formación profesional	4	3	3	Profesores
Vida en el Hogar					
Vida en la Comunidad	1. Interacciones con líderes de la comunidad adecuados	3	3	3	Trabajador social

Frecuencia
1. Menos de 1 ver al mes
2. Mensual
3. Semanal
4. Diario
5. 1 vez a la hora, o más frecuente

Tiempo de Apoyo Diario
1. Nada
2. Menos de 30 minutos
3. 30 minutos-menos de 2 horas
4. 2 horas- menos de 4 horas
5. 4 horas o más

Tipo de Apoyos
1. Ninguno
2. Supervisión
3. Guía verbal/gestual
4. Instigación física parcial
5. Ayuda física completa

Áreas de Apoyo	Actividades	Intensidad (ver los códigos en el pie de página)			Persona responsable
		Frecuencia	Tiempo de Apoyo Diario	Tipo de apoyo	
Empleo	1. Empleo a tiempo parcial, en coordinación con el preparador profesional	4	2	2	Preparador laboral
Salud y Seguridad	1. Consentimiento escrito por parte de sus tíos, para comenzar con la medicación	1	1	1	Personal
	2. Educación sexual y educación para prevención de enfermedades de transmisión sexual	4	2	3	Profesor
	3. Contracepción	2	2	2	Doctor, Tía
	4. Toma de medicación a las horas establecidas	4	2	2	Tíos
	5. Control de efectos secundarios de medicación	1	2	2	Doctor
Conductual	1. Entrenamiento a tíos	3	2	1	Tíos
	2. Persona de apoyo terapéutico para las tardes y fines de semana	4	3	3	Personal
	3. Entrenamiento en control de la agresividad	3	3	3	Carmen
	4. Desarrollo de un programa conductual sistemático	4	3	3	Psicóloga
Social	1. Matricular a Gracia en actividades extraescolares artísticas	4	3	3	Profesor
	2. Animarla a hacer amigos más apropiados	4	2	2	Trabajador Social
Protección y Defensa	1. Obtener asesoramiento legal: Medicación	1	1	2	Abogado
	2. Obtener una segunda opinión médica	3	3	3	Doctor
	3. Programa de Autodeterminación	3	3	3	Psicóloga
	4. Revisar el consentimiento hacia la medicación	1	1	2	Tíos, Gracia

Áreas y Actividades de Apoyo	
ACTIVIDADES DE DESARROLLO HUMANO Proporcionar oportunidades de desarrollo físico, incluyendo coordinación ojo-mano, habilidades motoras finas, y habilidades motoras gruesas Proporcionar oportunidades de desarrollo cognitivo relacionadas con la coordinación de experiencias sensoriales, la representación del mundo con palabras e imágenes, el razonamiento lógico sobre eventos concretos, y el razonamiento en modos más idealistas y lógicos Proporcionar actividades de desarrollo socio-emocional relacionados con la confianza, autonomía, iniciativa, competencia e identidad	Finalización de tareas laborales con una velocidad y calidad aceptables Variaciones en responsabilidades laborales Acceso y obtención de ayuda para intervenciones ante crisis Acceso a servicios de ayuda al empleado
ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN Interacción con preparadores / maestros y con compañeros entrenados / estudiantes Participación en decisiones relativas al entrenamiento / educación Aprendizaje y empleo de estrategias de solución de problemas Manejo de tecnología para el aprendizaje Acceso a contextos formativos / educativos Aprendizaje y uso de habilidades académicas funcionales (lectura de señales, recuento del cambio monetario, etc.) Aprendizaje y uso de destrezas de salud y educación física Aprendizaje y uso de habilidades de autodeterminación Recepción de servicios de transición	**ACTIVIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD** Acceso y obtención de servicios terapéuticos Toma de medicaciones Evitación de riesgos para la salud y seguridad Recepción de atención médica domiciliaria Deambulación y desplazamientos Comunicación con proveedores de servicios de salud Acceso a servicios de urgencia Mantenimiento de dieta saludable Mantenimiento de salud física Mantenimiento de salud mental / bienestar emocional Seguimiento de reglas y leyes Recepción de servicios de respiración asistida, alimentación, cuidado de la piel (prevención de escaras), control de crisis epilépticas, cuidado de ostomizaciones, y atención de otras necesidades médicas de carácter excepcional
ACTIVIDADES DE VIDA EN EL HOGAR Empleo del baño / aseo Colada y cuidado de la ropa Preparación y consumo de alimentos Mantenimiento y limpieza del hogar Vestido Aseo y cuidado de higiene personal y de la apariencias física Empleo de tecnología y electrodomésticos Participación en actividades de ocio en el hogar	**ACTIVIDADES CONDUCTUALES** Aprendizaje de conductas o destrezas específicas Aprendizaje / toma de decisiones adecuadas Acceso y obtención de tratamientos e salud mental Acceso y obtención de tratamientos contra el abuso de sustancias Realización de elecciones y toma de iniciativas Incorporación de preferencias personales en actividades de la vida diaria Mantenimiento de conductas socialmente apropiadas en público Aprendizaje / uso de estrategias de autorregulación Control del enfado y conducta agresiva Incremento de habilidades y conductas adaptativas
ACTIVIDADES DE VIDA EN LA COMUNIDAD Empleo del Transporte Participación en actividades recreativas / de ocio en la comunidad Empleo de servicios en la comunidad Visitas a amigos y a la familia Participación en actividades comunitarias de su elección (iglesia, voluntariado, etc.) Compra y adquisición de bienes Interacción con miembros de la comunidad Empleo de edificios y lugares públicos	**ACTIVIDADES SOCIALES** Socialización dentro de la familia Participación en actividades recreativas / de ocio Toma de decisiones apropiadas relacionadas con la sexualidad Socialización fuera de la familia Iniciación y mantenimiento de amistadas Comunicación a otros de sus necesidades personales Empleo de habilidades sociales apropiadas Implicaciones en relaciones amorosas e íntimas Ofrecimiento de ayuda y ayuda a otros
ACTIVIDADES DE EMPLEO Acceso / recepción de adaptaciones en el empleo / tarea Aprendizaje y uso de habilidades laborales específicas Interacción con compañeros de trabajo Interacción con supervisores / preparadores	**ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y DEFENSA** Defensa de uno mismo y de los demás Manejo del dinero y economía personal Protegerse de la explotación Ejercitación de derechos y responsabilidades legales Pertenencia y participación en organizaciones de auto-ayuda/apoyo Obtención de servicios legales Toma de decisiones y realización de elecciones Empleo de servicios y cheques bancarios

GLOSARIO DE DEFINICIONES OPERATIVAS

RETRASO MENTAL

El 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.

Las siguientes cinco premisas son esenciales para la aplicación de esta definición:

1. Las limitaciones en el funcionamiento actual deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Las evaluaciones válidas tienen en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con las capacidades.
4. Un importante propósito de describir las limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
5. Con los apoyos personalizados adecuados durante un periodo de tiempo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

INTELIGENCIA

La inteligencia es una capacidad mental general. Incluye el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, la rapidez de aprendizaje y el aprender de la experiencia.

Las limitaciones en inteligencia deberían considerarse a la luz de otras cuatro dimensiones: Conducta Adaptativa; Participación, Interacciones y Roles Sociales; Salud; y Contexto.

La medida de la inteligencia puede tener distinta relevancia, según se considere para propósitos de diagnóstico o clasificación.

Aunque está lejos de ser perfecto el funcionamiento intelectual tiene su mejor representación en las puntuaciones de CI cuando se obtienen de instrumentos de evaluación apropiados. El criterio para el diagnóstico es aproximadamente dos veces la desviación típica por debajo de la media, considerando el error estándar de medida para los instrumentos específicos de evaluación utilizados y los puntos fuertes y limitaciones de los instrumentos.

CONDUCTA ADAPTATIVA

La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en sus vidas diarias.

Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la capacidad de responder a cambios vitales y a demandas ambientales.

Las limitaciones en la conducta adaptativa se deben considerar a la luz de las otras cuatro dimensiones: Capacidades Intelectuales; Participación, Interacciones y Roles Sociales; Salud y Contexto.

La presencia o ausencia de habilidades adaptativas pueden tener diferente relevancia, dependiendo de si han sido consideradas para el diagnóstico, la clasificación o la planificación de apoyos.

Para realizar un diagnóstico de retraso mental, las limitaciones significativas en conducta adaptativa se deben determinar mediante el empleo de pruebas estandarizadas baremadas con la población general, lo que incluye a personas con y sin discapacidades. En estas medidas estandarizadas, las limitaciones significativas en conducta adaptativa se definen operativamente como un rendimiento al menos dos desviaciones típicas por debajo de la media, ya sea en (a) uno de los tres tipos siguientes de conducta adaptativa: conceptual, social o práctica, o (b) una puntuación global de una prueba estandarizada sobre habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

APOYOS

Los apoyos son recursos y estrategias destinadas a promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de una persona y que incrementan su funcionamiento individual. Los servicios constituyen un tipo de apoyo proporcionado por profesionales y agencias.

El funcionamiento individual resulta de la interacción de los apoyos con las dimensiones de Capacidades Intelectuales; Participación, Interacciones y Roles Sociales; Salud y Contexto.

La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener diferente relevancia, dependiendo de si se hace con objetivos clasificatorios o de planificación de apoyos.

DISCAPACIDAD

La discapacidad es la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual en un contexto social y representa una desventaja sustancial para el individuo.

CONTEXTO

El contexto describe las condiciones interrelacionadas donde las personas viven sus vidas cotidianas. El contexto tal y como se emplea aquí, representa una perspectiva ecológica que implica al menos tres niveles diferentes: (a) el entorno social inmediato, que incluye a la persona, la familia y /o los defensores (microsistema); (b) el vecindario, la comunidad o las organizaciones que ofrecen servicios educativos o de habilitación o apoyos (mesosistema); y (c) los patrones más amplios de la cultura, la

sociedad, la población amplia, el país, las influencias sociopolíticas (macrosistema o megasistema).

El contexto debe ser considerado a la luz de las otras cuatro dimensiones: Capacidades Intelectuales; Participación, Interacciones y Roles Sociales; Salud y Contexto.

El contexto puede tener diferente relevancia, dependiendo de si se hace con objetivos diagnósticos, clasificatorios o de planificación de apoyos.

La evaluación del contexto, aunque generalmente no se realiza con pruebas estandarizadas, es un componente necesario del juicio clínico y un elemento integral para la comprensión del funcionamiento del individuo.