
AVANCES CONCEPTUALES ACTUALES Y DEL FUTURO INMEDIATO: REVISION DE LA DEFINICION DE 1992 DE LA AAMR *

Miguel Ángel Verdugo Alonso

Instituto de Integración en la Comunidad (INICO)
Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

Los avances en la comprensión, identificación de necesidades y planificación de los apoyos a las personas con retraso mental en las últimas décadas están modificando significativamente el concepto de retraso mental y el modo de abordar a la población por parte de los profesionales y de toda la comunidad. El cambio de paradigma propuesto ha situado a la AAMR en la vanguardia del cambio e innovación, y ha identificado el camino a seguir en el futuro. No obstante, la propuesta realizada en 1992 necesita ser revisada en profundidad. Tanto la definición como las dimensiones propuestas requieren de análisis críticos detenidos que permitan incorporar los últimos avances científicos, así como las conclusiones extraídas de la experiencia en aplicar la nueva propuesta. Todo ello pensando en ofrecer un sistema sencillo, útil e interdisciplinario para el trabajo cotidiano en diferentes contextos y con personas con retraso mental de diferentes edades y con muy diferentes necesidades de apoyo.

The advances in the understanding, identification of needs and support planning for persons with mental retardation in recent decades are significantly shaping the concept of mental retardation and the way professional and communities tackle the problem of that population group. The proposed paradigm shift has placed the AAMR in the forefront of change and innovation and has opened a way for the future. However, the 1992 proposal needs to undergo an in-depth revision. Both the definition and proposed dimensions require minute, critical analyses that will allow us to incorporate the latest scientific breakthroughs together with conclusions from our experiences in applying the new proposal. The final aim would be to provide a simple, useful and interdisciplinary system for daily work in different contexts and with persons with mental retardation of different ages and different support needs.

**Parte de la información incluida en este artículo procede de un artículo del autor en el libro de próxima publicación: Verdugo, M.A. (en prensa). A step ahead in the paradigm shift. En S. Greenspan & H.J. Switzky (Eds.), What is mental retardation? Ideas for an evolving disability definition. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.*

IMPACTO DE LA DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL DE LA AAMR

La definición de retraso mental propuesta por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) (Luckasson, Schalock, Snell, & Spitalnik, D.M. (1996), 1992; Verdugo, 1994, 1995) ha supuesto un revulsivo de gran alcance en el campo del retraso mental estimulando la reflexión sobre las prácticas profesionales en todos aquellos lugares en que se ha dado a conocer. Tanto los profesionales como los familiares y los investigadores han revisado su concepción de las personas con retraso mental y las implicaciones prácticas de la misma. Los programas, las actividades y los servicios, así como las tareas de las organizaciones dedicadas al apoyo de las personas con retraso mental, han sido cuestionados de acuerdo con los novedosos planteamientos de la definición propuesta. Y todas las personas que centran su actividad en tareas cuya finalidad es mejorar la calidad de vida las personas con retraso mental han tenido que definir su posición. Y esto ha permitido reflexionar en torno al procedimiento más adecuado para desarrollar las tareas sinérgicas de los diferentes agentes implicados en el proceso.

El sistema de 1992 permite desarrollar una atención integral al individuo con retraso mental desde una perspectiva interdisciplinar a lo largo de toda su vida en cualquier contexto en el que se encuentre. La aproximación interdisciplinar se plantea desde una visión pragmática de las tareas a resolver por los distintos profesionales para identificar las necesidades detectadas y plantear actividades y programas

dirigidos a ayudar al individuo. El enfoque interdisciplinar permite evitar sesgos provenientes de enfoques basados exclusivamente en una disciplina o incluso en un enfoque de una disciplina. También permite evitar una visión exclusivamente centralizada en el desempeño de la persona en un solo contexto (laboral, educativo, etc.), enfatizando la persona en su globalidad.

Una de las mayores ventajas del pragmatismo del sistema de 1992 es la de unificar en tres pasos el procedimiento de evaluación e intervención a lo largo de toda la vida. El procedimiento planteado se caracteriza por su simplicidad, claridad, potencial didáctico, y accesibilidad a profesionales de distintas disciplinas junto a familiares y otras personas involucradas en el proceso de ayuda a las personas con retraso mental.

En la definición propuesta por la AAMR destaca la incorporación de los avances científicos que en el retraso mental se habían ido desarrollando en los últimos años: La atención a los aspectos emocionales, el desarrollo de una propuesta desmenuzada del concepto de conducta adaptativa, la evaluación ambiental, o la propia concepción interaccionista del retraso mental. Esos avances científicos se estaban produciendo de manera dispersa e inconexa. Y en 1992 se integran en un sistema útil y sencillo que es entendible e incorporable por todo tipo de profesionales. El planteamiento integral y eminentemente aplicado del sistema propuesto en 1992 es lo que hace universal la propuesta, y lo que permite su amplia difusión en muchos países.

Centrar la atención en la interacción del individuo con el medio y no sólo en la persona es una propuesta necesaria para situar el problema y las tareas donde están, es decir en el contexto y las interacciones que establece una persona. De esta manera se entiende claramente que el problema no es exclusivamente del individuo, y esto exige realizar muchos cambios respecto al modo de abordar el tema en la actualidad. Además, permite confirmar y consolidar las innovaciones propuestas en distintos ámbitos y sectores de atención en los últimos años: la integración e inclusión educativa, el empleo con apoyo, la vida independiente, y otras.

PROPUESTAS DE CAMBIO EN LA DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL

¿Retraso mental o discapacidad intelectual?

El título del Manual de referencia de la AAMR Retraso mental. *Definición, clasificación y sistemas de apoyo* responde no tanto a los nuevos planteamientos hechos en él sino a criterios académicos y de continuidad con las propuestas hechas previamente, donde se mantiene la etiqueta de retraso mental y se alude a la definición y clasificación desde perspectivas psicométricas y psicopatológicas. La propuesta hecha en 1992 es una nueva concepción del retraso mental que subraya el funcionamiento de una persona en un ambiente dado con el que establece determinadas interacciones, y se plantea un sistema novedoso de identificación de las necesidades del individuo y de pla-

nificación de los apoyos que precisa. En este sentido, quizás convendría detenerse en revisar el propio título del manual y el uso de la expresión propuesta.

El mantenimiento de la expresión retraso mental sin matizar al menos las repercusiones de su uso y establecer claras recomendaciones respecto a ella ha contribuido a recuperar un término que en algunos idiomas (por ejemplo, en castellano) puede entenderse como regresivo, y necesita de una explicación detenida. Explicación que requiere mayor énfasis en el caso de las personas con retraso mental con un mejor nivel de funcionamiento. El término retraso en el idioma castellano posee unas connotaciones peyorativas, por lo que se ha extendido, principalmente en el mundo educativo, el uso de las palabras deficiencia y dificultades de aprendizaje. La expresión retraso mental supone retomar una antigua expresión que parecía superada.

Por otro lado, mantener tal cual el uso de la expresión Retraso Mental y el término Clasificación significa no afrontar los problemas de la etiquetación (labeling) sobre los individuos, y reforzar el uso verbal de una expresión contraria a la finalidad de todo el planteamiento del sistema de 1992. Los efectos perjudiciales de la etiquetación se han descrito prolijamente en contextos educativos (Dickie, 1982; Gallagher, 1976; Hobbs, 1975; Langone, 1990; MacMillan, 1982; Meyen, 1988; Meyers, MacMillan y Yoshida, 1978; Roger, 1982; Smith y Neisworth, 1975; Verdugo, 1994b) y clínicos (Morey, Skinner y Blashfield, 1986; Verdugo, 1994).

A pesar de los aspectos negativos que se derivan para muchos individuos del uso de la etiqueta diagnóstica de retraso mental su desaparición o sustitución por otro término no es fácil de plantear. Por un lado, cualquier otro término puede acabar con connotaciones negativas por el uso que la comunidad hace del lenguaje -inclusive el más apropiado en los momentos actuales que sería el de discapacidad intelectual-, lo que ha ocurrido siempre en todas las etiquetas anteriormente utilizadas con estas personas. Porque en el fondo, no es un problema de lenguaje sino de actitudes hacia las personas, actitudes que acaban por dotar de determinado significado a los términos utilizados. Y cuando las actitudes son negativas la connotación de los términos utilizados también acaba siéndolo. Por otro lado, modificar una expresión tan laboriosamente gestada puede originar más confusión que beneficios previsibles. Quizás lo más prudente y eficaz sea plantear unas recomendaciones explícitas sobre el lenguaje profesional, limitando el uso de la expresión a los momentos en que es estrictamente necesario. En todo caso, si se procede a proponer un nuevo término, esa tarea sería también de especial relevancia.

Se deben plantear unas recomendaciones claras sobre el uso del término retraso mental en la vida cotidiana. Entre las recomendaciones que parecen más claras y maduras para ser ya propuestas y aplicadas inmediatamente está el reducir el uso de la etiqueta diagnóstica exclusivamente a los niveles en que es estrictamente necesaria para ayudar a las personas. Y las situaciones en que ese uso puede ser de ayuda están en la actividad investi-

gadora, en la actividad diagnóstica interdisciplinar, o en la determinación de los apoyos y recursos. Quizás son las personas con apoyos extensos y generalizados las únicas a las que el uso de la expresión retraso mental puede no perjudicarles (MacMillan, Gresham y Siperstein; MacMillan, Siperstein y Gresham, 1996), e incluso puede servir para desarrollar conductas de cooperación y solidaridad. Mientras que las personas con limitaciones sólo en algunas áreas o con necesidades de apoyo limitadas o intermitentes en su mayoría, se describirían más apropiadamente haciendo referencia a sus necesidades especiales y evitando la etiqueta diagnóstica.

Cambios en las dimensiones

El cambio de paradigma propuesto acierta en reorientar funcionalmente la concepción del retraso mental, y facilita un sistema sencillo y de gran utilidad para el trabajo cotidiano. Pero, su planteamiento novedoso es de tan gran calado, que requiere profundizar y mejorar algunas de las propuestas realizadas. En este sentido, la Dimensión I debe ser analizada en la propuesta de habilidades de adaptación, y reformada de acuerdo a análisis más precisos que el simple reflejo de la categorización habitual de los programas o currículo en los centros de educación especial. La dimensión II debe extender sus planteamientos hacia la inclusión de aspectos no patológicos del bienestar emocional. Y la dimensión III debe dar orientaciones al personal no médico para identificar necesidades y plantear la programación diaria desde perspectivas de la salud.

Las tareas de evaluación e intervención para desarrollar sistemas de apoyos, además de servirse de una categorización de las dimensiones y muy particularmente de la categorización de las áreas de adaptación, están condicionadas por la edad cronológica y etapa evolutiva del individuo, por el contexto profesional en el que se encuentra principalmente ubicado (educativo, rehabilitador, residencial...), por las características culturales de su comunidad, y por las distintas intensidades de apoyo que necesita. El paso a dar debe integrar todos esos aspectos de manera que se pueda organizar toda la información para una persona en un momento dado.

Las áreas de *habilidades de adaptación* se sitúan dentro de una evaluación del individuo con una perspectiva curricular y van dirigidas a lograr una descripción completa del funcionamiento del individuo, de sus limitaciones y de sus capacidades. Si bien es cierto que la propuesta se basa en parte en las áreas de desarrollo curricular habitualmente encontradas en el trabajo con personas con retraso mental (Ford et al., 1989; Verdugo, 1989a, 1989b, 1996, 1997), en la próxima edición del manual se precisa acometer un análisis crítico sobre esas áreas y replantear su número, así como abordar más detenidamente el análisis de sus contenidos diferenciándolas con nitidez. Para ello puede ser de utilidad el análisis de las críticas realizadas por diferentes autores significativos en el campo del retraso mental (BorthwickDuffy, 1993; Jacobson, 1993; MacMillan, Gresham & Siperstein, 1993, 1995; Matson, 1995; Vig & Jewdrysek, 1996). Y en la medida de lo posible los planteamientos deben basarse

en los avances que la investigación sobre la conducta adaptativa vaya proporcionando (Luckasson, et al., 1996), teniendo esencialmente en cuenta su utilidad para la detección y planificación de los apoyos.

Las habilidades Académicas Funcionales y las de Trabajo se refieren principalmente a contextos complejos en los que el individuo pasa gran parte de su vida, y que requieren un análisis más complejo y amplio que la simple descripción de contenidos. Además, ambas áreas se presentan centradas en las necesidades de la persona adulta, y no hacen referencias al desempeño de las personas en otros momentos evolutivos previos o posteriores a ese momento. En este sentido, la reflexión sobre las áreas debe complementar una cierta visión evolutiva sobre la identificación de necesidades de apoyo en diferentes momentos para la persona. Y además, los contenidos deben centrarse en la toma de decisión que corresponde asumir respecto al individuo en cada momento: como alumno en el sistema educativo primario, como adolescente, como adulto, o como persona de edad. Lo que se plantea es volver a tener en cuenta la concepción evolutiva de los dominios de conducta adaptativa (Gresham, MacMillan y Siperstein, 1995) que las anteriores definiciones si tuvieron en cuenta.

El área de habilidades Académicas no debe restringirse solamente a aquellas habilidades que son funcionales. La mayor parte de las personas diagnosticadas como retrasados mentales pueden y deben acometer aprendizajes de habilidades académicas al igual que sus compañeros durante una parte importante de su educación primaria y

secundaria. Y en este sentido lo que debe primar es la evaluación centrada en el currículo de la escuela a la que asiste. Y no siempre las habilidades académicas que se aprenden en la escuela deben ser funcionales para la vida. En ocasiones, por ejemplo, su importancia, va relacionada con el aprendizaje de otras habilidades posteriores. Aunque, es cierto que según va creciendo la persona, las habilidades académicas van interesando más desde el punto de vista de la utilidad inmediata de lo que se aprende. Por tanto, las habilidades académicas son de gran importancia, primordiales, en el contexto educativo primario y secundario, y de mayor importancia para personas cuyas necesidades de apoyo no son tan generalizadas, y se puede planificar la superación continua de sus aprendizajes académicos. Esas habilidades deben tender a ser solamente funcionales según la persona va creciendo y acercándose al mundo del empleo y vida en la comunidad. Y esto ocurre mucho antes en quienes tienen necesidades de apoyo generalizado o con mayores grados de intensidad.

Las habilidades de Autodirección (o Autorregulación) no parecen responder a un dominio curricular como las otras áreas propuestas. La necesidad de cambiar el aprendizaje y comportamiento pasivo de las personas con retraso mental hacia objetivos que les permitan tomar decisiones, elegir entre alternativas, y asumir responsabilidades sobre lo que acontece diariamente en sus vidas, significa un cambio radical frente a la tendencia sobreprotectora habitual en la que se toman todas las decisiones por el otro y se le relega a un desempeño infantil. La

revisión de este área, y sus relaciones con el concepto de autodeterminación, es de gran alcance y merece reflexión de manera que las conclusiones puedan ser aplicadas sobre todos los ámbitos de la vida del individuo, y por tanto sobre todas las áreas de habilidades de adaptación, así como sobre las otras dimensiones del sistema propuesto. La evaluación de estos contenidos es capital para valorar el autogobierno y grado de independencia de la persona, por lo que se debe evaluar específicamente en todas las áreas de adaptación. Y la planificación de los apoyos también debe referirse a todas las áreas y dimensiones.

Las áreas de Salud y Seguridad pueden desaparecer porque las habilidades a que se hace referencia en ese dominio forman parte en realidad de muchas otras áreas curriculares (Vida en el hogar, Habilidades sociales, Utilización de la comunidad, y otras) y de la dimensión III sobre Consideraciones Físicas, de Salud y Etiológicas". La conceptualización de la III dimensión debe extender su significado para incluir todo el ámbito de la salud de las personas, más allá de la actual limitación a los trastornos o diagnósticos de enfermedad. La evaluación de las necesidades de apoyo en el ámbito de la salud de las personas con retraso mental debe especificarse con claridad en cada individuo y en cada momento evolutivo, y no referirse exclusivamente al diagnóstico patológico médico. Las habilidades de salud quedarían así incluidas principalmente en la tercera dimensión que aportaría información de mayor utilidad para su uso por personas no médicas, extractando implicaciones para

la programación y desarrollo de actividades en este área y en otras dimensiones por parte de los profesionales.

Las habilidades de Seguridad en cambio correspondería distribuir las por las diferentes áreas de habilidades de adaptación (Trabajo, Habilidades sociales, Utilización de la comunidad, Cuidado personal y Vida en el hogar), especificando allí sus contenidos relacionados con los del área curricular concreta. De esta manera se logrará una mejor especificación de esos contenidos de seguridad a evaluar y de los apoyos a planificar. Al igual que en otras áreas los contenidos van a depender de la etapa evolutiva, del contexto en el que se encuentra la persona, de la intensidad de niveles de apoyo general que necesita, y de las características de la comunidad a la que pertenece.

Las Consideraciones Psicológicas y Emocionales de la II dimensión reflejan una perspectiva excesivamente psicopatologizadora en la cual se destaca únicamente los problemas de comportamiento y la posible psicopatología de los individuos. La revisión de esta dimensión debe plantear una extensión de su finalidad hacia la comprensión del bienestar emocional y psicológico de las personas, porque esta dimensión se debe dirigir a describir el funcionamiento psicológico y la conducta, evaluando las necesidades de apoyo de la persona. Y esas necesidades no existen solamente cuando hay un problema identificado de salud mental. Los familiares, los profesionales y las organizaciones deben preocuparse por conocer el grado de bienestar emocional de las personas con retraso mental

para generar los apoyos que potencien ese bienestar. La identificación de las características particulares del funcionamiento emocional de cada persona ayuda a tomar decisiones sobre su vida en muchas ocasiones. Este área requiere de una profundización en el conocimiento de ese bienestar emocional y como contribuir a desarrollarlo.

En los años setenta los avances de la Modificación de Conducta permitieron afrontar e intervenir sobre los graves problemas de comportamiento de muchas personas con retraso mental. Por aquellos años, algunos de los individuos con retraso mental eran marginados en hospitales psiquiátricos y se planteaba su "incurabilidad" o "ineducabilidad", por lo que se rechazaba su posible tratamiento o educación. Sin embargo, la tecnología conductual permitió superar con éxito muchos de los problemas que impedían la incorporación a la comunidad de esas personas. Esta primera fase se centró en eliminar o reducir significativamente los problemas más graves de comportamiento de las personas con retraso mental. Durante los años ochenta se amplía la comprensión de los problemas de comportamiento hacia otros ámbitos de la salud mental: depresión, ansiedad, esquizofrenia, y otros. Y esta segunda etapa es la que se refleja en la novena edición de la definición de la AAMR. En este sentido se plantea la segunda dimensión que pretende analizar la conducta inadaptada, separada de las habilidades de adaptación que se analizan en la primera dimensión desde una perspectiva de aprendizaje y desarrollo curricular. Hoy, nos corresponde iniciar una tercera fase que supere la actual concepción

que está excesivamente centrada en lo psicopatológico y en lo anormal. El reto consiste en redefinir la segunda dimensión en términos del bienestar psicológico y emocional.

Desbrozar el camino que nos lleve a una nueva comprensión de esta dimensión psicológico-emocional es un reto para los años venideros. Las investigaciones procedentes de la psicología clínica cognitiva y comportamental en los años noventa pueden servir como punto de partida. Asimismo, el conocimiento de la dimensión de bienestar emocional en los enfoques sobre calidad de vida (Schalock, 1996, 1997) puede ser una buena ayuda para avanzar. Junto a ello, la extraordinaria difusión que están teniendo diferentes "best-sellers" sobre inteligencia emocional (término confuso científicamente, pero excelente para el marketing de los libros tal como se puede comprobar) en la segunda mitad de los noventa nos hace pensar que la sensibilidad para avanzar en esta dirección es muy alta, y que no se debe posponer el abordarla en las personas con retraso mental.

EL CAMBIO DE PARADIGMA: LOS APOYOS

La definición de 1992 opta por un modelo de trabajo centrado en los apoyos que necesita la persona con retraso mental, y plantea unos cambios de importancia en el modo de entender las actividades, programas y servicios. Pero uno de los problemas encontrados en su difusión y aplicación es que algunas personas solamente se centran en el esquema de evaluación e intervención propuesto como elemento de avance de sus prácticas pero no cuestio-

nan el modelo institucionalizado o segregado de actuación.

Las implicaciones organizacionales del sistema propuesto merecen un análisis más detallado y unas orientaciones que faciliten el camino a seguir en ese proceso. El cambio de paradigma del sistema de 1992 debe romper inercias profesionales e institucionales muy cimentadas en años anteriores de trabajo. Y todavía existen muchos modos de actuar tradicionales en las organizaciones, en los profesionales y en las familias, siendo lo más fácil aceptar solamente los cambios que no cuestionen el modo global de atención. Nuestra tarea es avanzar en facilitar ese cambio general, pues eso es precisamente el cambio de paradigma que se propone. Las dimensiones y las áreas de habilidades de adaptación pueden variar, y de hecho lo harán, hacia una mayor precisión según nuestra experiencia vaya acumulándose y la investigación vaya avanzando, pero el cambio real, el indicador real de ese cambio, vendrá identificado por asumir el paradigma de apoyos. ■

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: Author.

Borthwick-Duffy, S. (1993). [Review of *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports* (9th ed.)]. *American Journal of Mental Retardation*, 98, 541-544.

Blashfield, R.K. (1984). *The classification of psychopathology. Neokraepelinian and quantitative approaches*. Nueva York: Plenum.

Blashfield, R.K. y Draguns, J.G. (1976). Evaluative criteria for psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 140-150.

Dickie, R.F. (1982). Still crazy after all those years: Another look at the question of labelling and non-categorical conceptions of exceptional children. *Education and Treatment of Children*, 5, 355-363.

Ford, A., Schnorr, R., Meyer, L., Davern, L., Black, J. & Dempsey, P. (1989). *The Syracuse community-referenced curriculum guide*. Baltimore: Brookes.

Gallagher, J.J. (1976). The sacred and profane use of labelling. *Mental Retardation*, 14, 2-3.

Gresham, F.M., MacMillan, D.L. & Siperstein, G.N. (1995). Critical analysis of the 1992 AAMIR definition: Implications for school psychology. *School Psychology Quarterly*, 10, 1-19.

Hersen, M. (1988). Behavioural assessment and psychiatric diagnosis. *Behavioural Assessment*, 10, 107-121.

Hobbs, N. (1975). *The futures of children*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

Jacobson, J.W. (1993). [Review of *Mental retardation: Definition,*

classification and systems of supports (9th ed.)]. *American Journal of Mental Retardation*, 98, 539-541.

Jacobson, J.W. & Mulick, J.A. (Eds.) (1996). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC: American Psychological Association.

Langone, J. (1990). *Teaching students with mild and moderate learning problems*. Boston: Allyn and Bacon.

Luckasson, R., Coulte, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. y Stark, J.A. (1997). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyos*. (Traducción de M.A. Verdugo y C. Jenaro). Madrid: Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1992)

Luckasson, R., Schalock, R., Snell, M.E. & Spitalnik, D.M. (1996). The 1992 AAMIR definition and preschool children: Response from the committee on terminology and classification. *American Journal of Mental Retardation*, 101, 247-253.

MacMillan, D.L. (1982). *Mental retardation in school and society*. Boston: Little, Brown.

MacMillan, D.L., Gresham, F.M. & Siperstein, G.N. (1993). Conceptual and psychometric concerns about the 1992 AAMR definition of mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 98, 325-335.

MacMillan, D.L., Gresham, F.M. & Siperstein, G.N. (1995). Heightened concerns over the 1992 AAMR definition: Advocacy versus precision. *American Journal of Mental Retardation*, 100, 87-97.

MacMillan, D.L., Siperstein, G.N. & Gresham, F.M. (1996). A challenge to the viability of mild mental retardation as a diagnostic category. *Exceptional Children*, 62, 365-371.

Matson, J.L. (1995). Comments on Gresham, MacMillan & Siperstein's

paper "Critical analysis of the 1992 AAMIR definition: Implications for school psychology". *School Psychology Quarterly*, 10, 20-23.

Merriam-Webster's new collegiate dictionary (1976). Springfield, Ma: Merriam-Webster.

Meyen, E. (1988). A commentary on special education. En E. Meyen y T. Skrtic (Eds.), *Exceptional children and youth* (3rd ed., pp. 348). Denver: Love Publishing,

Meyers, C., MacMillan, D. y Yoshida, R. (1978). Validity of psychologists identification of EMIR students in the perspective of the California decertification experience. *Journal of school Psychology*, 16, 3-15.

Mezzich, J.E. (1984) Diagnosis and classification. S.M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis*. Nueva York: Wiley.

Morey, L.C., Skinner, H.A., y Blashfield, R.K. (1986) Trends in the classification of abnormal behaviour. En A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, y H.E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioural assessment*. Nueva York: Wiley.

Nelson, R.O. y Hayes, S.C. (1986) The nature of behavioural assessment. En R.O. Nelson y S.C. Hayes (Eds.), *Conceptual Foundations of Behavioural Assessment*. Nueva York: Guilford Press.

Roger, R. (1982). The problem with good intentions. *Education and Treatment of Children*, 5, 365-368.

Schalock, R. (1996). Reconsidering the conceptualisation and measurement of quality of life. In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Vol 1. Conceptualisation and measurement* (pp.123-139). Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R.L. (1997). Can the concept of quality of life make a difference?. In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Vol. II. Application to persons with*

disabilities. Ipp. 245-267). Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Smith, R.M. y Neisworth, J.T. (1975). *The exceptional child. A functional approach*. Nueva York: MacGraw-Hill.

Vázquez, C. (1990) Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en psicopatología. En F. Fuente-nebro y C. Vázquez (1990), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. (Vol. 11). Madrid: McGraw-Hill

Verdugo, M.A. (1989a). La integración, personal, social y vocacional de los deficientes psíquicos adolescentes. *Elaboración y aplicación experimental de un programa conductual*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, C.I.D.E.

Verdugo, M.A. (1989b). *Programas Conductuales Alternativos: 1. Habilidades Sociales*. Madrid: MEPSA.

Verdugo, M.A. (1994a). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25(3), 5-24.

Verdugo, M.A. (1994b). *Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Verdugo, M. A. (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo Veintiuno

Verdugo, M.A. (1996). *Programas Conductuales Alternativos: 1. Habilidades de Orientación al Trabajo*. Salamanca: AMARILI.

Verdugo, M.A. (1997). *Programa de Habilidades Sociales (PH5). Programas Conductuales Alternativas*. Salamanca: AMARU

Vig, S. & Jedrysek, E. (1996). Application of the 1992 AAMIR definition: Issues for preschool children. *American Journal of Mental Retardation*, 101, 244-246.