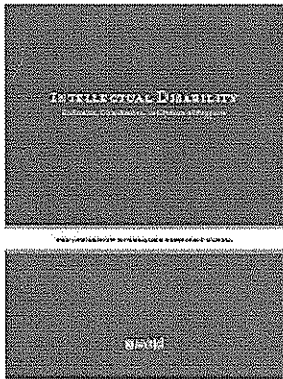
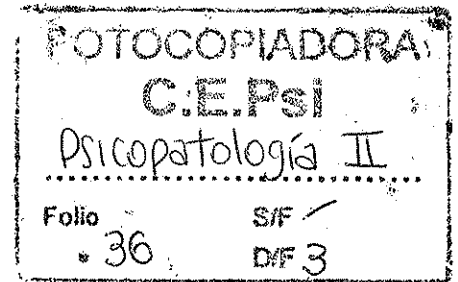


Psicopatología II (2010). Clase Resumen sobre la AAIDD y el nuevo manual:
11ª edición, del 2010



American Association
on Intellectual and
Developmental Disabilities



Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports

Authors: Robert L. Schalock, PhD; Sharon A. Borthwick-Duffy PhD; Valerie J. Bradley; Wil H.E. Buntinx; David L. Coulter, M.D.; Ellis M. (Pat) Craig, PhD; Sharon C. Gomez; Yves Lachapelle, PhD; Ruth Luckasson, J.D.; Alya Reeve, M.D.; Karrie A. Shogren, PhD; Martha E. Snell, PhD; Scott Spret, Ed.D.; Marc J. Tassé, PhD; James R. Thompson, PhD; Miguel A. Verdugo-Alonso, PhD; Michael L. Wehmeyer, PhD; and Mark H. Yeager, PhD

Edition: Eleventh

Year: 2010

ISBN: 978-1-935304-04-3

La AAIDD publica en el 2010, la 11ª edición del manual, ***Intellectual Disability: Definition, Classification and Systems of Supports*** escrito por un comité de 18 expertos, 3 de los cuales son expertos internacionales extranjeros, aun no traducida al castellano.

La organización había iniciado las publicaciones de manuales en 1921, siendo el último el del 2010, al que haremos referencia,

A partir del análisis de los mismos podríamos establecer la evolución y progresión de los conceptos y prácticas. Se piensa que estos avances no solo resultan importantes para los EUA, sino para la comunidad internacional.

Así es que el último manual contiene la información más actualizada y autorizada de los conocimientos, en función de una perspectiva ecológica multidimensional y de un enfoque etiológico multifactorial, incluyendo las mejores guías sobre **prácticas**, sobre **diagnóstico y clasificación** de la Discapacidad Intelectual (DI); desarrolla a su vez un **sistema de apoyos** para las personas, que resultará pertinente, en parte, resumir aquí.

Para incorporar los nuevos cambios se apoya en más de 7 años de trabajo y de discusión, esto es en:

- 1- la síntesis de los conocimientos actuales y de las mejores prácticas en relación a la DI
- 2- las numerosas revisiones críticas realizados a la 9ª y 10ª versión (1992 y 2002)
- 3- los varios artículos publicados (on line) por el comité en relación a la DI,

Shalock (2009) dice "nos hemos movido de la defectología hacia una concepción ecológica o socio ecológica, en la cual consideramos la relación del individuo con su contexto, entendiendo que no sólo es la persona sino también el medio ambiente, tienen un gran impacto sobre nuestra conducta "

De la idiocia y la debilidad mental, a la discapacidad intelectual

Esta es la primera versión oficial del manual de la AAIDD en la que se introduce la terminología **Discapacidad Intelectual**, en reemplazo de retardo mental (mental retardation). Es adoptado ya que resulta:

- a) menos ofensivo para las personas con DI;**
- b) es más consistente con la terminología internacional**

Con el término DI se cubre la misma población de individuos que fueron diagnosticados previamente con el de retraso mental en número, clase, nivel, tipo y duración, así también para las necesidades de las personas, con esta discapacidad, de servicios y apoyos individuales

Los cambios de terminología se dieron, históricamente, no sólo para designar la condición que actualmente se llama DI, sino también en el nombre de la organización

- 1876 -Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles mentales de EEUU", creada el 6 junio de 1876.
- 1907 Asociación de los Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales
- 1933 Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD)
- 1987 Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR)
- 2007 Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD)

Definición (AAIDD, 2010, 11ª edición)

La Discapacidad intelectual está caracterizada por significativas limitaciones tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa expresada en términos de habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años

Significativas limitaciones en el Funcionamiento intelectual (FI): constituye un criterio para el diagnóstico de DI; se establece a partir de haber administrado, individualmente, un instrumento psicológico para medir el funcionamiento intelectual (FI) y obtenido el indicador CI, el que se ubica a dos desvíos estándares por debajo de la media; se considera también el error de medida del instrumento específico usado, así como sus fortalezas y limitaciones. El término error estándar de medida puede variar por test, subgrupos, edad del grupo, así es que se manifiesta por las variaciones en el rendimiento en el test, debido a la conducta del examinador, a la cooperación en la administración del test, y a otros factores personales y medioambientales.

El cambio introducido en el manual anterior del 2002, se sostiene y enfatiza en la 11th edición (Schalock et al., 2010) con respecto a la evaluación de la conducta adaptativa (CA). Schalock (2009) dice que para el diagnóstico de la DI, las significativas limitaciones en la CA se deben establecer usando una medida estandarizada en la población general.

Limitaciones significativas en la CA: como criterio para el diagnóstico de DI es un rendimiento que cae aproximadamente a dos desvíos estándares por debajo de la media en cada a) uno de los siguientes tres tipos de CA: conceptual, social y práctica o b) rendimiento con una medida estandarizada de las habilidades conceptuales, sociales, prácticas. Como con el criterio de FI, el error de medida del instrumento debe ser considerado, cuando se interpreta el rendimiento individual obtenido.

La Edad de comienzo: esta discapacidad se fija antes de 18 años. El diagnóstico de DI puede hacerse antes de los 18 años, dado que deficiencias significativas en el funcionamiento intelectual y en la CA pueden estar presentes tempranamente

Pero una definición es solo una definición, no es un fin en si mismo es necesario incorporar los **supuestos o premisas** ya que constituyen una parte de la misma, aportan claridad al contexto en la que surge e indican cómo debe ser aplicada, sin los cuales no puede darse.

Ellos son

1. **Las limitaciones en el funcionamiento actual deben considerarse en el contexto de 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 mismo individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.**
4. **Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios (parte clave del proceso diagnóstico).**
5. **Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará (destaca la necesidad de considerar el sujeto en su totalidad no solo en sus limitaciones, el hecho de personalizar apoyos apunta a promover el desarrollo del funcionamiento humano)**

AAIDD Definiciones anteriores que ilustran la progresión conceptual

- **AAMD 1961 (Heber): "Retardo mental (RM) refiere a un funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el proceso del desarrollo y está asociado a trastornos en la CA"**
- **AAMR 1973/1983 (Grossman): "RM refiere a un significativo funcionamiento intelectual inferior a la media que se da concurrentemente con deficiencias en la CA y que se manifiesta durante el periodo del desarrollo"**
- **AAMR 1992 (Luckasson y otros) "El RM hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual **significativamente** inferior a la media, junto con **limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas:** comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El RM se manifiesta **antes de los dieciocho años**".**
- **AAMR/ AAIDD, 2002 (Luckasson y otros) "El RM 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"**.

Una **aproximación multifactorial sobre la etiología** de la DI. se presenta en 11ª edición del manual. En ésta se focalizan los **tipos de factores de riesgo** (biomédico, social, conductual, y educacional) y en **los tiempos en los que actúan** (prenatal, perinatal, postnatal). Se informa también que actualmente, aproximadamente entre el 40 y 50 % de las causas de la DI, no han sido identificadas.

¿Cuándo hablamos de DI lo usamos como sinónimo de discapacidad del desarrollo (DD)?

No exactamente, la DI no es idéntica a la discapacidad del desarrollo (DD). Este último es un término paraguas que incluye la DI pero también la discapacidad física; algunas pueden ser estrictamente físicas: tal como la ceguera desde el nacimiento. Otras DD, como el autismo, puede asociarse a la DI, aunque no siempre. Ciertos sujetos pueden presentar tanto discapacidades físicas como intelectuales derivados de condiciones genéticas o de otros determinantes biológicos (síndrome de Down, síndrome alcohólico fetal, síndrome del brazo frágil del Cromosoma X). A veces la DI puede originarse por el peso de determinantes no biológicos, tales como el nivel de estimulación y educación familiar, la responsividad de los adultos para promover el desarrollo del niño y las habilidades adaptativas (psico, culturales-sociales).

El sistema de la AAIDD y otros sistemas que definen y clasifican la DI

En relación a la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) a través del DMIV-TR, 2000, y la OMS con sus principales sistemas nosológicos, esto es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992) podemos decir que según el

* **DSM-IV TR (2000)** "La característica esencial del RM es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (criterio A) que se acompaña de significativas limitaciones de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo (criterio B) su inicio deba ser anterior a los 18 años (criterio C)"

Nota estos tres criterios son los mismos que los sostenidos por AAMR en 1992; Un trabajo conjunto se ha iniciado con AAP para la elaboración del DSM-V que se espera finalizar en el 2012.

* **CIF (2001):** Sistema nosológico elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como parte de un continuo esfuerzo para mejorar y precisar conceptos, se focalizó en primer lugar en el diagnóstico, destacando el funcionamiento. Describe ampliamente cómo un trastorno o una enfermedad afecta las actividades individuales y la participación en las rutinas diarias. Tanto el sistema de la AAIDD como la CIF focalizan en el funcionamiento humano. En la CIF los dominios de las funciones corporales (deficiencia en el funcionamiento intelectual), las actividades y la participación (limitaciones en la adaptativa conducta) se compatibilizan con la definición operacional de la DI de la AAIDD. Ambos sistemas tienen en común una aproximación que evalúa a la persona como un todo, incluyendo el contexto en el que vive, con las capacidades, expectativas y sistema de apoyo del Medio Ambiente. La mayor diferencia reside en que la CIF refiere a un modelo general de la discapacidad mientras que el sistema de la AAIDD es específico para la DI.

* **CIE-10 (1992).** Este sistema nosológico elaborado por la OMS, contiene más de 155,000 códigos para su aplicación y para el diagnóstico. Describe el RM como una condición de detención o incompletad del desarrollo mental, caracterizado principalmente

por deficiencias de las habilidades que contribuyen el nivel general de la inteligencia tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motoras y sociales. RM puede acompañarse o no de cualquier otro trastorno somático o mental. El grado de RM debe ser confiablemente estimado a partir del uso de instrumentos estandarizados, diseñados para la medición de la inteligencia, aplicados individualmente. Puede suplementarse con el uso de escalas de adaptación social en un medio ambiente dado“.

Conceptos claves en el sistema de la AAIDD

El constructo **discapacidad intelectual** pertenece al constructo general de discapacidad; se focaliza sobre la expresión de las limitaciones en el funcionamiento del individuo en un contexto social, las que constituyen significativas desventajas. Tiene su génesis en factores orgánicos y /o psicosociales. Estos producen limitaciones funcionales que se reflejan en discapacidades y restricciones tanto en el funcionamiento personal como en la ejecución de tareas y en el desempeño de roles en un contexto dado.

¿Qué es la inteligencia?

Inteligencia es una habilidad mental general incluye razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje rápido y de la experiencia

¿Qué es la conducta adaptativa (CA)?

La CA es un conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas, ejecutadas por las personas en su vida cotidiana.

Habilidades de la conducta adaptativa

Conceptuales: Lenguaje (receptivo y expresivo), Lectura y Escritura, Conceptos numéricos, relacionados con dinero, con el tiempo

Sociales: Habilidades Interpersonales, Responsabilidad, Autoestima, Credulidad (probabilidad de ser engañado o manipulado), Ingenuidad (ser precavido), Seguir las reglas, Obedecer las leyes, Evitar la victimización. Resolver problemas sociales

Prácticas: Actividades de la vida diaria (cuidado personal), habilidades ocupacionales, uso del dinero, cuidado de la salud, uso de trasportes, manejo de esquemas/ rutinas, uso del teléfono,...

¿Qué son los apoyos?

El constructo necesidad de apoyos se basa en la premisa o supuesto que el Funcionamiento humano está influenciado por el grado de congruencia entre la capacidad individual y el medioambiente en el que el sujeto funciona

La necesidad de apoyos es un constructo psicológico que hace referencia al tipo e intensidad de apoyos, que una persona necesita para participar en actividades vinculadas con un funcionamiento humano normatizado

Son recursos y estrategias de diferente tipo, función e intensidad. Buscan promover el desarrollo, educación, intereses, bienestar personal y funcionamiento individual. Los Servicios son apoyos brindados por profesionales y agencias.

Su importancia reside:

- A- En la necesidad de de crear apoyos ya que en las personas con discapacidad intelectual, a partir de sus experiencias, se ponen de manifiesto desajusten entre su competencias personales y las demandas de su medio ambiente,

- B- En que el planeamiento anticipado y la implementación de apoyos individualizados, reduce los desajustes y conduce al desarrollo personal que puede llevar a mas independencia personal, a mejores relaciones interpersonales, a incrementar las oportunidades de contribuir en la sociedad, a la participación en los lugares y actividades tales la escuela y la comunidad, a un crecimiento en las experiencias de bienestar y satisfacción personal.

La mejor forma de precisarlos es a través de pruebas estandarizadas tales como Supports Intensity Scale (Thompson et al., 2004). (www.siswebsite.org).

En la 11ª edición se propone un **sistema de apoyos** basado en los siguientes 7 elementos, de los que se hace referencia en la literatura sobre tecnología en la competencia humana

- Sistemas organizacionales tales como políticas públicas y estándares
- Incentivos tales como desarrollar un contrato con la persona
- Ayudas cognoscitivas como recordatorios o advertencias verbales
- Herramientas como sistemas de comunicación aumentativos
- Ambiente físico modificado para acomodar a la persona con deficiencias sensoriales, motoras, en sus habilidades cognitivas
- Habilidades conocimientos que se obtiene de la instrucción sistemática
- Capacidad inherente se utiliza como fortalezas con que contar

El concepto de apoyos fue introducido por 1ª vez en el manual de la AAMR, 1992 (9ª edición) y fue ampliado en el del 2002, (10ª edición). Se paso **de un concepto a un modelo** para evaluar, planear y ejecutarlos.

En el 2010, AAIDD (11ª edición), se presenta un sistema de apoyos que involucra organizaciones, incentivos, apoyos cognitivos, herramientas, medio ambiente físico, habilidades / conocimientos y habilidades inherentes,

Algunos cambios, se pasa de

- Un modelo general de servicios a un modelo detallado
- Desarrollo de técnicas de manejo de la conducta focalizada en persona
- Expansión de las nociones de autodeterminación y auto dirección
- Evolución del planeamiento centrado en la persona en el marco del modelo aceptado.
- Emergencia de las voces de auto determinación con sus nuevas nociones de individualidad (personhood) y el rechazo de modelos de servicios (formulaic service models).
- Rechazo de la idea de inmutabilidad de la discapacidad
- Desarrollo de terapias y tecnología que hagan posible la intervención individualizada
- Desarrollo del movimiento de apoyos familiares
- Incremento en la comprensión de la naturaleza multifactorial de la DI

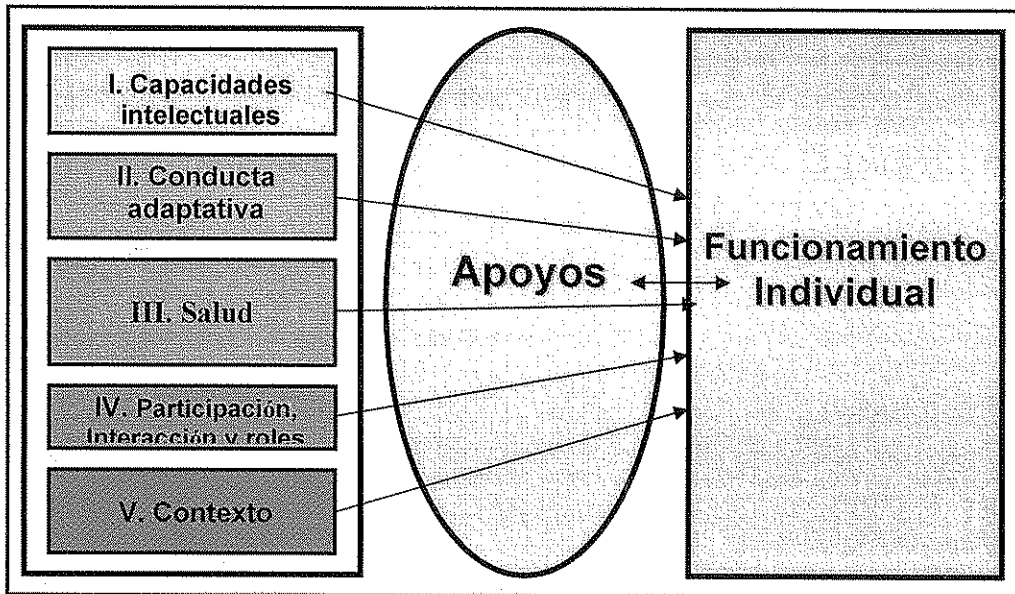
Juicio clínico

La 11 edición amplia el capitulo que trata el tema del juicio clínico, al que considera como un componente clave de la responsabilidad profesional en el campo de la DI, según las mejores prácticas, los estándares profesionales y la ética del profesional

Difiere de juicios ético o profesional que se basan en códigos o estándares profesionales. Busca ampliar la claridad, validez y precisión de las recomendaciones en los casos particulares.

El juicio clínico es un tipo especial de juicio basado en un alto nivel de experticia y experiencia; emerge directamente de amplios antecedentes. Está basado en el entrenamiento, las experiencias, y los específicos conocimientos de las personas y su medio ambiente. A su vez el uso de estrategias (propone cuatro) para el juicio clínico ayuda a una mayor transparencia y comprensión lógica en función de las decisiones y recomendaciones

Multidimensional modelo del funcionamiento humano 2010



Consistente con la versión 2002, en la 2010 se ofrece un multidimensional modelo del funcionamiento humano con 5 dimensiones: funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, salud, participación y contexto, apoyos individualizados

Bibliografía

- American Association on Mental Retardation (2002). *Retraso mental. Definición, Clasificación y Sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza. 10ª edición castellana, 2004.
- AAIDD 2009 Frequently Asked Questions on the AAIDD 11th edition of *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* The AAIDD Terminology & Classification Comité. Obtenido de www.aaid.org
- AAIDD (2009) Entrevistas a Ruth Luckasson, Bob Shalock y Martha Snell; sobre la 11ª edición del manual On line www.aaid.org