



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Evaluación psicopatológica de la deficiencia mental en la infancia: una revisión de los nuevos procedimientos e instrumentos

Costas Moragas (1), E. Doménech Llaberia (2), A. Polaino-Lorente (3)

(1) Profesora de Psicodiagnóstico Infantil de la Universitat Autònoma de Barcelona.

(2) Catedrática de Psicopatología de la Universitat Autònoma de Barcelona.

(3) Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

Tal como define el DSM III-R, la deficiencia mental es un trastorno del desarrollo caracterizado por un rendimiento intelectual global inferior al normal acompañado de importantes déficits o alteraciones en la conducta adaptativa.

La necesidad de encontrar nuevas estrategias de intervención, tanto para la educación como para el entrenamiento de los niños deficientes mentales, ha llevado consigo la creación de técnicas de evaluación psicopatológica que, en los últimos años, se han multiplicado. El principal objetivo de esta colaboración es ofrecer una selección de aquellos procedimientos e instrumentos, considerados actualmente los más adecuados para la evaluación de diferentes funciones del niño deficiente mental, así como poner de relieve tanto sus ventajas como sus limitaciones.

Palabras clave

Deficiencia mental, evaluación psicopatológica, instrumentos de evaluación psicopatológica.

PSYCHOPATHOLOGICAL ASSESSMENT OF MENTAL DEFICIENCY: A REVIEW OF THE NEW PROCEDURES AND INSTRUMENTS

Summary

As it defines DSM III-R, the mental deficiency is a developmental disorder characterized by a significantly subaverage general intellectual functioning, accompanied by significant deficits or impairments in adaptive functioning.

The emphasis on explicit intervention, whether for educational or training purposes, has brought the need for usable and technically acceptable assessment instruments. In recent

years, a plethora of tests and assessment instruments are created. This article sets out to meet a general aim, that is, to offer a selection of techniques to assess several functions in mentally handicapped children, and to discuss its advantages and limitations.

Key words

Mental deficiency, psychopathological assessment, assessment tools in psychopathology.

ACTA PEDIATR. ESP. 46 (7): 425-439.

Introducción

Una de las definiciones de deficiencia mental más comúnmente aceptadas en la actualidad, es la formulada por Grossman en 1973, que contempla las tres dimensiones siguientes: 1) funcionamiento intelectual por debajo del término medio; 2) déficits en la conducta adaptativa, y 3) manifestación durante el período de desarrollo.

La Asociación Americana para la Deficiencia Mental (AAMD) pronto hizo suya la definición de Grossman. Desde entonces el concepto de deficiencia mental basado únicamente en la presencia de un déficit intelectual resulta insuficiente.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Alteraciones Mentales (DSM III-R, American Psychiatric Association, 1987), la deficiencia mental se caracteriza por un rendimiento intelectual global inferior al normal, acompañado de importantes déficits o alteraciones en la conducta adaptativa y detectable antes de los 18 años.

Otro criterio que ha variado es el basado en el C.I., que cuando un individuo puntuaba por debajo de cierto nivel automáticamente entraba a formar parte del grupo de sujetos diagnosticados como deficientes mentales. Para estos fines diagnósticos la puntuación estimada en el C.I. era en 1959 de 84. Actualmente esta puntuación criterio está en 70. Este descenso del *cut-off* o punto de corte criterial para el diagnóstico de los deficientes ha suscitado un importante cambio en la incidencia de la deficiencia, según los criterios de la AAMD y del DSM. A partir de aquí, los grados de severidad establecidos por el DSM III, en su reciente forma revisada, son los siguientes:

Grados de severidad C.I.

Leve o ligero	De 50-55 hasta aprox. 70
Moderado	De 35-40 hasta 50-55
Severo	De 20-25 hasta 35-40
Profundo	Inferior a 20 ó 25

(DSM III-R, American Psychiatric Association, 1987, pág. 32.)

En los últimos 15 años una serie de cambios sociales han modificado este problema. En la mayoría de los Estados, tanto europeos como americanos, el de-

ficiente mental ha pasado a depender del área educativa en lugar de la sanitaria. Este hecho es un claro exponente del cambio de mentalidad que se ha producido, puesto que se considera al deficiente como un individuo con unos especiales derechos —el derecho a ser educado— en lugar de como un enfermo, para el que la hospitalización era, en muchas ocasiones, el único recurso.

De aquí el reciente interés por las intervenciones específicas con fines educativos en estas personas.

En consecuencia, se han multiplicado las técnicas de evaluación, creándose instrumentos que contribuyen a identificar y definir los déficits ya sea de las distintas funciones (memoria, atención, motricidad, etc.), o de las competencias sociales (uso del transporte público, habilidad para establecer relaciones sociales, etc.). El objetivo principal de las nuevas estrategias de evaluación del deficiente se ordena a poder ofrecer unas pautas de intervención educativa que sean eficaces para optimizar los principales

TABLA 1. TESTS NORMATIVOS: ESCALAS DE DESAR

Ficha técnica	Estructura	Edad	Cualidades psicométricas
BAYLEY, N. Escala Bayley de Desarrollo Infantil. Traducción española: TEA, Madrid, 1977.	Escala de desarrollo estructurada en niveles de edad. Consta de las sub-escalas: — Mental — Psicomotricidad y de un Registro del comportamiento del niño.	1-30 meses.	Normalizada en Estados Unidos (muestra de 1.262 niños). <i>Fiabilidad</i> (Método dos mitades): 0,81 a 0,93 en E. Mental, y 0,68 a 0,81 en E. Psicomotriz. Porcent. de coincidencia entre ex: 89,4 y 93,4. Test-retest: 76,4 y 75,3 en E. M. y Ps.
BRUNET, O., y LEZINE, I. Traducción española: El Desarrollo psicológico de la Primera Infancia. Visor Libros, Madrid, 1985. Material: MEPSA, Madrid, 1978.	Escala de desarrollo estructurada en niveles de edad. Los ítems se agrupan en 4 sectores o áreas de desarrollo: — Control postural, o motricidad global. — Coordinación óculo-motriz. — Lenguaje. — Relaciones socio-personales.	1-30 meses.	Normalizada en población francesa (1.500 niños). La adscripción de ítems a un nivel se realiza en función índice de dificultad (46-78 %).
FRANKENBURG, W. K. ; DODDS, J. B.; FANDAL, A. W.; KAZUK, E., y COHRS, M. Denver Developmental Screening Test (DDST). University of Colorado Medical Center, Denver, Colorado, 1975.	Test para la detección de posibles problemas del desarrollo. Los ítems se agrupan en 4 sectores: — Control postural. — Lenguaje. — Motricidad fina. — Personal-social. El resultado es interpretado únicamente como NORMAL, DUDOSO, ANORMAL o NO VALORABLE.	0-6 años.	Normalizada en Denver, Colorado (muestra de 1.036 niños, de 2 semanas a 6,4 años de edad). <i>Fiabilidad</i> : Test-retest: 95,8 % de acuerdo entre dos evaluaciones (20 niños, el intervalo de una semana). Porcent. de acuerdo entre examinadores: 80% (muestra de 1.036 niños). <i>Validez</i> : Se estableció comparando resultados del DDST con el Stanford-Binet y Bayley, en una muestra de 236 niños. Coef. de correlación 0,73 y 0,92 las puntuaciones normales y bajas, respectivamente.
CASATI, I., y LEZINE, I. Les tapes de l'Intelligence Sensorimotrice. Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Paris, 1968.	Escala construida a partir de la teoría de Piaget. Las respuestas del niño se clasifican de acuerdo con los estadios del período sensoriomotor. Todas las pruebas son manipulativas.	6-24 meses.	Los ítems corresponden a las conductas típicas de cada estadio. Normalizada en población francesa (1.000 niños).
UZGIRIS, I. C., y HUNT, J. McV. Ordinal Scales of Psychological Development. University of Illinois Press, Urbana, Chicago, Londres, 1978.	Escala construida a partir de la teoría de Piaget. Las respuestas del niño se clasifican de acuerdo con los estadios del período sensoriomotor. Incluye pruebas manipulativas y verbales.	1-24 meses.	Porcentaje de acuerdo entre dos observadores: 64,3-100, calculado sobre muestras americanas (n: 11 y 84).
SONG, A.; JONES, S.; LIPPERT, J.; METZGEN, K.; MILLER, J.; BORRECA, C. Wisconsin Behavior Rating Scale. Central Wisconsin Center for the Developmentally Disabled, Madison, 1980.	Construida para paliar las deficiencias de otras escalas para retrasados, especialmente en la etapa preescolar. Abarca más áreas que las demás escalas de desarrollo. Consta de 11 sub-escalas.	Aplicable a partir del nacimiento. Es útil para personas de cualquier edad pero con un nivel de desarrollo igual o inferior a 3 años.	<i>Fiabilidad</i> : Porcentaje de acuerdo entre dos observadores: 92-100 para cada ítem (muestras de niños de 0 a 4 años). <i>Validez</i> : Varios estudios de validez concurrente y de constructo arrojan resultados muy satisfactorios (Song et al 1984).

sectores comportamentales de su vida cotidiana, que están alterados o se muestran deficitarios.

Debido al uso y abuso que se ha hecho de muchos instrumentos de evaluación psicológica, en esta colaboración sólo se pretende ofrecer al lector —especialmente a las personas que trabajan en el campo de la deficiencia mental— una orientación acerca de las actuales técnicas de evaluación que hoy se emplean, haciendo hincapié en las áreas que evalúan así como en sus cualidades psicométricas.

En relación con la funcionalidad de estos instrumentos y siguiendo una de las revisiones más actualizadas (Hogg y Raynes, 1987), dividiremos los procedimientos de evaluación en las áreas siguientes:

1. Evaluación del nivel mental.
2. Evaluación del rendimiento.
3. Evaluación de la conducta adaptativa.
4. Evaluación psicopatológica de los trastornos comportamentales.
5. Evaluación del desarrollo físico y sensorial.

Cualidades clínicas	Limitaciones
Los ítems están muy bien seleccionados lo que permite un análisis fiable del desarrollo. El registro del comportamiento del niño da una información muy válida sobre su estilo conductual.	No diferencia lenguaje de coordinación óculo-manual, ni la motricidad global de la fina.
Permite establecer un perfil de desarrollo y un análisis intra-individual de las diferentes áreas evolutivas.	Poco válida para niños mayores de dos años.
Su fácil y rápida aplicación controlada que sea un instrumento muy útil para la detección de posibles alteraciones del desarrollo.	No es utilizable en los procesos de evaluación psicológica o diagnóstico clínico, ya que se trata únicamente de un «screening».
Permite establecer el nivel evolutivo y situar el niño en un estadio de todo sensoriomotor. Información válida acerca de los mecanismos cognitivo-motrices que utiliza el niño.	No ofrece unas puntuaciones tipificadas. Su interpretación exige un conocimiento de la teoría piagetiana.
Idem.	Idem.
Es el instrumento para la evaluación de niños deficientes que cubre mayor número de áreas, tanto cognitivas como comportamentales. Es útil para niños ciegos, sordos y deficientes profundos. Altamente indicado para el diseño de programas de intervención.	Se conocen muy bien las cualidades psicométricas por debajo de los 3 años, pero está mucho menos estudiado a partir de esta edad.

1. Evaluación del nivel mental

Los tests normativos

La principal función de las técnicas basadas en referencias normativas es la de descubrir el peculiar rendimiento de un individuo, respecto de los de su misma edad y grupo social.

Los conceptos de Edad Mental (E.M.) y Cociente Intelectual (C.I.) tienen su origen en las primeras escalas que construyeron Binet y Simon (1905) para la detección temprana de los sujetos retrasados. Estos autores concebían el desarrollo mental como una adquisición de «mecanismos intelectuales básicos», refiriéndose a los procesos psicológicos superiores, tales como la capacidad de juicio, de comprensión y de razonamiento. Las escalas por ellos diseñadas permitían evaluar el desarrollo intelectual de una forma empírica. Se clasificaba al sujeto examinado comparando el número de ítems que había resuelto correctamente con el número promedio de ítems que superaban los sujetos normales de distintas edades cronológicas, cuyas puntuaciones se habían utilizado previamente para estandarizar la prueba.

La E.M., según este método, es la suma de los créditos obtenidos expresada en años y meses. Dadas las limitaciones que tiene esta medida, en las revisiones posteriores de la Escala de Binet (Terman, 1916, y Merrill, 1937) se introdujo una medida relacional: el cociente intelectual (C.I.), coeficiente que resultaba de dividir la E.M. por la edad cronológica (E.C.), multiplicado por 100. Esta nueva medida adolece, no obstante, del mismo problema que la E.M., a saber: que no contempla la variabilidad del desarrollo. Es evidente que la inteligencia no se desarrolla al mismo ritmo durante todo el proceso de crecimiento, sino que estos ritmos son diferentes en los diversos momentos de la evolución del individuo.

Para solucionar este problema Wechsler introdujo el método de los «cocientes de desviación», resultado de la transformación del C.I. en puntuaciones típicas. Las puntuaciones así obtenidas indican cuál es el rendimiento de un sujeto respecto de los individuos de su misma edad. Normalmente tienen una media de 100 y una desviación típica de 15 (escalas de Wechsler) o de 16 (en la última revisión del test de Binet realizada por Terman y Merrill en 1960; versión castellana, Terman, 1982).

Como señala Alonso Tapia (1987), en el momento de interpretar un C.I. hay que tener en cuenta lo siguiente: «El tipo de tareas de que se compone la prue-

ba a partir de la cual ha sido obtenido; la dificultad de los ítems; el grupo o muestra que ha sido utilizado para baremar el test y el tipo de C.I. utilizado —de edad o de desviación—» (pág. 127).

La evaluación de los niños menores de dos o tres años difiere de la de los niños de edades superiores. En la primera infancia, lo más importante es averiguar cómo responde el niño a los diferentes estímulos y cuál es el nivel que alcanza en las distintas áreas del desarrollo: Motricidad global y fina; coordinación visomotriz; conducta social-adaptativa, y lenguaje, tanto receptivo como expresivo. Las escalas de desarrollo y sus puntuaciones, los cocientes de desarrollo (C.D.), permiten hacer una detección precoz del ritmo de evolución del niño en las diferentes áreas descritas, pero en ningún caso una predicción de cuál será su futuro C.I. Un C.D. muy bajo es un signo de alarma, por cuanto que indica un retraso o alteración del desarrollo. Por contra, un C.D. normal no es necesariamente un buen predictor del futuro C.I. del niño

(Madge y Tizard, 1980; Vernon, 1979), ya que en su evolución mental no sólo influye la maduración psicofisiológica sino también las contingencias ambientales.

En las tablas 1 y 2 se reúnen algunas de las escalas de desarrollo y de inteligencia que más frecuentemente se emplean hoy en la evaluación de estos problemas.

Análisis de perfiles

En el momento de interpretar el resultado de una prueba de rendimiento intelectual o de desarrollo, el aspecto más importante a tener en cuenta son las fluctuaciones —o la dispersión— entre los resultados de los diferentes subtests o áreas evaluadas. Obviamente, un C.I. o un C.D. es una nota global, es decir, un resumen o promedio de los subtests o de las notas parciales, por lo que bajo un mismo valor pue-

TABLA 2. TESTS NORMATIVOS: ESCALAS DE INTELIGENCIA

Ficha técnica	Estructura	Edad	Cualidades psicométricas
<p>ESCALAS MCCARTHY DE APTITUDES Y PSICOMOTRICIDAD PARA NIÑOS. Traducción española: TEA, Madrid, 1977.</p>	<p>Escala de inteligencia general (Índice General Cognitivo) y 5 escalas parciales: Verbal, Numérica, Perceptivo-Manipulativa, Memoria y Motricidad. Consta de 18 sub-tests. Incluye una observación del predominio lateral. De aplicación individual.</p>	<p>2,5-8,5 años.</p>	<p>Proporciona un I.G.C.: Es una puntuación típica, no un cociente. Media: 100, D.E. 16. <i>Validez:</i> Coeficiente 0,49 (Metropolitan Achievement Test n = 31). <i>Fiabilidad:</i> Coef. 0,60 a 0,90 (sis: «dos mitades», n. = 1.032,5). <i>Estandarización:</i> Muestra de 1.032 sujetos. Estados Unidos.</p>
<p>TERMAN, L. M., y MERRILL, M. A. Medida de la Inteligencia. Tercera revisión, formas L y M reunidas. Traducción y adaptación española: Espasa-Calpe, S. A., Madrid, 1975.</p>	<p>Pruebas verbales, manipulativas y numéricas, ordenadas en forma escalar. De aplicación individual.</p>	<p>2 años-adultos.</p>	<p>Proporciona un C.I. de desviación, media de 100 y D.E. 16. <i>Validez:</i> No constan datos. Es la misma que la versión 1937 (0,40-0,50). Se seleccionaron las mejores pruebas de formas L y M. <i>Fiabilidad:</i> Media, 0,66; 2,5-5 años, 0,67. <i>Estandarización:</i> Muestra de 4.498 sujetos. Estados Unidos.</p>
<p>W.I.S.C. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños. Adaptación y tipificación castellana: TEA, Madrid, 1974.</p>	<p>Escala de inteligencia Verbal; Manipulativa y Total. Consta de 12 sub-test (6 verbales y 6 manipulativos). De aplicación individual.</p>	<p>5-15 años.</p>	<p>Proporciona puntuaciones típicas derivadas y C.I. de desviación: Verbal, Manipulativa y Total. Media 100 y D.E. 16. <i>Fiabilidad:</i> Coef. para el total de la muestra: 0,93; 0,94; 0,94 (n = 100, n = 100 respectivamente, de 7, 10 años). Estandarizada en población española. Muestra de 1.100 sujetos de 5 a 15 años.</p>
<p>W.I.S.C. Adaptación Catalana de la Escala Verbal. Balaguer, M.; Casas, J., y Martínez, M. C. (Departamento de Psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona). TEA, Madrid, 1986.</p>	<p>Proporciona puntuaciones típicas y cocientes intelectuales en intervalos de seis meses. Con el fin de adecuar algunos aspectos de la prueba a la cultura catalana, se han introducido variaciones respecto de la versión castellana. Consisten en la sustitución de elementos; alteración del orden de los mismos o reducción del número de ítems. El subtest «Comprensión» se ha modificado totalmente.</p>	<p>6-12 años.</p>	<p><i>Fiabilidad:</i> Coeficientes alfa de Spearman entre 0,57 y 0,892 (muestra de niños del Barcelonès y Vallès Oriental).</p>

den subyacer puntuaciones muy variadas. En el caso de la deficiencia mental, el análisis de los perfiles es un procedimiento indispensable para la orientación psicopedagógica, así como para la planificación de toda intervención educativa en el niño. Para una mayor información acerca de los análisis de perfiles de las pruebas más comúnmente utilizadas, Wisc y McCarthy, remitimos al lector a las obras de Kaufman (1982 y 1983) y Sattler (1977).

Pruebas piagetianas

Las pruebas basadas en las teorías de Piaget se han utilizado más en el terreno experimental o educativo que en el de la evaluación, razón por la cual adolecen de una suficiente estandarización (Behar y Costas, 1982). A pesar de ello ofrecen una perspectiva muy diferente de las típicas pruebas de rendimiento a las que nos hemos referido en el apartado anterior.

El modelo de competencia cognitiva, que resulta de la teoría de Piaget, básicamente consiste en evaluar la función cognitiva como un *proceso* y no el *producto* de la misma (Caldwell y Stedman, 1983). Es decir interesa más *cómo* resuelve el niño un problema determinado que si su respuesta es acorde o no a la prevista. Otra de sus características es que dentro de este marco teórico el desarrollo sigue una secuencia global, a través de diferentes estadios evolutivos. Aquí no importa tanto la edad a la que se logra una determinada adquisición cuanto el orden que ocupa en la secuencia del desarrollo.

En el caso de la evaluación del niño deficiente, consideramos que las pruebas basadas en este modelo son particularmente útiles, puesto que permiten situarle en un estadio y, consecuentemente, recomendarle los ejercicios adecuados para que avance dentro de ese estadio, independientemente de su nivel y ritmo de desarrollo.

A	
Cualidades clínicas	Limitaciones
Permite un análisis intraindividual de las diferentes capacidades del sujeto. La inclusión de la motricidad global y fina es una gran ventaja respecto de otras escalas.	No es aplicable a deficientes profundos o con impedimentos físicos.
Permite establecer el nivel intelectual global del deficiente. La forma escalar permite evaluar niños y adolescentes a partir de una E.M. de 2 años.	Excesivamente saturada de factor verbal. Discrimina los sujetos poco culturalizados. No es útil para la elaboración de perfiles de rendimiento, puesto que el resultado es global.
Permite un análisis intraindividual de las capacidades del sujeto. Se dispone de muchos datos clínicos, gracias a su utilización generalizada.	No es útil para deficientes profundos (E.M. inferior a 5 años). Muy saturada de factores verbales. Discrimina los sujetos poco culturalizados.
Idem.	Idem.

Evaluación del potencial de aprendizaje

Dentro de esta misma perspectiva *dinámica* del proceso cognitivo, en este caso se parte del concepto de zona de desarrollo potencial, que Vigotski define como: «... la distancia entre el nivel de *desarrollo real* determinado por la resolución de un problema sin ayuda, y el nivel de *desarrollo potencial*, determinado por la resolución de un problema bajo la guía del adulto o en colaboración con sus compañeros más competentes» (Vigotski, 1978, citado por Marín, 1987).

Esta idea ofrece una nueva perspectiva en el campo de la evaluación cognitiva, puesto que pone el énfasis en evaluar los procesos conductuales, sociales y de aprendizaje del sujeto en desarrollo y no tanto los productos finales de las oportunidades pasadas, que es lo que se valora en los tests de rendimiento intelectual.

En función de estos conceptos se ha elaborado una serie de técnicas (Corman y Budoff, 1973; Corman y Budoff, 1974, y Feuerstein, 1979, y en nuestro país, Fernández-Ballesteros et al., 1987) básicamente consistentes en la evaluación de la capacidad de aprender. Sus principales características son las siguientes: a) los fallos del sujeto no han de inducir a suspender el examen sino que constituyen el punto de partida; b) el test ha de proporcionar información sobre aquellas áreas de funcionamiento en que el sujeto fracasa, y c) la interpretación de los resultados no ha de basarse en los productos finales sino en los procesos de aprendizaje.

2. Evaluación del rendimiento

Las pruebas para la evaluación del rendimiento se pueden definir como «aquellas técnicas en las cuales los ítems representan los logros o adquisiciones del individuo, relacionados con el proceso de adaptación a su medio, y que a su vez revelan la eficacia de la intervención pedagógica» (Kiernan, 1987, pág. 158). Se parte del criterio, ya descrito en el apartado an-

terior, que la deficiencia mental se contempla más como un problema educativo que médico. Son técnicas diseñadas para responder a las cuestiones que los educadores especializados se plantean acerca de cuándo y qué es lo que se debe enseñar al deficiente mental.

Estas pruebas consisten, generalmente, en inventarios de conductas, ordenadas según un criterio evolutivo, cuyo objetivo es proporcionar una guía pedagógica. Tienen cierto parecido con las escalas evolutivas, descritas en el apartado anterior. Ahora bien, existe una diferencia fundamental: Mientras los tests normativos sirven fundamentalmente para situar al sujeto en un nivel evolutivo, con la mayor brevedad posible, los tests de rendimiento tienen que ser exhaustivos.

Este tipo de pruebas deben reunir las dos cualidades siguientes: La primera es que tienen que ser explícitas el tipo de conductas que se pretenden eva-

luar —en la mayoría de los casos se trata de cubrir todos los aspectos del desarrollo temprano. La segunda es que se tienen que especificar los objetivos educativos. Es decir, si el objetivo es proporcionar una evaluación de las conductas indispensables para una adaptación a la vida cotidiana, deben quedar claros tanto los fundamentos teóricos como las conductas seleccionadas en las distintas áreas, que configuran el *currículum* individual.

En la tabla 3 se reúnen los tests de rendimiento que más frecuentemente se emplean en la actualidad.

3. Evaluación de la conducta adaptativa

El concepto de conducta adaptativa, inicialmente denominada «competencia social» se debe a Heber (1961), quien la definió como «el grado de efectividad con que un sujeto puede afrontar las exigencias so-

TABLA 3. TESTS DE RENDIMIENTO

Ficha técnica	Tipo de prueba	Edad	Población en la que está estandarizada	Utilidad
BEHAVIOUR ASSESSMENT BATTERY (BAB) Autores: C. C. Kiernan y M. C. Jones. Revisión más reciente: 1982. Distribuidor: NFER-Nelson. Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berkshire SL4 1DF. Gran Bretaña.	Observación. Test/entrevista con el sujeto. Administrada por: Educador, psicólogo, trabajador social, médico.	Niños y adultos retrasados.	Deficientes y personas con trastornos múltiples.	Programación para la intervención educativa de deficientes severos y profundos.
THE BEREWEEKE SKILL-TEACHING SYSTEM Autores: J. Jenkins, D. Felce, J. Mansell, L. Flight y D. Dell. Revisión más reciente: 1983. Distribuidor: NFER-Nelson. Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berkshire SL4 1DF. Gran Bretaña.	Observación. Test/entrevista con el sujeto. Administrada por: Educador, trabajador social, psicólogo.	2 formas: Niños / Adultos.	No se especifica.	Programación general para la intervención educativa.
PORTAGE GUIDE TO EARLY EDUCATION Autores: S. Bluma, J. Shearer, A. Frohman y J. Hilliard. Edición revisada en 1978 (traducción española): GUIA PORTAGE DE EDUCACION PREESCOLAR (Proyecto Portage). Distribuidor: CESA, 12 Box 564. Portage, Wisconsin 53901. Estados Unidos. En España: TEA.	Lista de objetivos en forma de fichero. Distribuidos en las áreas siguientes: Socialización, Lenguaje, Autoayuda, Cognición y Desarrollo Motor y Cómo estimular al bebé. Administrada por: Padre, educador, cuidador, trabajador social.	0-6 años. Niños y adultos retrasados.	No se especifica.	Programación para la intervención educativa en el hogar.
THE WESSES REVISED PORTAGE LANGUAGE Autores: M. White y K. East. Revisión más reciente: 1983 (original). Distribuidor: NFER-Nelson. Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berkshire SL4 1DF. Gran Bretaña.	Escala de estimación o inventario, a ser contestado por una tercera persona. Exige un tipo de respuesta binario. Administrada por: Padre, educador, cuidador, trabajador social.	Niños y adultos retrasados.	No se especifica.	Programación del lenguaje y preparación para la lectura.

ciales de su entorno» (citado en Raynes, 1987, pág. 61). Los trabajos de Heber para evaluar la conducta adaptativa responden, de una parte, a la ineficacia del C.I. como única medida del deficiente mental y, de otra, a la necesidad de encontrar una base para su clasificación funcional.

Para evaluar la conducta adaptativa es necesario medir el potencial del proceso de adaptación. Para lograrlo no es suficiente analizar unos simples actos, como, por ejemplo, la habilidad para usar un tenedor. Es necesario medir y analizar los patrones motrices de una amplia variedad de actos. Gracias a los métodos estadísticos ha sido posible agrupar los ítems en factores y los factores en áreas. En algunas escalas se agrupan las conductas en áreas muy amplias y generales; en otras, son mucho más específicas pero, en general, suelen incluir las siguientes: Comunicación; desarrollo físico; ayuda de sí mismo; socialización; habilidades ocupacionales; habilidades aca-

démicas; rasgos de personalidad y problemas de conducta.

Los trabajos de Doll, iniciados en 1920, dieron como resultado la primera escala para la evaluación de la conducta adaptativa («Vineland Social Maturity Scale», Doll, 1935). Para este autor se trataba de la competencia social, entendida como un fenómeno dinámico que comprende el desarrollo personal y una progresiva independización.

Posteriormente, la American Association of Mental Deficiency creó en 1952 un comité para el estudio y elaboración de una clasificación de la población de deficientes mentales que incluyera, además del C.I., los niveles de retraso en áreas como la educacional, motriz, social, así como en otras habilidades. Estas nuevas clasificaciones de la deficiencia mental se publicaron en el «Manual on Terminology Classification in Mental Retardation» (Heber, 1961). Puede considerarse que fue éste el primer manual que incorporó el

TABLA 4. ESCALAS PARA LA EVALUACION DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN DEFICIENTES MENTALES

Ficha técnica	Estructura	Edad	Cualidades psicométricas	Cualidades clínicas
AAMD-ADAPTIVE BEHAVIOR SCALE, PART I y PART II (ABS) Autores: K. Nihira, R. Foster, M. Shellhaas y H. Leland. Revisión más reciente: 1974. Distribuidor: American Association on Mental Deficiency, 5201 Connecticut Avenue, N.W., Washington, D.C., 20015. EE.UU.	Escala de estimación a ser completada por: Padres, educador o cuidador. Tipo de respuestas (*): Binario, escalar, secuencial. Está dividida en 2 partes: Parte I (66 ítems). Áreas: 1. Funcionamiento independiente. 2. Desarrollo físico. 3. Actividad económica. 4. Desarrollo del lenguaje. 5. Conocimiento de números, hora y tiempo. 6. Actividades domésticas. 7. Actividad vocacional/ profesional. 8. Dirección (de sí mismo). 9. Responsabilidad. 10. Socialización. Parte II. Evaluación de alteraciones conductuales (véase tabla 5).	Niños/ adultos	Fiabilidad: Parte I, coeficiente 0,86, y parte II, 0,57 (n = 133). Estandarización: Los rangos percentiles se establecieron según normas americanas para deficientes, desde ligeros a profundos, residentes en instituciones (Fogelman, 1975).	Proporciona las bases para una programación individualizada. Útil para la investigación.
BALTHAZAR SCALES OF ADAPTATIVE BEHAVIOR. 1) SCALES OF FUNCTIONAL INDEPENDENCE; 2) SCALES OF SOCIAL ADAPTATION (BSAB) Autor: E. Balthazar. Revisión más reciente: BSAB-1, 1973; BSAB-2, 1976. Distribuidor: Consulting Psychologists Press, Incorporated, 577, College Avenue, Palo Alto, California 94306. EE.UU. NFER-Nelson, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berkshire SL4 1DF. Gran Bretaña.	Escala de estimación, a ser completada por: Padres, educador, cuidador, trabajador social, médico. Consta de las áreas siguientes: BSAB-1 (88 ítems): 1. Comida. 2. Vestido. 3. Aseo personal. BSAB-2 (17 ítems): 1. Conductas adaptadas e inadaptadas en la dirección de sí mismo. 2. Conductas adaptadas e inadaptadas en las relaciones interpersonales. 3. Actividades de juego. 4. Respuestas ante instrucciones. 5. Cuidado de sí mismo y otras conductas.	5-57 años.	Validez concurrente: Coeficientes 0,59 a 0,67 (4 examinadores, contrastando las puntuaciones con la Escala de Vineland). Fiabilidad: Coeficientes para cada escala: 0,59 a 0,97 (forma I) y 0,42 a 0,95 (forma 2). n = 122-200 y 100-288, respectivamente. Estandarización: En muestras de deficientes severos y profundos (5 a 57 años).	Útil para la evaluación de deficientes severos y profundos, con problemas emocionales. Permite diseñar un programa de desarrollo. Buenas cualidades, tanto clínicas como para la investigación.
BEHAVIOR DEVELOPMENT SURVEY (AN ABBREVIATED VERSION OF THE ADAPTIVE BEHAVIOR SCALE) Autor: Individualized Data Base (IDB) Project. Revisión más reciente: 1979. Distribuidor: Individualized Data Base Project, UCLA, Neuropsychiatric Institute Research Group at Lanterman State Hospital, Pomona, California, EE.UU.	Escala de estimación, a ser completada por: Padres, educador, cuidador, trabajador social. Tipo de respuestas: Escalar/secuencial. Es una reducción de la ABS. Parte I: 32 ítems. Parte II: 7 ítems.	Niños / Adultos.	Validez: Coeficiente de correlación con la ABS: 0,94. Fiabilidad: Entre evaluadores: Coef. 0,84 a 0,95 en la parte I; 0,55 a 0,86 en la parte II (n = 75). Estandarización: Idem ABS.	Evalúa la conducta adaptativa con personas con retraso de desarrollo. Permite elaborar programas individuales. Muy útil para la investigación, por ser más reducida que la ABS.
CAIN-LEVINE SOCIAL COMPETENCY SCALE Autores: L. F. Cain, S. Levine y F. F. Elzey.	Escala de estimación, a ser completada por: Padres, educador, cuidador, trabajador social. Tipo de respuestas: Escalar/secuencial.	5-13 años.	Fiabilidad: Test-retest: Coef. 0,88 a 0,97 (n = 35., Período: 3 semanas). Estandarización: En muestra de	Útil para la evaluación y planificación educativa.

TABLA 4. ESCALAS PARA LA EVALUACION DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN DEFICIENTES MENTALES (Continuación)

Ficha técnica	Estructura	Edad	Cualidades psicométricas	Cualidades clínicas
<p>Revisión más reciente: 1963 (original). Distribuidor: Consulting Psychologists Press, 577 College Avenue, Palo Alto, California 94306. EE.UU.</p>	<p>Consta de 43 ítems distribuidos en las siguientes áreas: 1. Cuidado de sí mismo. 2. Iniciativa. 3. Patrones sociales. 4. Comunicación.</p>		<p>716 deficientes «entrenables» (C.I. 25-49).</p>	
<p>THE DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (DAS) Autores: L. Wing y J. Gould. Revisión más reciente: 1982. Distribuidor: L. Wing, Social Psychiatry Research Unit, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, Londres SE5 8AF. Gran Bretaña.</p>	<p>Escala de estimación, a ser completada por: Padres, educador, cuidador, trabajador social. Tipo de respuestas: Escalar. Consta de 44 ítems distribuidos en las siguientes áreas: 1. Cuidado de sí mismo. 2. Visión y audición. 3. Comunicación. 4. Aprendizaje lecto-escritura. 5. Actividades domésticas. 6. Problemas de conducta. 7. Alteraciones en las relaciones sociales. 8. Estereotipias y ecolalia.</p>	Niños, adolescentes y adultos.	<p>Fiabilidad: Porcentajes de acuerdo entre examinadores: 78-90. Test-retest: 74 % y superiores. Estandarización: En muestra de adultos retrasados, institucionalizadas.</p>	<p>Util para la evaluación de los patrones conductuales, así como de las alteraciones de la conducta. Aplicable como instrumento de «screening», así como para planificar la intervención.</p>
<p>THE HAMPSHIRE ASSESSMENT FOR LIVING WITH OTHERS (HALO) Autores: M. J. Shackleton-Bailey, B. E. Pidcock. Revisión más reciente: 1983 (cuarta versión). Distribuidor: Hampshire Social Services, Trafalgar House, The Castle, Winchester, Hampshire SO23 8UQ. Gran Bretaña.</p>	<p>Observación, test o entrevista con el sujeto; escala de estimación, a ser completada por: Padres, educador, cuidador o trabajador social. Tipo de respuestas: Secuencial/símbolos. Consta de 276 ítems, agrupados en las áreas siguientes: 1. Cuidado de sí mismo. 2. Actividades domésticas. 3. Conductas de vida comunitaria. 4. Comunicación. 5. Personalidad. 6. Relaciones sociales restringidas. 7. Utilización del tiempo libre. 8. Problemas físicos/de salud. 9. Actividades grupales. 10. Actividades profesionales.</p>	Niños/Adultos.	<p>Fiabilidad: Test-retest, coeficientes de 0,42 a 0,96.</p>	<p>Util para la evaluación del deficiente profundo, con trastornos físicos. Permite la planificación de las condiciones de residencia y de otros servicios.</p>
<p>PROGRESS ASSESSMENT CHART OF SOCIAL AND PERSONAL DEVELOPMENT (PAC) Autor: H. C. Gunzberg. Revisión más reciente: 1977. Distribuidor: En Gran Bretaña: The Book Shop, Royal Society for Mentally Handicapped Children and Adults (MENCAP), 123 Golden Lane, Londres EC1V 0RT. En España: Fundación Centro de Enseñanza Especial, carretera de Majadahonda, kilómetro 2, Pozuelo de Alarcón, Madrid.</p>	<p>Observación; escala de estimación a ser completada por: Educador, cuidador, trabajador social, psicólogo. Tipo de respuestas: Binario. Existen 6 formatos por edades; uno especialmente diseñado para los niños con Síndrome de Down. Consta de los cuatro sectores generales siguientes: 1. Cuidado de sí mismo. 2. Comunicación. 3. Socialización. 4. Ocupación, subdivididos en áreas más específicas.</p>	6-16 años.	<p>Validez: Coef. de correlación con desarrollo social: 0,54 a 0,91. Correlaciones con las puntuaciones en el Stanford-Binet: 0,37 a 0,61. Estandarización: En muestra de 337 niños (6-16 años) deficientes, en centros de entrenamiento ingleses.</p>	<p>Util para la evaluación y planificación de la intervención del deficiente.</p>
<p>THE SCALE FOR ASSESSING COPIING SKILLS (SACS) Autores: E. Whelan y B. Speake. Revisión más reciente: 1979 (original). Distribuidor: Copewell Publications, 29 Worcester Road, Altrington, Middleton, Manchester M24 1PA. Gran Bretaña.</p>	<p>Escala de estimación, a ser completada por: Padres, educador, cuidador, trabajador social. Tipo de respuestas: Escalar. Consta de 36 ítems agrupados en las áreas siguientes: 1. Cuidado de sí mismo. 2. Social/académica. 3. Relaciones interpersonales.</p>	Adolescentes y adultos.	<p>Fiabilidad: Porcentajes de acuerdo entre examinadores: 68,8 a 71. Test-retest: entre 79 y 81 %.</p>	<p>Evaluación y planificación de la intervención.</p>
<p>VINELAND SOCIAL MATURITY SCALE Autor: E. A. Doll. Revisión más reciente: 1965. Distribuidor: American Guidance Service Incorporated, Publisher's Building, Circle Pines, Minnesota. EE.UU.</p>	<p>Escala de estimación, a ser completada por medio de entrevista con el informante. Tipo de respuestas: Secuencial/escalar. Consta de 100 ítems agrupados en las áreas siguientes: 1. Cuidado de sí mismo. 2. Comida. 3. Vestido. 4. Dirección (de sí mismo). 5. Ocupación. 6. Comunicación. 7. Movilidad.</p>	0-35 años.	<p>Validez: Correlación con evaluaciones independientes de la socialización: Coeficientes 0,85 (n = 250); 0,85 a 0,95 (n = 78). Fiabilidad: Índice de consistencia interna 0,92 (n = 123). Estandarización: Se calcularon las medianas de edad para cada ítem. Muestra 620 sujetos normales (0-30 años).</p>	<p>Además de deficientes mentales, es aplicable a sordos, ciegos, minusválidos físicos, enfermos y personas con problemas emocionales. Es útil también para la investigación.</p>

(*) Tipo de respuestas: Binario, dos alternativas (sí/no, verdadero/falso...); escalar, ítems ordenados en una escala de puntos, según frecuencia de aparición de la conducta observada; secuencial, ítems ordenados según criterio cualitativo o de grado.

concepto de conducta adaptativa en la definición de retraso mental.

Hace diez años había identificadas 132 escalas para evaluar la conducta adaptativa (IDB Project, 1977). Ello da una idea del interés generalizado para este tipo de evaluación. En este trabajo hacemos referencia únicamente a las más utilizadas.

En la tabla 4 se reúnen los instrumentos escalares más frecuentemente empleados, para la evaluación de la conducta adaptativa en los deficientes mentales.

4. Evaluación psicopatológica de los trastornos comportamentales

Los trastornos o alteraciones de la conducta impiden al sujeto con retraso mental desarrollar sus propias potencialidades (Eyman y Call, 1977; Sternlich y Deutsch, 1972). Aunque no parece existir una relación directa entre retraso mental y alteración de la conducta, sí es cierto que este tipo de problemas son muy frecuentes en los deficientes mentales de todas las edades (Jacobson, 1982; Koller et al., 1983). Estos últimos autores estiman que las alteraciones conductuales aparecen en el 50 % de sus pacientes deficientes mentales.

A pesar de estas evidencias, hay graves problemas para definir y evaluar estos trastornos. El primero de ellos es la gran variedad de conductas que se clasifican bajo la denominación de «trastorno conductual». El segundo radica en los criterios que deben seguirse para su clasificación. Evidentemente, no todos los trastornos tienen una causa común y los antecedentes de un trastorno concreto pueden ser muy variables (Leudar et al., 1984; Leudar y Fraser, 1985).

Por consiguiente, para establecer una clasificación de estos trastornos no se puede partir únicamente de sus causas. Desde un punto de vista práctico resulta útil distinguir entre los factores que anteceden a las conductas alteradas (el estrés, los trastornos emocionales, el daño cerebral) y aquellos factores que determinan si una conducta es perturbadora o no. Este último criterio es muy relativo, puesto que normalmente se etiqueta una conducta de «alterada o perturbadora» por una o las dos razones siguientes: a) porque son difíciles de entender, y b) porque entran en conflicto con el entorno; alteran el orden, crean problemas en el normal funcionamiento de las instituciones o, dicho en otras palabras, violan las normas establecidas.

Otro aspecto a considerar es el carácter dinámico de las alteraciones conductuales, puesto que se originan, casi siempre, a raíz de un desajuste entre el individuo y su entorno, de tal manera que pueden disminuir o aumentar en función de los cambios que se produzcan en el contexto social.

Todas estas consideraciones no nos permiten justificar, sin embargo, el poco interés y la escasa investigación realizada en torno a los aspectos propiamente psicopatológicos del comportamiento del deficiente mental. Únicamente se han estudiado con detalle algunos comportamientos muy concretos, tales como las conductas autolesivas o las estereotipias, pero no se ha tenido en cuenta el hecho de que un deficiente,

como cualquier otra persona, pueda deprimirse, presentar alteraciones emocionales, conductas fóbicas, síntomas psicóticos, etc. Y muy bien puede suceder que la expresividad de estas manifestaciones psicopatológicas estén moduladas por el grado de severidad de la deficiencia mental. Por eso, no conviene olvidar que el deficiente puede presentar manifestaciones psicopatológicas a las que en general se ha prestado muy poca atención, y que forzosamente han de evaluarse y tratarse.

Para la evaluación de las manifestaciones psicopatológicas del deficiente podrían emplearse cuestionarios y entrevistas, técnicas de observación directa y registros fisiológicos.

En este artículo nos referiremos únicamente a los aspectos propiamente psicológicos, o sea a los dos primeros. Tradicionalmente, a las de entrevistas y cuestionarios se les ha denominado como métodos indirectos, mientras que a la observación en medio natural se le ha considerado como un método directo.

Las escalas de estimación, así como las entrevistas, generalmente, suelen dirigirse a los padres, cuidadores y educadores. Numerosos investigadores coinciden al considerar la información de los cuidadores, ayudantes técnicos sanitarios y padres como altamente fiables para este tipo de investigación (Jacobson, 1982; Salagaras y Nettlebeck, 1983).

A ser posible deben de tenerse en cuenta los datos proporcionados por varios informadores. Y naturalmente uno siempre irrenunciable es el propio deficiente. Las discrepancias entre unas y otras fuentes deben obviamente valorarse. Puede ser útil hallar finalmente un perfil con las puntuaciones promedio obtenidas. Lamentablemente, los instrumentos para la evaluación de los trastornos conductuales no siempre tienen en cuenta estos aspectos; por consiguiente los usuarios deben estar familiarizados con el concepto de trastorno conductual para que la evaluación sea más fiable (Leudar y Fraser, 1987).

La recogida de la información puede hacerse mediante entrevistas semi-estructuradas o estructuradas, o bien a través de cuestionarios. En cada uno de estos casos, debe hacerse una aplicación especial de los instrumentos al caso específico del deficiente que nos ocupa. No se puede utilizar, por ejemplo, el *Kiddie-Sads*, sin más, en un niño retrasado, puesto que no es un instrumento adecuado para entrevistar a un deficiente.

Existen *entrevistas semi-estructuradas* construidas específicamente para deficientes, tales como la «Adaptive Behavior Scale» (Nihira et al., 1974), las escalas de Balthazar (1973, 1978), las de Matson y colaboradores (1982), etc.

Una entrevista estructurada, no diseñada específicamente para deficientes pero que por su relativa brevedad y fácil manejo ha sido utilizada en poblaciones de deficientes, es la de Goldberg (1970; cf. Ballinger et al., 1975).

Debemos señalar que este tipo de entrevistas solamente son útiles en manos de un clínico, con gran experiencia en este tipo de problemas. Sin satisfacer este requisito, pueden prestarse a graves sesgos. Incluso en el caso de que se satisfaga siempre puede

TABLA 5. ESCALAS PARA LA EVALUACION DE LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES EN LA DEFICIENCIA MENTAL

Ficha técnica	Estructura	Edad	Cualidades psicométricas	Cualidades clínicas
AAMD-ADAPTIVE BEHAVIOR SCALE. PART II (ABS PART II) Autores. revisión más reciente y distribuidor: Véase tabla 4.	Véase tabla 4 (AAMD-ADAPTIVE BEHAVIOR SCALE) La parte II es un inventario de alteraciones conductuales agrupadas en las áreas siguientes: 1. Comportamiento violento y destructivo. 2. Comportamiento antisocial. 3. Comportamiento rebelde. 4. Comportamiento informal. 5. Aislamiento social. 6. Conductas estereotipadas y amaneramientos. 7. Trato interpersonal inadecuado. 8. Hábitos vocálicos inadecuados. 9. Hábitos excéntricos. 10. Conductas auto-abusivas. 11. Tendencias hiperactivas. 12. Conducta sexual aberrante. 13. Trastornos psicológicos. 14. Uso de medicación. Tipo de respuestas: Escala de 3 puntos.	Niños, adolescentes y adultos.	No se especifican.	Proporciona un perfil de los trastornos conductuales.
BALTHAZAR SCALES OF ADAPTIVE BEHAVIOR PART 2 (BSAB-2) Autor. revisión más reciente y distribuidor: Véase tabla 4.	Véase tabla 4 (BALTHAZAR SCALES OF ADAPTIVE BEHAVIOR) Escala de estimación. Tipo de respuestas: Binario. Consta de las siguientes agrupaciones de trastornos: <i>Conductas de dirección (de sí mismo) inadaptadas</i> 1. Dificultad de responder. 2. Estereotipias. 3. Verbalizaciones repetitivas, risas. 4. Conductas de dirección (de sí mismo) inapropiadas. 5. Conducta no social desordenada. <i>Conductas de relación interpersonal inadaptadas</i> 6. Contacto con los demás impropio. 7. Agresión, retraimiento. La puntuación en cada área es la suma de ítems valorados positivamente.	5-57 años.	No se especifican.	Proporciona un perfil de los trastornos conductuales.

aparecer la limitación debida a la baja atención y comprensión del enfermo, lo que disminuye la cantidad y calidad de la información recabada, y, por consiguiente, la necesidad de obtener información adicional a partir de otras técnicas.

Los cuestionarios constituyen otra técnica indirecta de evaluación psicopatológica de las conductas anómalas.

Aquí, como en el caso de las entrevistas, no se puede hacer el mismo uso (sin modificación de los cuestionarios) para evaluar la psicopatología de niños deficientes que de los niños de inteligencia normal. El niño retrasado, a menudo no sabe leer las preguntas, no entiende su significado y no puede rellenar las respuestas. Debe ser ayudado por otra persona, a pesar de lo cual todavía resulta difícil su aplicación.

En otros casos es preciso simplificar los ítems, transformarlos en representaciones gráficas, utilizando dibujos, colores y todo lo que pueda ser necesario, para hacerse entender por el niño. Todo ello plantea los problemas relativos a la validez y fiabilidad de estos instrumentos. Para obviar estas dificultades se han adaptado a los deficientes algunos de los instrumentos existentes. Eysenck desarrolló en 1965 una revisión simplificada del E.P.I., el «Eysenck-Withers Personality Inventory», que se puede leer en voz alta.

Más recientemente, Kazdin, Matson y Senatore (1983) han adaptado varios instrumentos para la evaluación de la depresión, aplicándolos en extensas poblaciones de deficientes mentales, obteniendo versiones modificadas de varios instrumentos para la evaluación de la depresión, tales como el B.D.I., la escala de Zuny, la escala de depresión del M.M.P.I. y la escala de Hamilton.

Finalmente, debe señalarse que la observación directa de los comportamientos constituye una excelente técnica de evaluación para el deficiente mental. Este procedimiento presenta una doble ventaja sobre las entrevistas y los cuestionarios: 1) no dependen de las aptitudes verbales del sujeto, y 2) no requieren ningún tipo de adaptación del instrumento.

Hay investigaciones disponibles desde hace casi dos décadas en las que se observan a deficientes con este procedimiento. Así se han evaluado las estereotipias (Mulhern et al., 1969), la hiperactividad (Stou-denmire, 1975), las fobias (Peck, 1977), los intentos de suicidio (Matson, 1981), etc.

Este tipo de técnicas requieren mucho tiempo si se quieren aplicar bien. Pero, en contrapartida, las ventajas de su aplicación a los niños deficientes son muy grandes: no es necesario que el paciente colabore; no precisan ninguna adaptación del instrumento; no

precisan tampoco ningún tipo de adaptación a la etapa evolutiva del pequeño; etc.

Por todo ello puede decirse que constituyen una técnica de elección para la evaluación psicológica de los niños y adolescentes subnormales.

En la tabla 5 se reúnen las escalas que más frecuentemente se emplean en la actualidad para evaluar los trastornos comportamentales de los deficientes mentales.

5. Evaluación del desarrollo físico y sensorial

La prevalencia de problemas adicionales de visión o audición en la población de deficientes mentales es mayor que en la población general (Fryers, 1984). Estudios realizados en hospitales e instituciones (Kropka y Williams, 1980) han indicado que en muchos casos los deficientes no han sido asistidos adecuadamente, debido a las dificultades que presentan para ser evaluados.

Por esta razón se plantea la necesidad de que la evaluación se lleve a término a través de un proceso interdisciplinario. El término *interdisciplinario* se ha escogido aquí deliberadamente, prefiriéndolo al de *multidisciplinario*, por cuanto implica un proceso interactivo entre profesionales de distintas disciplinas (Sebba, 1987).

Aparte de estas evaluaciones «especializadas», cada vez se impone más la necesidad de efectuar evaluaciones por personal «no especializado». Del mismo modo que antes hablábamos de tests de observaciones conductuales que eran utilizados por educadores, enfermeras o padres, lo mismo puede decirse respecto de los aspectos físicos y sensoriales. La evaluación de la visión o de la audición son imprescindibles y proporcionan las bases para la orientación de toda intervención psicopedagógica.

Otra razón que justifica la evaluación «no especializada» de estas áreas es que cierto tipo de observaciones se hacen mejor en el contexto familiar o escolar que en el clínico. Con esto no se quiere decir que se pueden obviar los exámenes especializados. Estos serán los que precisamente indiquen las líneas directrices de la intervención y en cualquier caso el especialista será siempre el responsable del tratamiento. En todo caso debe existir siempre una interacción entre todos los miembros de un equipo terapéutico, tal como hemos apuntado al iniciar esta colaboración.

Evaluación no especializada del desarrollo físico

Es evidente que una evaluación del desarrollo físico del deficiente mental es competencia, no sólo del pediatra, sino también del fisioterapeuta. Las técnicas que se describen a continuación están diseñadas para una evaluación continuada de los programas de intervención.

«Paths to Mobility in 'Special Care'» (Presland, 1982).

Se trata de una escala que cubre la evolución en las siguientes áreas: rastreo, bipedestación, marcha,

sentarse y arrodillarse. Como está diseñada para evaluar niños con retrasos profundos, normalmente acompañados de severos trastornos de la motricidad, cada uno de los patrones mencionados es analizado a través de un gran número de ítems. Así, por ejemplo, hay 45 ítems destinados a evaluar la posición de sentado.

«The Glenwood Awareness, Manipulation and Posture (AMP) Scale» (Webb, Schultz y McMahill, 1977).

Es una escala para la evaluación del funcionamiento sensomotor de los niños con diversos problemas. A diferencia de la anterior, aquí se valoran conductas mucho más complejas, en las que interviene la capacidad de manipulación y de adaptación, así como el conocimiento de los objetos. Por este motivo, se recomienda que en la evaluación intervenga un examinador y un observador.

«The Fine Motor Skill Assessment Battery» (Hogg, 1978).

Esta batería está diseñada para evaluar la motricidad fina en niños pequeños con retraso en el desarrollo, sin tener en cuenta la naturaleza ni el grado del trastorno. Los ítems están organizados en 10 áreas: Control postural, funcionamiento visual, manipulación de objetos, insertar objetos, colocación de tubos, utilización de instrumentos; colocación de objetos, platos, amontonar cubos, ensartar cuentas y otros ensamblajes complejos.

Estas pruebas permiten identificar el nivel de desarrollo alcanzado por el niño en cada área y sirve para diseñar los puntos de partida para un programa educativo. Dado el carácter complejo de este tipo de evaluaciones, los autores recomiendan que sea aplicada por psicólogos u otros profesionales semi-especializados (Hogg, en Gunstone et al., 1982).

Evaluación no especializada de la audición

Los procedimientos de evaluación auditiva para no especialistas consisten principalmente en técnicas de observación. Estas técnicas permiten detectar el nivel funcional de esta modalidad sensorial en diferentes situaciones de la vida cotidiana del deficiente mental.

«Stycar Hearing Tests» (Sheridan, 1976a),

Los tests de Stycar, tanto para la visión como para la audición, son utilizables únicamente por psicólogos y médicos, pero pueden utilizarlos también el personal para-médico, bajo la supervisión de los mencionados profesionales.

Estos tests son muy indicados para la evaluación de los niños deficientes mentales en la primera infancia (desde los seis meses hasta los siete años). Se evalúa la habilidad del niño para oír y entender, en diferentes situaciones de la vida cotidiana.

Los ítems consisten en enseñar objetos y dibujos

al niño para que identifique partes del diseño o discrimine cualidades del mismo.

«Systematic Procedures for Eliciting and Recording Responses to Sound Stimuli» (Kershman y Napier, 1982).

Es un método utilizable por padres, educadores y otros profesionales responsables del niño. Constituye un sistema de evaluación a través de observaciones sistemáticas, recogidas en dos hojas o inventarios: La primera consiste en una hoja-calendario de respuestas ante 10 estímulos auditivos, provocados por diferentes juguetes. La segunda es un registro de respuestas ante los estímulos auditivos naturales del entorno.

Los autores parten del supuesto de que las observaciones naturales pueden usarse en conjunción con las pruebas audiológicas formales. Además, está demostrado que los padres y educadores pueden recoger la información con unos altos índices de fiabilidad (Kershman y Napier, 1982).

«Crossmodal Transfer as a Means of Preparing Individuals for Audiological Assessment» (Goetz, Utley, Gee, Baldwin y Sailor, 1982).

Este es un sistema diseñado para que el personal no especializado pueda preparar al deficiente mental para una audiometría.

Es un método innovador en el sentido de que establece una conexión entre dos modalidades sensoriales: la visual y la auditiva. Consiste en aparear un estímulo auditivo con otro visual. Una vez que el sujeto responde de una forma fiable, el estímulo visual se va extinguiendo progresivamente y permite detectar a los sujetos con un déficit auditivo real.

Evaluación no especializada de la visión

El desarrollo de la visión en el deficiente mental es fundamental respecto de su evolución global. Según datos aportados por Lawson y colaboradores (Lawson et al., 1977), los déficits visuales afectan a un 70 % de la población deficiente y alrededor de un 50 % de los niños con parálisis cerebral (Wolf y Anderson, 1973).

Está probado que la mayoría de personas con déficits visuales tienen restos de visión (Langley y DuBose, 1976), pero en el caso de los deficientes mentales, el problema radica en que su limitada capacidad cognitiva les impide aprovechar estos mínimos recursos y esta visión residual tiende a atrofiarse por no estar adecuadamente ejercitada.

Estas pruebas evalúan tanto el aspecto sensorial de la visión, es decir si el sujeto «ve» adecuadamente, como su aspecto perceptivo, es decir si el sujeto además de verlos, «mira» los objetos.

«Stycar Vision Tests» (Sheridan, 1976b).

Estos tests son utilizables únicamente por psicólogos, médicos o educadores especializados, por cuanto la técnica de evaluación es parecida a la de un test psicológico.

Es aplicable desde los seis meses hasta los siete años de edad cronológica o bien a niños con retraso mental correspondiente a estos niveles. Hay también una prueba para niños mayores (5-15 años). Los ejercicios que integran el test son: Aparejar letras (para los niños mayores) y nombrar objetos «juguetes en miniatura», para los preescolares. Consta también de una prueba de «seguimiento visual», consistente en observar si el niño sigue la trayectoria de unos objetos —pelotas de diferentes tamaños— que se hacen deslizar sobre una superficie contrastada, a una distancia de tres metros.

Aunque la utilidad de estas pruebas en la detección de problemas visuales de niños con desarrollo normal y retrasado está probada, algunos autores han introducido una modificación consistente en cambiar las respuestas verbales por las motrices (una simple indicación), con el fin de poder evaluar también a los niños con déficits de lenguaje (Bax et al., 1981). En el caso de la deficiencia profunda, sin embargo, existen muchas dificultades para aplicar estas pruebas, puesto que requieren un mínimo nivel de comprensión.

«Forced Choice Preferential Looking» (Teller, 1979).

Estas técnicas están más indicadas en niños deficientes, puesto que no exigen ningún reconocimiento del objeto. Se las denomina de elección obligada porque consisten en lo siguiente:

Se presenta al niño una pantalla con un dibujo en una de las dos mitades (derecha o izquierda) de la misma, mientras que la otra mitad está vacía, pero igualmente iluminada. Se van haciendo presentaciones secuenciadas, en las que los dibujos van apareciendo al azar a la derecha o izquierda de la pantalla. El observador tiene que comprobar si la mirada del niño se dirige siempre a la zona en que aparece el dibujo.

Es una de las pruebas más fiables, utilizándose con éxito en niños de uno a seis meses de edad (Atkinson y Braddick, 1982) y en niños profundamente retrasados (Shepherd y Fagan, 1981). En todo caso, está claro que se evalúa la capacidad de atención visual (Nelson et al., 1984).

«Functional Vision Screening for Severely Handicapped Children» (Langley y DuBose, 1976; Langley, 1980; Sebba, 1978). «Adaptation for use with People with Profound and Multiple Impairments».

Se trata de un inventario de respuestas visuales a observar, para ser contestado por el personal asistencial no especializado. La versión de Langley y DuBose incluye la observación de la presencia y naturaleza de las respuestas visuales; percepción a distancia; reconocimiento de tamaños de objetos; integración del proceso visual y cognitivo e integración del proceso motor y visual.

En la adaptación de Sebba, todas estas observaciones se hacen teniendo en cuenta la postura del sujeto (tendido en posición prona o supina o sentado) ya que se ha comprobado que la posición puede dificultar o facilitar la visión (Bower, 1974; Fieber, 1977).

Bibliografía

1. ALONSO TAPIA, J.: Evaluación del desarrollo intelectual y social. En R. Fernández Ballesteros: *Psicodiagnóstico*. Vol. 3, 4.ª Ed. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1987.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition-Revised). Washington, 1987.
3. ATKINSON, J., y BRADDICK, O.: Assessment of Visual Acuity in Infancy and Early Childhood. *Acta Ophthalmologica Supplement*. 1982; 157: 18-26.
4. BALLINGER, E. R.; ARMSTRONG, J.; PRESLEY, A. S.; REID, A. H.: Use of a Standardised Psychiatric Interview in Mentally Handicapped Patients. *British Journal of Psychiatry* 1975; 127: 540-544.
5. BALTHAZAR, E. E.: *Balthazar Scales of Adaptive Behavior, Part 1: Scales of Functional Independence*. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1973.
6. BALTHAZAR, E. E.: *Balthazar Scales of Adaptive Behavior, Part 2: Scales of Social Adaptation*. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1976.
7. BAYLEY, N.: *Escalas Bayley de Desarrollo Infantil*. Madrid, T.E.A., 1977.
8. BAX, M.; HART, A., y JENKINS, S.: *Clinical Testing of Visual Function of the Young Child*. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1981; 23: 92-100.
9. BEHAR, J., y COSTAS, C.: Estudio comparativo entre una escala de desarrollo y una prueba basada en la teoría de Piaget, aplicada a un grupo de niños con Síndrome de Down. *Anuario de Psicología* 1982; 2: 87-107.
10. BINET, A., y SIMON, T.: Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'année Psychologique* 1905; 11: 191-244.
11. BLUMA, S.; SHEARER, J.; FROHMAN, A., y HILLIARD, J.: *Portage Guide to Early Education*. Wisconsin, Cooperative Educational Service, Agency 12, Portage, 1976.
12. BOWER, T.: *Development in Infancy*. Londres, Freeman, 1974.
13. BRUNET, O., y LEZINE, I.: *El Desarrollo Psicológico de la Primera Infancia*. Madrid, Visor Libros, 1985.
14. CAIN, L. F.; LEVINE, S., y ELZEY, F. F.: *Manual for the Cain-Levine Social Competency Scale*. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1963.
15. CALDWELL, B. M., y STEDMAN, D. J.: *Educación de niños incapacitados*. México, Trillas, 1983.
16. CASATI, I., y LEZINE, I.: *Les Etapes de l'Intelligence Sensori-motrice*. Paris, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 1968.
17. CORMAN, L., y BUDOFF, M.: The series tests as a measure of learning potential. *Studies in Learning Potential*, 47. Cambridge, Mass., Research Institute for Educational Problems, 1973.
18. CORMAN, L., y BUDOFF, M.: The picture word name: a non verbal test of the ability to use language-related symbols. *Studies in Learning Potential*, 77. Cambridge, Mass., Research Institute for Educational Problems, 1974.
19. DOLL, E. A.: The Vineland Social Maturity Scale. *Training School Bulletin* 1935; 32: 1-7, 25-32, 48-55, 68-74.
20. DOLL, E. A.: *The Vineland Scale of Social Maturity: Condensed Manual of Directions*. Minnesota, American Guidance Service Inc., Circle Pines, 1965.
21. DOLL, E. A.: *Preschool of Attainment Record*. Circle Pines, M. N. American Guidance Service, 1966.
22. EYMAN, R. K., y CALL, T.: Maladaptive Behavior and Community Placement of Mentally Retarded Persons. *American Journal of Mental Deficiency* 1977; 82: 137-144.
23. EYSENCK, S. B. G.: *Manual for the Eysenck-Withers Personality Inventory for subnormal subjects (50-80 I.Q.)*. Londres, University of London Press, 1965.
24. FERNANDEZ-BALLESTEROS, R.; CALERO, M. D.; CAMPLLONCH, J. M., y BELCHI, J.: *Evaluación del Potencial de Aprendizaje*. Madrid, MEPSA, 1987.
25. FEUERSTEIN, R.: *The dynamic assessment of retarded performers, the learning potential assessment device theory*. Baltimore, University Park Press, 1979b.
26. FIEBER, N.: Sensorimotor Cognitive Assessment and Curriculum for the Multihandicapped Child. En J. Cronin (Ed.): *The Severely and Profoundly Handicapped Child*. Illinois, State Board of Education, 1977.
27. FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J. B.; FANDAL, A. W.; KAZUZ, E., y COHRS, M.: *Denver Developmental Screening Test. Reference Manual Revised, 1975 Edition*. Denver, University of Colorado Medical Center, 1975.
28. FRYERS, T.: *The Epidemiology of Severe Intellectual Impairments: The Dynamics of Prevalence*. Londres, Academic Press, 1984.
29. GOETZ, L.; UTLEY, B.; GEE, K.; BALDWIN, M., y SAILOR, W.: *Auditory Assessment and Programming Manual for Severely Handicapped and Deaf-Blind Students*. Seattle, Washington, Association for the Severely Handicapped, 1982.
30. GOLDBERG, D. P.; COOPER, B.; EASTWOOD, M. R.; KEDWARD, H. B., y SHEPHERD, M.: A Standardised Psychiatric Interview for Use in Community Surveys. *British Journal of Social and Preventive Medicine* 1970; 24: 18-23.
31. GROSSMAN, H. (Ed.): *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington, D.C., American Association in Mental Retardation, 1973.
32. GUNSTONE, C.; HOGG, J.; SEBBA, J., y ALMONDS, S.: *Classroom Provision and Organisation for Integrated Preschool Children*. Birkingside, Bernardo Publications Ltd., 1982.
33. GUNZBERG, H. C.: *Progress Assessment Chart of Social and Personal Development* (Rev.). Bristol, Aux Chadelles, 1974.
34. GUNZBERG, H. C.: *Progress Assessment Chart of Social and Personal Development Manual* (2 Vols.). Stratford-upon-Avon, SESA Publications Ltd., 1977.

35. HEBER, R.: A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation* 64, monogr., 1959.
36. HEBER, R.: A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation (segunda edición). *American Journal of Mental Deficiency*, Suplemento monográfico, 1961.
37. HOGG, J.: The Development of a Fine Motor Skill Assessment Battery for Use with Mentally Handicapped preschool Children. Trabajo no publicado. Manchester, Hester Adrian Research Centre, 1978.
38. HOGG, J., y RAYNES, V.: *Assessment in Mental Handicap. A Guide to Assessment Practices. Tests and Checklists*. Londres, Croom Helm, Cambridge, Mass., Brookline Books, 1987.
39. IDB PROJECT: *Performance Measures of Skill and Adaptive Competences in the Developmentally Disabled*. Pomona, California, Neuropsychiatric Research Group at Pacific State Hospital, 1977.
40. IDB: *Behavior Development Survey User's Manual*. Pomona, California, Neuropsychiatric Institute Research Group of the University of California, at Lanterman State Hospital, 1979.
41. JACOBSON, J. W.: Problem Behavior and Psychiatric Impairment Within a Developmentally Disabled Population I: Behavior Frequency. *Applied Research in Mental Retardation* 1982; 3: 121-139.
42. JENKINS, J.; FELCE, D.; MANSELL, J.; FLIGHT, L., y DELL, D.: *The Berewecke Skill-teaching System*. Windsor, NFER-NELSON, 1983.
43. KAUFMAN, A. S.: *Psicometría razonada con el WISC-R*. México, El Manual Moderno, 1982.
44. KAUFMAN, A. S., y KAUFMAN, N. L.: *Evaluación clínica de los niños con las Escalas McCarthy*. Madrid, TEA Ediciones, 1983.
45. KAZDIN, A. E.; MATSON, J. L. y SENATORE, V.: Assessment of depression in mentally retarded adults. *American Journal of Psychiatry* 1983; 140: 1.040-1.043.
46. KERSHMAN, S. M., y NAPIER, D.: Systematic Procedures for Eliciting and Recording Responses to Sound Stimuli in Deaf-Blind Multihandicapped Children. *The Volta Review* 1982; 84: 226-237.
47. KIERNAN, C. C.: Criterion-referenced Tests. En: J. Hogg y N. V. Raynes (Ed.): *Assessment in Mental Handicap. A Guide to Assessment Practices. Tests and Checklists*. Londres, Croom Helm., Cambridge, Mass., Brookline Books, 1987.
48. KIERNAN, C. C., y JONES, M. C.: *Behaviour Assessment Battery: Assessment of the Cognitive, Communicative and Self-Help Skills of Severely Handicapped Children* (segunda edición). Windsor, NFER-Nelson, 1982.
49. KOLLER, H.; RICHARDSON, S. A.; KATZ, M., y McLAREN, J.: Behavior Disturbance Since Childhood among a 5Year Birth Cohort of all Mentally Retarded Young Adults in a City. *American Journal of Mental Deficiency* 1983; 87: 386-395.
50. KROPKA, B. I., y WILLIAMS, C.: The Deaf and Partially Hearing in Mental Handicap Hospitals. The Disadvantaged Minority? *British Journal of Mental Subnormality* 1980; 26: 89-93.
51. LANGLEY, M. B.: *Functional Vision Inventory for the Multiple and Severely Handicapped*. Chicago, Stoelting, 1980.
52. LANGLEY, M. B., y DuBOSE, R. F.: Functional Vision Creening for Severely Handicapped Children. *The New Outlook for the Blind* 1976; 70: 346-370.
53. LAWSON, L. J.; MOLLOY, J. S., y MILLER, M.: A technique for Appraising the Vision of Mentally Retarded Children. En P. Mittler (Ed.): *Research to Practice in Mental Retardation. Vol. II: Education and Training*. Baltimore, University Park Press, 1977.
54. LE MAY, D.; GRIFFIN, P., y SANFORD, A.: *The learning accomplishment profile* (reved). Winston-Salem, N.C., Kaplan Press, 1977.
55. LEUDAR, I., y FRASER, W. I.: How to Keep Quiet: Some Withdrawal Strategies in Mentally Andicapped Adults. *Journal of Mental Deficiency Research* 1985; 29: 315-330.
56. LEUDAR, I., y FRASER, W. I.: Behaviour Disturbance and its Assessment. En J. Hogg y N. V. Raynes (Ed.). *Assessment in Mental Handicap. A Guide to Assessment Practices. Tests and Checklists*. Londres, Croom Helm; Cambridge, Mass., Brookline Books, 1987.
57. LEUDAR, I.; FRASER, W. I., y JEEVES, M. A.: Behaviour Disturbance and Mental Handicap: Typology and Longitudinal Trends. *Psychological Medicine* 1984; 14: 923-935.
58. MADGE, N., y TIZARD, J.: Intelligence. En M. Rutter (Ed.): *Scientific Foundations of Developmental Psychiatry*. Londres, Heinemann Medical, 1980.
59. MARIN, M. A.: *El Potencial de Aprendizaje: Aplicaciones al Diagnóstico y la Orientación*. Barcelona, PPU, 1987.
60. MATSON, J. L.; DETTLING, J., y SENATORE, V.: Treating depression of a mentally retarded adult. *Journal of Mental Deficiency Research* 1981; 16: 86-88.
61. MATSON, J. L.; Di LORENZO, T. M., y ANDRASIK, F.: A review of behavior modification procedures for treatment social skills and psychiatric disorders in the mentally retarded. En M. Hersen, R. Eisler y P. M. Miller (Eds.): *Progress in Behavior Modification*. Nueva York, Academic Press, 1982.
62. MCCARTHY, D.: *Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños*. Manual, adaptación española. Madrid, TEA, 1977.
63. MULHERN, T., y BAUMEISTER, A. A.: An experimental attempt to reduce stereotypy by reinforcement procedures. *American Journal of Mental Deficiency* 1966; 74: 69-74.
64. NELSON, L. B.; RUBIN, S. E.; WAGNER, R. S., y BRETON, M. E.: Developmental Aspects in the Assessment of Visual Function in Young Children. *Pediatrics* 1984; 73: 375-381.
65. NIHIRA, K.; FOSTER, R.; SHELLHAAS, M., y LELAND, H.: *AAMD Adaptive Behavior Scale, 1974 Revision*. Washington, D.C., American Association on Mental Deficiency, 1974.
66. PRESLAND, J.: *Paths to Mobility in 'Special Care'*. Kidderminster, British Institute of Mental Handicap, 1982.
67. RAYNES, N. V.: Adaptive Behaviour Scales. En J. Hogg y N. V. Raynes (Ed.): *Assessment in Mental Handicap. A Guide to Assessment Practices, Tests*

and Checklists. Londres, Croom Helm; Cambridge, Mass., Brookline Books, 1987.

68. SALAGARAS, S., y NETTLEBECK, T.: Adaptive Behavior of Mentally Retarded Adolescents Attending School. *American Journal of Mental Deficiency* 1983; 88: 57-68.

69. SATTLER, J. M.: *Evaluación de la inteligencia infantil*. México, El Manual Moderno, 1977.

70. SEBBA, J.: *A System for Assessment and Intervention for Preschool Profoundly Retarded Multiply Handicapped Children*. Tesis doctoral, Manchester, University of Manchester, 1978.

71. SEBBA, J.: Assessments of Physical Development Hearing and Vision that can be used by Educational and Care Staff. En J. Hogg y N. V. Rayes (Ed.): *Assessment in Mental Handicap. A Guide to Assessment Practices, Tests and Checklists*. Londres, Croom Helm; Cambridge, Mass., Brookline Books, 1987.

72. SHACKLETON-BAILEY, M. J., y PIDCOCK, B. E.: *Halo Report 1983: Hampshire Assessment for Living with Others-Research and Development Programme, 1981-1983*. Winchester, Hampshire Social Services, 1983.

73. SHEPHERD, P. A., y FAGAN, J. F.: Assessment of Visual Pattern Detection and Recognition Memory in the Profoundly Retarded Child. En N. R. Ellis (Ed.): *International Review of Research in Mental Retardation*, vol. 10. New York, Academic Press, 1981.

74. SHERIDAN, M. D.: *The Stycar Hearing Test*. Windsor, NFER, 1976a.

75. SHERIDAN, M. D.: *Manual for the Stycar Vision Tests*. Windsor, NFER, 1976b.

76. SONG, A.; JONES, S.; LIPPERT, J.; METZGENIK, MILLER, J., y BORRECA, C.: *Wisconsin Behavior Rating Scale*. Madison, Central Wisconsin Center for the Developmentally Disabled, 1980.

77. SONG, A.; JONES, S.; LIPPERT, J.; METZGENIK, MILLER, J., y BORRECA, C.: Wisconsin Behavior Rating Scale Measure of Adaptive Behavior for the Developmental Levels of 0 to 3 years. *American Journal of Mental Deficiency* 1984, 88; 4: 401-410.

78. STERLINCH, M., y DEUTSCH, M. R.: *Personality Development and Social Behavior in Mentally Retarded*. Lexington, Mass., D.C. Heath, 1972.

79. STOUDENMIRE, J., y SALTER, L.: Conditioning prosocial behaviors in a mentally retarded child without using instructions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1975; 6: 39-42.

80. TELLER, D. Y.: The Forced Choice Preferential Looking Procedure: A Psychophysical Technique for Use with Human Infants. *Infant Behavior and Development* 1979; 2: 135-153.

81. TERMAN, L. M.: *The measurement of intelligence*. Boston, Houghton Mifflin, 1916. 82. TERMAN, L. M., y MERRILL, M. A.: *Measuring Intelligence*. Boston, Houghton Mifflin, 1937 (traducido al castellano por Espasa Calpe, S. A., Madrid, 1947).

83. TERMAN, L. M., y MERRILL, M. A.: *Stanford-Binet Intelligence Scale*. Boston, Houghton Mifflin, 1960 (traducido al castellano por Espasa Calpe, S. A., Madrid, 1975, 1982).

84. UZGIRIS, I. C., y HUNT, J. McV.: *Assessment in Infancy Ordinal Scales of Psychological Development*. Urbana, University of Illinois Press, 1978 (tercera edición).

85. VERNON, P. E.: *Intelligence. Heredity and Environment*. San Francisco, W. H. Freeman, 1979.

86. WEBB, R. C.; SCHULTZ, B., y McMAHILL, J.: *The Glenwood Awareness manipulation and Posture Scale*. Iowa, Glenwood State Hospital School, 1977.

87. WECHSLER, D.: *Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (W.I.S.C.)*. Manual, adaptación española. Madrid, TEA, 1986.

88. WECHSLER, D.: *Escala d'Intel·ligència de Wechsler per a nens*. Manual, adaptació catalana. Madrid, TEA, 1986.

89. WHELAN, E., y SPEAKE, B.: *Learning to Cope*. Londres, Souvenir Press, 1979.

90. WHITE, M., y EAST, K.: *The Wessex Revised Portage Language Checklist*. Windsor, NFER, 1983a.

91. WING, L., y GOULD, J.: *The Disability Assessment Schedule*. Londres, Psychiatry Research Unit, Institute of Psychiatry, 1982.

92. WOLF, J. M., y ANDERSON, R. M.: *The Multiply Handicapped Child*. Springfield, Ill, Charles C. Thomas, 1973.

Fecha de recepción: 25-4-88.

Fecha de aceptación: 26-4-88

C. COSTAS MORAGAS

Universidad Autónoma de Barcelona

Facultad de Letras

Dpto. Psicología de la Salud.

Bellaterra. 08193 Barcelona.