

Los resultados personales como indicadores de la calidad de la gestión organizacional

Salvador Martínez y M^a Patricia Martínez

Colaboradores Projecte Trevol



Cuando no se contempla la posibilidad y capacidad de adaptación de las organizaciones en pos de los objetivos se corre el riesgo de convertirnos en entidades rígidas e instrumentos erráticos que nunca llegan a alcanzarlos. Este es el destino final de toda organización a menos que establezca expresamente medios para que esto no ocurra.

Si la estrategia tiene como finalidad alcanzar resultados contrastables, estos y no otra cosa, han de ser los indicadores de la calidad de la gestión organizacional, si **los resultados alcanzados son los deseados tanto para los clientes como para la organización. La comparación entre los objetivos previstos con los resultados obtenidos pondrá de manifiesto los beneficios derivados o la bondad de la planificación estratégica desarrollada.**

Saber esto exigirá medir para cada una de las acciones y para el plan estratégico en su conjunto el grado de idoneidad, es decir **la capacidad para generar oportunidades y apoyos a la persona con discapacidad; la efectividad para conseguir los resultados personales de nuestros clientes en todas las dimensiones de Calidad de Vida; y nuestra eficiencia, esto es el índice de productividad que relaciona recursos y tiempo invertido con resultados, de modo que nuestra organización sea rentable y de alto rendimiento.**

Los principios sobre los que se debe realizar la evaluación son: validez, objetividad, fiabilidad, practicidad (utilizar el procedimiento menos costoso) y oportunidad. El resultado de la misma facilitará la toma de decisiones y hacer de la práctica materia de estudio, convirtiendo a la organización en fuente de aprendizaje y conocimiento.

Así en esta presentación, que denominamos como **LAS ORGANIZACIONES: INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE LA CALIDAD DE VIDA**, estamos incidiendo en elementos que van más allá de la concepción de la discapacidad y los medios que ponemos para intervenir en ella.

Como base y fundamento de nuestras aseveraciones se encuentra el documento Aplicaciones del paradigma de calidad de vida a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo – R. L. Schalock 2010 - en Verdugo, Crespo y Nieto (coordinadores) VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad.

Se refiere al cambio en la forma de pensar respecto a los términos y conceptos que empleamos para describir a las personas con discapacidad (intelectual y del desarrollo) y los métodos que empleamos para estudiar sus vidas y los entornos que influyen en su funcionamiento y bienestar personal.

Utiliza el concepto de paradigma, considerado como la constelación de creencias y técnicas que reflejan un enfoque a un tema y proporcionan un patrón o ejemplo, para mostrar los cambios significativos habidos en las tres últimas décadas en el campo de la discapacidad.

El cambio de paradigma ha sido **desde los conceptos de defectología, calidad de atención, y servicios basados en organizaciones/agencias** a un énfasis e interés en **una concepción ecológica**

(persona-entorno) de la discapacidad, un concepto multidimensional de calidad de vida y el uso de un sistema individualizado de apoyos.

Este cambio de paradigma se da en cuatro etapas:

1. Dudas y dificultades sobre el paradigma actual ('fracaso en resolver el problema').
2. Rechazo del paradigma vigente (p.ej. defectología y segregación).
3. Conflicto de paradigma que lleva a investigación y sugiere nuevos modelos/paradigmas.
4. Emergencia de un nuevo paradigma que:
 - (a) parece resolver problemas que el paradigma anterior no resolvía o no podía resolver;
 - (b) atrae a conversos (el paradigma se muestra 'atractivo y esperanzador'); y
 - (c) suficientemente abierto y por tanto comprobable.

Partiendo de la descripción de las características de los tres paradigmas que actualmente tienen impacto en el campo de la discapacidad (el concepto de discapacidad, el constructo de calidad de vida, y el poder de un sistema individualizado de apoyos) resume las cuatro formas en que el concepto de calidad de vida se está aplicando a las personas con discapacidad (e impactando en la investigación internacional sobre calidad de vida); y por último destaca a la comunidad investigadora, y nosotros diríamos que también para los practicantes (o partes interesadas en la discapacidad) algunos de los retos y oportunidades relacionadas con el paradigma de calidad de vida.

Características del paradigma de discapacidad

1. Énfasis ecológico (persona con entorno)
2. Concepción multidimensional del funcionamiento humano (capacidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, participación y contexto)
3. Bienestar personal (p.ej. calidad de vida)
4. Apoyos individualizados
5. Prácticas basadas en la evidencia

De todos estos aspectos destaca un mayor desarrollo y conocimientos de lo relacionado con el énfasis ecológico y la calidad de vida, así como el desarrollo de los apoyos individualizados y el emergente –y en expansión– número creciente de prácticas basadas en la evidencia.

Sin embargo afirma que en referencia a la multidimensionalidad del funcionamiento humano, desde una perspectiva de investigación se tiene una buena comprensión de cuatro de las cinco dimensiones enumeradas: funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, salud y participación. No de la última, es decir que **se necesita más investigación sobre el impacto de la quinta dimensión: el contexto**.

A este respecto, **el contexto describe las condiciones interrelacionadas en las que las personas viven sus vidas cotidianas.** Comprender el contexto de las vidas de las personas con discapacidad implica una perspectiva ecológica que se describe de forma típica en términos del **microsistema** (p.ej. el individuo y su familia y amigos cercanos), el **mesosistema** (p.ej. el barrio, comunidad o servicios y apoyos basados en la comunidad) y el **macrosistema** (p.ej. los patrones superiores de la cultura, sociedad, población a mayor nivel, país, o influencias sociopolíticas). Estos diversos entornos son importantes para las personas con discapacidad pues **a menudo determinan lo que la persona hace, dónde lo hace, cuándo lo hace y con quién.**

Los factores contextuales incluyen factores del entorno y factores personales que representan el historial completo de la vida de un individuo. Tienen impacto en el individuo y así necesitamos comprender mejor cómo impactan en el funcionamiento humano y los resultados personales basándonos en las dimensiones centrales de una vida de calidad.

Los ejemplos de estos factores incluyen: **Factores del entorno:** políticas públicas, actitudes hacia las personas con discapacidad y oportunidades para la vida/acceso a la comunidad, empleo y educación inclusiva. **Factores personales:** características de las personas, como género, edad, raza/etnia, motivación, estilos de vida, hábitos, estilos de afrontamiento, experiencia social, nivel educativo y aspectos psicológicos individuales.

Características del paradigma de calidad de vida

En un sentido amplio el tema que trata el constructo de calidad de vida son las vidas de las personas con discapacidad y asegurar una 'buena vida' para estos ciudadanos.

Actualmente se incorporan a nivel internacional una serie de principios de calidad en las políticas públicas y se reflejan en los servicios y apoyos prestados por las organizaciones de discapacidad, entre ellos, son:

1. Que la calidad de vida está compuesta por los mismos factores y relaciones para todas las personas.
2. Que se experimenta cuando las necesidades de una persona se satisfacen y cuando uno tiene la oportunidad de buscar un enriquecimiento en las principales áreas de la vida.
3. Que tiene componentes tanto subjetivos como objetivos.
4. Que es un constructo multidimensional, influido por factores individuales y contextuales.

Características del paradigma de apoyos

Afirma que desde mediados de los 80 este paradigma ha impactado de forma significativa en las políticas públicas, prácticas organizacionales y agendas de investigación y seguidamente resume las cinco características principales del paradigma de apoyos:

1. Premisa: Los apoyos individualizados mejoran el funcionamiento humano y una vida de calidad.
2. Base conceptual:
 - a. *Necesidades de apoyo*: el patrón e intensidad de apoyos necesarios para que una persona participe en actividades relacionadas con el funcionamiento humano normativo.
 - b. *Apoyos*: recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de un individuo y mejorar el funcionamiento humano.
 - c. *Sistema de apoyos*: uso planificado e integrado de estrategias y recursos de apoyos individualizados que incluyen los múltiples aspectos del funcionamiento humano en entornos múltiples.
3. Interés/intención:
 - a. De promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar de una persona;
 - b. mejorar el funcionamiento humano y la calidad de vida de un individuo; y
 - c. hacer de puente entre el estado presente de funcionamiento ('lo que es') y el estado deseado de funcionamiento ('lo que podría ser').
4. Contenido:
 - a. Los apoyos necesarios evaluados en las principales áreas vitales; y
 - b. las necesidades médicas y conductuales excepcionales.
5. Proceso de puesta en marcha:
 - a. Identificar las experiencias y metas deseadas en la vida;
 - b. evaluar las necesidades de apoyo;
 - c. desarrollar y poner en marcha el Plan de apoyos individualizado (PAI);
 - d. supervisar el progreso; y
 - e. valorar los resultados personales.

En la opinión del autor, hay dos necesidades relacionadas con la investigación en cuanto al paradigma de apoyos.

La primera (**Apoyos no es igual a Servicios**): delinear claramente los componentes de un sistema de apoyos de forma **que los apoyos no se vean sólo como otro término para los servicios**.

La segunda necesidad de investigación (**Análisis de componentes**) es avanzar el concepto de apoyos más allá de dicho concepto, hacia una aplicación con base empírica basada en definiciones operativas claras de componentes de apoyo. Esta segunda actividad es esencial para los investigadores, puesto que permitirá la valoración del impacto de los apoyos en el funcionamiento humano y el bienestar personal.

Desde la situación descrita y dado el estado de comprensión actual de las características principales de los tres paradigmas (discapacidad, calidad de vida, apoyos) que están influyendo de forma significativa en la políticas y prácticas actuales en la discapacidad, arguye que “nuestro próximo ‘cambio de paradigma’ bien puede ser **colaborar con las partes clave** que incluyan a las personas con discapacidad y sus defensores, las organizaciones proveedoras de servicios/ apoyos, la comunidad investigadora, y las agencias generales basadas en la comunidad, para aplicar el concepto de calidad de vida”, de un modo similar al que describe en la sección siguiente.

Aplicaciones de la calidad de vida

Cuatro principios, que son consistentes con los paradigmas de discapacidad y apoyos, han guiado la aplicación del concepto de calidad de vida a las personas con discapacidad:

1. Mejorar los resultados personales y familiares.
2. Emplear buenas prácticas.
3. Basarse en evidencias.
4. Proporcionar la base para mejorar la efectividad de una organización o sistema.

Mejora de los resultados personales y familiares

Individuales (p.ej. resultados personales). Los resultados personales pueden enfocarse desde dos perspectivas. La primera se refleja en el trabajo del Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud y, más recientemente, en **la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006**. La segunda y complementaria perspectiva se basa en el trabajo reciente en el campo de la calidad de vida referida al individuo que se centra en **la validación de las dimensiones centrales de calidad de vida. Resultados familiares.** Las familias que tienen a un miembro con discapacidad y que prestan apoyos individualizados a esa persona en el hogar reciben un impacto significativo. Este impacto se refleja en la evolución tanto de las políticas públicas como en el concepto de planes de apoyos familiar. Como resultado, han surgido en el campo una serie de resultados relacionados con la calidad de vida familiar que se une a los individuales.

Resaltamos el punto de partida y de encuentro que supone el desarrollo explícito de PAIs (Programas de Apoyo individualizados) como crisol de compromiso, visión y acciones de elementos relevantes (persona, familia, organización, técnicos, acción directa etcétera) para alcanzar logros personales y hacer creíbles (posibles y hasta reales) los organizacionales. El ineludible peso de los factores contextuales son menos escamoteables si lo enfocamos como Plan Personal para la Inclusión (PPIs).

Emplear buenas prácticas

Las buenas prácticas se basan en la ética profesional, estándares profesionales y juicio clínico informado.

Práctica 1: Emplear un enfoque sistemático de desarrollo y supervisión de los PAI:

Práctica 2: Poner en marcha un sistema individualizado de apoyos

Basarse en evidencias

Las prácticas basadas en la evidencia se basan en las mejores evidencias actuales que se obtienen de fuentes creíbles que emplean métodos fiables y válidos y basados en una teoría o base conceptual claramente articulada y con apoyo empírico.

La intención de las prácticas basadas en la evidencia es identificar, basándose en la síntesis e interpretación de la evidencia disponible, las estrategias potencialmente efectivas que faciliten: **(a)** las *decisiones clínicas* sobre las intervenciones, servicios o apoyos a proporcionar a las personas implicadas; o **(b)** *decisiones de gestión* sobre la efectividad o eficiencia en una organización.

Destaca un grupo de investigación en el que participa que está desarrollando y validando **un modelo de proceso basado en evidencia**. Los cuatro componentes del modelo de proceso implican:

- Establecer las prácticas en cuestión a nivel del individuo (p.ej., evaluación, diagnóstico, clasificación, desarrollo de un sistema de apoyos) o de la organización (p.ej. estrategias de calidad).
- Evaluar la evidencia producida a nivel del individuo (p.ej. resultados personales y/o indicadores conductuales/médicos de cambios) y/o de la organización (p.ej. resultados organizacionales e indicadores de calidad).
- Valorar la práctica basada en la evidencia respecto al método de recogida de evidencia empleado.
- Interpretar la evidencia obtenida sobre la base de tres criterios: la calidad de la evidencia, la robustez de la evidencia y la relevancia de la evidencia.

Proporcionar la base para la mejora de la efectividad de una organización o sistema

La sostenibilidad futura de las organizaciones de discapacidad implicará demostrar su efectividad y eficiencia. Se entiende que **la eficiencia de una organización es el grado en que la organización produce los resultados personales y organizacionales planeados (p.ej. unidades de servicio, coste por unidad, número de personas ubicadas en entornos más independientes, productivos e integrados en la comunidad) en relación al empleo de recursos.**

La efectividad (eficacia) es **el grado en que una organización o sistema logra los resultados buscados relacionados con los resultados organizacionales y personales.**

En este contexto, se requerirá de forma creciente a las organizaciones que recojan e interpreten los datos e información sobre los resultados personales experimentados por los receptores del programa y los resultados organizacionales.

Las definiciones de cada uno son:

Resultados organizacionales: productos referidos a la organización que resultan de los recursos que un programa emplea para lograr sus metas y las acciones y/o procesos puestos en práctica por un programa para producir estos resultados **(p.ej. número de personas ubicadas en entornos comunitarios más independientes, productivos e integrados).**

Resultados personales: los beneficios relacionados con la calidad de vida derivados a los receptores de los programas que son resultado, directa o indirectamente, de las actividades y servicios/apoyos de los programas.

Mejorar la efectividad de una organización requiere la aplicación de buenas prácticas y prácticas basadas en evidencias que producen mejoras en el funcionamiento de uno y el bienestar personal (como se refleja en las dimensiones de calidad de vida). Es integral para ese proceso:

1. Identificar y centrarse en predictores significativos de resultados personales/familiares y organizacionales.
2. Desarrollar equipos de alto rendimiento basados en los principios de:
 - a. Alineación horizontal (evaluación - desarrollo de PAI - valoración de resultados)
 - b. La organización que aprende (innovación y mejora continuas)
 - c. Desarrollar colaboraciones y redes.

Conclusión: Retos y Oportunidades pendientes

Concluye que a pesar del progreso hasta la fecha, todavía hay una serie de retos y oportunidades para la comunidad investigadora respecto al paradigma de calidad de vida, y los centra en cuatro grandes cuestiones:

1. ¿Resuelve su uso los problemas asociados con el paradigma anterior (p.ej. defectología y segregación)?
2. ¿Mejora su uso el funcionamiento humano, **la inclusión** y la equidad?
3. ¿Reduce su uso la discrepancia entre los resultados personales valorados por las personas con discapacidad y las personas sin discapacidad?
4. ¿Mejora su uso la eficacia y eficiencia de una organización y, por tanto, la sostenibilidad de la organización?

Los paradigmas son dinámicos desde su origen. Siguen evolucionando y cambiando basados, en gran medida, en cuán bien resuelven los asuntos y problemas que se afrontan. Actualmente, hay tres paradigmas que impactan en los servicios, apoyos y vidas individuales de las personas con discapacidad: el concepto de discapacidad, el constructo de calidad de vida y el uso de un sistema de apoyos. **Hasta qué punto estos tres paradigmas hacen una diferencia real en las vidas de las personas con discapacidad depende de muchos actores y colaboraciones:** quienes hacen las políticas son cruciales; los proveedores de servicios y apoyos son esenciales; las personas con discapacidad como parte activa se da por hecha, y la investigación transdisciplinar y transcultural es un deber (Schalock, 2010).

La consecución de resultados personales y organizacionales, de forma coherente con las concepciones paradigmáticas desarrolladas por Schalock (Schalock, Gardner y Brookes, 2006; Schalock, 2010) consideramos que requiere la incorporación de acciones, compromisos, valores y procesos en las organizaciones.

Es primordial contar con los conocimientos y la voluntad de mantener una visión crítica, para detectar -y corregir en su caso- si la obtención de resultados organizacionales supone una merma, omisión o desprecio de las oportunidades para que las personas con discapacidad obtengan resultados personales en entornos inclusivos. Entre los elementos que facilitarían transitar desde los centros segregados hacia la comunidad, o no desviarse como organización de la senda de los recursos comunitarios comunes, están:

- Animar a las entidades, centros y servicios a actuar dentro de un marco de excelencia organizacional. Nacidas para maximizar los resultados en las personas a las que sirve (no para otros): **calidad de vida y resultados personales**. Ambos inseparables de otra dimensión: **la inclusión en entornos de la comunidad**.
- Incorporar como elemento estratégico en las Organizaciones defensoras y/o prestadoras de servicios la participación en acciones de investigación con los paradigmas emergentes.
- Desarrollo de una cultura corporativa de la inclusión.
- Que esta corriente de cambio lo sea para todas las organizaciones (públicas, privadas o mixtas) y muy en particular para los centros y servicios.

- Una organización que pretenda el alineamiento de resultados personales y organizacionales, sin escamotear el contexto, ha de desarrollar **una sutil ingeniería social inclusiva, desde cualquier punto de partida**: lugares donde no haya ni centros ni servicios, o solo centros, servicios o centros y servicios. Ha de generar un pilar de apoyo que contrarreste el valor de “liberación de la carga asistencial” que la naturaleza de los centros y servicios segregados generan solo por existir, y asignar plaza o servicio a la persona.
- Hacer patente y contrastar el papel en la obtención de calidad de vida, resultados personales e inclusión de los diversos grupos de interés de la organización:
 - Alta dirección
 - Gerencia-Dirección
 - Técnicos
 - Dirección de centros y/o servicios
 - Personal de atención directa
 - Familiar o tutor responsable
 - Apoyos naturales
 - Otros
- Reconocimiento de la conversión y mantenimiento en la comunidad como práctica recomendable (Albin, Rhoddes & Mank, 1994; Ritchie y col, 1997; Murphy y Rogan, 1995). Una reflexiva perspectiva histórica - la historia del retraso mental está llena de idas y venidas, y posiciones contradictorias (Rosen, Clark & Kivitz, 1976; Scheerenberger, 1983)- nos hará valorar más objetivamente la situación actual.
- Animar a que el apoyo para el cambio surja y se construya desde dentro del centro o servicio. Resaltando las fuerzas externas que pueden facilitarlos: modelos de acción o de conversión replicables; cambios en la concepción de la discapacidad y consecuencias sobre la práctica en el presente (Verdugo, 1999; Luckasson, 1992, 2002; Egea García y Sarabia Sánchez, 2001; OMS, 2001; Schalock & Verdugo 2002, 2003); la existencia de la posibilidad de financiación de acciones vinculadas al tránsito y a la comunidad tanto para las personas con discapacidad como para los profesionales; crisis financiera de los entornos segregados, etcétera.
- Constatar que el apoyo para el cambio en una organización increpa al menos a tres elementos: el compromiso de la alta dirección, el peso del liderazgo y el compromiso del personal.
- Definir claramente los valores que guían la visión y la misión del servicio, para, en su caso, alinearla con la obtención sinérgica de resultados personales y organizacionales.
- Tender a una organización muy plana en la que la mayoría del personal proporcione servicios directamente (Rogan, 2005), llegando incluso a cambiar la imagen del servicio para que sea coherente con sus valores, visión y misión.
- Buscar activamente la implicación de las instituciones, entidades o elementos clave desde el principio, no por el valor liberador de la carga, la conmiseración, o la compasión, sino por su elemento de acción incluyente y de compromiso mutuo, compartido para incrementar la presencia de las personas con discapacidad en la comunidad.
- Usar el conocimiento acumulado por las experiencias existentes de expansión y reconversión de las organizaciones (Mank, 2001; Mank y Rogan, 2001; Rogan, 2001).
- Cualquier organización que desee llevar a cabo estos procesos ha de partir de unos valores en los que la participación en la comunidad tiene que ser considerada como un objetivo,

además de un derecho de las personas con discapacidad a las que sirven. Es decir, la presencia en la comunidad es uno de los principales resultados organizacionales. Un buen resultado organizacional es el diseño y puesta en marcha de sistemas mixtos y flexibles de prestación de apoyos centro-comunidad. Para ello los entornos segregados, han de superar la vinculación calidad-excelencia como calidad asistencial segregada, enlazando con dispositivos de inclusión. Las propuestas es dar un paso más, en línea con lo expuesto por McGaughey y col. (1995) para que se supere incluso la coexistencia de servicios integrados basados en la comunidad y servicios segregados. Es necesario avanzar hacia un sistema unificado de servicios que de forma sistemática y consistente generen oportunidades de inclusión.

Referencias y bibliografía

- Albin, J.M., Rhodes, L., & Mank, D (1994): Realigning Organizational Culture, Resources, and Community Roles: Changeover to Community Employment. Journal of The Association for Severe Handicaps. Vol. 19, Nº 2, pp. 105-115.
- Egea García, C y Sarabia Sánchez, A (2001): Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Real Patronato sobre Discapacidad.
- FEAPS. www.feaps.org . Calidad feaps. Plan de calidad. Buenas Prácticas. Código ético.
- Luckasson, R et al (1992, 2002): Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports. 9th Edition. American Association on Mental Retardation, Washington, DC. En español, 1997. Alianza Psicología.
- Mank, D. (2001): Supported Employment. Lesson Learned. V Conference European Unión for Supported Employment. Edinburgh, Marzo 2001.
- Mank, D. and Pat Rogan (2001): Natural Supports and coworker Roles in Supported Employment. V Conference European Unión for Supported Employment. Edinburgh, Marzo 2001.
- McGaughey, M.J, William E. Kiernan, Lorraine C. McNally and Dana Scott Gilmore (1995): A Peaceful Coexistence? State MR/DD Agency Trends in Integrated Employment and Facility-Based Services. Mental Retardation, Vol. 33, Nº 3, 170-180, June 1995.
- Murphy, S.T., & Rogan, P.M. (1995): Closing The Shop. Conversion from Sheltered to Integrated Work. Paul H. Brookes, Baltimore.
- Organización Mundial de la Salud (2001).: "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud", IMSERSO, OMS y OPS, Madrid.
- Ritchie, P., Jones, Ch., & Broderick, L (1997): Ways to Work. Converting Day Services. SHS Ltd, Edinburgh.
- Rogan, P. (2001): Toward full Citizenship For All: Conversion to Community Life. V Conference European Unión for Supported Employment. Edinburgh, Marzo 2001.
- Rogan, P. (2005): Moving from Segregation to Integration: Organizational Change Strategies and Outcomes. VII Conference European Unión for Supported Employment. Barcelona, June 2005. En Paul Wehman y col "Inclusive Employment: people with disabilities Going to work. Paul H. Brookes, 2006.

- Rosen, M., Clark, G.R., and Kivitz, M.S (1976).: The History of Mental Retardation. Collected papers. Vol. I y II. University Park Press, Baltimore, EE.UU.
- Schalock, R. L: “Aplicaciones del paradigma de calidad de vida a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo”. En Aplicación del paradigma de calidad de vida VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad SAID, 2010. Miguel Ángel Verdugo; Manuela Crespo y Teresa Nieto (Coordinadores). Salamanca, 12 y 13 de abril, 2010.
- Schalock, R. L, J.F Gardner y Valerie J. Bradley: “Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas. Colección Feaps. Caja Madrid. 2006.
- Schalock, R.L. y Miguel Angel Verdugo Alonso (2002, 2003): Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Psicología. Alianza Editorial. Madrid, 2003.
- Scheerenberger, R.C. (1983): A History of Mental Retardation. Paul H. Brookes, Baltimore. EE.UU. En español (1984) Historia del Retraso Mental. Real Patronato de Atención y Educación a Deficientes. S.I.S. San Sebastián. España.
- Verdugo Alonso, M.A (1999): Avances conceptuales actuales y de futuro inmediato: revisión de la definición de 1992 de la AAMR. Instituto de Integración en la Comunidad, Universidad de Salamanca. Siglo Cero Nº 185. Vol. 30(5). Págs. 27-31.
- Verdugo Alonso, M.A (2009): Las organizaciones mirando a la comunidad. Últimos avances para el cambio organizacional. Jornadas de la Fundación tutelar y de asistencia personal. ¿Son las organizaciones la solución o el problema? Marbella. 29 octubre 2009.
- Verdugo Alonso, M.A (2010): Las organizaciones mirando a la comunidad. Últimos avances para el cambio organizacional. VII Jornadas Trebol de Integración de personas con discapacidad. “Hacia la Calidad de vida”. Ontinyent (Valencia) 25 y 26 de noviembre 2010.