

# EL PAPEL DE LA INVESTIGACION EVALUATIVA aplicado a un modelo específico de rehabilitación y educación especial

Gastón de Mezerville Zeller

## Introducción

Dentro del campo de la rehabilitación y la educación especial, los recursos existentes en la mayoría de los países, tanto desarrollados como subdesarrollados, son sumamente limitados para satisfacer la enorme demanda de servicios, requeridos por la población que sufre de cualquier tipo de incapacidad.

En respuesta a esta necesidad por aumentar los servicios y recursos de rehabilitación, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha sugerido una estrategia o modelo general de intervención para disminuir el impacto de la incapacidad.

En el Reporte de la O.M.S. sobre Asuntos Técnicos Específicos en el Campo de la Prevención de Incapacidad y la Rehabilitación (1976), el problema de la incapacidad en el mundo se ha examinado cuidadosamente y propuestas para su solución han sido formuladas. Estas propuestas, sin embargo, deben ser adaptadas a las condiciones específicas de cada país.

Dentro de este contexto, el papel de la investigación evaluativa consiste en contribuir a un mejor desarrollo de programas específicos, mediante estudios previos de las necesidades y recursos de la

comunidad, para demostrar así, posteriormente, hasta qué punto las actividades programadas, han sido responsables por la realización de los objetivos previamente establecidos.

De acuerdo con el reporte sobre Asuntos Técnicos Específicos de la O.M.S., el llevar a cabo este tipo de estudios investigativos con anterioridad y durante la implementación de un nuevo modelo, contribuye de manera significativa a superar las deficiencias que la mayoría de los servicios convencionales en rehabilitación han adolecido en el pasado. (W.H.O., 1976, p.25).

La Organización Internacional del Trabajo, O.I.T., define la rehabilitación como la aplicación de un conjunto coordinado de medidas médicas, educativas, sociales y vocacionales, con el fin de que la persona que sufre de una incapacidad, pueda hacer el mayor uso posible de las funciones afectadas e integrarse como miembro activo y útil a la sociedad (C.N.R.E.E., 1976). Para efectos de este artículo, la educación especial es considerada como la fase de rehabilitación educativa dentro del proceso completo de la rehabilitación integral.

A continuación, se desarrolla el modelo secuencial de rehabilitación sugerido principalmente por la O.M.S., y se describe en detalle el papel que juega la investigación evaluativa dentro de este modelo específico.

## Un Modelo Secuencial de Rehabilitación

La incapacidad no puede ser entendida de manera adecuada fuera del contexto de un proceso, en el cual fases sucesivas son ordenadas dentro de una relación de causa a efecto. Tal y como lo formula Chapin, "causa y efecto, o la causalidad como un sistema de ideas, constituye una explicación de eventos sucesivos, mediante un conjunto de relaciones establecidas por eventos antecedentes-eventos consecuentes (...). El concepto de causa y efecto (...) se utiliza como un medio de representar la clase de relación existente entre distintos factores de una secuencia de tiempo, la cual

tiene una probabilidad determinada de llevarse a efecto" (En E.A. Suchman, 1967, p. 171)

Suchman (1967) define este tipo de proceso como constituido por cuatro fases: precondiciones, causas, efectos y consecuencias. De esta manera, los tres sub-grupos que se forman interrelacionando las variables independiente-dependiente son los siguientes: (a) la relación existente entre las precondiciones y las variables causales, (b) la relación entre las variables de causa y las de efecto, y (c) la relación entre el efecto y las variables de consecuencias. De acuerdo con Suchman, el tratamiento puede ocurrir en cualquiera de estas tres etapas, actuando como una variable interviniente que modifica la relación entre las variables independiente y dependiente. (Ver figura 1).

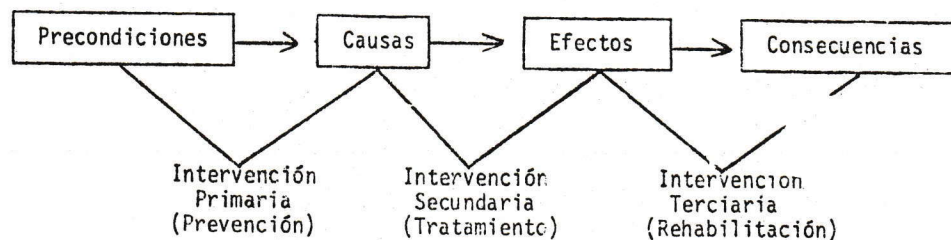


Figura 1 Modelo de aplicaciones de la variable interviniente de Suchman.

Con el fin de ilustrar este modelo teórico, Suchman lo aplica al proceso de la enfermedad en el campo de la salud: "Tradicionalmente, dice él, el campo de la salud se preocupa principalmente por el proceso de tratamiento; los doctores en medicina ofrecen cuidado médico a pacientes que ya han desarrollado las causas de la enfermedad; por lo tanto, el objetivo de la intervención médica consiste en prevenir los efectos completos de la enfermedad, que serían la muerte o la incapacidad permanente. Así, el énfasis de los programas médicos en la actualidad consiste en la prevención de tipo secundario predominantemente. Sin embargo, con el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas (tales como las enfermedades del corazón o la

diabetes) para las cuales el tratamiento médico ofrece poca promesa de curación, el cambio de futuros programas se orienta a la prevención terciaria o a la rehabilitación del paciente que ya ha sufrido los efectos de la enfermedad o la incapacidad, y en menor grado, sobre la prevención primaria para disminuir la probabilidad de desarrollo de las causas de enfermedades degenerativas" (Suchman, 1967, p.p. 173-174)

En este contexto, Haber (1966) ofrece una definición de las distintas partes del proceso de incapacidad mediante la identificación de la relación causa-efecto entre el impedimento, la limitación funcional y la incapacidad. De acuerdo con Haber, ciertas precondiciones causan la aparición

de los impedimentos, los cuales pueden o no desarrollarse en limitaciones funcionales importantes. Una limitación funcional, entonces, se caracteriza por su restricción o pérdida de actividad que interfiere, de manera importante, con el funcionamiento normal de tipo físico o mental en un individuo durante su vida diaria. En aquellos casos cuando un impedimento se convierte en limitación funcional, de manera que restringe la habilidad del indivi-

duo de cuidarse a sí mismo o de llevar a cabo un rol social esperado de él, particularmente, cuando la condición es de naturaleza permanente, entonces el impedimento puede ser descrito como una incapacidad. (Haber, 1966).

La figura 2 representa una aplicación del modelo teórico de intervención de Suchman utilizando los conceptos de Haber designados como impedimento, limitación funcional e incapacidad.

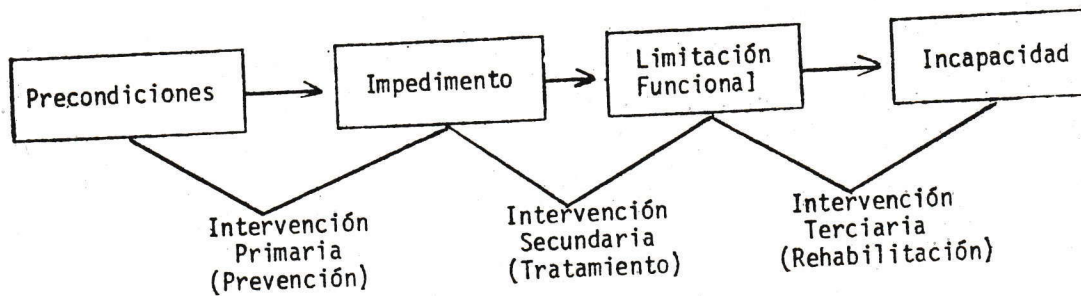


Figura 2. Modelo teórico de intervención en rehabilitación

Dentro de este contexto la intervención puede ser descrita como la realización de una actividad, durante alguna de las etapas del proceso (precondiciones, impedimento, limitación funcional, incapacidad), con el propósito de lograr un objetivo previamente definido.

Esta intervención, por lo tanto, puede incluir actividades de tipo evaluativo, como también aquellas que constituyen un plan de acción directo para transformar las condiciones del medio en que se ejecutan.

Algunos ejemplos ilustrativos de intervención en rehabilitación son los siguientes:

1. La vacunación del niño contra la polio en la fase de precondiciones, lo que puede lograr el objetivo de prevenir la manifestación del impedimento.
2. El tratamiento temprano de tracoma en la fase de impedimento, lo cual puede lograr el objetivo de prevenir la aparición de una limitación funcional.
3. El uso de instrumentos o prótesis adecuados en la fase de limitación funcional, los cuales pueden lograr el objetivo de prevenir la aparición de la incapacidad.

La Organización Mundial de la Salud, O.M.S. (1976), ha adoptado los componentes básicos de este modelo y los ha sistematizado, a su vez, como puede verse en las figuras 3 y 4.

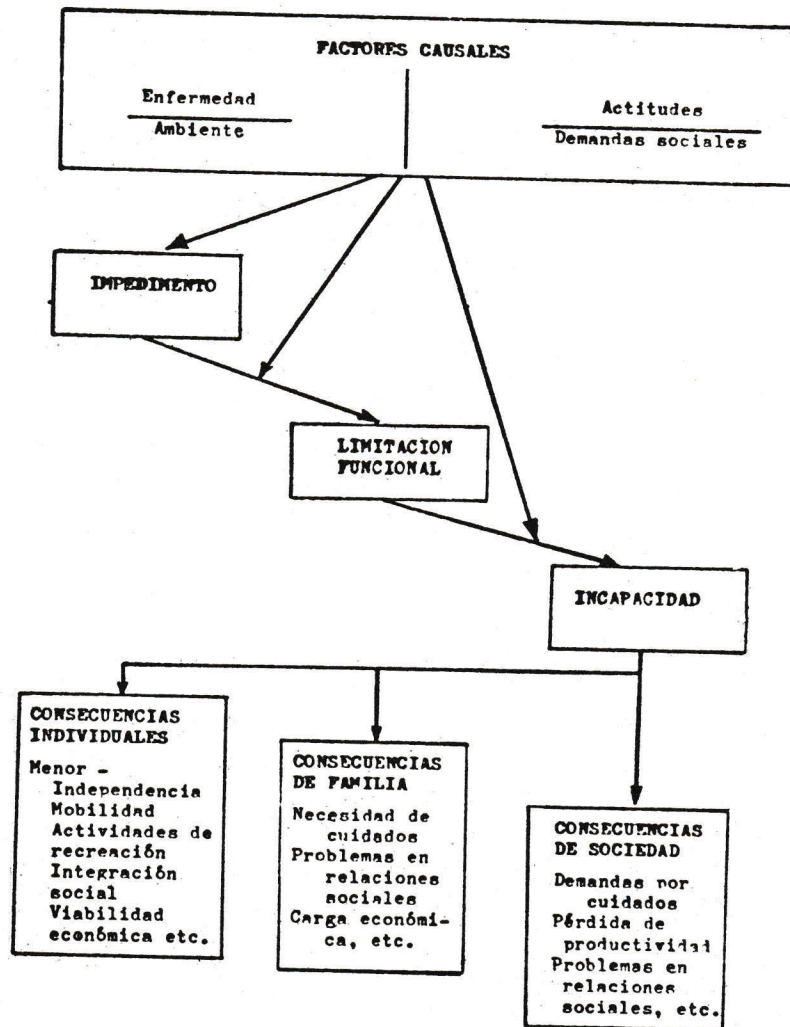


Figura 3. El Proceso de Incapacidad de acuerdo al Modelo de la O.M.S.

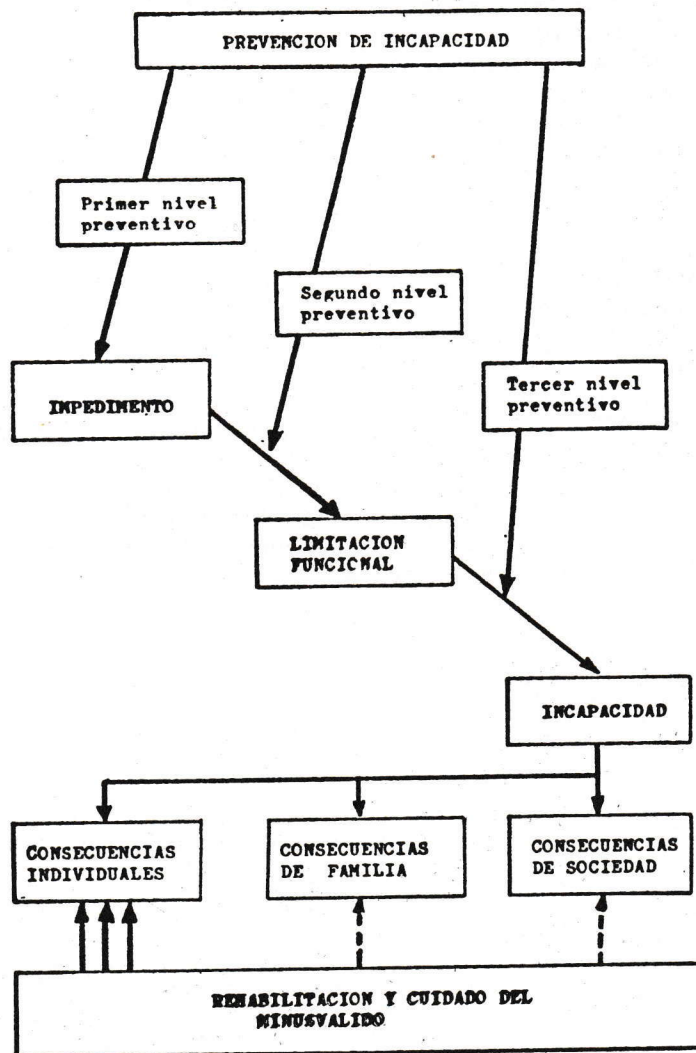


Figura 4. Modelo de Intervención para disminuir el impacto de la incapacidad de la O.M.S.

En este modelo de la O.M.S., desarrollado originalmente por Woods (1975), se definen los conceptos de impedimento, limitación funcional e incapacidad de la siguiente manera:

**Impedimento:** "Es una pérdida y/o anomalía permanente o transitoria de tipo psicológico, fisiológico o anatómico, tal como un miembro amputado, la parálisis después del polio, infarto de miocardio, trombosis cerebro-vascular, capacidad pulmonar restringida, diabetes, miopía, desfiguración, retardo mental, hipertensión, perturbación perceptual, etc. . . .".

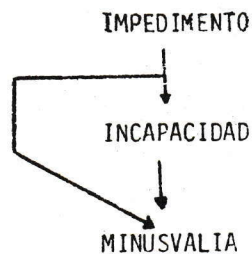
**Limitación funcional:** "Es la incapacidad parcial o total de llevar a cabo aquellas actividades necesarias para realizar funciones de tipo motor, sensorial, o mental, dentro de las posibilidades de lo que un ser humano es normalmente capaz, tales como caminar, levantar pesos, ver, hablar, oír, leer, escribir, contar, demostrar interés y entrar en contacto con sus alrededores, etc. . . .".

**Incapacidad o condición de Incapacidad:** "Es una dificultad existente al llevar a cabo una o más

actividades, las cuales, de acuerdo con la edad, el sexo, y el rol social normativo del sujeto, son generalmente aceptadas como componentes esenciales y básicos del diario quehacer, tales como el cuidado de sí mismo, las relaciones sociales y la actividad económica", WHO, 1976, pp. 7-8).

Estos conceptos han sido variados ligeramente por Woods y Badley (1978) en un trabajo posterior, tomando en cuenta esfuerzos más recientes por lograr una estandarización de terminología, de una manera aceptable a los diferentes organismos internacionales de rehabilitación.

En las nuevas definiciones que se proponen, se identifica el término de "Incapacidad" con lo que anteriormente se designaba como "Limitación funcional", y se utiliza el concepto de "Minusvalía", definiéndolo de una manera idéntica a la utilizada aquí bajo el nombre de "Incapacidad". Estas variaciones, sin embargo, son meramente de forma, por cuanto los conceptos descritos en las definiciones y la inter-relación secuencial de las mismas no ha variado en nada, según puede verse en la figura 5.



Situación intrínseca, exteriorizada en forma de limitaciones funcionales.

Objetivizada como restricciones al realizar actividades

Definida como desventaja en un contexto social.

Figura 5. Inter-relaciones entre las consecuencias de enfermedad (adaptado de Wood y Badley 1978b)

En la actualidad, la O.M.S. se encuentra en el proceso de publicación de una versión revisada de la clasificación de términos sugerida por Woods (1975, 1978 b), la cual es considerada internacionalmente como la clasificación más útil aplicable a un modelo de rehabilitación, que se haya desarrollado hasta la fecha.

En relación con el proceso de incapacidad (figura 3), el modelo de la O.M.S. enfatiza el papel que juegan los factores causativos, no solo influenciando la fase del impedimento, sino también cada una de las diferentes etapas del proceso. A su vez, este modelo desarrolla aún más las consecuencias de incapacidad que afectan al individuo, la familia y la sociedad, en relación con los siguientes tres componentes básicos:

1. Cuidado de sí mismo (habilidades del diario quehacer, tales como la capacidad de alimentarse y vestirse solo, la movilidad, etc.).
2. Nivel de actividad (pérdida de productividad, incapacidad económica, participación en actividades de recreo, etc.).
3. Integración social y actitudes hacia la incapacidad (W.H.O. 1976, pp. 7-12).

Dado que la motivación del modelo de intervención de la O.M.S. consiste en describir las medidas necesarias para disminuir el impacto de la incapacidad, se hace claro en este punto comprender que el campo de la rehabilitación no debe limitarse únicamente a intervenciones terciarias. Por lo tanto, la O.M.S. ha propuesto los conceptos usados en el diagrama de Suchman, que fueron designados como intervenciones "primarias", "secundarias" y "terciarias", según fueron ilustradas en la figura 2. Sin embargo, estas últimas etapas han sido asociadas, principalmente en el pasado, con estados de enfermedad, mientras que la nueva terminología de la OMS incluye factores que están fuera del sector médico, tales como factores sociales, vocacionales, educativos, legislativos, etc.

Finalmente, estos tres tipos de intervenciones (primer tipo, segundo tipo, tercer tipo) afectan directamente al individuo, tanto como al ambiente inmediato que rodea al individuo (familia, comunidad, etc.), al igual que afecta a la sociedad como un todo (W.H.O. 1976, pp. 13-16).

En un programa de prevención de incapacidad y rehabilitación preparado especialmente para personas con parálisis cerebral en Jordania, propuesto por el Dr. E. Helander, experto de la OMS, se sugieren las siguientes etapas ilustrativas del modelo de intervención de la OMS en una situación concreta:

1. Una encuesta para establecer las dimensiones del problema, analizar las necesidades de la población, las medidas preventivas posibles y estrategias adecuadas para la prestación de servicios;
2. La preparación de actividades piloto para valorar la efectividad de la prevención;
3. el establecimiento de actividades piloto para prestar los servicios más elementales a las víctimas de parálisis cerebral, y valoración de su efectividad;
4. finalmente cuando las necesidades son conocidas, y las actividades piloto han revelado el costo y la efectividad de las diferentes posibilidades de lograr estos fines, se procede a programar y realizar esfuerzos a gran escala para prevenir la parálisis cerebral y rehabilitar a las víctimas de parálisis cerebral (Helander, 1977, p.2).

La primera etapa recomendada por Helander consiste en una valoración del estado y las necesidades de la situación de incapacidad en Jordania. Las etapas, dos, tres y cuatro elaboran más aún sobre esta base, mediante el establecimiento de una estrategia de intervención que comienza con un primer nivel de prevención, y progresa gradualmente hasta incluir todos los otros niveles preventivos de incapacidad.

Parece importante en este punto estudiar el papel que juegan la investigación evaluativa en general y específicamente la valoración de necesidades como parte de un modelo de rehabilitación, a la luz de los estudios actuales escritos sobre este tema.

## El Papel de la Investigación Evaluativa

De acuerdo con Trantow (1970), "La Evaluación es esencialmente un esfuerzo por determinar qué cambios ocurren como resultado de un programa planeado, mediante la comparación de los cambios comprobados (resultados) con los cambios deseados (metas definidas previamente) y comprobando a la vez, hasta qué punto la actividad (programa planeado) ha sido responsable por dichos cambios" (p.3).

Dentro del contexto de un modelo de rehabilitación como el descrito anteriormente, un programa puede ser definido como una estrategia organizada de intervención, la cual selecciona y lleva a cabo una o más actividades, apoyadas por los recursos específicos, con el propósito de lograr ciertos objetivos definidos previamente.

Un programa tal, por lo tanto, es la expresión concreta de un modelo teórico, del cual se deriva la organización de su estrategia general. El papel que juega la investigación evaluativa, entonces, consiste en contribuir al desarrollo de un programa, una vez que se han estudiado las necesidades de la comunidad, al igual que se ha demostrado hasta qué punto las actividades del programa pueden en realidad lograr los objetivos previamente establecidos.

Suchman (1976) encuentra que la investigación evaluativa se identifica de manera particular con un modelo caracterizado por causa-efecto, tal como el que se ha descrito anteriormente. El concepto de causalidad en un modelo de prevención de incapacidad y rehabilitación, se caracteriza por una cadena o nexo de eventos relacionados sobre una dimensión de tiempo: impedimento, limitación funcional, incapacidad. De esta manera la relación entre variables independiente y dependiente, prepara el escenario para la realización de un experimento social en el cual una actividad programada juega el papel de variable interviniente, mientras que la investigación evaluativa mide su impacto al analizar los cambios introducidos en el proceso.

Considerando algunas de las complicaciones de este enfoque, Suchman afirma que "(...) el diseño del panel longitudinal es el que más se acerca a satisfacer los requisitos metodológicos de un

modelo experimental y ofrece las mejores posibilidades para la investigación evaluativa. Esto se debe en gran parte a que la evaluación a lo largo de un período de tiempo, ofrece la posibilidad de emplear una técnica de medición 'antes' y 'después', al igual que coloca a las variables independiente, interviniente y dependiente en una secuencia apropiada" (Suchman, 1967, p. 1975).

En el artículo, *Una Introducción a la Evaluación, la Efectividad de Programas y las Necesidades de la Comunidad* (1970), Trantow sugiere un "Ciclo de Planeamiento de Programas", el cual ilustra también la relación entre la intervención y la evaluación a lo largo del tiempo dentro de un programa bien desarrollado. Este proceso ideal sigue los pasos siguientes:

1. Detectar y definir los problemas de la comunidad, identificando las necesidades insatisfechas.
2. Evaluar los recursos disponibles y potenciales (planta física, apoyo económico, personal de trabajo).
3. Establecer metas de mayor prioridad (acoplar necesidades y recursos, desarrollar programas alternativos, escoger los programas más apropiados.)
4. Formular y llevar a cabo las actividades administrativas necesarias para lograr las metas programadas.
5. Relacionar los resultados con las metas fijadas, mediante estudios de evaluación periódicos o continuados, o ambos.
6. Repetir el proceso (redefinir problemas, asesorar nuevamente las necesidades insatisfechas, recursos) (Trantow, 1970. p.7).

En el *Reporte sobre el Estudio de las Necesidades de Servicios Integrales*, de la Dirección Administrativa de Servicios de Rehabilitación de los E.E.U.U., (R.S.A. 1975, p. 1-834), desarrollado de acuerdo a las directrices sugeridas por la Ley de Rehabilitación de 1973, se ofrecen muchos estudios sobre programas evaluativos llevados a cabo en todos los distintos niveles del "Ciclo de Planeamiento" de Trantow.



La mayoría de estos estudios, sin embargo, se refieren a valoración de necesidades comunitarias y proyectos de evaluación dentro del contexto de programas de rehabilitación ya existentes.

El propósito de estos estudios consistió en evaluar cuán apropiados, eficientes y/o efectivos eran dichos programas, y hacer las recomendaciones del caso para lograr un mejor desenvolvimiento de los mismos.

En el *Proyecto de Encuesta de Salud Comunitaria* de Matthews (1974), por el contrario, se presenta una valoración de necesidades en una comunidad de raza negra localizada en el Delta del Mississippi, antes de ser expuestos a una estrategia organizada de intervención. En este estudio, un grupo de 75 casas fue seleccionado al azar, y a todos los jefes de hogar se les dio un cuestionario que evaluaba distintos aspectos, tales como pobreza, tipo de vivienda, educación, salud física, experiencias tempranas de la vida, y salud mental. Los resultados de este proyecto ofrecen la identificación y el análisis de factores importantes, relacionados con las necesidades de salud y recursos de las comunidades de raza negra. Esta información podría ser usada más tarde como fundamento para establecer programas de salud que vengan a satisfacer las necesidades expuestas.

Es dentro del contexto de este tipo de evaluaciones, realizadas con anterioridad a una intervención organizada, que el tema específico de la valoración de necesidades se hace relevante.

### Valoración de Necesidades

La valoración de necesidades constituye una primera etapa necesaria para el planeamiento y la evaluación de programas. De acuerdo con Anderson, Ball, Murphy y asociados (1975), "La valoración de necesidades es el proceso mediante el cual se identifican las necesidades existentes, y se decide acerca de las prioridades adscritas a ellas". De acuerdo a esta definición, una necesidad puede ser definida como la discrepancia existente entre un estado real de cosas y un estado deseado de cosas, (English y Kaufman, 1975, p.64).

La primera tarea en la realización de una valoración de necesidades, por lo tanto, se caracteriza por la identificación de las necesidades en la comunidad. Esto puede hacerse de una manera objetiva o subjetiva. Anderson y asociados definen ambos enfoques de la siguiente manera:

"En el caso de una valoración objetiva de necesidades (...) el nivel comprobado de cosas se compara con el nivel juzgado como aceptable. En el segundo caso (la valoración subjetiva de necesidades), se le pide a jueces seleccionados que juzguen la magnitud de las necesidades existentes en una área dada. Sin embargo, la línea de separación entre estos dos enfoques no es clara, debido a que un juicio de valores se hace necesario en ambos casos (...); (por lo tanto), es posible encontrar varias combinaciones de valoración 'objetiva' y 'subjetiva' de necesidades" (Anderson y asociados, 1975, p.254).

Cualquiera que sea el enfoque adoptado, la identificación de necesidades en la comunidad implica, esencialmente, el llevar a cabo un estudio sobre el estado y las necesidades existentes, cuyo propósito consiste en definir el estado actual de cosas, en contraposición con el estado juzgado como deseable y/o aceptable.

Una vez que las necesidades han sido identificadas, la segunda tarea consiste en una valoración de prioridades entre tales necesidades, con el propósito de definir programas de acción.

En el estudio sobre estado y necesidades de la gente de raza negra del Delta del Mississippi, realizado por Matthews, se hace referencia únicamente a la primera tarea de una valoración de necesidades, tal y como se establece claramente en el último párrafo describiendo planes-futuros: "En nuestros resultados, dice Matthews, nosotros hemos indicado únicamente el estado pobre de salud mental existente, sin hacer referencia a posibles soluciones para tal situación (aunque indicamos la necesidad). Nuestras investigaciones futuras incluirán estudios encauzados hacia la solución de los problemas existentes" (Matthews, 1974, p.6).

En el programa sobre prevención de incapacidad y rehabilitación propuesto por Helander en Jordania, la segunda tarea de una valoración de necesidades, consistente en identificar prioridades, también se incluye dentro del diseño del programa. Entre sus recomendaciones para realizar una valoración de necesidades con anterioridad al desarrollo de las actividades de un programa, él sugiere la siguiente estrategia:

*(Recoger información concerniente) . . . a las necesidades de rehabilitación, tal y co-*

mo son percibidas por los mismos pacientes, sus familiares y comunidades; esto servirá para obtener "el punto de vista del consumidor". Al mismo tiempo, las necesidades de acciones específicas debe ser definidas por especialistas para obtener así "las necesidades atribuidas". La implementación debe comenzar, de ser posible, con la satisfacción de las necesidades más apremiantes, tal y como son percibidas por la población misma; y cambiar gradualmente este énfasis hacia la satisfacción de las necesidades atribuidas (Helander, 1977, p.2).

En este reporte, Helander también menciona otros dos estudios sobre valoración de necesidades desarrollados actualmente por la O.M.S. en el estado de Maharashtra, India, y en Jakarta, Indonesia. Estos dos estudios sobre estado y necesidades han sido desarrollados siguiendo la estrategia general de rehabilitación propuesta por la O.M.S. en su reporte sobre *Asuntos Técnicos Específicos con Relación a la Prevención de Incapacidad y Rehabilitación* (1976).

El cuestionario preparado por el Instituto de Investigación y Desarrollo de la Salud en Jakarta, por ejemplo, enfoca la valoración de incapacidades de una manera secuencial: comenzando con la tarea de tomar nota de la presencia de impedimentos crónicos específicos, procediendo luego a la identificación de limitaciones funcionales existentes, y finalmente, al análisis de la incapacidad resultante en términos de las consecuencias individuales, familiares y de sociedad (Indonesia—W.H.O., 1977, pp.1-33).

Es un hecho, sin embargo, que muy poca investigación se ha realizado internacionalmente siguiendo la estrategia general sugerida por la O.M.S. en 1976. Los estudios sobre estado y necesidades mencionados anteriormente se encuentran todavía en proceso de desarrollo y, consecuentemente, los resultados no puede ser obtenidos todavía.

El modelo secuencial de rehabilitación aquí descrito, no obstante, ya parece perfilarse como el modelo que más impacto ha de ejercer sobre el campo de la rehabilitación en años venideros. Le corresponde entonces a la investigación evaluativa, preparar el camino para la máxima utilización de dicho modelo y demostrar, al fin y al cabo, sus verdaderos alcances.

#### BIBLIOGRAFIA

- Anderson, S.B., Ball, S., Murphy, R.T., et al. *Encyclopedia of educational evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1975, pp. 254-257.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. *Definición de Términos: Rehabilitación Profesional*. Centro de Documentación e Información (CEDI) Costa Rica. 1976.
- De Mezerville, Gaston. *Incapacidad y Rehabilitación en una Area Rural de Costa Rica*. Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación, C.C.S.S. Costa Rica, 1979.
- Department of Health, Education and Welfare, D.H.E.W. *Report of the comprehensive service needs study*. Rehabilitation Services Administration, R.S.A. Washington, D.C.: The Urban Institute, June 23, 1975.
- English, F.W. and Kaufman, R.A. *Needs assessment: a focus for curriculum development*. Association for Supervision and Curriculum Development, Washington, D.C., 1975.
- Haber, Lawrence D. *Identifying the disabled: concepts and methods in the measurement of disability*. Department of Health, Education and Welfare, Report No.1, Social Security Survey of the Disabled, 1966.
- Helander, E. *Proposed disability prevention and rehabilitation programme with special reference to cerebral palsy victims*, Jordan. Division of Strengthening of Health Services, World Health Organization, EM/REH22, Geneva, 1977.
- Matthews, Fred D. *Community health survey project*. Mississippi Valley State University, Itta Bena, Mississippi, 1974.
- Rehabilitation International. *International Journal of Rehabilitation Research*. Vol. 2 No.1, 1979. Germany. 1979. pp. 33-40.
- Suchman, Edward A. *Evaluative Research. Principles and practice in public service and social action programs*. New York: Russel Sage Foundation, 1967, pp. 169-177.

Trantow, Don J. *An introduction to evaluation, program effectiveness and community needs*. Rehabilitation Literature, vol. 30, No.1, January 1970, pp. 1-9.

Wood, P.H.N. *Classification of Impairments And Handicaps*.

Wood, P.H.N. *Classification of Impairments And Handicaps*. W.H.O. / ICD 9 / REV CONF/75.15 Geneva : WHO, 1975

Wood, P.H.N. And Badley, E.M. *Setting Disablement in*

*Perspective*. International Rehabilitation Medicine, 1978, 1, 32-37 (a)

World Health Organization. *Reports on specific technical Matters: disability prevention and rehabilitation*. A29/Inf. Doc/1, Geneva, 1976, pp. 1-53.

World Health Organization. *Questionnaire-disability project*. Indonesia—W.H.O., Institute of Health Research and Development. Department of Health, Jakarta, 1977.