



**UNIVERSIDAD DE GRANADA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

**ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE LAS INTERACCIONES  
ENTRE EL PERSONAL Y LOS RESIDENTES  
EN UN CONTEXTO INSTITUCIONAL**

**Presentada por: María de la Cruz García Linares**

**Dirigida por: María Dolores Calero García**

**Julio - 1994**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos sinceramente la colaboración de todo el personal de las instituciones donde hemos realizado este trabajo (Asociación Protectora de Subnormales de Motril APROSMO y Colegio Luis Pastor) sin cuya participación y ayuda no hubiera sido posible.

Asimismo agradecemos la participación de aquellos estudiantes de Psicología que actuaron como ayudantes en esta investigación, especialmente la de M<sup>a</sup> Carmen Fernández García y María Bejar de la O.

Agradezco la valiosa guía ofrecida por mi directora de tesis M<sup>a</sup> Dolores Calero García y las sugerencias de todos aquellos compañeros que en alguna medida hayan estimulado y ayudado a la realización del presente trabajo, especialmente a Santiago Pelegrina López.

**ÍNDICE****I. PRIMERA PARTE. REVISIÓN TEÓRICA****INTRODUCCIÓN**

<b>Capítulo 1. Conceptualizaciones de la deficiencia mental . . . . .</b>	<b>5</b>
1. El retraso mental como enfermedad: perspectiva biológica . . . . .	5
2. El retraso mental como déficit intelectual . . . . .	9
2.1. Perspectiva psicométrica: el retraso mental como falta de inteligencia según un criterio estadístico . . . . .	10
2.1.1. Implicaciones en evaluación y tratamiento	
2.2. Perspectiva evolutiva: el retraso mental como alteración en el desarrollo .	13
2.2.1. Implicaciones en evaluación y tratamiento	
2.3. Perspectiva cognitiva: el retraso mental como déficit de procesamiento de información . . . . .	17
2.3.1. Implicaciones en evaluación y tratamiento	
3 El retraso mental como déficit de la conducta adaptativa . . . . .	23
3.1. Punto de vista tradicional: conducta adaptativa en términos de desarrollo .	23
3.1.1. Implicaciones en evaluación y tratamiento	
3.2. El enfoque del análisis experimental de la conducta . . . . .	28
3.2.1. Implicaciones en evaluación y tratamiento	
4. Conclusiones: un punto de vista actual sobre el retraso mental . . . . .	31
 <b>Capítulo 2. Clasificación, incidencia y etiología de la deficiencia mental . . . .</b>	<b>35</b>

---

<b>Capítulo 3. Instituciones</b> . . . . .	<b>43</b>
1. Desarrollo y situación actual de las instituciones . . . . .	43
2. Efectos de la institucionalización . . . . .	49
2.1. Efectos producidos por la institucionalización y explicaciones teóricas . . . . .	50
3. Conclusiones sobre la validez de las instituciones . . . . .	54
4. Desinstitucionalización y nuevas alternativas . . . . .	55
4.1. Factores que promovieron la desinstitucionalización . . . . .	55
4.2. Factores de éxito de la desinstitucionalización . . . . .	58
4.2.1. Variables personales	
4.2.2. Variables del entorno	
4.3. Alternativas residenciales basadas en el modelo comunitario . . . . .	62
4.3.1. Alternativas residenciales en otros países . . . . .	62
4.3.2. Alternativas residenciales en España . . . . .	65
<b>Capítulo 4. Educación especial y normalización</b> . . . . .	<b>68</b>
1. De la educación segregada a la educación integrada . . . . .	68
1.1. El desarrollo de la Educación Especial en España . . . . .	70
2. Concepto de educación especial. Necesidades Educativas Especiales . . . . .	73
3. Integración educativa. Polémica y modelos . . . . .	76
3.1. Polémica sobre la integración educativa . . . . .	76
3.2. Modelos de integración . . . . .	77
3.3. Pautas y valoración de las experiencias de integración en España . . . . .	79
4. Normalización . . . . .	82
4.1. Enunciados del principio de Normalización . . . . .	82
4.1.1. El principio de Normalización en España	
4.2. Marco jurídico de apoyo a la normalización . . . . .	89
4.2.1. A nivel internacional	
4.2.2. A nivel nacional	
4.2.3. A nivel autonómico	
5. Importancia de las actitudes hacia los deficientes mentales en contextos institucionales . . . . .	92
<b>Capítulo 5. Habilidades sociales en deficientes mentales</b> . . . . .	<b>97</b>
1. Concepto de habilidades sociales . . . . .	97
2. Evaluación de las habilidades sociales . . . . .	101
3. Entrenamiento en habilidades sociales . . . . .	103

3.1. Técnicas y objetivos . . . . .	104
3.2. Condiciones de entrenamiento y aplicaciones . . . . .	108
4. Entrenamiento en habilidades sociales en sujetos no deficientes . . . . .	109
5. Las habilidades sociales en los deficientes mentales . . . . .	111
6. Entrenamiento en habilidades sociales en sujetos deficientes mentales . . . . .	113
7. Entrenamiento en habilidades sociales dirigido al personal . . . . .	123
7.1. Personal no relacionado con deficientes mentales . . . . .	123
7.2. Influencia de la conducta del personal en los residentes. Interacciones personal/residentes . . . . .	126
7.3. Personal relacionado con deficientes mentales. Mejora de las interacciones personal/residentes . . . . .	131

## II SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EXPERIMENTAL

1. Introducción . . . . .	136
2. Hipótesis . . . . .	138
3. Método . . . . .	140
3.1. Sujetos . . . . .	140
3.2. Contexto . . . . .	145
3.3. Instrumentos . . . . .	145
3.3.1. Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales	
3.3.2. Escala de Valoración del personal	
3.3.3. Entrevista estructurada al personal que trabaja con deficientes mentales	
3.3.4. Registro observacional de las interacciones personal/residentes	
3.3.5. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para la mejora de las interacciones personal/residentes	
3.4. Procedimiento . . . . .	152
3.4.1. Primera fase: exploración y selección	
3.4.2. Segunda fase: evaluación	
3.4.3. Tercera fase: intervención	
3.4.4. Cuarta fase: reevaluación	
3.4.5. Quinta fase: seguimiento	

---

3.5. Diseño .....	157
3.6. Análisis estadísticos .....	158
<b>4. Resultados .....</b>	<b>160</b>
<b>5. Discusión y conclusiones .....</b>	<b>175</b>
<b>III. FIGURAS .....</b>	<b>185</b>
<b>IV. APÉNDICES .....</b>	<b>197</b>
1. Escala de actitudes hacia los deficientes mentales .....	198
2. Escala de valoración del personal .....	201
3. Entrevista estructurada al personal que trabaja con deficientes mentales .	202
4. Registro observacional de las interacciones personal/residentes .....	206
<b>V. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>207</b>

# **PARTE I. REVISIÓN TEÓRICA**

---

---

## INTRODUCCIÓN

**E**l tema de la inteligencia, que comienza con los propios inicios de la Psicología, se ha caracterizado en su desarrollo histórico por polémicas, disputas y problemas no resueltos y ha sido y es abordado por enfoques muy diversos y por teorías a veces contrapuestas.

Si el panorama en el tema de la inteligencia es éste, los mismos esquemas se pueden aplicar al concepto de deficiencia mental, ya que todas las cuestiones referidas a la inteligencia (definición, evaluación y posible modificación de la inteligencia) tienen un reflejo directo en la deficiencia mental tradicionalmente considerada como falta de inteligencia o déficit en el funcionamiento intelectual.

En la actualidad ante la gran diversidad de enfoques y acercamientos teóricos sobre la deficiencia mental, y dado que el estado actual de los conocimientos no permite aún la integración de todos ellos, algunos autores proponen la necesidad de tomar en consideración de forma conjunta los resultados procedentes de los diversos modelos teóricos mediante una sinopsis (Fierro, 1991).

A esto se añade además, la repercusión social que el tema de la deficiencia mental conlleva, dado que desde el principio de la historia, la sociedad ha tenido que tomar en consideración a los sujetos "distintos" a la mayoría. Los tratamientos dados a los individuos considerados deficientes han evolucionado considerablemente con el paso de los años, en función tanto de la propia conceptualización de deficiencia mental como de otras circunstancias socioculturales.

Una de las respuestas sociales que durante más tiempo ha prevalecido en la historia ha sido la colocación de sujetos deficientes en instituciones especialmente creadas para ellos. Estas instituciones que, en un principio fueron concebidas con fines educativos y de rehabilitación, acabaron convirtiéndose, por una diversidad de factores, en contextos asilares, masificados y dedicados únicamente a la custodia y satisfacción de las necesidades básicas de las personas que acogían, provocando efectos adversos no previstos en éste, como en otros tipos de poblaciones.

La contestación social a la "institucionalización" como tratamiento hizo surgir los principios de normalización e integración como guía de todas las intervenciones sobre sujetos minusválidos en general y deficientes mentales en particular. Estos principios, desarrollados a partir de la década de los 50, propugnan el uso de los medios y recursos necesarios para conseguir unas condiciones de vida para las personas con déficits que resulten los más parecidas posible a las del resto de la sociedad. Aunque se puede entender que la meta ideal de esta filosofía era la consecución de la desinstitucionalización de los deficientes y su plena integración en la vida comunitaria, la realidad demuestra la permanencia de instituciones especiales para sujetos con deficiencia mental.

Por otra parte, a nivel teórico, a partir de la mitad del siglo XX, la inteligencia y por tanto la deficiencia mental, amplía su conceptualización, superando la restringida aceptación que su evaluación, a través de los tests de inteligencia, le habían impuesto y abarcando áreas tan importantes como la conducta adaptativa, de forma que en la actualidad son muchos los autores que aceptan que la inteligencia afecta a todas las dimensiones de la conducta (Pelechano, 1975; Yela, 1987).

Ambos tipos de factores (científicos y sociales) vienen a confluir en una cuestión: la importancia de tomar en consideración una perspectiva interactiva que supere la intraindividual (centrada únicamente en el sujeto). En efecto, la definición de la conducta como adaptativa está en función del contexto ambiental donde esa conducta tenga lugar. A su vez, la adaptación social se relaciona con el concepto de normalización que propone la utilización de los medios necesarios para conseguir la integración de los sujetos en la vida comunitaria. La normalización abarca tanto a los ambientes, cuyas características deben favorecer la calidad de vida de las personas con retraso mental, como a las personas en quienes se ha de promover las habilidades necesarias para asumir roles y responsabilidades sociales relevantes.

De este modo, el estudio del comportamiento adaptativo en el campo del retraso mental viene siendo un hecho en las dos últimas décadas (Grossman, 1983; Pelechano,

1984; Espinosa, Márquez y Rubio, 1985; Hogg y Raynes, 1987), entendiendo que la adaptación de un individuo se determina por la adecuación de su conducta a las exigencias del ambiente (Leland, 1977; Kenett, 1977).

Entre las diversas áreas de funcionamiento asociadas al comportamiento adaptativo se incluyen como fundamentales la comunicación y la interacción social referidas a las dimensiones sociales del contexto (Verdugo, 1988; Jarana, León y Cantero, 1992; Vera, 1992).

El interés que recientemente ha provocado el estudio de la interacción social podemos observarlo en líneas de investigación que provienen de distintas disciplinas. Entre muchas posibilidades podemos destacar, desde la psicología evolutiva el paradigma interaccionista representado por autores como Schaffer (1989) que recoge en su obra el análisis de las interacciones diádicas y poliádicas del niño y sus cuidadores, así como la influencia de las mismas en el desarrollo y socialización de la infancia.

También en terapia y modificación de conducta se ha producido en las últimas décadas un auge en el desarrollo de programas de entrenamiento en habilidades sociales que se están aplicando a poblaciones muy diversas, como método para paliar distintos tipos de trastornos y problemas de conducta (García y Gil, 1992).

En el campo de los trastornos del desarrollo y concretamente del retraso mental, la importancia de las habilidades para establecer interacciones sociales positivas con los demás ha sido remarcada, en primer lugar por la comprobación de la existencia de un déficit de estas habilidades en los sujetos con retraso mental, y en segundo lugar por su influencia en el ajuste y adaptación social de los sujetos retrasados en los diversos contextos donde viven y se desarrollan (escolar, institucional, comunitario...) (Pelechano, 1984; Vera, 1992).

El trabajo que hemos realizado se puede incluir en esta corriente de análisis e intervención de las interacciones sociales en individuos con déficits intelectuales en contextos institucionales. En dichos contextos, la investigación ha puesto de manifiesto la influencia de la conducta del personal sobre la conducta de los sujetos institucionalizados y sobre todo, la escasez general de interacciones entre personal y residentes, así como las consecuencias que esto representa sobre la conducta desadaptativa manifestada por los sujetos institucionalizados (Zigler, 1966; Menolascino, 1972).

Por ello, los objetivos de nuestra investigación han sido intentar evaluar y modificar las interacciones verbales entre los sujetos con deficiencia y el personal que trabaja con

ellos en dos contextos diferentes: una residencia para deficientes mentales adultos y un colegio de educación especial, en la creencia de que el aumentar la cantidad y calidad de las interacciones dirigidas a estos sujetos por sus cuidadores aumentará su conducta adaptativa y disminuirá sus conductas problemáticas o desajustadas.

El tema de nuestro presente trabajo, que se relaciona con diferentes disciplinas como la psicología de la educación, la psicología clínica y de la salud, la pedagogía y la psicología social, supone la confluencia de importantes cuestiones que se están debatiendo en la actualidad en la psicología tales como:

- Consecución de unas condiciones más normalizadas en las instituciones para deficientes mentales y aumento de la calidad de vida en dichos contextos.
- Importancia de la conducta adaptativa y en particular de las áreas de comunicación e interacción social en el campo del retraso mental.
- Evaluación de la influencia del entorno y de sus coordenadas sociales en la conducta de los individuos.
- Aplicación de programas de modificación de conducta en contextos que incluyen sujetos con retraso mental para conseguir un aumento de las conductas adaptativas y una disminución de las conductas desadaptativas.

# I CONCEPTUALIZACIONES DEL RETRASO MENTAL

**E** han existido muchos enfoques y modelos distintos que han abordado el tema de la deficiencia o retraso mental. Para resumir este complejo panorama distinguiremos en primer lugar, siguiendo a Pelechano (1975) y a Espinosa, Márquez y Rubio (1985), entre la gran diversidad de conceptualizaciones sobre deficiencia mental los tres grupos siguientes:

- a) conceptualizaciones basadas en causas biológicas
- b) conceptualizaciones basadas en el funcionamiento intelectual
- c) conceptualizaciones basadas en el ajuste o adaptación social.

## 1. EL RETRASO MENTAL COMO ENFERMEDAD: PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Según el enfoque biologicista los déficits del retraso mental son el resultado de causas biológicas de tipo anatómico, fisiológico o bioquímico, que pueden ser hereditarias, congénitas o adquiridas, éstas últimas durante el parto o en los primeros años de vida (Benedet, 1986).

Este enfoque utiliza un criterio clínico para identificar la anormalidad. La anormalidad manifestada en enfermedades o patologías, implica alteraciones de los sistemas funcionales que se hacen patentes en síndromes los cuales están compuestos de síntomas y signos. El retraso mental constituye por tanto, desde esta perspectiva, un síntoma

producido por una alteración a nivel biológico (Bijou, 1966; Verdugo, 1988; Benedet, 1991).

Los déficits cognitivos causados por la alteración pueden ser globales (si atañen a todo el pensamiento abstracto y conceptual) o específicos si se relacionan con aspectos instrumentales del pensamiento. Sólo en el primer caso se trataría de deficiencia mental (Benedet, 1986).

El diagnóstico en este modelo se realiza a través del estudio de los síntomas y pretende descubrir la etiología causante del trastorno. En este sentido, el pronóstico del retraso mental dependerá de los sistemas biológicos alterados. El tratamiento desde esta perspectiva, basado en terapias quirúrgicas y químicas dirigidas a cambiar la fisiología o anatomía del sistema nervioso o a modificar la conducta mediante el uso de fármacos, no ha logrado incrementar el nivel intelectual y adaptativo del retrasado mental (Verdugo, 1988).

Sin embargo, los descubrimientos a nivel biológico en relación con la etiología del retraso mental se han venido produciendo a lo largo de los años, por lo que en la actualidad, más que una proyección práctica a nivel de tratamiento de la deficiencia mental, estos descubrimientos se tienen en cuenta a nivel de prevención de la deficiencia. En efecto, según Clarke, Beasley y Begab (1984) estos conocimientos hacen posible la práctica de un diagnóstico prenatal (examen radiológico, fetoscopia, pruebas bacterianas, técnicas cromatográficas...) asesoramiento genético, planificación familiar y tratamiento precoz desde el punto de vista médico.

Una perspectiva psicológica particularmente fructífera relacionada con el enfoque biológico es aquella que enfatiza la relación entre los aspectos estructurales y funcionales del cerebro y la conducta del individuo. En este marco cabe resaltar el punto de vista neuropsicológico notablemente representado por la escuela soviética.

Desde un punto de vista evolutivo, Luria (Luria, 1960), siguiendo la teoría de Vygotsky sobre la simultaneidad en la formación de los procesos mentales superiores y los órganos cerebrales esenciales para su funcionamiento, establece que los niños mentalmente retrasados se distinguen claramente de los demás niños ya que sus procesos mentales tienen características anormales.

Luria establece que los niños deficientes mentales son niños que han sufrido serias perturbaciones del cerebro en su vida intrauterina o en el período neonatal, perturbaciones que han alterado su funcionamiento cerebral al haber originado una anomalía en su

desarrollo mental. Estos niños son diferentes de los niños normales en todos los aspectos de su actividad mental, debido a que la fuerza, el equilibrio y la labilidad de su sistema nervioso central revisten en ellos características peculiares.

Luria diferencia tres grados en la deficiencia mental. En los dos primeros grupos las deficiencias mentales y comportamentales se explican desde el punto de vista anatómico y fisiológico. La perturbación cerebral grave se refiere a un subdesarrollo primario de la corteza cerebral o bien a modificaciones anatómicas y produce oligofrenia profunda. En la oligofrenia menos severa, las modificaciones del tejido nervioso son menos importantes, pero en cualquier caso las modificaciones de la actividad nerviosa superior provocan el desarrollo anormal de las funciones de los hemisferios cerebrales. En el caso de la debilidad se debe a una lesión difusa y muy superficial de los hemisferios cerebrales, a la que pueden superponerse, o no, otras anomalías (Luria, 1960).

En el niño retrasado, los procesos nerviosos en los que se basa la asimilación del lenguaje muestran desviaciones patológicas que no permiten la aparición de los necesarios sistemas complejos y móviles de conexiones para el funcionamiento normal del lenguaje. En consecuencia, las conexiones del lenguaje del niño retrasado no revisten el papel activo necesario para la actividad intelectual y para la regulación del comportamiento. De aquí que las características fundamentales del niño retrasado sean los trastornos en la participación del lenguaje en la formación de procesos mentales complejos y deficiencias en las funciones reguladoras y generalizadoras (Luria, 1960).

En cuanto a la recuperación no obstante, este autor estima que un sistema educativo correctamente organizado puede ayudar a los niños deficientes mentales a compensar sus perturbaciones, adaptarse a las condiciones de vida cotidiana y realizar un trabajo socialmente útil. De hecho la escuela soviética es una de las que más ha enfatizado las posibilidades de recuperación del niño deficiente mental.

Las investigaciones posteriores (Zislina, 1974; Luria y Vinogradov; 1973; Lubowski, 1974) han hallado que las modificaciones patológicas del cerebro de los deficientes mentales se expresan en la actividad eléctrica del cerebro, en la dinámica de los reflejos más sencillos y en la actividad nerviosa superior.

La escuela soviética ha influido notablemente en el desarrollo de la perspectiva del procesamiento de la información, sobre todo, en la noción de que el funcionamiento intelectual y su desarrollo está mediado por las interacciones sociales (Goldman y Pellegrino, 1991).

Así, partiendo de la concepción neurofisiológica de Luria, Dass y colaboradores (1979) distinguen entre dos géneros de procesamiento de la información: el procesamiento simultáneo y el sucesivo. Aplicando tareas que implican uno u otro tipo de procesamiento a niños normales y deficientes, comprueban que en ambos tipos de niños existen procesos simultáneos y sucesivos que pueden definirse en la misma serie de pruebas, sin embargo los dos grupos pueden emplear los procesos cognitivos de manera diferente para resolver tareas más complejas. Las diferencias entre normales y deficientes se centran en concreto en aquellos aspectos que exigen formación de planes de acción y de toma de decisiones (López Melero, 1991).

Un enfoque distinto pero igualmente importante en psicología, es el representado por algunos autores que han defendido un componente genético como principal responsable de las diferencias en inteligencia y han intentado identificar los mecanismos fisiológicos responsables de estas diferencias.

En esta línea Eysenck (1979) defiende que la inteligencia tal como la miden los tests, tiene una firme base genética, de forma que este tipo de factores explican el 80% estimado de la varianza total frente al 20% explicado por factores ambientales. Para este autor la inteligencia es una aptitud mental general heredada. Como forma empírica y directa de responder a la pregunta sobre la significación psicológica del factor general de inteligencia, Eysenck (1979) propone el análisis del fundamento fisiológico de la conducta cognitiva y en particular la medición de la latencia y amplitud del potencial medio de evocación en el electroencefalograma.

Según este autor existe una correlación de gran magnitud entre los potenciales evocados medios y el cociente intelectual que él interpreta como el hallazgo del sustrato fisiológico del mismo. Otra medida de eficiencia biológica sería la conductividad palmar que interpreta como medida de la activación cortical y que también manifiesta correlación con el cociente intelectual, apoyando nuevamente según Eysenck (1979), la existencia de un sustrato biológico del cociente intelectual.

Los resultados obtenidos en este tipo de investigaciones indican que estas medidas distinguen a los sujetos retrasados de los normales pero dichos resultados, aunque sugerentes y prometedores, no son por el momento concluyentes (Yela, 1987).

Como conclusión acerca del punto de vista biológico sobre la deficiencia mental, podemos decir que lo único que se conoce actualmente es que determinadas alteraciones genéticas o bioquímicas suelen producir, como una consecuencia más entre otras, retraso

intelectual, no en todos los casos ni con el mismo grado, por lo que hay que suponer que existen otras variables implicadas en la producción de este trastorno. Todo ello hace que, a pesar de señalar la base biológica de la inteligencia e independientemente de que se conceda mayor o menor relevancia a la misma, todos los autores reconozcan la influencia del medio ambiente en su desarrollo y por tanto cierta posibilidad de modificación de la inteligencia.

## **2. EL RETRASO MENTAL COMO DÉFICIT INTELECTUAL**

El criterio de funcionamiento intelectual representa una larga tradición que delimita el retraso mental como un déficit en el funcionamiento intelectual. De esta forma la "falta de inteligencia" resulta ser la principal característica de aquellos sujetos calificados como retrasados mentales.

Ineludiblemente en este planteamiento, el concepto sobre retraso mental está unido a la evolución de las concepciones sobre la inteligencia. El constructo de "inteligencia" ha sufrido un proceso en su delimitación conceptual que nos interesa resaltar en estas páginas debido a esta influencia.

Desde el enfoque más tradicional se ha considerado la inteligencia como una capacidad fija, determinada por la herencia y por tanto continua y estable. Esta postura teórica se identifica con la anterior perspectiva biológica en tanto que desemboca en un pesimismo terapéutico. Ello ha determinado que durante muchos años las principales actividades relacionadas con el retraso mental se hayan centrado en su diagnóstico y clasificación en un momento temporal dado (normalmente cuando las necesidades prácticas lo requieran) suponiendo que este diagnóstico iba a permanecer estable a lo largo del tiempo y utilizándolo como criterio de actuación en todos los ámbitos de la vida del individuo.

Frente a esta concepción se han ido perfilando nuevas perspectivas teóricas que han abordado el tema del retraso mental desde un marco más flexible y esperanzador. Estas nuevas concepciones han acentuado la posibilidad de mejora y modificabilidad de la inteligencia, aunque dentro de ciertos límites como en el caso del retraso mental. En efecto, a pesar de que no se niegue la barrera que supone la existencia de una serie de trastornos a nivel fisiológico, tal y como se postula desde el punto de vista biológico, ello no implica la imposibilidad de actuar a nivel educativo y terapéutico para desarrollar el máximo potencial de estos individuos. Por otra parte un buen número de sujetos clasificados como deficientes mentales no tienen causa biológica reconocida, sino que en ellos los factores

psicosociales parecen ser los principales determinantes de su déficit. En esta situación la intervención resulta más oportuna si cabe.

A continuación pasamos a describir brevemente las principales características de las perspectivas que consideran el retraso mental como déficit intelectual, a saber la perspectiva psicométrica, la perspectiva evolutiva y la perspectiva cognitiva

### **2.1 Perspectiva psicométrica: El retraso mental como falta de inteligencia según un criterio estadístico.**

Uno de los primeros intentos teóricos propiamente psicológicos relacionados con la inteligencia partió de la consideración de las diferencias individuales en la capacidad intelectual de los individuos (Alonso, 1992e). Esta constatación empírica realizada a partir de diversas aproximaciones de medición, desembocó en la aparición del constructo "inteligencia" como capacidad mental unitaria y genéticamente determinada. La inteligencia se refería desde esta óptica a las capacidades intelectuales superiores (juicio, comprensión, razonamiento, etc..) (Alonso, 1992e) que se presuponían mermadas en el caso de los individuos con deficiencia mental.

La concepción psicométrica de la inteligencia ha estado íntimamente ligada a su medición. En efecto, la plasmación de las diferencias cuantitativas en tareas que medían el funcionamiento intelectual permitió concebir la inteligencia como un continuo en el que se podían situar todos los individuos (Carrobles, 1989). La inteligencia no era una cuestión de todo o nada sino una cuestión de grados. Esta perspectiva diferencial construyó un concepto de inteligencia como un rasgo o capacidad subyacente de origen identificable. A su vez, la determinación genética de la inteligencia conducía a la estabilidad y continuidad de la capacidad medida en el individuo (Pinillos, 1981; Ribes, 1981).

El punto de vista psicométrico tradicional ha considerado que la inteligencia, que se supone se estabiliza alrededor de los ocho años de edad, medida a través de los tests de aptitudes, sirve de indicador a largo plazo de la ejecución intelectual de los individuos en una gran variedad de campos (Pinillos, 1981).

De esta forma, como señala Haywood (1981) se produce una reificación del constructo de inteligencia que emerge de la consideración de las diferencias individuales en la actuación de los individuos en diversas tareas de aprendizaje y solución de problemas y al mismo tiempo se utiliza como explicación de las diferencias halladas.

A través de la concepción psicométrica se ha analizado fundamentalmente la estructura del funcionamiento intelectual. Estas investigaciones (que consideran el factor como unidad básica y utilizan la técnica del análisis factorial o matriz de intercorrelaciones entre las diversas puntuaciones de los tests (Yela, 1987) han desembocado en diversas posiciones desde el bifactorialismo de Spearman (1927) al multifactorialismo, dentro del cual se diferencian posiciones jerárquicas (Vernon, 1950; Cattell, 1971) y no jerárquicas (Thurstone, 1938; Guilford, 1956).

Así, asumiendo la inteligencia como capacidad o potencia se puede distinguir entre dicha capacidad (es decir el sustrato permanente o la estructura latente fundamento de las operaciones intelectuales) y la ejecución o actualización de dicha capacidad. La estructura cerebral constituiría la base anatómica o funcional que sustenta dicha capacidad (Ribes, 1981).

En definitiva la concepción de la inteligencia desde una perspectiva psicométrica ha identificado como una estructura subyacente determinada por la herencia y por tanto estable.

El retraso mental se determina en función de la puntuación obtenida en las pruebas de inteligencia, considerando retrasado a todo individuo que obtenga una puntuación inferior a un criterio establecido estadísticamente. Este criterio de funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio se suele situar en dos desviaciones típicas por debajo de la media de su grupo de edad, lo que implica que la obtención de un cociente intelectual entre 65 y 75 servirá para clasificar a un sujeto como retrasado mental (Grossman, 1983).

En la actualidad la valoración del funcionamiento intelectual en el retraso mental se sigue utilizando como parte del proceso de evaluación de la deficiencia mental por muchos especialistas, pero no como único criterio de determinación sino más bien como parte de un primer acercamiento a la delimitación del problema que necesita ser completado con instrumentos más específicos (Benedet, 1991).

### 2.1.1 Implicaciones en evaluación y tratamiento

El punto de vista psicométrico más que a nivel de conceptualización de la inteligencia, ha tenido gran influencia en la medición de la misma. En efecto, la construcción de pruebas de inteligencia que comenzó a principios de siglo continúa en la actualidad debido a que su empleo sigue vigente.

Para la construcción de tests psicométricos de inteligencia, se seleccionan una serie de tareas que el individuo debe realizar y que se suponen indicativas de su funcionamiento intelectual, en términos cuantitativos.

Así, en base a criterios normativos se clasifica a los sujetos en función de la puntuación obtenida que suele concentrarse en un índice global, índice que ha ido evolucionando, con el objetivo de superar las deficiencias que se han ido encontrando en dichos índices, desde la edad mental utilizada primitivamente en la escala de Binet-Simon hasta los cocientes de desviación actualmente utilizados en la mayoría de tests. El índice que ha logrado mayor difusión ha sido el cociente intelectual, medida que relaciona la edad mental y la edad cronológica del sujeto.

Este tipo de medición psicométrica se ha orientado fundamentalmente a la clasificación de los sujetos en función de su grado de funcionamiento intelectual y a la predicción de su actuación en diferentes ámbitos de actividad.

A pesar de su gran difusión, la perspectiva psicométrica de medición de la inteligencia ha recibido numerosas críticas. Entre las críticas recibidas, nosotros vamos a resaltar las referidas a tres aspectos básicos por su influencia en el tema del retraso mental:

- 1- Lo que miden las pruebas de inteligencia.
- 2- Los supuestos en los que dichas pruebas se basan.
- 3- Su utilidad.

*1- Lo que miden las pruebas de inteligencia.*

Los tests de inteligencia se han centrado fundamentalmente en el razonamiento y solución de problemas referidos a comportamientos propios de contextos académicos y escolares (Pelechano, 1975). Ante esto se les ha criticado la falta de control de componentes motivacionales en la solución de los problemas (Pelechano, 1975; Espinosa, Márquez y Rubio, 1988), y de las influencias sociales y culturales que dan lugar a un sesgo sociocultural en este tipo de pruebas (Mercer, 1973). De esta forma, en la actualidad, se defiende una conceptualización más global de la inteligencia en la que se incluyen componentes de la llamada "inteligencia social" no representados en los tradicionales tests psicométricos (Pelechano, 1975).

*2- Los supuestos en los que dichas pruebas se basan.*

La pretendida estabilidad del cociente intelectual a lo largo del desarrollo y de los distintos ambientes o lo que es lo mismo, la generalidad transituacional y transconductual

que supone el cociente intelectual, no se ha visto confirmada desde el momento en que las tasas de desarrollo evolutivo y las intervenciones mediante estimulaciones adecuadas, han provocado cambios importantes en el mismo, además las predicciones realizadas en las primeras edades han infraestimado el desarrollo intelectual posterior (Pelechano, 1975; Espinosa, Márquez y Rubio, 1988).

### *3- Su utilidad.*

Este tipo de críticas se centran en la excesiva molaridad y escasa finura analítica de sus resultados (Benedet, 1991) que, por dirigirse a la obtención de una puntuación tipificada que globaliza los resultados del sujeto (Diez López, 1988), no resulta adecuada para describir y detectar habilidades y déficits específicos. Los tests tradicionales evalúan productos y no procesos (Alonso, 1992a; Benedet, 1991), ofrecen una visión estática de ejecuciones puntuales y no una evaluación dinámica de posibilidades (Benedet, 1991) y confunden el nivel manifiesto de funcionamiento con la capacidad del individuo para funcionar (Camplonch, 1981; Diez López, 1988). No miden el potencial de aprendizaje sino las consecuencias de la historia interaccional previa del sujeto hasta el momento de la prueba (Bijou, 1966) y no dan indicaciones para una posible intervención (Benedet, 1991) siendo este tipo de evaluación insatisfactoria para fines reeducativos o de otro tipo (Diez López, 1988).

## **2.2 Perspectiva evolutiva: El retraso mental como alteración en el desarrollo**

El desarrollo intelectual ha sido también interpretado desde un enfoque evolutivo. Según este enfoque los distintos modos de representación y organización de la realidad cambian en el sujeto en función de su maduración o lo que es lo mismo del tiempo transcurrido, siguiendo unas pautas más o menos regulares. Se trata por tanto, de determinar el nivel de desarrollo cognitivo-intelectual (en términos cualitativos) que un sujeto ha alcanzado en la representación, organización y uso del conocimiento. Este objetivo supone un modelo previo que delimita la secuencia de logros que definen cada nivel y que constituyen los criterios que determinan cuando se producen las nuevas adquisiciones. A partir de Baldwin (1906), Piaget (1950) y después de él Bruner (1964), Pascual-Leone (1970) y Case (1985) han contribuido a la construcción de una visión del desarrollo cognitivo progresivamente más precisa. No obstante la teoría probablemente más influyente y la que ha dado lugar al desarrollo y sistematización de instrumentos de evaluación ha sido la teoría de Piaget (1927) (Alonso, 1992b).

Según Inhelder (1969) las teorías genéticas se pueden clasificar en tres grupos:

- 1- Las que conciben el desarrollo mental como una simple adición progresiva de resultados adquiridos, sin hipotetizar sobre el mecanismo de adquisición.
- 2- Las que conciben el desarrollo mental como la expresión de una sucesión lineal y acumulativa de estructuras. El diagnóstico en este caso intenta establecer el estadio en el que el sujeto se encuentra en ese momento dado.
- 3- Las que conciben el desarrollo mental como la organización progresiva de un mecanismo operatorio. Así, se considera la existencia de estadios sucesivos caracterizados por estructuras mentales cualitativamente distintas y una ley de construcción que relaciona los estadios en virtud de un mecanismo operativo que los presenta como formas de equilibrio sucesivas de una misma organización.

En este último grupo se incluye la teoría de Piaget (1950). Este autor concibe la inteligencia en términos de adaptación, es decir de equilibrio entre la actuación del organismo y el entorno. Este equilibrio se produce entre los procesos de asimilación o incorporación de los objetos a los esquemas de conducta, y los procesos de acomodación o modificación de los esquemas debido a la presión del entorno. A partir de aquí, Piaget formula una teoría de estadios del desarrollo intelectual. El principal valor de esta teoría se centra en el orden fijo en que se suceden los distintos estadios que permite situar al niño en un nivel determinado con independencia de si su desarrollo es lento o rápido y recomendarle el entrenamiento apropiado a dicho nivel de adquisiciones.

Inhelder (1969) desde esta perspectiva teórica, se dedica al estudio de los niños deficientes planteándose un diagnóstico diferencial que ha de basarse no sólo en el nivel de desarrollo alcanzado y en las posibilidades del sujetos sino además en el equilibrio mental. Inhelder (1969) plantea dos formas de perturbación: el retraso simple y el desequilibrio o dificultad para realizar las integraciones que aseguran la continuidad funcional de un nivel al siguiente. Parte de la hipótesis de que las deficiencias y retrasos mentales se caracterizan por fijaciones y retrasos en el recorrido de la trayectoria del desarrollo normal. El niño deficiente sigue en su desarrollo mental el mismo recorrido que el niño normal pero con retrasos y fijaciones precoces y sin llegar jamás a conseguir un equilibrio definitivo. El razonamiento del niño débil evoluciona a un ritmo cada vez más lento, lo que le conduce a estados de estancamiento. Además cada uno de sus progresos conserva la marca del sistema de razonamiento que acaba de superar.

La debilidad podría ser definida por una construcción operatoria inacabada, y esto por oposición a la imbecilidad y la idiotez donde no hay construcción y en relación al estado normal en el que la construcción se acaba pronto o tarde.

Según la clasificación realizada, el idiota no supera las composiciones sensomotoras, el imbecil es capaz de pensamiento intuitivo, el débil es capaz de una construcción operatoria pero inacabada y el retrasado simple accede a las operaciones formales más pronto o más tarde. Cada grado de deficiencia se caracteriza por estructuras mentales cualitativamente distintas. El pronóstico de estos modos de razonamiento exige el análisis cuidadoso de factores extraintelectuales tales como factores afectivos, relacionales, etc.. (Benedet, 1991).

Tras la obra de Inhelder, las aportaciones desde la concepción piagetiana a la comprensión de la deficiencia mental son reducidas. Entre ellas caben destacar las siguientes (Benedet, 1991):

- La línea que hace hincapié en la apreciación de las posibilidades de aprendizaje del sujeto mediante la ayuda que se le ofrece durante el proceso de evaluación (Schmid-Kitsikis, 1969).
- La línea que enfatiza la necesidad de estudiar conjuntamente el aspecto dinámico de las funciones cognitivas y de las funciones afectivas (Gouin Décarie, 1968; Schmid-Kitsikis y Ajurriaguera, 1972).
- Una línea de trabajo diferente es la que ha dado lugar a la controversia entre dos posiciones: a) la posición de desarrollo que defiende que los retrasados mentales recorren en su desarrollo las etapas del desarrollo normal en idéntico orden pero diferenciándose de los individuos normales en el ritmo de desarrollo y en el límite alcanzado. Según esta posición defendida por Zigler (1969), los retrasados presentan la misma organización del pensamiento y ponen en juego los mismos procesos de aprendizaje que los niños normales de igual edad mental. b) La posición de diferencia presenta dos versiones: la que postula que los retrasados mentales son inferiores a los sujetos normales de su misma edad mental en una serie de procesos de razonamiento (Milgram, 1973) y la que considera que los retrasados mentales son cognitivamente más avanzados que los sujetos normales de su misma edad mental (Kölberg, 1968). Esta polémica representa, como señala Benedet (1991), la confusión entre conceptos piagetianos y psicométricos y exige que la definición de las distintas categorías de retraso mental se realice en base a procesos de pensamiento y no en base a conceptos psicométricos.

### 2.2.1 Implicaciones en evaluación y tratamiento

Frente a las escalas clásicas de desarrollo tales como : Diagnóstico del Desarrollo de Gesell (Gesell y Amatruda, 1947) y Escala Bayley de Desarrollo Infantil (BSID) ( Bayley, 1969) que aprecian de forma global el desarrollo del niño, las técnicas basadas en la teoría de Piaget intentan descubrir los mecanismos intelectuales que el niño utiliza (Alonso, 1992b).

En la exploración del nivel de inteligencia sensoriomotriz, primer período evolutivo propuesto por Piaget, destacan los procedimientos adaptados por Casati y Lezine (1968) que evalúan el nivel de desarrollo en 4 categorías de comportamiento:

- a) comportamientos de búsqueda del objeto desaparecido
- b) utilización de medios para conseguir fines
- c) comportamientos relacionados con la exploración de objetos
- d) comportamientos relacionados con la combinación correcta de objetos.

Esta prueba permite diferenciar a los niños que sacarían provecho de un entrenamiento especializado, en función de que se sitúen por debajo o por encima del subestadio VI.

En cuanto a la exploración de los niveles preoperatorio y operatorio, Piaget e Inhelder (1946, 1948, 1951) diseñaron una serie de problemas que se han aplicado a la evaluación de niños privados de las necesarias condiciones para el desarrollo cognitivo a causa de ambientes empobrecidos y a adultos con deficiencia mental (Alonso, 1992b). El período preoperatorio se deduce de la ausencia de ciertas operaciones cognitivas como seriación, conservación, inclusión de clases, etc..

La utilización de métodos no verbales ha demostrado que los conceptos relativos a las estructuras operatorias se adquieren antes de que el sujeto sea capaz de verbalizarlos, por tanto la determinación de las aptitudes del deficiente mental se realiza más adecuadamente mediante técnicas no verbales que miden de forma directa los procesos de aprendizaje de los conceptos estudiados (Alonso, 1992b).

Para evaluar si el sujeto ha accedido al período de operaciones formales existe la "Escala para la medición del pensamiento lógico" de Piaget y Longeot, de la que Longeot elaboró una forma colectiva (1965), que consta de cinco pruebas que miden el grado en que el sujeto emplea el modo de razonar propio del pensamiento científico.

Esta evaluación de la capacidad de aprendizaje y de generalización de lo aprendido es fundamental con vistas a la planificación de la intervención que facilite el desarrollo intelectual y acerca la perspectiva evolutiva a los nuevos enfoques sobre la inteligencia que subrayan la modificabilidad de la misma.

### **2.3 Perspectiva cognitiva: El retraso mental como déficit de procesamiento de la información**

Si el enfoque factorial intentaba descubrir la estructura de la inteligencia el enfoque cognitivo se ha preguntado sobre los procesos que subyacen a la misma.

La perspectiva del procesamiento de la información estudia cómo el individuo recoge, elabora, transforma, almacena y utiliza la información al afrontar distintas tareas y el papel del conocimiento en este proceso.

El concepto de funcionamiento cognitivo representa para algunos autores la esencia de la inteligencia (Verdugo, 1983).

Según Yela (1987) los componentes principales de la actividad inteligente son los símbolos. Estos símbolos son esquemas interiorizados de acciones, imágenes, conceptos, palabras, etc., que se relacionan y se transforman. La conducta inteligente es un tipo de tratamiento de la información basado en símbolos y estrategias de transformación mental que se integran en planes dirigidos hacia un objetivo.

Se ha distinguido entre elementos estructurales, es decir los que determinan el tipo de tratamiento que la información puede recibir en cada etapa del procesamiento, y procesos funcionales que controlan el flujo de la información desde que entra en el sistema hasta que sale de él (Benedet, 1991).

La investigación en un principio intentó averiguar las limitaciones de los elementos estructurales, sin embargo los resultados del entrenamiento de sujetos retrasados en estrategias mnemónicas fundamentalmente, llevó a la conclusión de que la limitación esencial de estos sujetos era la incapacidad de generalizar estrategias a tareas distintas de las entrenadas (Verdugo, 1983).

Los componentes cognoscitivos como integrantes de la conducta inteligente, se suelen clasificar en componentes elementales y metacomponentes, usados estos últimos para coordinar los componentes elementales, tomar decisiones y evaluar el producto final (Yela, 1987).

Recientemente se ha resaltado el papel de los déficits funcionales en el retraso mental. Los principales déficits funcionales encontrados son los siguientes (Fierro, 1990a):

- a) Deficiencias en la metacognición que presentan los retrasados sobre el funcionamiento de sus procesos cognitivos en general y de su memoria en particular.
- b) Deficiencias en los procesos ejecutivos o de control (metacomponentes) que rigen a otros procesos automatizados y se relacionan estrechamente con las deficiencias cognitivas. Se refieren a la capacidad de planificar y regular el propio aprendizaje.
- c) Limitaciones en el proceso de transferencia o generalización de unas situaciones a otras.
- d) Limitaciones en el proceso de aprender, sobre todo en cuanto a flexibilidad y adaptación del aprendizaje y de las estrategias utilizadas.

Una de las más recientes e integradoras teorías cognitivas sobre el retraso mental, viene representada por la aplicación de la teoría triárquica de la inteligencia de Sternberg (1985-86) (en Sternberg, 1990), según la cual para valorar la conducta inteligente hay que tener en cuenta tres principios: el contexto cultural, la experiencia y la actividad cognitiva.

El principio del contexto cultural supone la evaluación de la conducta inteligente en función de criterios sociales externos, es decir en función del tipo de conductas que resultan útiles en un contexto dado. El principio de la experiencia alude al planteamiento de demandas nuevas o grado en que se requiere una actuación automatizada, es decir la eficacia para afrontar la novedad y la automatización de la realización de una tarea compleja. El último principio se refiere a los tipos de acciones que se realizan sobre la información entre los que se distinguen los metacomponentes (aluden a estrategias de planificación, supervisión y decisión), la adquisición de conocimientos y los componentes de ejecución (codificación e integración de información y procesos de respuesta).

Según esta teoría, el retraso intelectual se entiende como el funcionamiento inadecuado de los subsistemas componenciales, la automatización inadecuada de estos componentes o ambas cosas a la vez.

El retraso intelectual puede proceder de varias fuentes (Sternberg, 1990):

- Activación deteriorada por metacomponentes entre sí y de otros tipos de componentes. Aquí el fallo está en el proceso de activación, es decir de los

metacomponentes a otros tipos de componentes, por ejemplo los componentes de realización.

- Retroalimentación deteriorada a los metacomponentes de otros metacomponentes y otros tipos de componentes. En este caso el fallo se produce en la retroalimentación desde otros componentes a los metacomponentes.
- Funcionamiento deteriorado de componentes de más de un tipo ya sea por indisponibilidad, inaccesibilidad de componentes, lentitud o inexactitud de los resultados de la ejecución.
- Automatización deteriorada de los subsistemas componenciales.
- Deteriorada coordinación de los subsistemas componenciales controlados y automatizados.
- Base de conocimientos inadecuada.
- Motivación inadecuada.
- Limitaciones estructurales sobre el funcionamiento componencial.

Para la teoría triárquica no se puede buscar un único punto o localización del retraso mental. El retraso mental es un fenómeno con facetas múltiples y las teorías en muchas ocasiones han competido porque se han centrado en un aspecto limitado de todo el fenómeno, resultando por consiguiente más incompletas que erróneas. El individuo retrasado, mostraría una dificultad de adaptarse al medio en el que vive. Su diferenciación con los sujetos normales es cuantitativa y probablemente cualitativa.

Según nuestra opinión, la aplicación de la teoría propuesta por Sternberg al retraso mental se puede ver como una recopilación de las principales hipótesis cognitivas formuladas sobre el retraso mental, que recoge posibilidades como las limitaciones estructurales, de automatización de los diversos componentes, limitaciones en los metacomponentes, en la base de conocimientos e incluso en los sistemas motivacionales. Su ventaja reside precisamente en este carácter integrador, según las más actuales propuestas que señalan la necesidad de considerar los diferentes puntos de vista, dada la complejidad del fenómeno que constituye el retraso mental. Sin embargo, por esta misma razón podemos objetarle cierta inespecificidad a la hora de considerar cual o cuales fuentes están actuando en un individuo concreto.

Estas perspectivas han repercutido en la producción de modelos de evaluación y tratamiento de sujetos con retraso mental dando lugar al área de modificación cognitiva.

### 2.3.1 Implicaciones para la evaluación y tratamiento

Frente al enfoque tradicional sobre la concepción de la inteligencia y los supuestos en los que dicha concepción se ha basado, han surgido nuevas perspectivas que ponen el acento en la competencia o ejecución del sujeto y que admiten la mejora de dicha ejecución mediante una intervención adecuada. De esta forma, la tesis de la estabilidad absoluta de la competencia cognitiva se sustituye en estos enfoques por la tesis de una constancia relativa (Diez, 1988).

Estos nuevos enfoques adoptan una perspectiva multidimensional en la conceptualización de la inteligencia que ya no es considerada una entidad global sino compuesta de una serie de procesos cognitivos o de aprendizaje, según el enfoque.

En este marco cabe destacar la posibilidad de modificación de la inteligencia que ha estado ligada al enfoque cognitivo y que ha dado lugar en el campo del retraso mental a perspectivas muy prometedoras que mencionaremos a continuación.

Según Alonso (1992d) se puede establecer un continuo de complejidad sobre la importancia atribuida a los distintos tipos de procesos cognitivos. En un extremo se sitúan aquellos investigadores que conceden mayor importancia a los procesos básicos (atención, percepción, etc..) identificándolos como fuentes de diferencias individuales y creando instrumentos para la evaluación de dichas diferencias. Esta estrategia permite la detección de deficiencias específicas a las que dirigir el entrenamiento.

En el otro extremo se sitúan los investigadores que estudian la influencia del conocimiento adquirido y su estructuración en la resolución de tareas complejas. Desde esta postura se parte de que la cantidad y la cualidad de los conocimientos adquiridos constituyen la principal fuente de diferencias individuales y también se desarrollan estrategias de evaluación que contribuyen a la prescripción de formas de intervención.

Las principales asunciones que diferencian la conceptualización tradicional de la conceptualización adoptada por la perspectiva de evaluación dinámica son según Brown, Campione, Webber y McGill (1992) las siguientes:

1. Generalidad versus dominio específico. Frente a la admisión de que el individuo posee un factor general de aprendizaje, la nueva concepción pone el acento en la evaluación de dominios específicos y en la admisión de diferentes clases de aprendizaje que dependen de las aptitudes, conocimientos e intereses de los individuos.

2. Estabilidad versus maleabilidad. El punto de vista tradicional que defiende la estabilidad de la inteligencia a través del tiempo y en distintos contextos, es suplantado por una concepción de la inteligencia que puede cambiar y cuya medida se vuelve más flexible y dinámica.
3. Aprendizaje aislado versus aprendizaje mediado socialmente. Tradicionalmente el aprendizaje ha sido visto como un logro individual de adquisición de conocimientos y habilidades necesarias. En la nueva concepción se da más importancia al contexto social donde tiene lugar el aprendizaje y su adquisición se produce en un ambiente cooperativo que ofrece guía y apoyo. Se acentúa en definitiva, la interacción entre las capacidades individuales y las características del ambiente que pueden ser incluidas en la evaluación.
- 4- Predicción versus prescripción. En el punto de vista tradicional la puntuación obtenida en el test por un sujeto es usada como predicción de su futura ejecución académica. El nuevo punto de vista cambia la función del test como información de lo que el sujeto no conoce pero puede aprender.

Según Calero (1990) estas técnicas de evaluación presentan dos tipos de diferencias con los tests tradicionales:

El primer tipo de diferencias está relacionado con el método de aplicación. Estas técnicas se basan en la introducción de una fase de entrenamiento, lo que supone un cambio de las instrucciones y una consigna ajustada a las necesidades del sujeto que garantice su comprensión. En esta fase de entrenamiento se establece un proceso de interacción o mediación, en el que cambia el papel del examinador desde una posición neutra a entrenador del sujeto mediante la utilización de técnicas como moldeamiento, modelado, refuerzo, instrucción verbal etc..., encaminadas todas ellas a conseguir el máximo nivel de ejecución.

El segundo tipo de diferencias se relaciona con los objetivos de medida. En los tests tradicionales se comparaba la ejecución del sujeto con el promedio de una muestra. En las técnicas de potencial de aprendizaje interesa más el proceso seguido que el producto final, e interesa elicitarse la ejecución máxima del sujeto. Los ítems de las pruebas se seleccionan en función de parámetros como la complejidad, modalidad de lenguaje, operaciones requeridas, etc... con el objetivo de que todos los ítems puedan ser analizados y entrenados en los sujetos. Además en el proceso de evaluación se compara al sujeto consigo mismo.

Los principales representantes de esta nueva línea han sido desde una perspectiva clínica, los trabajos de Feuerstein (1977) y el grupo Vanderbilt (1986) y en lo que respecta

a aproximaciones estandarizadas, las investigaciones de Budoff (1974) y el grupo Illinois (1980), según Brown, Campione, Weber y McGilly (1992). Las principales diferencias entre las diferentes líneas se centran en las tareas utilizadas en la evaluación que pueden ser tareas alejadas del contexto escolar en el caso de Feuerstein, tareas no verbales en el caso de Budoff y tareas de contextos académicos específicos en el caso de Campione y Brown. Otra diferencia se refiere a la forma de desarrollar el entrenamiento, así Campione y Brown (1987) lo realizan a través de proporcionar pistas ordenadas, mientras que Feuerstein lleva a cabo una experiencia intensiva de aprendizaje mediado. Por último otro factor diferencial se refiere al fin que se otorga a la evaluación que puede ser en unos casos mejorar la validez de la clasificación de los sujetos, especialmente los retrasados mentales y en otros casos la identificación de deficiencias y la derivación de prescripciones (Alonso, 1992a)

Aunque todos los autores mencionados han realizado importantes aportaciones, vamos a describir brevemente la evaluación que realizan Feuerstein (1979) y Campione y Brown (1987).

El Dispositivo de Evaluación del Potencial de Aprendizaje, creado por Feuerstein (1979), es un método para medir la modificabilidad cognitiva del rendimiento retardado. Pretende incidir en las funciones cognitivas más directamente responsables de las diferencias usualmente encontradas en el retrasado-deprivado cultural, teniendo en cuenta que éstas pueden ser experimentadas por el sujeto en las fases de input o output del acto mental y/o pueden ser atribuibles a sus componentes motivacionales o emocionales, por lo cual no tienen porqué reflejar necesariamente una capacidad mental deficiente en el proceso elaboracional (Alonso, 1992a).

Este método abarca una estrategia de test- entrenamiento- retest desde un enfoque dinámico de evaluación, que centra su atención en los primeros cambios provocados y posteriormente medidos del funcionamiento del individuo durante el proceso de evaluación. El entrenamiento realizado va dirigido a cinco áreas: regulación de la conducta a través de la inhibición y control de la impulsividad, mejora de funciones cognitivas deficientes, enriquecimiento del repertorio de operaciones mentales, enriquecimiento del repertorio de contenidos y creación de procesos de pensamiento reflexivos.

El modelo de Campione y Brown (1987) se apoya en la concepción vigotskiana de aprendizaje y en particular en su concepto de "zona de desarrollo próximo". La zona de desarrollo próximo es la distancia entre el nivel actual de desarrollo, determinado por la resolución de problemas de forma independiente y el nivel potencial de desarrollo que se

determina mediante la resolución de problemas bajo la guía adulta o la colaboración de compañeros más capaces.

El procedimiento de Campione y Brown intenta obtener medidas cuantitativas válidas y fiables de la capacidad de aprender, centrándose en determinar cuanta ayuda necesita el sujeto para conseguir un determinado grado de aprendizaje, situando la evaluación en contextos específicos y realizando un análisis previo de las tareas que con las que van a trabajar. Este procedimiento sigue una secuencia basada en primer lugar en una evaluación de la competencia inicial mediante un procedimiento estándar, a continuación la presentación de una situación de aprendizaje con la ayuda adulta en la que se van ofreciendo una serie de pistas con una secuencia fija y basadas en el análisis detallado de la tarea. El número de pistas ofrecidas constituye un indicador de la eficacia mostrada por el sujeto. La evaluación de la transferencia se realiza mediante el mismo procedimiento (Alonso, 1992a).

### **3. EL RETRASO MENTAL COMO DÉFICIT DE CONDUCTA ADAPTATIVA**

#### **3.1. Punto de vista tradicional: conducta adaptativa en términos de desarrollo**

Una de las principales críticas efectuadas a la conceptualización y delimitación del constructo de inteligencia se ha centrado en el olvido de la influencia de componentes motivacionales y sociales en la solución de los problemas que constituyen los tests de inteligencia.

Según Pelechano (1975) a lo largo de la historia del movimiento psicométrico se pueden encontrar diversas referencias al concepto de inteligencia social. Sin embargo tal dimensión no ha recibido la suficiente atención por lo que no han sido representados en las pruebas de inteligencia los componentes referidos a inteligencia social. De esta manera, una concepción "naturalista" de la inteligencia ha sido mantenida por la tradición psicométrica e incluso por la investigación cognitiva, a pesar de la evidencia a favor del origen social de la acción gnósica (Pelechano, 1986).

El campo del retraso mental no obstante, ha sido uno de los focos principales donde se ha manifestado la relevancia de los aspectos referidos a la competencia social de los individuos junto a la inteligencia tradicionalmente concebida. La aplicación de estos aspectos al desarrollo y socialización del retrasado mental ha dado lugar al área de la conducta adaptativa (Pelechano, 1986).

Las primeras concepciones sobre la conducta adaptativa fueron iniciadas por Tredgold quien definía la deficiencia mental como un estado de desarrollo incompleto de tal clase y grado que el individuo es incapaz de adaptarse por sí mismo al ambiente normal de sus iguales, para mantener una existencia independiente de la supervisión, control y apoyo externo (Tredgold, 1937). Desde esta perspectiva se enfatiza el funcionamiento social o adaptativo.

La línea iniciada por Tredgold fue continuada en U.S.A. por Doll quien estableció un sistema alternativo en la definición de la deficiencia mental, creando en 1936 una escala de conducta adaptativa. Doll criticaba el empleo exclusivo del criterio psicométrico en el diagnóstico del retraso mental. Para este autor existían otra serie de factores a tener en cuenta tales como la historia de desarrollo, la capacidad de adaptación y las respuestas a las demandas de orden mental, intelectual, emocional y físico del medio ambiente (Doll, 1965).

La posición de Doll defendía que los déficits en la conducta adaptativa se debían a los déficits en inteligencia y utilizaba conceptos similares a los psicométricos como Edad Social y Cociente Social. Sin embargo, su definición sirvió para reconocer la importancia del criterio de incompetencia social en la deficiencia mental.

En 1959 la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (American Association on Mental Deficiency) acepta el criterio de conducta adaptativa en el diagnóstico de la deficiencia mental. De esta manera se establece una interdependencia entre conducta adaptativa e inteligencia, incluyendo la conducta adaptativa como criterio fundamental para el diagnóstico del retraso mental en sus dos primeras definiciones. Así, para Herber (1959) el retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo de la media que se origina durante el período evolutivo y se encuentra asociado con un menoscabo en uno o más de los siguientes aspectos: maduración, aprendizaje o adaptación social. Según Pelechano (1975) es esta una definición descriptiva de la conducta actual que no emite juicios etiológicos ni pronóstico en concreto. Además admite que el funcionamiento intelectual por sí mismo no garantiza la presencia de deficiencia mental.

En la edición de 1973 del Manual de Terminología y Clasificación del Retraso Mental de la AAMD se indica que el cociente intelectual debe utilizarse sólo como guía y no como límite fijo de diagnóstico y se enfatiza el uso del criterio de conducta adaptativa. La definición, aceptada por la " American Psychiatric Association" (DSM III) y por la Organización Mundial de la Salud, es realizada por Grossman (1977) : " el retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que

coexiste con déficits de conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período evolutivo" (Grossman, 1977, pg. 11).

En esta definición, el funcionamiento intelectual general es concebido como los resultados obtenidos en tests de inteligencia y servirá para clasificar a un sujeto como deficiente siempre que coexistan déficits de la conducta adaptativa. Este déficit se refiere a la eficacia con que un individuo satisface la independencia personal y responsabilidad personal y social esperadas para su edad y grupo cultural. Los déficits en conducta adaptativa serán diferentes a través de las distintas edades al variar las expectativas sociales para cada edad. En una definición posterior (Grossman, 1983) el comportamiento adaptativo se refiere a las habilidades y ejecuciones necesarias para afrontar las demandas de la vida real de cualquier sujeto, perteneciente a una comunidad según su edad y grupo social de referencia.

Por último la definición establece que los déficits deben ocurrir antes de cumplir los 18 años es decir durante el período evolutivo.

Esta definición se caracteriza por no apelar a conceptos biológicos ni causales, de manera que la deficiencia mental se define sólo en términos de conducta. La etiología no sirve para definir el retraso mental (Verdugo, 1988). La definición ofrecida por la AAMD supone un cambio en la concepción de la deficiencia mental al no considerarla una condición permanente en todo lugar y momento de la vida del sujeto.

Como vemos las primeras concepciones sobre la conducta adaptativa se expresan en términos evolutivos, de forma que el déficit en conducta adaptativa se valora esencialmente en términos de maduración durante los años preescolares, de competencia académica durante los años escolares y de independencia social y económica en la edad adulta. La medición del nivel de adaptación se ha realizado pragmáticamente en base a un conjunto racional de expectativas acerca de lo que es apropiado e inapropiado en un contexto dado (Grossman, 1983).

El constructo de conducta adaptativa ha sido centro de interés en los últimos años. Este constructo que ha tenido una importancia fundamental en el retraso mental en cuanto a su definición y diagnóstico y también en cuanto a su aplicación práctica (organización de programas y servicios, mejora de las condiciones de vida etc..) necesita no obstante del desarrollo de teorías y modelos que sirvan de guía para las investigaciones futuras (Bruininks y McGrew, 1993).

La mayoría de las definiciones de conducta adaptativa coinciden en una serie de puntos tales como:

1. la distinción de tres áreas relevantes: la independencia personal, las relaciones interpersonales y la responsabilidad social;
2. la consideración de su naturaleza evolutiva, en el sentido de que los distintos tipos de expectativas sociales cambian con la edad, y
3. el papel relevante del entorno en relación a la conducta adaptativa.

Los principales puntos de desacuerdo entre los distintos autores se refieren a la inclusión de habilidades cognitivas que se refieren a destrezas escolares o a destrezas puestas en juego fuera del contexto escolar (Bruininks y McGrew, 1993).

La investigación empírica que se ha llevado a cabo respecto a la conducta adaptativa se ha realizado mediante el análisis factorial (para estudiar la estructura interna del constructo) y estudios correlacionales que intentan averiguar las conexiones con otras variables (habilidades cognitivas, sociales variables del entorno etc...). Sus resultados no han aportado conclusiones definitivas sobre la naturaleza uni o multidimensional del constructo ni sobre el tipo de relaciones con otras variables.

El enfoque de la conducta adaptativa ha recibido críticas referidas al concepto de adaptación social por resultar un concepto relativo y complejo, a la medición de la conducta adaptativa en la que se han cuestionado las propiedades psicométricas de sus instrumentos y a la relación entre adaptación social y habilidades mentales deficitarias que aún no se encuentra claramente delimitada (Carrobles, 1989; Bruininks y McGrew, 1993).

A pesar de la necesidad de precisión conceptual que hoy en día tiene planteada esta opción teórica, parece presentar una prometedora perspectiva en lo que al retraso mental se refiere, por el hecho de haber resaltado su modificabilidad y su contribución a la normalización de los sujetos con retraso mental (Vera, 1992).

### 3.1.1 Implicaciones para la evaluación y tratamiento

Las escalas de conducta adaptativa acentúan el concepto de madurez social como una habilidad que se desarrolla con la edad. Estas escalas, surgidas en el campo de la deficiencia mental, intentan conseguir información sobre el desarrollo social o grado en que un sujeto ha adquirido comportamientos que le permitan adaptarse a su medio ambiente, lo que se suele traducir en la valoración de la autonomía e independencia en su funcionamiento personal y su competencia en conducta interpersonal.

Como ejemplo de las principales escalas para medir la adaptación social de los deficientes mentales podemos señalar: La Escala de Madurez Social de Vineland (Doll, 1964) y la Escala para la Evaluación del Desarrollo Psicosocial (Hurting y Zazzo, 1970). La primera de ellas parte de la idea de que para cada grupo de sujetos de distinta edad cronológica existe un nivel de desarrollo social y de competencia personal que son normales al igual que existe un nivel de edad mental determinado. En esta escala se mide la competencia social en términos de la capacidad del sujeto para asumir responsabilidad y su integración en el grupo social (responsabilidad social). En la escala de Hurting y Zazzo se mide la inteligencia social como grado de competencia en las situaciones sociales.

Los items de las escalas pueden ordenarse en niveles de edad y son seleccionados por constituir los comportamientos o habilidades más representativos de un nivel de madurez. Se suelen clasificar en subescalas, se estandarizan y tipifican con una muestra de sujetos normales y proporcionan una puntuación que sitúa al sujeto con referencia a una norma. Ambos instrumentos presentan en consecuencia, las limitaciones propias del enfoque psicométrico cuyos supuestos adoptan.

Si las primeras concepciones sobre la conducta adaptativa se expresaban en términos de madurez social, las concepciones más recientes comienzan a diferenciar entre conducta adaptativa y habilidades sociales o inteligencia social (Siperstein, 1992). La inteligencia social se refiere a la habilidad de una persona para entender y desenvolverse con objetos y sucesos sociales e interpersonales de forma eficaz. Las habilidades sociales aluden a conductas eficaces en ambientes específicos. Mientras la conducta adaptativa se ha centrado fundamentalmente en individuos con retraso mental como sujetos que suelen tener déficit en estas áreas, el campo de las habilidades sociales abarca a todo tipo de poblaciones.

En el caso del retraso mental la falta de competencia social se refiere a la imposibilidad de mantenerse por sí mismo en el mundo social cuando se llega a la edad adulta y que se refleja en una serie de indicios a lo largo del período evolutivo.

Partiendo de esta concepción se está desarrollando una línea de investigación que intenta analizar los procesos cognitivos que se ponen en marcha para emitir un comportamiento socialmente competente. Existe en la actualidad gran interés acerca del desarrollo de esta conducta y la determinación de los factores implicados en el aprendizaje y consolidación de habilidades para enfrentarse al mundo social. Así por ejemplo existe un enfoque con un objetivo descriptivo y clasificatorio, dirigido a la dimensionalización del comportamiento adaptativo, que analiza las posibles jerarquías de estos comportamientos desde un punto de vista más estructural. Otro enfoque va dirigido a analizar las dimensiones

cognitivas subyacentes a la resolución de problemas interpersonales con un objetivo de control implicado en la modificación del comportamiento (Pelechano, 1985; Rubio, 1988).

Las habilidades sociales, su evaluación e implicaciones en el retraso mental lo trataremos en un próximo apartado.

### **3.2 El enfoque del análisis experimental de la conducta**

Otra aproximación al concepto de retraso mental entendido como déficit de conducta adaptativa, es la representada por el análisis experimental de la conducta.

La psicología conductista criticó a los demás enfoques el hecho de permanecer en un nivel descriptivo y el hecho de no proporcionar orientaciones para la modificación de la conducta retrasada. (Fierro, 1990a).

Esta aproximación se caracteriza por admitir una causalidad ambiental tanto en la conducta considerada "normal" como en la calificada de "desviada". Los repertorios de conducta dependen de las interacciones entre el individuo y los sucesos ambientales.

La conducta está determinada por cuatro factores básicos (Ribes, 1980):

- los determinantes biológicos del pasado (factores genéticos prenatales y perinatales),
- los determinantes biológicos actuales (estado nutricional, fatiga, drogas etc.),
- la historia previa de interacción con el medio (historia previa de reforzamiento),
- las condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos discriminativos, reforzantes y disposicionales.

El retardo en el desarrollo se considera como producto de la interacción de los cuatro determinantes mencionados (Ribes, 1980). De entre estos factores, el establecimiento de las condiciones estímulares momentáneas es fundamentalmente importante desde el punto de vista de la tecnología conductual.

La conducta retrasada, como cualquier otra, es susceptible de un análisis que examina los estímulos antecedentes y consecuentes de los que dicha conducta es función. La modificación de estos estímulos y en general la intervención sobre el entorno estimular producirá el cambio de la conducta retrasada y la mejora del rendimiento de la persona.

Bijou (1966) uno de sus representantes, plantea el término "retardo en el desarrollo" para referirse a un desarrollo retardado que evoluciona desviándose de la norma por la acción de los determinantes antes mencionados.

Según Bijou (1988) el niño retrasado es un sujeto con un repertorio de conducta limitado, en comparación con otros niños de su misma edad, resultado a su vez de restricciones en sus oportunidades de desarrollo. Según esta definición, la deficiencia mental se detecta por estas limitaciones del repertorio de conductas de un sujeto en función de los criterios que la sociedad considera necesarios para la edad y el grupo cultural del sujeto en cuestión. A su vez, este repertorio reducido se debe a una disminución de las oportunidades para el desarrollo que pueden proceder de patologías biomédicas, de variables de tipo sociocultural o de una combinación de ambos factores.

Las patologías biomédicas en combinación con prácticas regresivas de cuidado infantil, se refieren a los efectos que estas patologías pueden producir en la forma de interaccionar de los padres y adultos con el niño.

Las condiciones socioculturales incapacitantes según este autor, resultan de la combinación de pobreza o condiciones marginales que llevan apareadas limitaciones del espacio y entorno físico, desorganización en la programación de actividades, ausencia de apoyo de los padres en las prácticas culturales como juego, lenguaje, interacciones sociales y actitudes negativas de los padres hacia las metas educativas e intelectuales. A estos factores se pueden unir las prácticas abusivas de los padres tales como la excesiva utilización del castigo que fortalece las conductas de evitación y escape y afecta adversamente la adquisición de habilidades, conocimiento y motivación. O bien, las prácticas de indiferencia o falta de atención por parte de los padres con estímulos verbales y sociales a muy bajas tasas.

Esta historia de reforzamiento a la que se ve sometido el sujeto se resume en carencia de ciertas formas de estimulación reforzante, reforzamiento de conductas indeseables y utilización excesiva de la estimulación aversiva (Ribes, 1980).

La implicación de este análisis que reconoce la gran influencia de las variables sociales y contextuales en la conducta retrasada, lleva inevitablemente a la necesidad de preparación de un ambiente educativo que ayude al niño a desarrollar su potencial total (Bijou, 1966).

Según Luciano (1990) las aportaciones de este enfoque respecto al retraso mental fueron muy fructíferas en los años 60 y 70 con el desarrollo de programas basados en la

"instrucción programada" de Skinner, los procedimientos de discriminación sin errores de Terrace (1963), aplicaciones a las conductas académicas (Bijou y colaboradores, 1966) y procedimientos para el desarrollo de habilidades cognitivas (Etzel y otros, 1968) la eliminación de comportamientos disruptivos, el estudio de variables relevantes para el mantenimiento y la generalización y aplicaciones a la estimulación precoz (Dimitriev y Hayden, 1969).

Este enfoque se ha mostrado eficaz en la instauración de determinadas habilidades y en la extinción de comportamientos indeseables. En la actualidad ha sufrido un retroceso tanto en U.S.A. (país donde más se desarrolló) como en el resto de países, debido a diversos factores (Luciano, 1990).

### 3.2.1 Implicaciones en evaluación y tratamiento

La aproximación conductual se caracteriza por un enfoque funcional del comportamiento, la utilización del diseño individual y una orientación hacia el cambio de conducta o tratamiento. Intenta especificar las áreas en las que se debe intervenir y determinar las condiciones de intervención para cada uno de los problemas encontrados.

Desde esta perspectiva se acentúa la asociación entre evaluación e intervención, la especificación y cuantificación de variables, la causalidad ambiental actual, la observación de la conducta en ambientes naturales y la evaluación del propio proceso evaluativo. Resultando, por tanto una evaluación directa, objetiva y continua (Gil Roales-Nieto, 1983).

La evaluación conductual en la deficiencia mental sigue una aproximación orientada al criterio y no a la norma, es decir, utiliza items que provienen del análisis de una tarea criterio que se pretende convertir en objetivo de logro. No obstante las normas se consideran necesarias para la determinación de los repertorios que el individuo debe poseer para no ser considerado retrasado, por ello se propone una combinación de normas y criterios (Gil Roales-Nieto, 1988).

Desde este enfoque el proceso de evaluación es dinámico e interactivo y consta de varias fases. En la primera se mide el repertorio comportamental de entrada del sujeto identificando los déficits y excesos y las condiciones estímulares que se vinculan a ellos. En la segunda fase se relacionan los datos obtenidos para realizar el diagnóstico conductual y se especifican los objetivos de implantación, modificación o eliminación de conductas. En la tercera fase de seguimiento se intenta determinar la efectividad del programa en cuanto a la consecución de los cambios y la permanencia de los mismos.

El diagnóstico conductual al centrarse en las relaciones funcionales que mantienen actualmente el problema, resulta un diagnóstico individualizado y basado en datos empíricos.

Desde este enfoque se han realizado escalas conductuales, que constituyen listas de conductas descritas, específica y objetivamente, cuya presencia o ausencia en el repertorio del sujeto evaluado se pretende comprobar.

Como ejemplo de las escalas conductuales caben destacar:

Balthazar Scales of Adaptive Behavior (Balthazar, 1973)

Portage Project Checklist (Bluma, Shearer, Frohman, Hilliard, 1978).

También se han construido inventarios a partir de la observación específica de retrasados mentales. Estos instrumentos incluyen conductas objetivo desde el punto de vista terapéutico, no poseen manipulación estadística y dependen en mayor medida de la información de terceras personas. Como ejemplo de inventarios que se pueden utilizar en la evaluación del retraso mental se encuentran:

WVAATS (West Virginia Assessment and Tracking System (Cone, 1981) del que existe una versión en castellano (Rubio, Márquez, Espinosa y Rodríguez, 1988).

Además de estas escalas e inventarios y de la utilización de entrevistas o la solicitud de información biomédica, el instrumento por excelencia lo constituye la observación sistemática de las interacciones conductuales en contextos naturales (Luciano, 1989).

#### **4. CONCLUSIONES: UN PUNTO DE VISTA ACTUAL SOBRE EL RETRASO MENTAL**

A modo de conclusiones sobre lo expuesto y con vistas a delimitar las características de una concepción actual sobre el retraso mental, nos vamos a centrar en tres puntos que nos resultan destacables: la actual concepción sobre la determinación de la inteligencia, el concepto de inteligencia y sus implicaciones en el retraso mental.

El tema de la determinación de la inteligencia nos lleva a la polémica herencia/medio en la actualidad.

Hoy en día se admite que tanto la herencia como el ambiente son igualmente importantes en la determinación de la inteligencia, ya que ésta es el resultado de su interacción. A pesar de que exista un apreciable peso de los factores genéticos en la

determinación de la inteligencia, el influjo de las diferencias genéticas puede modificarse mediante el tratamiento adecuado de los factores ambientales, consideración que aumenta a medida que se descubren los mecanismos por los que los genes heredados interactúan con el ambiente (Yela, 1987).

El problema en la actualidad se concentra en determinar cómo intervienen cada uno de los factores en su interacción con el otro, cuál es el mecanismo genético y cómo actúa el influjo ambiental (Diez López, 1988).

Según Haywood (1981) la mayoría de las personas retrasadas quedan bajo el llamado modelo poligénico que incluye la interacción de muchos genes, cada uno de los cuales influye en un rasgo particular. La evidencia indica que los diferentes componentes de la inteligencia son afectados diferencialmente por la herencia. Esta combinación de factores genéticos y ambientales parece explicar el retraso mental ligero y moderado (Haywood, 1981).

Además de los componentes genéticos otros factores biológicos (nutrición, influencias biomédicas en períodos prenatales y perinatales, etc...) suelen ocurrir conjuntamente con un ambiente desfavorable influyendo en el déficit intelectual (Haywood, 1981).

En cuanto a la influencia ambiental, los principales aspectos sobre los que se ha investigado han sido los parámetros ambientales que predicen el desarrollo intelectual y el papel de las experiencias tempranas. Una de las cuestiones más destacables es el énfasis actual en la especificidad de la acción ambiental frente a la globalidad que inicialmente había caracterizado su consideración. En efecto, lo que parece ocurrir es que aspectos específicos de la experiencia tienen influencias específicas en diferentes componentes del desarrollo para individuos concretos y a edades diferentes (Haywood, 1981).

El tema de la determinación de la inteligencia es especialmente relevante para el retraso mental en cuanto a su relación con la posibilidad de modificación del comportamiento inteligente.

Si realizamos una integración de los hallazgos que los diferentes enfoques han ido realizando respecto al análisis de la conducta inteligente, siguiendo a Yela (1987), el nuevo concepto de inteligencia presenta la siguientes características:

- *La inteligencia no es simple sino compleja.* En efecto desde el enfoque diferencial la inteligencia se ha considerado una estructura compuesta de múltiples aptitudes. Desde

un enfoque general, se ha considerado un sistema general simbólico integrado por distintos componentes y metacomponentes y desde un enfoque evolutivo se considera que la inteligencia se construye a través de un proceso de equilibración de entre la asimilación y acomodación de esquemas cada vez más complejos. En cualquier caso estas consideraciones quedan lejos del concepto de inteligencia como una entidad única y global.

- *La inteligencia no es fija sino modificable.* Las conclusiones sobre la determinación de la inteligencia y las nuevas líneas que acentúan su modificabilidad desde distintas perspectivas teóricas (conductual, procesamiento de la información, etc...) han puesto de manifiesto la posibilidad de mejora del rendimiento de sujetos con déficits intelectuales, como ya hemos venido exponiendo.

- *La inteligencia no actúa de forma autónoma sino integrada en la personalidad.* Como se ha señalado, hay muchos aspectos no apreciados por los tests tradicionales que modulan la conducta inteligente. La inteligencia se ejerce según diversos estilos cognitivos y temperamentales, siendo un índice y a la vez un resultado de la personalidad. Por todo lo cual, la comprensión de la conducta inteligente exige el estudio de la personalidad, motivación, actitudes e historia individual.

En función de este proceso que el concepto de inteligencia ha ido experimentando y de las características que actualmente se le atribuyen, en la conceptualización actual del retraso mental hay que hacer las siguientes puntualizaciones:

- La inteligencia como sistema complejo va a determinar una gran heterogeneidad entre los individuos deficientes mentales en función de aquellos componentes que resulten inefectivos. Es necesario una investigación más individualizada de las competencias e incompetencias de los individuos clasificados como deficientes. Sin este análisis detallado no podremos efectuar la programación de la intervención que resulte más adecuada en cada caso.

- La inteligencia como competencia o capacidad modificable va a posibilitar la mejora de los sujetos con retraso mental o incluso la supresión de este diagnóstico en aquellos en que la intervención resulte efectiva. Para la programación de intervenciones efectivas creemos necesario el estudio en profundidad de los mecanismos de interacción entre los componentes genéticos y ambientales en cada individuo retrasado de forma que descubramos sus posibilidades y limitaciones.

- La inteligencia como parte integrada de la personalidad supone que, en la valoración del retraso mental, no podemos limitarnos a los ya tradicionales aspectos

cognitivo-intelectuales, sino que es necesario valorar los aspectos emocionales, motivacionales, sociales, interactivos y ambientales que conforman la existencia del individuo.

Asimismo en el campo del retraso mental, y en función de las nuevas políticas de normalización e integración en contextos comunitarios, se está poniendo de relieve la importancia de la influencia de los sistemas sociales y ambientales en la determinación de la conducta del individuo con retraso mental. El individuo forma parte de estos sistemas y está influenciado por sus características, de modo que a la hora de modificar o intervenir, no sólo se trata de cambiar o adaptar al individuo sino también de ofrecer contextos facilitadores y adecuados para una conducta normalizada (Espinosa, Márquez y Rubio, 1985).

De esta forma, a partir de los años 70 se ha producido una creciente sensibilización hacia la importancia del análisis, evaluación e intervención en los diversos contextos en los que se desenvuelven las personas con retraso mental.

Desde este tipo de aproximaciones se deduce que la conducta retrasada sólo puede comprenderse en la medida en que se comprende el contexto donde se desarrolla. En lo que se refiere al retraso mental es analizado y evaluado en relación a contextos residenciales, contextos familiares y entornos contextuales que se refieren a los lugares que rodean el hogar o centro donde reside el sujeto y que ofrecen una amplia variedad de recursos. La evaluación en este último caso, se realiza a través de la elaboración de inventarios de esos recursos y seleccionando los que demuestren mayor proporción de ocurrencia de conductas de adaptación social, como demuestra el trabajo de Espinosa, Rubio y Márquez (en Fernández-Ballesteros, 1987).

## II CLASIFICACIÓN, INCIDENCIA Y ETIOLOGÍA DEL RETRASO MENTAL

**E**l sistema tradicional de clasificación viene representado por la propuesta de Goddard (1910) y derivado de la aplicación de los tests de inteligencia, y en concreto de la escala de Binet-Simon (1905). Este sistema contiene las siguientes categorías:

- a) **Idiotas:** individuos con edad mental de hasta 2 años.
- b) **Imbéciles:** individuos con edad mental de 3 a 7 años.
- c) **Morones:** individuos con edad mental de 8 a 12 años.

La Asociación Americana para la Deficiencia mental (American Association on Mental Deficiency) desarrolló un sistema de clasificación basado en el cociente intelectual que establece 4 niveles de deficiencia. El establecimiento de estos niveles tiene en cuenta el número de desviaciones típicas de la puntuación obtenida por el sujeto respecto a la inteligencia media. Las categorías según el cociente intelectual son las siguientes:

	<b>TERMAN</b>	<b>WECHSLER</b>	<b>EDAD MENTAL</b>
<b>Ligero</b>	68-52	69-55	8,3-10,9
<b>Medio</b>	51-36	54-40	5,7-8,2
<b>Severo</b>	35-20	39-25	3,2-5,6
<b>Profundo</b>	menos de 19	menos de 24	menos de 3,1

Las características de estos cuatro grupos son según Grossman (1983) las siguientes:

El deficiente mental profundo corresponde al 1% del total de deficientes. Las causas del déficit suelen ser orgánicas y presentan deficiencias físicas y mentales extremas. Apenas exhiben habilidades sensoriomotoras y necesitan un diseño ambiental muy estructurado. Algunos responden a entrenamientos simples en habilidades de autoayuda.

El deficiente mental severo representa el 7% de los deficientes mentales. Las causas del déficit suelen ser orgánicas. Presentan un desarrollo motor pobre. Pueden aprender algo de lenguaje y hábitos de independencia personal, apenas aprenden habilidades académicas funcionales. En la edad adulta pueden trabajar en tareas simples con estrecha supervisión.

El deficiente mental medio constituye el 12% del total de deficientes. El ambiente familiar y cultural contribuye en muchos casos al desarrollo del déficit. Estos sujetos pueden hablar y comunicarse y tienen un buen desarrollo motor. También pueden aprender habilidades académicas funcionales. En la edad adulta pueden trabajar de forma semi-independiente bajo condiciones controladas.

El deficiente mental ligero es el grupo mayoritario (80% del total). El origen del déficit es en su mayor parte cultural-familiar. Pueden alcanzar niveles entre 4º y 6º de E.G.B. con asistencia apropiada. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación que les permitan adaptarse a nivel laboral y social, si se les ofrece orientación y asistencia adecuadas.

Se discute la inclusión del grupo llamado "borderline" o límites en la clasificación de la deficiencia mental. Estos sujetos son considerados fronterizos y necesitan servicios de apoyo especializados para su adecuada evolución escolar. Manifiestan un retraso o dificultad concreta en el aprendizaje.

Como ya hemos señalado, desde la aproximación conductual se realiza un diagnóstico individualizado que no pretende la colocación del niño en categorías de diagnóstico sino la toma de decisiones en términos conductuales, concretos y específicos para el diseño de un programa (Bijou y Grimm, 1975). Se enfatiza un juicio diagnóstico específico, aunque se enmarque el problema conductual con el uso de una etiqueta global -a nivel descriptivo-, por razones administrativas y de comunicación entre profesionales (Luciano, 1989).

Con relación al problema de la clasificación y el diagnóstico de la deficiencia mental se encuentra la determinación de los niveles de incidencia y prevalencia de aquellos sujetos

a los que se etiqueta como tales. Incidencia y prevalencia son términos que se refieren a la cantidad de personas existentes en una clasificación, aunque el término prevalencia implica una base temporal más restrictiva. La incidencia consiste en el número de personas que pueden clasificarse como deficientes, en nuestro caso, en cualquier momento de su vida. Prevalencia se refiere al número de personas clasificadas como deficientes en un período de tiempo dado. A todo especialista le interesa conocer estos aspectos para disponer los medios de atención adecuados para estos sujetos.

Según Verdugo (1988) la incidencia y la prevalencia de la deficiencia mental se relacionan con factores sociales, económicos y condiciones de salud de una sociedad. Los recursos que la comunidad destina a la educación y capacitación de los deficientes mentales están afectados por la incidencia y prevalencia del déficit mental.

Al referirnos a la deficiencia mental se puede pensar que la incidencia y la prevalencia representarían las mismas cifras, ya que un individuo retrasado lo será toda su vida. Sin embargo esto no resulta cierto por varias razones. Primera, porque las puntuaciones test-retest no son siempre consistentes, es decir las puntuaciones obtenidas por los sujetos en aquellas pruebas empleadas en el diagnóstico de la deficiencia mental pueden variar de una a otra pasación y sobrepasar los criterios que se toman como límite que marca la deficiencia mental. Segundo, porque la escuela juega un papel importante en la clasificación de la deficiencia mental, resultando que muchos deficientes no son detectados hasta ingresar en dicha institución (Pelechano, 1975).

Las cifras de prevalencia de la deficiencia mental también dependen de las expectativas y tolerancia del medio social que rodea al niño. La escuela puede diagnosticar el retraso durante los años de la educación, perdiendo el sujeto su estatus de retrasado mental cuando abandona dicha institución. También se han de tener en cuenta las expectativas de la familia a la hora de considerar alguno de sus miembros como retrasado.

Asimismo parece que el sexo afecta a la incidencia de la deficiencia mental, de forma que existe una mayor incidencia de deficiencia mental en hombres que en mujeres. El Sistema de Clasificación de la Asociación Americana para la Psiquiatría (DSM III) valora la proporción en dos varones por cada hembra.

Así pues, el número de personas clasificadas como retrasados mentales en un momento dado de su vida (incidencia) debería ser considerablemente mayor que el número determinado en una época dada.

La mayor parte de los trabajos epidemiológicos que han estudiado la tasa de prevalencia estiman en un 3% de la población general la que se ve afectada por el retraso mental (Grossman, 1983; Mardomingo, 1980). Sin embargo algunos autores han defendido en los últimos años una tasa más baja, del 1% de la población total ( Mercer, 1973; Robinson y Robinson, 1976)

En España, el estudio realizado en 1978 por el Departamento de estudios y publicaciones del SEREM estimó la tasa de población afectada por subnormalidad en 0.71%, es decir 258.995 sujetos en toda España.

El Plan Nacional de Educación Especial (Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, 1979) al valorar las necesidades españolas de Educación Especial, estimó a partir de diferentes bases de datos que la prevalencia de la deficiencia mental en la población escolar se aproxima al 2.55% del total, lo que supondría 171.500 sujetos.

Por lo que respecta a la distribución en función de edades y categorías de clasificación diagnóstica, en 1977 el Departamento de estudios y publicaciones del SEREM estima las tasas de prevalencia de deficientes mentales profundos y medios en 0,414 y la tasa de prevalencia de deficientes ligeros en 0.294 lo que supone una tasa de prevalencia total del 0.708.

Según dichas fuentes, de 0 a 5 años se estiman 8.465 deficientes profundos y medios y 2.697 ligeros. De 6 a 19 años se estiman 49.022 deficientes profundos y medios y 57.935 ligeros. De 20 a 65 años se estiman 93.917 deficientes profundos y medios y 46.959 ligeros.

De acuerdo a estos datos en el caso de los deficientes ligeros, la mayor cantidad se concentra en el período de edad escolar y la menor cantidad en los primeros años de vida. En el caso de los deficientes profundos y medios la tasa de prevalencia va aumentando con la edad. Además los deficientes ligeros sólo superan en cantidad a los deficientes profundos y medios durante este período escolar pero no en los dos períodos de edad restantes.

En un estudio llevado a cabo por Aguado y Alcedo (1990) se enfatiza la problemática existente en el tema de las estadísticas de minusválidos que se manifiesta en la cantidad de datos discrepantes que podemos encontrar. Estas discrepancias en los datos se deben según las autoras, a que los estudios se realizan en base a estimaciones y extrapolaciones, a la gran disparidad de publicaciones y falta de unificación de criterios y a la diversidad de organismos e instituciones relacionados con este tema que existen en nuestro país. La conclusión a la que llegan es que en España, como en otros muchos países,

se produce una pluralidad y diversidad de cifras y una ausencia de datos válidos. Como muestra de esta diversidad de cifras ofrecen en su estudio los siguientes datos:

En 1980 el INSERSO arroja una cifra de oligofrénicos declarados (con CI menor de 50) de 105.930, lo que representa una tasa sobre la población total de 0.29%. Los datos están basados en el censo del INSS.

El grupo AMAT en Asturias, según extrapolaciones sobre una encuesta realizada en 1982 arroja una cifra de deficientes mentales de 6.425, es decir el 0.57% sobre la población total.

En 1986 el INE basándose en una encuesta, determina las discapacidades por retraso mental en 179.764, es decir el 0.47% sobre la población total.

Como podemos apreciar en esta muestra, no hay acuerdo ni en la denominación de la población (oligofrénicos, deficientes, discapacidades por retraso mental) ni en el método de obtención de datos (encuestas, censo..) ni por supuesto en las cifras de prevalencia arrojadas.

En resumen, podemos decir que la falta de coincidencia en las cifras de incidencia y prevalencia de la deficiencia mental que proceden de fuentes diversas se debe a varios factores entre los que podemos citar:

- a) Los criterios utilizados para el diagnóstico y clasificación de la deficiencia mental que están influidos por la actuación de entidades sociales como familia, escuela, administración...
- b) La influencia de factores sociodemográficos como edad, sexo, clase social etc., en la incidencia de la deficiencia mental.
- c) La importancia de las condiciones sociales, económicas, de salud, así como los recursos asistenciales y educativos que la sociedad destina a la atención y prevención de la deficiencia mental.
- d) Los diferentes métodos de obtención de datos sobre incidencia y prevalencia de la deficiencia mental (censo, encuestas, entrevistas, extrapolaciones...).

Todo ello viene a indicar que, a pesar de la indudable necesidad de datos sobre la incidencia y prevalencia de la deficiencia mental en orden a la organización de servicios asistenciales dedicados a estos sujetos, estos datos no tienen una constancia ni espacial ni temporal. La incidencia de la deficiencia mental depende de cada momento histórico y de las características de la zona en cuestión. Por otra parte, es fundamental una clarificación

y unificación de los criterios diagnósticos que determinan aquellos sujetos que entran a formar parte de la categoría "deficiencia mental" y de sus diversas subcategorías.

La deficiencia mental se ha considerado como síntoma de numerosas enfermedades algunas con orígenes o etiologías conocidas. A su vez, se han identificado diversos factores que son o pueden ser causa de la deficiencia mental. Sin embargo son pocos los casos en los que se puede determinar el origen de la deficiencia mental por una simple causa o explicación. Diversos autores han identificado el porcentaje de casos de retraso mental que se atribuyen a etiologías no conocidas. Así, Dunn lo sitúa entre el 75 y el 94%, Moser y Wolf en el 40% y Stern en el 50%. En cualquier caso existe un porcentaje elevado de casos cuya etiología es de origen desconocido.

Tradicionalmente se ha considerado que la deficiencia mental puede ser producida por factores diversos entre los que destacan los hereditarios, fisiológicos, sociales y culturales. La mayor parte de los autores (Ingalls, 1978; Robinson y Robinson, 1976; Mardomingo, 1980; Grossman, 1983;) establecen dos amplias categorías de causas en el retraso mental: la deficiencia mental determinada por factores orgánicos y la deficiencia mental debida a factores ambientales. Al primer grupo se le conoce como deficiencia mental endógena, primaria, neurológica o hereditaria.

Aunque los avances biológicos y médicos han contribuido a un mayor conocimiento de las causas de la deficiencia mental, la clasificación etiológica no puede sintetizarse aún definitivamente (Grossman, 1983).

En la deficiencia de origen socioambiental, también llamada exógena, secundaria y social, la causa específica es la privación psicosocial. A los sujetos incluidos en esta categoría se los ha denominado retrasados culturales-familiares. Proviene de ambientes social y económicamente empobrecidos, cuyas condiciones son inadecuadas para lograr un desarrollo normal (Verdugo, 1988).

La tendencia a atribuir la deficiencia mental a una sola causa ha supuesto dificultades a la hora de especificar las etiologías. En muchos casos el retraso mental es debido a la combinación de factores diversos y cada vez son más los autores que defienden una interacción de factores en la producción de la deficiencia mental.

Sin perder pues de vista la posibilidad de interacción entre los factores orgánicos y ambientales, como hemos comentado en el apartado anterior, vamos a exponer por separado los principales factores orgánicos y ambientales que se han identificado como productores de deficiencia mental.

Siguiendo a Bautista y Paradas (1991), los factores orgánicos los vamos a dividir en:

1.- FACTORES GENÉTICOS, actúan antes de la concepción y entre ellos podemos mencionar:

A) GENOPATÍAS

- A.1 Metabolopatías o alteraciones del metabolismo de aminoácidos (Fenilcetonuria, Homocistinuria, leucinosis...), de los lípidos (Enfermedad de Niemann- Pick, Liposidosis, Gangliosidosis...) y de los carbohidratos ( Galactosemia, Mucopolisacaridosis, Intolerancia a la fructosa ...).
- A.2 Endocrinopatías o alteraciones endocrinas u hormonales (Hipotiroidismo...)
- A.3 Síndromes polimalformativos como Síndrome de Prader-Willi, Anemia aplásica de Fanconi....
- A.4 Otras genopatias como Distrofia muscular progresiva, Síndrome de Rett, Espina Bífida y otros defectos del tubo neural.

B) CROMOSOPATÍAS. Se deben a las alteraciones en los cromosomas y pueden ser de tres tipos:

- B.1 Síndromes autosómicos específicos como la Trisomía 21 o síndrome de Down, La trisomía 18 o síndrome de Edward y la trisomía 13 o síndrome de Patau y deleciones de cromosomas como el Síndrome del Maullido del gato
- B.2 Síndromes autosómicos inespecíficos, se incluyen trisomías y deleciones de cromosomas no tan conocidas como las anteriores.
- B.3 Síndromes gonosómicos, son alteraciones ligadas a los cromosomas sexuales como los síndromes de Turner y Klinefelter.

2.- FACTORES EXTRÍNSECOS, según su aparición en el tiempo pueden ser:

A) FACTORES PRENATALES actúan antes del nacimiento y se dividen en :

- A.1 Embriopatías, durante los tres primeros meses de gestación
- A.2 Fetopatías a partir del tercer mes de gestación. Entre los factores que inciden en el embrión o en el feto produciendo deficiencia mental podemos destacar:
  - Infecciones (Rubéola, sífilis, toxoplasmosis...)

- Endocrinometabolopatías (diabetes, trastornos tiroideos, déficits nutritivos....)
- Intoxicaciones ( Alcohol, drogas, fármacos, plomo...)
- Radiaciones
- Perturbaciones psíquicas

B) FACTORES PERINATALES, actúan durante el momento del parto y destacan:

- Prematuridad
- Metabolopatías
- Síndrome de sufrimiento cerebral debido a placenta previa, hemorragia, hipoxia...)
- Infecciones (meningitis, encefalitis...)
- Incompatibilidad del Rh entre la madre y el niño.

C) FACTORES POSTNATALES, inciden después del nacimiento y destacan:

- Infecciones
- Convulsiones
- Intoxicaciones
- Traumatismos craneoencefálicos

Según Verdugo (1988) nueve de cada diez casos de origen biológico son prenatales. Las enfermedades genéticas tienen una incidencia notable en los niveles más bajos de la deficiencia intelectual. El síndrome de Down es la causa orgánica más frecuente de retraso mental con una incidencia de 1 sujeto cada 600 nacimientos.

### III INSTITUCIONES

#### 1. DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL DE LAS INSTITUCIONES

**L**a consideración social de la persona deficiente ha cambiado a lo largo de la historia en función de las circunstancias culturales, sociales y económicas de cada época. Las reacciones ante estas personas han cubierto un amplio abanico de sentimientos en los que se pueden incluir la compasión, el temor, la vergüenza, la burla, etc. (García, 1988).

El tipo y la calidad de atención prestados a los individuos con problemas de desarrollo en un momento histórico determinado refleja las actitudes predominantes en esa época. La práctica social más frecuente con respecto a las personas con deficiencia mental ha sido la marginación, de tal modo que la calidad de vida que se ha proporcionado a este grupo de individuos no constituye un motivo de orgullo para la sociedad.

La figura del deficiente comienza a cobrar un significado cuando se convierte en categoría social. Este proceso empieza con la clasificación y el etiquetado de estas personas y continúa con la creación de instituciones específicas para ellos, donde puedan vivir separados del resto de la sociedad. Las instituciones son creadas en muchas ocasiones, no con el propósito de servir a las personas que van a albergar sino en respuesta a una concepción social de la deficiencia que aconseja la segregación y la marginación. El deficiente existe en cuanto que está destinado a las instituciones.

El mantenimiento de la situación de institucionalización hasta mediados del siglo XX se debe a una serie de factores entre los que cabe mencionar según García (1988):

- 1- Las actitudes negativas hacia los deficientes mentales están extendidas no solo entre la población general sino incluso entre los profesionales. La concepción de la inteligencia como heredada y la atribución de conductas antisociales como delincuencia, pobreza, prostitución (sobre todo a partir de las publicaciones de Goddard, Davenport y Tredgold, partidarios de la alarma eugenésica) desembocan en la categorización del deficiente como una amenaza social que hace necesaria la adopción de medidas drásticas.
- 2- El enfoque psicométrico que tanta popularidad logró, no vino a mejorar la situación existente. Los psicólogos utilizaron los conceptos de Edad Mental y Cociente Intelectual cuya única misión consistió en clasificar a los deficientes en base al supuesto grado de inteligencia que medían los tests.
- 3- El abandono por parte de muchos profesionales comprometidos en planteamientos reformistas en el campo de la deficiencia, que junto con la crisis económica que supusieron las dos guerras mundiales y la depresión de los años 30, desviaron los recursos materiales a otros sectores.

De este modo no es de extrañar que en una fecha tan avanzada como 1969, Wolfensberger considere que las instituciones funcionaban según el espíritu de 1925, es decir, ofreciendo la segregación (sobre todo de los retrasados profundos) como la única alternativa a la hora de combatir la amenaza que el retrasado mental suponía.

La Segunda Guerra Mundial representa la apertura al mercado de trabajo a los retrasados mentales debido a la situación de emergencia, lo que muestra la utilidad de estos sujetos; esto hace que después de la contienda toma fuerza la ideología del tratamiento y una nueva forma de afrontar la deficiencia mental.

La figura del deficiente adquiere mayor relevancia social debido a la manifestación de ciertos grupos y entidades. En 1950, se funda en U.S.A. la " Association for Retarded Citizens of the United States" (Asociación para Ciudadanos Retrasados de Estados Unidos). Es ésta una asociación de padres que formula en 1953 la "Declaración de Derechos Educativos de los Niños Retrasados". Otra asociación activa que merece destacarse es la "American Association on Mental Deficiency" (Asociación Americana para la Deficiencia Mental).

La Educación Especial se extiende a muchos sujetos, incluyendo a los retrasados mentales "educables" en las escuelas públicas. A partir de lo cual, tanto en Europa como en U.S.A. comienza el debate sobre clases especiales frente a clases normales, para niños con retraso. Las instituciones tradicionales se consideran necesitadas de mejora y la Asociación Americana para la Deficiencia Mental dicta normas para regular los cambios institucionales. Se crean nuevos servicios comunitarios aunque de manera no coordinada. La mentalidad social comienza a asumir la responsabilidad comunitaria del bienestar de todos los ciudadanos.

Según Orcasitas (1990) los años 60 suponen el inicio de un cambio importante en Norteamérica donde el presidente J.F. Kennedy facilita la puesta en marcha de los mecanismos para reconceptualizar el retraso mental. Este giro respecto al concepto y asistencia que se ofrece a los deficientes mentales, se debe a la asunción de posturas ambientalistas cuyo mejor ejemplo lo constituye el libro de Hunt, publicado en 1961, "Intelligence and Experience" en el que se admite la posibilidad de mejora de la inteligencia.

El tema del retraso mental deja de ser monopolio de los médicos y los poderes públicos asumen la educación de este sector de la sociedad, lo que supone la dotación de servicios, programas y fondos.

En 1962 el Comité de la Presidencia para el Retraso Mental publica un informe estableciendo objetivos y líneas de actuación para el futuro. Se ponen en marcha diversos programas de Educación Compensatoria y Educación Especial entre los que destacan los incluidos en el proyecto Head Start y se urge a las instituciones a su reforma para que los derechos formales de estos individuos puedan hacerse reales.

El proceso de intitucionalización de los retrasados en U.S.A. es ascendente hasta el final de los años 60 a partir de los cuales comienza un descenso. Con respecto a la educación de los retrasados mentales, estos sujetos son incorporados al sistema normal, tras la aparición de leyes que facilitan su integración.

La Liga Internacional de Asociaciones Protectoras de Subnormales reunida en Jerusalén en 1968 proclama la Declaración de los Derechos Generales y Especiales del Deficiente Mental que es adoptada por la O.N.U. en 1971.

Según Trigo (1990) el esquema general de evolución de las instituciones puede ser el siguiente:

En una primera etapa los modelos biomédicos intraindividuales, preocupados por defenderse de una alta tasa de mortalidad, se ocuparon de satisfacer las necesidades o carencias, físicas sobre todo, de los niños atendidos en instituciones.

En un segundo momento, en el que la sociedad busca la igualdad de oportunidades desde un modelo sociológico, se intentan mejorar las instituciones y la calidad de la asistencia, sin cuestionar la institucionalización como respuesta sino actuando de forma compensatoria sobre los centros.

Más recientemente se cuestiona la validez del sistema de institucionalización y sus efectos. El núcleo de intervención se desplaza a la comunidad y a la sociedad, formulándose nuevas propuestas de intervención mediante sistemas de atención comunitaria.

En este contexto se llevan a cabo nuevas políticas de organización de los tratamientos y de los servicios en el marco de la filosofía de la Normalización. La Normalización cambia el eje desde los sujetos a las actuaciones sociales en relación a ellos. Esta propuesta lleva implícitas las ideas de integración y sectorización de servicios. De esta forma se generan instituciones de corte multiprofesional que siendo comunes para toda la población son de especial utilidad a los retrasados. Esta nueva filosofía que inspira la actual atención de los deficientes mentales en particular y de los considerados disminuidos en general, la analizaremos en otro apartado.

Para el análisis de la situación de las instituciones en España nos basamos en el trabajo de Trigo (1990) pues aunque referido a institucionalización de menores, sus conclusiones pueden ser válidas para el tema que tratamos, según nuestra opinión.

En España las instituciones o establecimientos residenciales han ido variando en función de las ideas dominantes en cada período según el esquema general, aunque en la época más reciente presenta cierto retraso respecto a otros países. Así, a mediados de este siglo las instituciones fueron dejando progresivamente un modelo hospitalario para inspirarse en modelos socioeducativos. En las dos últimas décadas (1968-1988) se detecta una rápida evolución de las instituciones siguiendo unas etapas que en general son las siguientes:

a) *Etapa de las Macroinstituciones (1968-1972)*. Predominan las instituciones totales, se realizan críticas internas y externas a estos establecimientos, apareciendo las primeras propuestas alternativas.

Las instituciones totales según Goffman (1961) se caracterizan por su gigantismo, su ubicación apartada, el estar integradas en complejos de servicios, su masificación, un personal que dedica poca atención directa y que posee poca cualificación, un régimen cerrado y unas actuaciones educativas paternalistas que generan dependencia de la institución y obstaculizan la integración posterior. Las tesis de Goffman en cuanto a crítica de las instituciones totales, tardaron en difundirse en España. A finales de los años 70 algunos autores comenzaron a aplicar sus ideas.

*b) Etapa de comienzo de los cambios institucionales (1972-1977).* En este período aumentan las críticas a las instituciones y al modelo protector asistencial. Aunque la mayoría de las macroinstituciones continúan, se producen algunos cambios en centros pioneros y se comienza a hablar de otro tipo de soluciones.

Las propuestas de cambio de las instituciones tradicionales se centran en:

- mejora de la atención, a través de medidas legislativas, dotación de recursos a los centros, etc.
- mejora de los centros, mediante ambientes más hogareños, organización en pequeños grupos, normalización de la vida cotidiana, mejora de la calidad del personal, apertura al exterior... ,
- búsqueda de las primeras alternativas al internamiento en macroinstituciones que eviten la masificación y favorezcan la integración.

*c) El movimiento desinstitucionalizador y la generación de alternativas a las macroinstituciones (1978-1982).* La contestación a las macroinstituciones se generaliza y comienzan las reformas institucionales en gran número de centros. Aparecen experiencias sobre formas alternativas al internamiento desde la Administración.

El proceso de reforma se basa en las ideas de que el medio institucional debe compensar sus carencias y volverse más estimulante y enriquecedor, junto con el logro de una adecuada y progresiva integración social. De esta forma se tiende a una desmasificación constante para crear una atención más personalizada, a la introducción de personal más numeroso y cualificado que ha de reciclarse de forma continuada, a la incorporación de equipos técnicos y a la reestructuración arquitectónica para crear espacios más individualizados y acogedores.

*d) Desarrollo de los servicios sociales (1983-1988).* En este período se extienden los cambios de la filosofía y el nuevo modelo de organización de la atención. Se procura

la descentralización de servicios y la implantación de fórmulas variadas de atención, aunque siguen permaneciendo formas anteriores.

La búsqueda de alternativas extrainstitucionales ha estado representada sobre todo, por las llamadas instituciones de transición a la comunidad propugnadas por modelos preventivos y comunitarios. Estas alternativas enfatizan los principios de normalización, prevención e integración. Entre ellas se encuentran alternativas de apoyo familiar, microinstituciones como minirresidencias o pisos-puente, servicios de apoyo a tiempo parcial, etc. El análisis de estas alternativas sugiere que cada una tiene sus ventajas y sus limitaciones por lo que no sirven para todos los casos. Ninguna basta por sí sola sino que todas son necesarias en conjunto.

Por último cabe mencionar la creciente sensibilización surgida a partir de los años 70 hacia la importancia del análisis, evaluación e intervención de contextos para sujetos con retraso mental (Espinosa, Colom y Flores, 1992). Esta alternativa se contrapone a la tradicional perspectiva intrapersonal en la que la evaluación y la intervención se focalizan en los déficits del sujeto. El estudio del contexto en el retraso mental, proporciona una manera de aproximarse a la comprensión de la conducta de las personas retrasadas, ya que el contexto define las conductas que deben promoverse y las que no.

Hablar de instituciones resulta inespecífico por lo que algunos autores abogan por la necesidad de una definición del término "institución" (Balla y Klein, 1981). Sin embargo esta tarea se complica debido a la diversidad de tipos de centros para sujetos con retraso mental.

Una denominación más interesante es la de "contextos institucionales" que no se restringen solo a los centros sino que toman en cuenta el entorno de los mismos y los grupos familiares. Los contextos institucionales en relación con el retraso mental abarcarían todos aquellos centros donde se realizan actividades dirigidas hacia estas personas y en los que se les proporciona algún tipo de asistencia. Incluiría por tanto centros para personas deficientes, residencias comunitarias, aulas especiales y talleres protegidos (Espinosa, Colom y Flores, 1992).

Respecto al contexto institucional se puede distinguir entre el espacio físico que hace referencia a la dimensión real, susceptible de medición objetiva de dichas características, y el espacio psicológico que se refiere a la dimensión subjetiva o perceptiva de dichas características.

Los intentos para establecer taxonomías de contextos para sujetos con retraso mental, según Rubio (1988), han sido varias. La tentativa más reciente es la de Balla y Klein (1981) quienes establecen cuatro dimensiones de carácter general y enfocadas hacia los aspectos asistenciales (Rubio, 1988), a lo largo de las cuales pueden compararse las instituciones:

- 1- En qué medida proporcionan calidad de vida, aludiendo a aspectos tales como alimentación, espacio personal disponible, calidad de los contactos con personas relevante etc.
- 2- En qué medida favorecen la madurez y desarrollo conductual de los sujetos. Esta dimensión es fundamental en el diseño de residencias y hogares así como en la planificación de programas dirigidos a personas allegadas al deficiente mental.
- 3- En qué medida favorecen la independencia de los sujetos.
- 4- En qué medida favorecen la integración o participación en las actividades culturalmente normalizadas de su comunidad.

## 2. EFECTOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Por institucionalización se entiende, en palabras de Fierro (1981) y tal como hemos planteado, la colocación de una persona, en nuestro caso un deficiente mental, en una institución, es decir, en un centro de internado dentro del cual realiza todas sus actividades a lo largo de dilatados períodos de tiempo, quedando sustraído a una vida propiamente familiar. También los centros abiertos de educación especial, en régimen no interno, pueden generar y de hecho generan conductas anómalas, sin embargo sólo suelen considerarse al hablar de institucionalización los centros en régimen de internamiento o instituciones.

Según Trigo (1990) los efectos que produce la institucionalización son difíciles de aislar respecto a la influencia anterior y/o paralela de medio sociofamiliar de procedencia.

Los efectos característicos que algunos autores (Spitz, 1945; Goffman, 1961) atribuyeron al internamiento y que se han descrito como "síndrome del hospitalismo", se producen únicamente en algunos sujetos internados. Entre estos efectos destacan la falta de identidad, la fijación en etapas infantiles, el deterioro intelectual, la dependencia respecto a la institución y su personal y la dificultad para establecer relaciones sociales satisfactorias.

### 2.1 Efectos producidos por la institucionalización y explicaciones teóricas

Con respecto a retrasados mentales institucionalizados hay estudios clínicos y descriptivos que citan determinados síndromes producidos por la institucionalización. Entre estos síndromes según Menolascino (1972) destacan tres:

- 1- conducta primitiva, infantil y estereotipada.
- 2- conducta atípica, desajustada y desintegrada.
- 3- anomalías en lenguaje, en el afecto, y en las relaciones con los demás, pasividad, conformismo, etc...

El primer tipo de síndrome señalado podríamos asociarlo a un déficit en los vínculos paterno-filiales, frecuentemente argumentado desde la teoría Psicoanalítica. Desde este punto de vista, la primera infancia constituye un período crítico que sienta las bases para el futuro individuo. Las instituciones representan la ausencia de la figura materna y la carencia de lazos afectivos que inevitablemente desde esta perspectiva, originan los desórdenes.

La postura psicoanalítica sobre los efectos producidos por la institucionalización no puede ser mantenida de forma tajante en la actualidad por diversas razones. En primer lugar, según Trigo (1990), la afirmación de que los niños forman un sólo vínculo afectivo es ya insostenible y por otra parte, los estudios realizados muestran que los niños privados temporalmente no tienen porqué sufrir efectos irreversibles. La duda surge cuando se trata de niños que no tienen jamás la oportunidad de construir vínculos con una figura materna. Hay que tener en cuenta además, que el aprendizaje precoz no tiene mayores consecuencias que el efectuado en cualquier otro estadio del desarrollo y sólo dará lugar a efectos a largo plazo si es repetidamente reforzado en los años siguientes (Trigo, 1990).

Hoy por hoy es difícil hacer afirmaciones rotundas sobre este tema. Sólo se puede decir que una duración larga de la privación produce más trastornos de todo tipo que una privación corta. La explicación de la deprivación materna como variable responsable de los afectos producidos por la situación de institucionalización resulta insuficiente si no se analizan las características de la alternativa que dicha institucionalización ofrece (Trigo, 1990).

Respecto al segundo síndrome (conducta atípica, desajustada y desintegrada) podríamos relacionarlo con el déficit estimular, analizado fundamentalmente por la alternativa teórica del Análisis Funcional de la Conducta (Fierro, 1981). Desde su planteamiento general por el que la conducta se considera una función de eventos

estimulares antecedentes y consecuentes, se estima que las instituciones ofrecen por lo general, pobreza de estímulos antecedentes e inconsistencia en la administración de estímulos consecuentes (refuerzos y castigos), que determinan la aparición de conductas anómalas. La institución suele constituir un mal sistema de refuerzos, que castiga pero no premia, y un entorno indiferenciado carente de estímulos discriminativos que susciten reacciones indiferenciadas. Añadiendo a éstos, los postulados de la Teoría del Aprendizaje Vicario (Bandura, 1968), las instituciones suelen ofrecer a los residentes pésimos modelos de conducta.

Un dato que refuerza esta postura es la constatación de que un tipo de conductas desadaptativas muy frecuentes en las personas retrasadas institucionalizadas son las conductas autodestructivas y autoestimuladas. La mayoría de los residentes de instituciones desarrollan al menos un tipo de conducta autoestimulada (Adams, Tallon y Stangl, 1980). La incidencia de estereotipias y conductas autodestructivas se observa en 2/3 aproximadamente de los retrasados institucionalizados según Repp, Felce y Barton (1988).

Desde este punto de vista resulta claro que el remedio contra los efectos perniciosos de la institucionalización pasa por un control de los estímulos que componen todo el ambiente institucional, incluidos los sociales.

La tercera postura que refunde las dos anteriores y que podríamos relacionar con las características del tercer tipo de síndrome mencionado (anomalías en el lenguaje, en el afecto y en las relaciones con los demás, pasividad, conformismo, etc..) es aquella que resalta la deprivación social como el factor principal de los efectos de la institucionalización. Desde esta postura, se defiende que las figuras de apego ofrecen una estimulación adecuada en cantidad, calidad y contingencia. Estas figuras que mantienen una relación estable y exclusiva, ofrecen una calidad difícilmente sustituible (Trigo, 1990).

Ya en 1962, Ainsworth distinguió entre insuficiencia de la interacción, distorsión en el modo de interacción y discontinuidad de las relaciones. En el medio institucional donde no existe sustitutivo parental se suelen dar insuficiencia de interacciones.

Actualmente, la incorporación de las teorías soviéticas a la investigación en la deficiencia mental ha resaltado el papel mediador del adulto entre los estímulos y el niño como garantía de las más adecuadas pautas de desarrollo (Feuerstein, 1979). En los niños deprivados de un medio institucional, a la falta de estimulación perceptiva se suma en muchas ocasiones, la falta de estimulación social.

En efecto, en las grandes instituciones se ha descuidado el desarrollo de la competencia social de las personas retrasadas. La privación social que estos ambientes proporcionan lleva a los retrasados a la dependencia y al recelo. Según Zigler (1966) los residentes de grandes instituciones raramente desarrollan interacciones significativas con los demás. Para este autor cuanto más tiempo lleva una persona institucionalizada, mayor es su privación y con mayor frecuencia intenta realizar tareas para recibir refuerzo social, es decir, la longitud de la institucionalización se relaciona positivamente con el deseo de refuerzo social.

Estos efectos de la institucionalización se producen no sólo en deficientes mentales sino en otras poblaciones, como por ejemplo huérfanos. Cualquier persona institucionalizada, retrasada o no, muestra mayor necesidad de aprobación social que las personas no institucionalizadas (Zigler, 1966). Según estos resultados, es la institucionalización y no el retraso en sí mismo lo que incrementa la dependencia.

Siguiendo a Fierro (1981), las investigaciones empíricas no han encontrado los elementos críticos de la institucionalización que provocan las conductas anómalas de las personas que se encuentran en dicha situación. Para Trigo (1990) los efectos que se han descrito como producidos por la institucionalización son numerosos pero muchos de ellos son discutibles y no tienen aplicabilidad general ni automática debido a las diferencias personales y situacionales y a la variedad institucional existente.

Puede ocurrir que no sea el hecho mismo de internar a una persona en una institución y alejarla de su familia lo que determine el daño, sino determinadas condiciones que pueden resultar corregibles, las que provoquen los efectos adversos. De hecho nada garantiza que la vida en familia sea, en todos los casos, poseedora de más virtudes y beneficios para la persona que la vida en una institución (Fierro, 1981).

En este tema hay que considerar varios aspectos. En primer lugar las variables referentes a las personas institucionalizadas que pueden influir en los efectos causados por la institucionalización. Entre estas variables cabe destacar la edad del individuo, su capacidad, los problemas de conducta que presenta, etc... En segundo lugar hay que averiguar qué aspectos de la vida institucional son los que pueden resultar perjudiciales. En este sentido se han apuntado variables como el tamaño de la institución, las relaciones personal - residentes, el contacto con la sociedad, el tipo de convivencia, la falta de intimidad, etc..

Para Fierro (1981) los resultados de este tipo de estudios no son concluyentes. Serían necesarios estudios comparativos con retrasados no institucionalizados para discernir los rasgos conductuales que son debidos al propio retraso mental y los derivados de la institucionalización del sujeto.

Otros investigadores (Yando y Zigler, 1971) tampoco comparten el punto de vista negativo sobre los efectos de la institucionalización. Para ellos, algunas personas son retrasadas a causa de la privación ambiental, en cuyo caso se necesitan ambientes más especializados para conseguir que alcancen niveles normativos.

No todas las grandes residencias públicas son perjudiciales, por el contrario algunos retrasados prosperan en ellas. Así, algunos residentes se vuelven menos dependientes socialmente y muestran mayores cocientes intelectuales conforme avanza su estancia. Las personas con retraso que proceden de hogares privados parecen mejorar en las instituciones ( Zigler, Balla y Butterfield, 1968).

Las instituciones tienen muchas características que pueden afectar a los residentes de formas diversas. Entre estas características se han considerado relevantes, según Espinosa, Márquez y Rubio (1985), las variables físicas y arquitectónicas en relación con las posibilidades de vida privada de los sujetos institucionalizados, el clima social, las relaciones con el personal, la influencia del enclave geográfico en la integración del sujeto en la comunidad, etc..

Según Balla (1976) la investigación no demuestra que las grandes residencias sean necesariamente más perjudiciales que las pequeñas. Así, según el estudio de Balla, Butterfield y Zigler (1974) que compara residencias de diferente tamaño, la única característica diferencial entre las instituciones fue que en la institución mayor, las personas retrasadas mostraban una respuesta al refuerzo social significativamente mayor que en el resto de las instituciones.

Más que el tamaño u otro tipo de variables, las relaciones entre los residentes y los miembros del personal y el uso que se haga de los recursos parece ser lo que más afecta a la calidad de vida de estos ambientes. Los resultados de las investigaciones sugieren que la aproximación y las actitudes de los miembros del personal y la forma de usar los recursos son importantes determinantes en la calidad de vida residencial (Tjosvold y Tjosvold, 1983).

### 3. CONCLUSIONES SOBRE LA VALIDEZ DE LAS INSTITUCIONES

El debate sobre la validez de las instituciones sigue vigente en la actualidad. Se han adoptado diferentes posturas en relación a este tema que podemos resumir en una doble línea (Trigo, 1990):

- a) Postura de ruptura: muchos autores piensan que a pesar de los cambios sufridos por las instituciones, éstas no pueden superar sus efectos negativos. Las instituciones desde esta postura, son intrínsecamente negativas y no proporcionan un mínimo de condiciones suficientes. Por su parte las reformas realizadas son ineficaces por lo que debe procederse al desmantelamiento de las mismas arbitrando otras propuestas alternativas. De estas propuestas hablaremos en otro apartado.
- b) Postura de reforma: algunos piensan en las instituciones como necesarias ante determinadas situaciones sociofamiliares, aunque debe insistirse en su transformación y adaptación. La disolución de las instituciones puede ser poco realista e impracticable por el momento, mientras las condiciones sociales requieran alguna forma de asistencia. Sin embargo una institución no tiene porqué ser un macrocentro inhóspito ya que existen muchas transformaciones que se pueden realizar y que resultarían beneficiosas.

Para algunos autores las residencias deben reservarse a los sujetos con retraso mental profundo, sin perspectivas de mejoría y cuya permanencia en el hogar origine un deterioro de las relaciones intrafamiliares (tensiones entre los padres, perjuicio para los hermanos, falta de beneficio para el niño...). La permanencia en una institución puede resultar eficaz en casos de sujetos con necesidad de una adecuada atención médica, psicológica y educativa (Casas, 1988, en Trigo, 1990). En cualquier caso se acentúa que el objetivo de la institución debe ser el desarrollo de programas que favorezcan la reinserción social progresiva del deficiente.

Otra cuestión a tener en cuenta es que entre las instituciones y las escuelas que atienden a los deficientes mentales debe haber una estrecha colaboración, con un sistema flexible de traslado entre ambas y en las dos direcciones posibles. De esta manera la institución no se convierte en un lugar del que nunca se vuelve sino que constituye un escalón más del sistema asistencial y educativo que se ofrece al deficiente.

Cuando las características del medio familiar o de la conducta del niño hacen recomendable su traslado a una institución, ésta debe reproducir lo más fielmente posible el ambiente emocional y material de un verdadero hogar. La institución debe tener un número de niños no superior a 20 o 30. La experiencia danesa ha demostrado que la construcción y el sostenimiento de estos pequeños edificios es más barato que en el caso de las grandes instituciones.

Para evaluar la medida que representa el ingresar al niño en una institución se deben tener en cuenta circunstancias relativas al propio niño (edad, necesidades de tratamiento, grado de retraso mental y características patológicas..), a la familia (estabilidad emocional y actitudes, número de hijos, situación económica...), al contexto sociocultural ( existencia de recursos y servicios de la comunidad, costumbres y legislación de cada país...) y a los programas que ofrece la institución.

Según Trigo (1990) las dos posturas analizadas no son disyuntivas. Tanto los partidarios de la sustitución de las instituciones como los partidarios de los cambios institucionales pueden coincidir en que, mientras éstas existan, deben introducirse reformas que mejoren sus contraindicaciones básicas.

En definitiva, la postura mayoritaria consiste en tender hacia la sustitución de las instituciones por otros sistemas de atención pero mientras tanto, realizar los cambios pertinentes en las instituciones que se conservan, en las que prevalecen formas de atención desfasadas y no siempre beneficiosas que exigen intervención.

#### **4. DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y NUEVAS ALTERNATIVAS**

##### **4.1. Factores que promovieron la desinstitucionalización.**

Durante mucho tiempo, como ya hemos expuesto, la filosofía asistencial se ha sustentado en dos conceptos: proteccionismo y segregación. A partir de la década de los 50, una serie de factores confluieron para cuestionar la calidad de los servicios prestados a las personas con deficiencias. Este cuestionamiento de las concepciones teóricas y prácticas más frecuentes de atención va a desembocar en un cambio revolucionario en este área. Dichos factores, que hicieron posible la modificación de la política asistencial en los países más desarrollados, fueron según García (1988), los siguientes:

- 1- El desarrollo de un movimiento organizativo de asociacionismo por parte de padres de deficientes y voluntarios que reivindican los derechos que, como

- seres humanos especialmente necesitados, posee este colectivo. Este movimiento pide que se conceda a los deficientes mentales los derechos que se otorgan al resto de los ciudadanos.
- 2- La implantación progresiva de un modelo de servicios comunitario que alcanza al deficiente, e implica su asistencia en la comunidad donde vive y no en instituciones segregadas y exclusivas para este sector poblacional.
  - 3- La toma de conciencia, de la sociedad en general, de la baja calidad y deshumanización existente en las grandes instituciones para deficientes. Estas instituciones a pesar de su gran tamaño no dejaban de estar saturadas, de producir largas listas de espera para el ingreso y de incrementar sus costes económicos.
  - 4- Las investigaciones sobre las actitudes negativas de la sociedad hacia los sectores marginados, que muestran la responsabilidad de estos comportamientos en el origen y mantenimiento de la marginación.
  - 5- Los avances científicos en diversas disciplinas como la Biología, Psicología, Pedagogía, Medicina, etc... que ofrecen expectativas más esperanzadoras sobre el desarrollo y el progreso de las personas deficientes.
  - 6- Las declaraciones de los derechos del hombre, del niño y del deficiente mental en particular, entre los que destacan el derecho de los deficientes a recibir una educación financiada.
  - 7- La nueva política organizativa basada en los principios de normalización, integración, individualización y sectorización.

En relación a estos factores nos centraremos en los avances científicos en diversas disciplinas y concretamente destacaremos los conocimientos empíricos que la aplicación de los métodos de la Psicología Experimental al campo de la deficiencia mental proporcionaron. Estos conocimientos abarcaron temas muy variados que se extienden desde los procesos sensoriales, aprendizaje, lenguaje, solución de problemas, habilidades académicas y personalidad.

De los resultados hallados en estos primeros estudios, siguiendo a Yates (1973), se pudieron obtener las siguientes conclusiones:

- a) Entre los deficientes mentales existen patrones de respuesta altamente individualizados y amplias diferencias individuales en la ejecución.
- b) Su conducta ineficaz se debe en gran parte, a la falta de desarrollo de conceptos básicos como los de espacio y tiempo.

- c) La ejecución defectuosa no debe utilizarse para predecir la incapacidad de adquisición de la respuesta en el deficiente mental, sino como indicación de una falta de análisis detallado de la tarea. Hay que modificar las técnicas antes que al niño.
- d) La cantidad y calidad de las respuestas que se pueden obtener de niños severamente retrasados (incluso vegetativos) es mayor de lo que se pensaba.

Asimismo, la aplicación de la Terapia del Comportamiento a los deficientes mentales llevó a los resultados siguientes, según Yates (1973):

- 1- En personas severamente retrasadas, ciertos comportamientos desadaptativos y antisociales se mantienen debido al reforzamiento inadvertido del personal.
- 2- El entrenamiento higiénico con retrasados graves es efectivo.
- 3- El empleo de técnicas de instrucción programada ha resultado útil para enseñar habilidades básicas de lectura, escritura, pronunciación y aritmética a deficientes mentales de nivel superior.

Todos estos resultados y muchos otros conseguidos, presentaron una imagen de las posibilidades de reeducación de los deficientes mentales bastante más optimista de la mantenida hasta esos momentos, al tiempo que ofrecían posibilidades para el desarrollo de una vida en contextos normalizados y no en instituciones especiales.

Durante mucho tiempo se había considerado que solo una proporción restringida de deficientes mentales institucionalizados eran capaces de ser entrenados como para ser empleados en la comunidad y vivir de forma independiente. Los resultados de estudios realizados (Buterfield, 1967) indicaron que esta concepción no se correspondía con la realidad, por el contrario planteaban la posibilidad de que los deficientes mentales institucionalizados pudieran ser entrenados para mantenerse en la comunidad en lugar de permanecer toda su vida en la institución.

Las investigaciones realizadas (Tizard y O'Connor, 1952) indicaron la existencia de una serie de factores que inflúan en el entrenamiento de los deficientes mentales, entre los que destacaban: nivel intelectual y limitaciones en sus capacidades, estabilidad emocional, incentivos, supervisión, calidad del entrenamiento y tipos de trabajo más convenientes.

Según O'Connor y Tizard (1956) el 82% de un grupo de deficientes de nivel superior, enviados a trabajar a una fábrica de plástico, tuvo éxito, mientras que en otro grupo, tuvo éxito el 44%. Estos autores concluyeron que al menos 2/3 y probablemente 4/5

de los considerados débiles mentales podían vivir de forma independiente económica y socialmente, siempre que existieran instructores y supervisores altamente entrenados.

De todo lo expuesto, parecía lógico concluir que en lugar de construir grandes instituciones para deficientes mentales, se debían construir talleres bien equipados y con personal cualificado destinado a su entrenamiento.

#### **4.2 Factores de éxito de la desinstitucionalización**

##### **4.2.1 Variables personales**

Como cualquier proceso de adaptación, el ajuste de los retrasados mentales a la comunidad implica una interacción entre los individuos y su entorno (Phillips, 1968).

Según Verdugo (1988) los estudios acerca de las variables que pueden predecir la adaptación adulta de los deficientes mentales han llegado a la conclusión de que se produce una elevada proporción de éxito en dicha adaptación, sobre todo en aquellos sujetos cuyo nivel de deficiencia es ligero. No obstante la evaluación del proceso de adaptación o ajuste de los individuos retrasados a la comunidad ha encontrado cierta dificultad derivada del hecho de tratarse de un proceso multidimensional que no depende únicamente de las características del sujeto sino de la interacción entre las características personales y ambientales (Verdugo, 1988).

Entre las variables que se han encontrado más útiles para predecir la adaptación social del deficiente se encuentran la inteligencia general, la cual se relaciona con la adaptación adulta pero no puede ser usada de forma exclusiva como criterio predictivo y la madurez social (O'Connor, 1976; Reiter y Levi, 1980; Verdugo, 1988;). Otros autores (Rousey, Blacer y Hanneman, 1990) señalan como variables personales predictoras la edad, la raza, la conducta desadaptativa y los trastornos orgánicos.

Aunque no debe ser el cociente intelectual el principal criterio a tener en cuenta, si debe considerarse a la hora de adjudicar al sujeto una alternativa residencial para exigirle un nivel de funcionamiento de acuerdo con su competencia.

Otra variable estudiada ha sido el adiestramiento previo a la salida de la institución. Hay un número escaso de pruebas sobre la facilitación que produce el adiestramiento previo en el ajuste a la comunidad a pesar de que las instituciones elaboran programas orientados específicamente a la desinstitucionalización. Algunos autores (Verdugo, 1988) defienden, ante la dificultad que presenta el proceso adaptativo para los deficientes mentales, la

necesidad de programas de entrenamiento sucesivos que desarrollen fundamentalmente conductas de relación interpersonal y madurez social, así como habilidades motoras variadas con vista a la posibilidad de conseguir un empleo.

Por tanto, a la hora de investigar la capacidad de ciertas características individuales para predecir los resultados, hay que tener en cuenta, en el caso del funcionamiento intelectual, la gama de cocientes intelectuales y la medida del resultado; la edad, el marco de emplazamiento y el grado de competencia exigido y el empleo de medidas previas a la liberación como preludio de adaptación.

#### 4.2.2 Variables del entorno

Debido a las limitaciones de las características individuales para predecir la adaptación a la comunidad se han comenzado a investigar las características del entorno en la comunidad.

##### *a) Actitudes comunitarias*

Uno de los aspectos estudiados ha sido la influencia de actitudes comunitarias frente a los centros y sus residentes.

La relación entre las actitudes y las conductas manifiestas no es simple. En el caso que estamos analizando, puede producirse en principio una manifestación de aceptación que luego no se corresponde con el comportamiento. La oposición del vecindario crece a medida que el proyecto se acerca a la vivienda del entrevistado. Según O'Connor (1976), en U.S.A. la mayor parte de los centros residenciales de la comunidad habían encontrado oposición por parte del vecindario en el momento de establecerse, independientemente de las características del centro y de los residentes. Además, según este autor, cuanto más intensa era la preparación de la comunidad, más probable era que se opusiese al establecimiento del centro.

En nuestro contexto, los trabajos de Pelechano (1984-86) en la comunidad de Cantabria y Canarias obtienen resultados similares, es decir, que el público tiende a aceptar, en abstracto, las actividades de normalización e integración de los deficientes adultos, pero se opone a una aceptación de actividades concretas en situaciones de amenaza, esto es, cuando van a ser sus vecinos (Pelechano, 1987). La aceptación o rechazo de estas actividades está mediatizada por variables relacionadas con la dimensión de autoritarismo en más de un 70% y no siempre lo más autoritarios son los que aceptan menos la creación de este tipo de centros en su entorno inmediato. (Pelechano, 1987).

Además de la preparación previa del vecindario se ha estudiado el contacto entre individuos deficientes y sus vecinos una vez instalado el centro. No queda claro si el contacto con individuos deficientes mentales mejora las actitudes y el comportamiento hacia ellos, ya que las interacciones entre residentes y vecinos suelen ser muy escasas. La comunidad no suele ser fuente de nuevas amistades para los retrasados mentales. En cualquier caso, parece que es la calidad y no la cantidad de interacción lo que más influye en el cambio de actitudes negativas (Gottlieb, 1975).

#### *b) Recursos sociales*

Otra de las variables que influye en el éxito de adaptación de los retrasados en la comunidad es la disponibilidad y acceso a los recursos sociales tales como programas de adiestramiento vocacional, trabajo en talleres protegidos, programas escolares, transportes, etc... En algunas encuestas realizadas (O'Connor, 1976) los servicios juzgados como inadecuados por los usuarios fueron el transporte (30% lo juzgaba inadecuado), los servicios vocacionales (19%), los programas sociales recreativos (18%) y el asesoramiento sobre salud mental (14%). Casi el 90% de los encuestados declararon que uno o más servicios de apoyo a la comunidad eran inaccesibles o inadecuados. Según Scheerenberger (1976) los inconvenientes de los servicios de la comunidad eran la principal causa de más de la mitad de reingresos en centros residenciales públicos.

La importancia de estos datos viene dada por el hecho de que las medidas sobre opciones de formación y apoyo en la comunidad (dentro y fuera del entorno residencial) son buenos predictores de la adaptación social.

Aparte de la red oficial de servicios, puede crearse una red informal de amigos y ayudantes que satisfagan necesidades sociales. La figura del "benefactor" o persona que presta su ayuda al deficiente para superar los problemas cotidianos y apoyar al antiguo residente, se ha visto como beneficiosa (Gollay y col., 1978).

#### *c) Características del entorno residencial*

En cuanto a las características del entorno residencial, se han identificado áreas problemáticas para que la desinstitucionalización tenga éxito. El tipo de alternativa residencial que facilita la adaptación es difícil de analizar ya que distintos tipos de sujetos se asignan a distintos emplazamientos, con lo que influyen las características individuales (Eyman y Arndt, 1982). En los resultados obtenidos, la relación entre las dimensiones del centro y la calidad de la atención y funcionamiento de los residentes también participa del problema anterior, aunque parecen existir variables tanto físicas como sociales que, de

acuerdo con el principio de normalización poseen cierta influencia en la facilitación de la adaptación de los sujetos con retraso mental, por ejemplo: el tamaño del centro que se relaciona inversamente con la autonomía de los sujetos; las responsabilidades de cara al hogar, la relación entre el número de miembros del personal y el número de residentes y la calidad del emplazamiento laboral (Wilder y Intagliata, 1982; Rotegard, Hill y Bruininks, 1983; MacEachord, 1983).

En definitiva el proceso de adaptación a la comunidad es complejo. Por ello, los estudios más recientes se centran en el análisis del ajuste social en grupos de deficientes con características más específicas. Así por ejemplo, el estudio de Anderson, Lakin, Hill y Chen (1992) estudia la integración social de las personas mayores (con más de 63 años) con retraso mental que se encuentra en ambientes comunitarios (hogar adoptivo y hogar de grupo) y en ambientes residenciales (residencia privada e institución estatal). Los autores establecen 4 índices de integración social referidos a integración en tareas domésticas, recreo/ocio, relaciones sociales y uso de recursos comunitarios.

Sus conclusiones apuntan hacia un nivel general bajo de integración social en las personas mayores con retraso mental, siendo las personas que vivían en instituciones estatales las que presentaban menores niveles de integración social frente a aquellas que residían en contextos comunitarios. El principal factor relacionado con el bajo nivel de integración social era el nivel de retraso, seguido por la edad y la presencia de incontinencia en los sujetos.

Este estudio constituye un ejemplo que muestra la interacción entre las características personales y contextuales en la evaluación del ajuste social ya que, como analizan sus autores, el nivel de retraso mental ha sido utilizado para distribuir a las personas en contextos de diferentes características, contextos que influyen a su vez en potenciar o inhibir la conducta adaptativa de los individuos.

El enfoque más fructífero para estudiar el éxito del emplazamiento es considerar la interrelación entre características individuales y ambientales. Los problemas que la desinstitucionalización presenta pueden solucionarse puesto que los factores que intervienen son susceptibles de investigación empírica.

### 4.3 Alternativas residenciales basadas en el modelo comunitario

#### 4.3.1 Alternativas residenciales en otros países

En U.S.A. se produjo desde principios de siglo un aumento de centros residenciales públicos. Aunque el número de centros ha aumentado, el tamaño de los mismos se ha reducido, según se desprende de los datos recogidos por Lakin, Krantz y Bruininks (1982).

Por otra parte, fueron apareciendo algunas alternativas a la asistencia del deficiente mental que en lugar de basarse en la segregación se basaban en la atención comunitaria.

En 1930 se introdujo el modelo de atención familiar (adoptiva) para retrasados mentales, mediante el cual el Estado mantenía a las personas retrasadas que residían en hogares distintos del suyo propio. Un ejemplo lo constituye un sistema de atención que recuerda a los albergues de grupo actuales. En una residencia familiar de la comunidad, se alojaban tres adultos procedentes de la institución que podían recibir a compañeros y amigos. Los residentes ayudaban a la familia adoptiva en tareas de la casa y labores agrícolas.

Otra variedad desarrollada fueron las colonias bien, en zonas rurales o bien en ciudades, donde trabajaban en fábricas, talleres, tareas domésticas etc. En definitiva se ofrecieron una serie de alternativas institucionales por parte de la comunidad a los retrasados mentales.

Baker y colaboradores (1977) desarrollan una taxonomía de los centros residenciales de la comunidad implantados en U.S.A. en la que distinguen cuatro niveles:

- Hogares de grupo, que pueden ser pequeños (10 o menos adultos), medios (de 11 a 20 adultos), grandes (de 21 a 40) y miniinstituciones (de 41 a 80 adultos).
- Medios protegidos, como centros de asilo, centros familiares adoptivos y aldeas protegidas.
- Programas de adiestramiento como dormitorios de talleres protegidos.
- Semi-independientes como las unidades con supervisión inferior a 24 horas.

El hogar natural también debe incluirse en esta clasificación ya que cerca del 20% de los individuos liberados de centros residenciales se alojan en sus propios hogares (Scheerenberger, 1976).

La ideología fundamentada en el principio de normalización ha dirigido las decisiones tomadas en cuanto al movimiento en pro de centros residenciales en la comunidad. La plasmación de este principio ha hecho que los centros de la comunidad se emplacen en calles residenciales a poca distancia de un distrito comercial y cerca de medios de transporte público. En cuanto a la satisfacción de los ideales de normalización, los centros que más se acercan son apartamentos y hogares de grupo más reducidos, albergues mixtos y albergues para ancianos.

En relación a la prestación de cuidados sustitutos en el tema específico que nos ocupa, Janicki (1989) habla sobre los servicios sustitutos para adultos de la tercera edad con discapacidades del desarrollo. Según este autor el servicio de prestación de cuidados a largo plazo más costoso es el realizado en un centro institucional. Las redes informales de ayuda pueden actuar como poderosos amortiguadores de la institucionalización. Uno de los servicios fundamentales que necesitan quienes prestan asistencia de modo formal o informal a personas de tercera edad son los cuidados sustitutos.

Los prestadores de los cuidados suelen ser familiares cercanos (cónyuges, hijas, padres ancianos o hermanos). Estos prestadores están en situación de riesgo debido al continuo estrés a que están sometidos en el desempeño en tal papel. Otro tipo de prestadores lo constituyen la red familiar en sentido amplio y los vecinos.

Entre los modelos de servicios sustitutos podemos citar los siguientes:

- Cuidados sustitutos de noche. Se pueden prestar en el hogar de la persona discapacitada, en un hogar colectivo o en un centro de atención. También pueden prestarse como estancia corta en un centro de atención sanitaria o centro de cuidados a largo plazo.
- Cuidados sustitutos de día. Es un modelo muy oportuno para personas de tercera edad con discapacidades del desarrollo. Consiste en la prestación de servicios médicos de salud, fisioterapia, terapia ocupacional y recreacional. Entre ellos destacan los modelos sociales para personas que necesitan apoyo estructural y social y la participación en actividades enriquecedoras y estimulantes.

Los cuidados sustitutos en el hogar son prestados por personas calificadas que acuden de forma periódica o cuando se las llama. Entre ellos destacan los servicios de auxiliar de hogar, servicios de cuidador acompañante y servicios de formación de padres.

Los cuidados sustitativos fuera del hogar pueden prestarse de noche o de día en diversos centros. Así tenemos los servicios de atención familiar, servicios de cooperación entre padres, servicios en el hogar del prestador de cuidados sustitativos, centros de día, residencias comunitarias, atención institucional y residencia sustitutiva. Los distintos tipos de servicios enumerados se van haciendo, según el orden expuesto, cada vez menos normalizadores.

Por otra parte Cuttler (1989) habla de la residencia de cuidados sustitativos de base comunitaria. Según esta autora, los modelos de cuidados sustitativos tienden a excluir a las familias de los niños o adultos con mayor riesgo de institucionalización, o a atenderlas en menor grado. Los centros de cuidados sustitativos residenciales son los modelos comunitarios más restrictivos. Si consideramos seriamente la capacidad de los cuidados sustitativos para evitar la institucionalización debemos intentar por todos los medios cubrir las necesidades de las familias cuyos miembros corren mayor riesgo de ser internados.

En casi todos los sistemas de cuidados sustitativos existe la laguna más importante en la ausencia de un centro residencial de base comunitaria. Los centros públicos de atención crónica quedan excluidos de la consideración como centros sustitativos adecuados.

El modelo de cuidados sustitativos residenciales que se propone consiste en una casa o piso con distribución similar a una casa normal y con buenas comunicaciones. El personal está compuesto por un trabajador sustitutivo por cada dos usuarios. Los usuarios con prioridades para este tipo de servicios lo constituyen los que presentan urgencias médicas o familiares; aquellos a quienes se les han negado los cuidados sustitativos y no tienen más recurso que la familia inmediata; quienes han recibido servicios mínimos, marginales o inadecuados y personas con minusvalías menos graves pero cuyas familias se encuentran en crisis y/o no tienen recursos o los tienen limitados en el momento de la urgencia.

Las funciones de este tipo de atención institucionalizada son prestar cuidados en un marco que sea similar al hogar, seguro y dotado de personal formado en el trabajo con sujetos que presentan discapacidades graves y proporcionar un alivio a la familia para que pueda recuperarse de las exigencias planteadas por la atención al sujeto minusválido.

En definitiva Cuttler (1989) señala los centros residenciales de base comunitaria como un componente destacable de cualquier sistema de atención sustitutiva, dado que los modelos más populares no cubren las necesidades de personas con graves minusvalías, como graves problemas de conducta y comunicación.

#### 4.3.2 Alternativas residenciales en España

En España, la evolución de los modelos de atención a los deficientes mentales podemos analizarla a través de los sucesivos documentos publicados en relación con este tema.

Así, en 1982 la Federación Española de Asociaciones Prosubnormales (FEAPS) publica el documento titulado " La asistencia a las personas con deficiencia mental profunda" según el cual la finalidad de un centro para profundos debe ser la asistencia a estas personas con un nivel de calidad tan alto como se pueda. El centro debe estar en relación permanente con la comunidad y evitar convertirse en una institución segregada y masificada.

Los servicios preconizados para este tipo de centros son:

- la promoción básica de hábitos de la vida diaria,
- los cuidados médicos y de recuperación funcional,
- el servicio de estimulación global que comprende entre otras las áreas de comunicación y psicomotricidad y
- el servicio de asistencia social y seguimiento familiar.

Se considera al personal parte esencial de proceso de recuperación, siendo necesario que dicho personal posea una preparación adecuada.

En 1986, la FEAPS publica "Modelos residenciales para deficientes mentales" en el que se analiza el estado de la cuestión en nuestro territorio. Según este documento, las iniciativas residenciales se destinan a deficientes mentales a partir de la adolescencia, cuando terminan el período escolar. Una problemática especial la plantean los residentes a partir de los 50 años ya que a los problemas derivados de la deficiencia, se unen los derivados del proceso de envejecimiento. Para los servicios residenciales se aconseja una cierta heterogeneidad en los niveles de deficiencia de los residentes por la complementariedad que esto supone. Asimismo suelen coexistir residentes de ambos sexos.

En los servicios residenciales se suele hacer una triple división:

- Servicios permanentes.
- Servicios transitorios.
- Servicios para estancias cortas.

El primer tipo está pensado para aquellas personas que no viven con su familia por cualesquiera circunstancias. El contacto familiar en estos casos guarda relación con el papel

que desempeña el personal responsable de la residencia y los lazos que los residentes establezcan con ellos. Los servicios transitorios obedecen a circunstancias personales de los sujetos que viven con la familia y que deben permanecer en un servicio de atención residencial de forma transitoria. Los servicios para estancias cortas se emplean como forma de descargar tensiones en la familia o solucionar pequeños problemas de carácter doméstico.

Respecto a la organización, el tamaño de los servicios es una de las cuestiones que más han preocupado, siguiendo el principio general de desmantelación de las grandes instituciones. Sin embargo se admite que, aunque la desinstitucionalización guarda relación con el tamaño de la institución, se relaciona más directamente con la filosofía de vida, la organización y el funcionamiento internos. Una constatación general entre los responsables de los servicios residenciales es la necesidad de un entrenamiento específico del personal. Esta organización (FEAPS) no ha llegado a un acuerdo general sobre la conveniente ratio personal/residentes.

Tres años más tarde, es decir en 1989 la FEAPS publica un nuevo documento titulado "Modelos residenciales para deficientes mentales: viviendas en pisos", en el que se acentúa la necesidad de cambiar a unos servicios con unidades más pequeñas y normalizadas.

Entre estas unidades se distinguen dos tipos: el piso como residencia, en el caso de que el residente tenga hogar propio pero resida en el piso por circunstancias de diversa índole, y el piso como hogar cuando al carecer de familia éste constituya la propia casa del residente. Se considera que 5 personas es el número ideal como núcleo de convivencia, en cualquier caso el volumen máximo de personas a convivir es de 8. En los pisos es necesaria cierta homogeneidad en el grupo de residentes.

Las razones del paso de la residencia al piso pueden ser circunstanciales o estructurales, a las que se une la demanda por parte de los residentes de una mayor calidad de vida. Para que este paso se pueda producir se necesitan reunir una serie de requisitos. En primer lugar hay que tener en cuenta las actitudes de los residentes. Para las grandes residencias ya existentes se recomienda crear, dentro de ellas, pequeñas unidades de convivencia con carácter provisional y transitorio de preparación para la vida en un piso.

En la actualidad se encuentra sometido a debate si el mero cambio del entorno físico supone en sí mismo una mejora en la calidad de vida.

El establecimiento de un piso para personas con deficiencia mental cuenta con otro tipo de resistencia provenientes de los vecinos y de los propietarios del piso o promotores inmobiliarios. Frente a algunas estrategias prácticas se impone una labor de concienciación acerca de los problemas que estas personas pueden causar y que serán menores o iguales a los que causan cualesquiera otros inquilinos.

Entre las razones que se aducen para el establecimiento de este tipo de servicios se encuentra la invocación del principio de normalización y la existencia de un menor riesgo en la adopción de comportamientos "institucionalizados" por parte tanto de los residentes como del personal. Aunque se admite que la institucionalización no depende del tamaño del servicio, se considera que éste condiciona las actitudes que se adoptan. Por tanto los comportamientos resultarán más normalizados en el piso que en unidades de mayor tamaño.

Otra de las razones que se alegan para la residencia en pisos, es la preparación que supone para las personas con deficiencia mental para un mañana sin familia en el que habrán de vivir con las mínimas ayudas. El reto que presenta la organización de un piso es el de lograr la convivencia sin institucionalizar la vida de los residentes.

En la mayoría de las asociaciones, se está en una etapa de transición entre la residencia-institución y el piso. Aunque la residencia tiene otro tipo de esquemas de funcionamiento, es deseable que tenga en cuenta los criterios formulados para el funcionamiento de los pisos, de forma que en su momento resulte más fácil abordar un servicio de dimensiones más reducidas y parámetros más normalizados.

Uno de los ejemplos de realización práctica de este tipo de servicios lo representa el proyecto desarrollado por la Diputación Provincial de Jaén a través del Patronato de Bienestar Social, llamado "Programa de intervención en casas-hogar" (Diputación Provincial de Jaén, 1988). Este modelo pretende actualizar la organización y funcionamiento de los centros existentes, para que sus residentes sean un elemento más de la comunidad. Una casa-hogar es un servicio social especializado que se constituye como un centro, lo más similar a un hogar normalizado, en régimen abierto, dirigido a la atención de deficientes psíquicos adultos, carentes de familia, o en circunstancias de aislamiento personal y social, núcleo familiar deteriorado, estado de marginación o precariedad económica, etc...que aconsejen su estancia de forma temporal o permanente en ellas, cuando no pueda permanecer en su ámbito familiar y comunitario.

Este servicio social sustituye al hogar propiciando la integración social del deficiente y orientado hacia la mejora progresiva de su calidad de vida. El personal es parte esencial

de todo el proceso de rehabilitación. Para la puesta en marcha de este programa se requiere una formación específica y un reciclaje del personal que forme parte de él.

Este proyecto se está haciendo realidad en la capital de Jaén y algunos pueblos de su provincia desde hace algún tiempo con resultados al parecer satisfactorios.

## IV EDUCACIÓN ESPECIAL Y NORMALIZACIÓN

### 1. DE LA EDUCACIÓN SEGREGADA A LA EDUCACIÓN INTEGRADA

**S**egún Bautista (1991) en el siglo XX con el inicio de la obligatoriedad de la escolarización elemental, comienzan a detectarse alumnos con dificultades para seguir el ritmo normal y obtener rendimientos semejantes a los demás niños de su edad. Esta situación desemboca en el nacimiento de la Educación Especial institucionalizada, que surge sobre la base del diagnóstico de los niveles de capacidad intelectual, y la proliferación de clases especiales y centros especializados segregados de los ordinarios con sus propios programas, técnicas y especialistas, constituyendo un subsistema de Educación Especial diferenciado del sistema de Educación General.

En las clases especiales los alumnos seguían un currículum y metodología especiales, estando aislados en clases con una ratio profesor/alumno inferior a las aulas normales.

En las naciones occidentales, se inicia la expansión de las clases especiales en las escuelas públicas a partir de los años 20, siendo más notable esta expansión después de la Segunda Guerra Mundial (Verdugo, 1988).

Para Fierro (1988a) fueron factores de escolarización los que contribuyeron a consagrar las instituciones de educación especial como educación segregada. Entre estos factores destacan:

- 1- el número de alumnos por aula era muy elevado, por lo que se hace necesario segregar a algunos de ellos en aulas o centros especiales.
- 2- La educación se concibe en términos de objetivos mínimos a alcanzar y productos terminales, de acuerdo con los principios de una evaluación normativa referida a estándares medios de un grupo de edad.
- 3- Las etapas y niveles educativos se interpretan como preparatorios de etapas y niveles superiores, lo que conlleva la segregación de aquellos alumnos que se prevé no alcanzarán los niveles superiores.

No obstante, este autor reconoce los progresos educativos realizados en los centros de educación especial, sobre todo en lo referente a la existencia de profesores competentes y al desarrollo de procedimientos educativos de indudable utilidad.

Según Fierro (1990b) la escuela especial ha tenido la misma meta que la escuela ordinaria: asegurar en los alumnos su capacitación como adultos responsables, prepararles para la vida independiente y para su incorporación a la sociedad mediante la transmisión de habilidades y conocimientos necesarios para el desempeño social y profesional.

Sin embargo los medios utilizados para lograr este fin han sido distintos, caracterizándose por la homogeneidad de los alumnos, la adopción de técnicas educativas especiales, la necesidad de un profesorado especializado, la reducción del número de alumnos por aula y la dotación al centro de los recursos materiales necesarios.

Además, la escuela especial ha efectuado importantes adaptaciones curriculares en cuanto a los contenidos y objetivos de enseñanza, que la han apartado bastante del curriculum académico y de los objetivos típicamente escolares. Este proceso ha desembocado en múltiples ocasiones en la transformación de la escuela especial en una mera institución de custodia, sin apenas función educativa (Fierro, 1990b).

Por regla general la educación segregada no ha alcanzado su meta principal, sino que por el contrario ha conducido a la segregación social de sus alumnos. Tampoco se puede asegurar, por la ambigua evidencia disponible, que esta educación cumpla mejor con los objetivos escolares (Fierro, 1988a). Estas constituyen las dos críticas principales efectuadas a este tipo de educación.

La expansión progresiva de las aulas especiales llega a su límite en los años 70, cuando se inicia el movimiento pronormalización de los alumnos diferentes (Verdugo, 1988) como consecuencia en parte, del rechazo a las escuelas segregadas por parte de los padres de estos alumnos (Bautista, 1991).

El movimiento de los años 70 supone un profundo cambio en la concepción de la educación especial. Las principales tendencias que favorecen este cambio son debidas tanto a concepciones teóricas, como a factores educativos y sociales. Según Marchesi y Martín (1990) destacan las siguientes:

- 1) La nueva concepción de la deficiencia mental que no se estudia ya como un fenómeno propio del alumno sino en función de la respuesta educativa principalmente.
- 2) Una perspectiva interactiva en la consideración de los procesos de aprendizaje y en las dificultades de los alumnos.
- 3) El desarrollo de métodos de evaluación centrados en los procesos de aprendizaje y en el conocimiento de las posibilidades del alumno.
- 4) La existencia de un número mayor de profesores y profesionales expertos.
- 5) Los cambios que se producen en las escuelas normales enfrentadas con la tarea de enseñar a todos los alumnos a pesar de sus diferencias.
- 6) La constatación y el análisis del concepto de fracaso escolar cuyas causas se sitúan en factores sociales, culturales y educativos.
- 7) Los limitados resultados obtenidos en la escuela especial y las posteriores dificultades de integración de sus alumnos.
- 8) El aumento de experiencias positivas de integración educativa y la difusión de esta información.
- 9) La existencia de una corriente normalizadora en todos los servicios sociales de los países desarrollados, junto con la relevancia del enfoque comunitario en las disciplinas relacionadas con la salud.
- 10) La mayor sensibilidad social frente al derecho de todos los ciudadanos a una educación no segregada y el cambio de actitud hacia las minorías constituidas por los minusválidos.

A raíz de estos cambios en el medio educativo comienzan las prácticas integradoras y la desinstitucionalización para que los deficientes se integren en el mismo ambiente escolar y laboral que los sujetos normales (Bautista, 1991).

### 1.1 El desarrollo de la Educación Especial en España

En España podemos distinguir tres etapas en el desarrollo de la Educación Especial.

Primera etapa: de 1920 a 1965 etapa que corresponde a la educación especial segregada, en la que los poderes públicos centran sus esfuerzos en la creación de centros

y escuelas específicas para todos aquellos niños que no pueden adaptarse a los centros ordinarios. Enumeramos a continuación algunos de los acontecimientos más significativos de este período:

<b>1920</b>	Creación del Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales Mentales.
<b>1930</b>	Creación de la Escuela Nacional de Anormales. Creación del Patronato Nacional de Cultura de los Deficientes.
<b>1945</b>	La Ley de Enseñanza Primaria establece la creación de escuelas especiales
<b>1953</b>	Se crea el Patronato de Educación para la Infancia Anormal.
<b>1955</b>	El Patronato de Educación para la Infancia Anormal pasa a denominarse Patronato Nacional de Educación Especial
<b>1965</b>	Creación de la Comisión Interministerial de Asistencia y Educación de Subnormales.

Segunda Etapa: de 1970 a 1978 que corresponde a un período en la que la legislación recoge ciertas ideas sobre integración pero su realización efectiva y generalizada no se lleva a cabo. Algunas de las pautas legislativas destacables son las siguientes:

<b>1970</b>	La Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa establece la finalidad de incorporación a la vida social de la Educación Especial e inicia un proceso de integración para niños con deficiencia leve.
<b>1975</b>	Se crea el Instituto Nacional de Educación Especial.
<b>1976</b>	Se crea el Real Patronato de Educación Especial. Este organismo pasa a denominarse en 1978 Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes.
<b>1978</b>	Se establece el Plan Nacional de Educación Especial que supone un giro importante al recoger los principios de Normalización, Sectorización, Integración Escolar y Atención Personalizada.

Este Plan, realizado por el I.N.E.E. contempla dos posibilidades educativas para los alumnos de educación especial: las aulas en centros ordinarios y los centros de educación especial. Según Jurado (1992) las propuesta recogidas en este plan se refieren a las finalidades de la educación especial y suponen un planteamiento de buenas intenciones sin recabar cómo se llevarán a cabo.

Tercera etapa: de 1982 hasta la actualidad que corresponde al comienzo de la realización práctica del proceso integrativo de los alumnos deficientes en la escuela normal. Los acontecimientos más destacables y sus repercusiones las comentamos a continuación.

Los principios recogidos en el Plan anterior, se consagran en la Ley de Integración Social de los Minusválidos del año 1982. Esta Ley plantea el internamiento en centros específicos sólo cuando sea imprescindible. El Real Decreto de 1982 propone cuatro formas de integración escolar:

- 1- Integración completa en unidades ordinarias con apoyo.
- 2- Integración combinada en unidades ordinarias y de educación especial.
- 3- Integración parcial en unidades de educación especial en centros ordinarios.
- 4- Escolarización en centros de Educación Especial.

En 1985 se emite el Real Decreto de ordenación de la Educación Especial que inicia un replantamiento global de todo el sistema educativo de atención a deficientes mentales, estableciendo como directrices el principio de Normalización (que aplicado a la edad escolar supone la integración educativa), Sectorización e Individualización de la enseñanza.

A partir de este Decreto la Educación Especial se considera una parte integrante del sistema educativo, de modo que los centros específicos que sigan existiendo deben coordinarse con los centros ordinarios. La administración adquiere la obligación de procurar los medios y el contexto de desarrollo que facilite el óptimo desarrollo de todos los alumnos.

El desarrollo de este decreto con la orden del M.E.C. del 20 de Marzo de 1985 sobre "Planificación y Experimentación de la Integración" permite el inicio de la integración escolar en 170 centros del territorio del M.E.C. durante el curso 1985/86. El Proyecto señala un plan experimental de ocho años de actuación, en el que progresiva y voluntariamente los centros puedan participar. Así, durante los años siguientes ( 1986, 1987, 1988, 1989) se van emitiendo órdenes y resoluciones para poner en práctica las directrices del Real Decreto.

En 1987, el Proyecto para la Reforma de la Enseñanza (M.E.C., 1987) cristalizado en la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE; M.E.C., 1989) contempla la educación especial desde una proyección normalizadora e integradora y contiene propuestas de integración escolar para niños con necesidades educativas especiales.

Así pues, desde 1985 con el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial, se opta por un proyecto educativo individualizado, normalizador e integrador que dé respuesta a las necesidades de los alumnos cualesquiera que éstas sean. Este proyecto propugna un modelo de escuela renovada que se ha puesto en marcha con el Programa de Integración en la escuela ordinaria de los alumnos con necesidades educativas especiales.

Según diversas publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia (M.E.C., 1986) ha habido un incremento de plazas de Educación Especial, de 11.000 plazas, desde el curso 1980-81 hasta el curso 1985-86. El número total de plazas ofertadas ha alcanzado la cifra de 98.731, que se aproxima al valor de 100.000 plazas para educación especial reclamadas como necesarias para cubrir las necesidades de este país. De esta forma la oferta de plazas coincide prácticamente con la demanda de las mismas. El mayor incremento de plazas se ha producido en aulas especiales de centros ordinarios.

Según los datos ofrecidos por este organismo, la deficiencia mental constituye el colectivo más amplio de escolares de educación especial, más del 70% de las plazas de educación especial en centros específicos están ocupadas por deficientes mentales con distintos grados de deficiencia. La oferta globalmente considerada es suficiente, pero está desigualmente repartida por comunidades autónomas y provincias. Superado este primer paso, relacionado con la cantidad de plazas ofertadas, el interés y el esfuerzo que deben suceder ahora se dirige a la calidad de la educación recibida por estos alumnos.

## **2. CONCEPTO DE EDUCACION ESPECIAL. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**

Como ya hemos visto, el término Educación Especial se ha usado tradicionalmente para designar a un tipo de educación diferente a la ordinaria que transcurría por un camino paralelo a la Educación General (Bautista, 1991). Este panorama sufre un cambio con la implantación de la Normalización de servicios en el ámbito educativo que supone la integración escolar y da lugar a una práctica distinta. La Educación Especial es desde este momento parte de la Educación General. Este cambio ha supuesto pasar de la discriminación a la integración, de la homogeneidad a la diversidad y de la localización de las causas de las dificultades de aprendizaje en el niño a localizar estas causas en el sistema escolar (Bautista, 1991).

La Educación Especial ya no se concibe como la educación de un tipo de alumnos sino como el conjunto de recursos personales y materiales puestos a disposición del sistema

educativo para que éste pueda responder adecuadamente a las necesidades que, de forma transitoria o permanente, puedan presentar algunos de los alumnos (Coordinación Provincial de Educación Especial e Integración, 1990).

Los principales cambios que supone este nuevo concepto de Educación especial aluden a los siguientes aspectos: 1) Sujetos a los que se refiere y 2) Modificaciones de la organización escolar.

#### *1- Sujetos a los que se refiere*

Para Jurado (1992) la Educación Especial es una disciplina que se ocupa de los sujetos con disminuciones, discapacidades o con problemas de aprendizaje (fundamentalmente graves). Acoge un extenso y heterogéneo grupo de personas que presentan incapacidades físicas, deficiencias intelectuales, perturbaciones de tipo psíquico o comportamental y deficiencias sensoriales.

El término "especial" desemboca en la diferenciación entre normales y anormales. La concepción de la normalidad en este marco, contempla el tiempo de aprendizaje como indicador de la normalidad del individuo. Partiendo de un tiempo determinado, los sujetos que no llegan por carencia, como en el caso de los retrasados mentales, necesitan un tratamiento educativo especial.

Se considera, según Bautista (1991) que el niño necesita una Educación Especial, si presenta alguna dificultad en el aprendizaje que requiera una medida educativa especial. Este cambio de enfoque repercute no sólo en los alumnos con necesidades más permanentes (en torno al 2% de la población escolar) sino que afecta a una proporción mucho mayor de alumnos (alrededor del 20%) aquejados de dificultades de aprendizaje.

Como señala Mayor (1988) la terminología utilizada para referirse a estos sujetos es confusa, porque resulta difícil encontrar un término que abarque toda la diversidad de sujetos de la Educación Especial y que esté libre de connotaciones negativas.

#### *2. Modificaciones en la organización escolar*

En este marco surge el concepto de "Necesidades Educativas Especiales". Este término aparece por primera vez en el informe Warnock (1978) que inspira más tarde la nueva Ley de Educación de 1981 en Gran Bretaña.

En nuestro contexto, según Giné (1988) el Proyecto General de Reforma de la Enseñanza introduce el término Necesidades Educativas Especiales. Lo más destacable de esta nueva concepción de la Educación Especial, es que obliga a importantes modificaciones

de la organización escolar en cuanto a apoyos requeridos, formación de los profesores, adaptaciones curriculares, etc...

En el capítulo X del Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo (M.E.C., 1989) se define el concepto de Necesidades Educativas Especiales de esta forma: "Partiendo de la premisa de que todos los alumnos precisan a lo largo de su escolaridad diversas ayudas pedagógicas de tipo personal, técnico o material, con el objeto de asegurar el logro de los fines generales de la educación, las necesidades educativas especiales se predicen en aquellos alumnos que, además y de forma complementaria, puedan precisar otro tipo de ayudas menos usuales. Decir que un determinado alumno presenta necesidades educativas especiales es una forma de decir que para el logro de los fines de la educación precisa disponer de determinadas *ayudas pedagógicas o de servicios*. De esta manera una necesidad educativa especial se describe en términos de aquello que es esencial para la consecución de los objetivos de la educación".

La aplicación del principio de Normalización de Servicios, implica la escolarización del alumno con necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria, salvo en casos extremos, y la individualización de la enseñanza supone la adecuación de la escuela a las características del niño. Según estos planteamientos el término Educación Especial tiene poco sentido en su acepción más tradicional.

En definitiva, el ámbito de las necesidades educativas especiales alude al conjunto de instituciones y servicios que se ocupan de todos aquellos sujetos que requieren una atención fuera de los cánones definidos como ordinarios, es decir requieren modificaciones de algunas o todas las fases del proceso de intervención educativa.

Sin embargo a pesar de sus ventajas, el concepto de necesidades educativas especiales ha sido criticado por considerarlo un término excesivamente vago, que no indica los mecanismos para detectar quienes necesitan educación especial, y excesivamente amplio puesto que cada vez existen más alumnos que se pueden incluir dentro de él.

También se ha cuestionado que este concepto no diferencia los problemas que son responsabilidad del sistema educativo de aquellos otros que se producen en ámbitos diferentes y además que presenta una imagen excesivamente optimista de la educación especial en la que la escuela puede resolver todos los problemas de aprendizaje. Todas estas objeciones obligan a perfilar y precisar el concepto de Necesidades Educativas Especiales.

### 3 INTEGRACIÓN EDUCATIVA. POLÉMICA Y MODELOS

#### 3.1 Polémica sobre la integración educativa

En la actualidad el sistema educativo español contempla la atención a alumnos con Necesidades Educativas Especiales tanto en centros ordinarios como en centros de Educación Especial, con modalidades de intervención intermedias entre el aula ordinaria y el aula en un centro específico.

La eficacia de este planteamiento exige la demostración real de los beneficios de la integración. La integración debe plantearse desde una perspectiva experimental, con un camino marcado por la investigación aplicada con rigor metodológico, para asegurar su éxito.

Según las investigaciones realizadas en este campo, existen 4 determinantes del éxito o fracaso de la integración del deficiente mental en aulas normales:

- 1- formación adecuada del profesorado
- 2- actitudes de los maestros y profesionales de la educación en la escuela hacia los niños retrasados integrados
- 3- programas especiales de rendimiento académico para deficientes mentales en aulas integradas mediante técnicas educativas especiales
- 4- programas adecuados de adaptación social e integración con los compañeros normales a través de programas de habilidades sociales (Verdugo, 1988).

En conclusión como dice Gresham (1982), la mera ubicación física de los deficientes en el aula no trae consigo consecuencias positivas, son muchos los factores a tener en cuenta a la hora de conseguir una integración realmente provechosa para todos los estamentos implicados en el sistema educativo.

La opinión de Mayor (1988) respecto a este tema, es que, a pesar de las críticas efectuadas a los centros especiales, la necesidad de cierta institucionalización se mantiene para niños con discapacidades severas y complejas que requieren tratamiento médico, educación y cuidado, o para aquellos cuyos padres no pueden prestarle la atención debida. La solución a esta polémica, según él, pasa por renunciar a las dos posiciones extremas: ni ambientes naturales para todos ni ambientes segregados para todos.

Según Marchesi y Martín (1990) las razones que se han aducido para reclamar la integración educativa de alumnos con minusvalías se asientan sobre criterios de justicia e

igualdad -derecho a unas posibilidades educativas lo más normalizadas posible- y sobre argumentos de carácter educativo, en el sentido de que la integración favorece un mejor desarrollo y una socialización más completa de los alumnos con necesidades educativas especiales, al tiempo que favorece al resto de los alumnos a los que ofrece una metodología más individualizada y la posibilidad de adquirir actitudes de respeto y solidaridad hacia sus compañeros menos dotados.

Para Fierro (1988a) las escuelas especiales no han conseguido poner en evidencia su superioridad en el logro de objetivos académicos. La evidencia al respecto resulta ambigua e imprecisa, incluso en el momento en que se presumía la superioridad de la educación especial segregada.

Parece por tanto, que existen argumentos contundentes a favor de la integración de la mayoría de los alumnos con necesidades educativas especiales. Sin embargo es necesario para que dicha integración se realice plenamente, la consideración de todos los factores, tanto educativos como sociales, señalados como de terminantes del éxito de la misma.

En la actualidad, según Marchesi y Martín (1990) la integración no se entiende como un fin en sí misma o como un simple traslado de la educación especial a la escuela normal. Como ya señalaron Hegarty y col. (Hegarty, Pocklington y Lucas, 1981), el objetivo principal es la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. En este sentido, el sistema educativo en su totalidad asume esta responsabilidad.

El concepto de integración educativa ha de plantearse como un proceso dinámico y flexible que ofrezca a cada alumno la mejor situación posible, en función de sus posibilidades y de las características del centro.

Según Fierro (1989), en la actualidad no se trata de discutir la integración desde el punto de vista ideológico sino que el acento se coloca sobre las condiciones apropiadas de educación e integración.

### 3.2 Modelos de integración

Cada país ha adoptado su propio modelo de integración y de servicios sociales para personas disminuídas.

Así, según Fierro (1985a), en los Países Escandinavos la educación especial de retrasados mentales ha continuado siendo educación especial y separada, con gran

abundancia de medios, alta cualificación del personal pedagógico y buen enlace con las estructuras laborales y residenciales para la edad adulta.

La Educación Especial, aún segregada debe ser educacional, ya que el deficiente mental como sujeto peculiar y diferente, necesita una educación especial y diferente que no tiene porqué ser marginadora.

El modelo italiano por el contrario, pretende hacer de la escuela pública una escuela para todos. En este país se procede al cierre de los centros de educación especial y a la integración de todos los niños en la escuela ordinaria. Los niños con retraso mental están en las aulas y cursan la educación básica y obligatoria junto con sus compañeros de edad. Este modelo requiere una profunda modificación de la escuela (número de escolares por aula, exámenes, horarios y contenidos, atención específica en aulas de apoyo etc..)

Por su parte Benedet (1991) señala las características del movimiento integrativo en U.S.A. En el sistema escolar regular de este país, cada profesor tiene entre 6 y 20 alumnos en clase y cada curso tiene varios niveles o curriculum. El niño cursa sus materias en el curriculum que corresponda a su nivel en cada materia.

Los niños "normales" están estratificados en función de su rendimiento académico, y de hecho, las únicas actividades en que los niños de diferentes niveles interactúan son las deportivas. En este contexto, el integrar a los retrasados mentales educables en el curriculum más bajo no requiere gran esfuerzo.

Los colegios regulares que se acogen al régimen de integración cuentan con una clase especial ubicada en un aula próxima, donde se agrupa a los retrasados mentales educables los cuales, debido a sus hándicaps físicos no suelen compartir las actividades deportivas con sus compañeros "normales", limitándose su integración a tener un aula ubicada en el mismo edificio que éstos.

La ley norteamericana contempla 3 posibilidades de integración:

- 1- el niño permanece todo el tiempo en una clase regular, adjudicado a un curriculum inferior
- 2- permanece en una clase regular la mayoría del tiempo y sale de ella para recibir educaciones especiales
- 3- acude a una clase especial.

Según la opinión de Benedet (1991) este tipo de integración no es aplicable a nuestro sistema escolar por el número de alumnos en cada clase y por existir un solo nivel.

Para su aplicación sería necesario un cambio total del sistema que, para la autora, no sería deseable puesto que el deficiente mental no comprende el lenguaje que se habla en la clase regular el cual mediatiza todas las interacciones. Esto excluye no sólo la enseñanza, sino también la interacción con los compañeros que en el mejor de los casos ignorarán a los niños integrados.

En base a la situación existente en nuestro país, diversos autores (Verdugo, 1988; Benedet, 1991; Jurado, 1992) establecen variaciones en la integración y en las metas y objetivos educativos en función de las categorías diagnósticas establecidas para la deficiencia mental.

### 3.3 Pautas y valoración de las experiencias de integración en España

En España corresponde a los equipos profesionales determinar qué niños son sujetos de educación especial.

El M.E.C. en 1987 recomienda con respecto a la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales:

1- la modalidad educativa elegida para el alumno debe ser aquella que favorezca una integración social positiva, que propicie el máximo desarrollo de sus capacidades, donde la participación en las actividades curriculares del grupo alcance su mayor grado y en la que su edad no se distancie demasiado de la del grupo al que se incorpora.

2- Los tipos y grados de deficiencia que se indican para cada modalidad educativa son:

- centros de integración para deficiencia mental ligera y media
- aulas de educación especial en centros ordinarios para deficiencia mental ligera asociada con diferencias sensoriales o motóricas ligeras
- centros de educación especial para deficiencia mental severa y profunda.

En la Comunidad Autónoma Andaluza, la Orden del 5 de Marzo de 1990 sobre Educación Especial dice lo siguiente:

- En los centros específicos de Educación Especial se escolarizarán aquellos alumnos que por sus características requieran apoyos y servicios excepcionales que sólo puedan prestarse en los citados centros.
- Las aulas de educación especial en centros ordinarios acogerán a los alumnos objeto de atención especial no comprendidos en el apartado anterior.
- En los centros ordinarios autorizados de integración se podrán escolarizar los alumnos de Educación Especial, preferentemente aquellos cuya minusvalía contempla el plan de integración del centro.

Por último haremos referencia a distintas opiniones sobre la valoración de la integración escolar que se ha llevado a cabo en nuestro país.

Según Fierro (1985a) las aulas especiales distan mucho de haber constituido un éxito ya que no han cumplido apenas los objetivos para los que fueron creadas. Estas aulas diseñadas como un primer paso de aproximación a una educación especial integrada, se han utilizado en la práctica para sacar del aula ordinaria a escolares que estaban dentro y colocarlos aparte. Estas aulas se han convertido en verdaderos "cajones de sastre" donde se ubican alumnos con retraso escolar, problemas de conducta, inadaptados etc... En pocas hay deficientes y si los hay, suele darse la creencia en los profesionales de que sus posibilidades de progreso son pocas.

Algunas valoraciones posteriores como la realizada por Illan y García (1987) son más optimistas en cuanto al papel que pueden desempeñar estas aulas en la progresiva integración de alumnos excepcionales, sugiriendo que se conviertan en aulas de transición abiertas y dotadas de medios y personal necesarios para asegurar su correcto funcionamiento.

Según Marchesi (en Bautista, 1991) las conclusiones sobre la evaluación de la integración educativa durante los tres primeros cursos de la fase experimental, hacen referencia tanto a aspectos positivos como a aspectos negativos. Entre los aspectos positivos destacan:

- mayor formación del profesorado,
- buenos resultados de la atención preferente a los centros por parte de los equipos psicopedagógicos,

- mayor fluidez de la relación de los centros de integración con la Administración,
- ventajas de la integración específica (sordos, motóricos).

Con relación a aspectos negativos señala:

- planteamiento inicial de simultánea integración y reforma de las escuelas i n tener en cuenta las condiciones de los centros,
- necesidad de formación del conjunto del profesorado,
- dificultad para la futura integración en los ciclos Medio y Superior al terminar la E.G.B.

La evaluación del programa de integración llevada a cabo por un equipo de investigadores (Aguilera y otros, 1990) durante los cuatro primeros años arroja las siguientes conclusiones:

- Entre las variables más pertinentes para la aplicación del programa de integración en un centro se encuentran la existencia de un Proyecto Educativo que contemple las necesidades de todos los alumnos, el grado de acuerdo previo para participar en el programa, los recursos disponibles, la experiencia previa en integración, las actitudes de los profesores, su nivel de formación y estilo de enseñanza, las adaptaciones curriculares que se realicen y el tipo de déficit de los alumnos con necesidades educativas especiales.
- Por lo que respecta a la evolución de los centros no parece que haya habido un deterioro en su organización y funcionamiento, las actitudes de los profesores han mejorado primero y se han estabilizado después y ha existido una progresiva adaptación de sus estilos de enseñanza.
- Por lo que respecta a los niños integrados han seguido su desarrollo cognitivo y social y han ido adquiriendo ciertos aprendizajes escolares. Las actitudes de los padres hacia la integración se han mantenido favorables.
- Las variables que parecen estar asociadas con la obtención de los mejores resultados son un clima afectivo de aceptación, elevado grado de individualización del aprendizaje y evaluación y coordinación de actividades individuales y grupales.

Según Fierro (1990) en España la integración educativa ha sido aplicada y evaluada en el ciclo inicial de E.G.B. (Ministerio de Educación y Ciencia, 1988). También se cuenta

con alguna experiencia integradora en el ciclo medio, pero apenas existe experiencia suficientemente evaluada en el ciclo superior. Disponemos, sin embargo, de la experiencia de otros países en escuelas de secundaria (OCDE/CERI, 1988) con fórmulas de integración muy variadas pero con un balance positivo.

Respecto a la valoración del Programa de Integración Educativa por las principales organizaciones educativas y sociales del país, casi nadie discute la filosofía educativa subyacente al mismo, pero algunos sectores resaltan críticamente cierto incumplimiento de la Administración de los compromisos adquiridos.

En cuanto a las posturas frente a los centros específicos, algunos sectores minoritarios mantienen la validez permanente de los mismos, mientras otros contemplan la integración como un proceso que conduce a la supresión de estos centros. Existe un consenso generalizado de que esta modalidad educativa exige una fuerte inversión de recursos.

Algunos de los retos planteados en esta fase del proceso de integración educativa aluden a la integración del retrasado profundo, considerada por algunos autores como el último desafío (Miles, 1988), junto con la integración en la etapa secundaria donde las exigencias educativas e intelectuales aumentan y existen aspectos diferentes de organización escolar.

## **4. NORMALIZACIÓN**

### **4.1. Enunciados del principio de Normalización**

Tanto la desinstitucionalización como la integración educativa se han sustentado sobre la base filosófica del principio de Normalización que a continuación pasamos a exponer.

El principio de Normalización ha sido enunciado por distintos autores quienes lo han concebido de forma diferente. A continuación describiremos las principales concepciones sobre Normalización, siguiendo a Wolfensberger (1986) y García García (1988).

El principio de Normalización fue enunciado por primera vez a finales de la década de los 50 por Bank-Mikkelsen, director del servicio danés para deficientes mentales. Este autor definió la Normalización como la posibilidad de que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible (Bank-Mikkelsen, 1969). El enunciado danés

se caracteriza por ser específico para el campo de la deficiencia mental y tener como principal preocupación el resultado, antes que el proceso para conseguir ese resultado.

Una formulación más sistemática del principio de Normalización fue la realizada por Nirje a partir de 1969, quien formulaba el principio en los siguientes términos: "Hacer accesible a los deficientes mentales las pautas y condiciones de vida cotidiana que sean tan próximas como sea posible a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad" (Nirje, 1970, pg. 183)

El enunciado de Nirje sigue centrado en los deficientes mentales pero enfatiza a diferencia del anterior, los medios, métodos y recursos para conseguir los objetivos más que el propio resultado. En sus escritos, este autor no utiliza la frase "normalización de la persona" sino "normalización de las condiciones de vida". El objetivo que ha de pretender la Normalización es procurar a la persona deficiente los entornos y experiencias normales de la vida humana durante el día, semana, el año y el ciclo vital del sujeto.

A partir de estas primeras formulaciones el concepto de normalización se extiende por los países europeos y Norteamérica. En Canadá, el concepto de normalización en su sentido actual, se hace notar ya por Beck en 1964, abogando por la integración escolar de los deficientes mentales en los medios normales de la comunidad (Ortiz, 1989).

En 1972 el Instituto Nacional de Deficiencia Mental de Canadá publica un libro importante en este área, cuyo autor es Wolfensberger. Este autor define el principio de Normalización como " la utilización de los medios lo más normativos posible desde el punto de vista cultural para establecer y/o mantener comportamientos y características personales que sean lo más normativos posible" (Wolfensberger, 1972, pg. 28).

A través de este principio se trata de utilizar medios (técnicas, instrumentos, métodos...) para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios...) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar y apoyar su conducta (habilidades, competencias...), su apariencia (vestido, aseo..), sus experiencias (adaptación, sentimientos...), su estatus y reputación (etiquetas, actitudes de otros...).

El principio de Normalización lleva implícita la salida de los deficientes de las macroinstituciones y su integración en la vida de la comunidad, según esta nueva formulación.

De esta manera, la Ley de Normalización de 1968 aprobada por el Parlamento Sueco, a la que ya nos hemos referido, proclama para todo retrasado mental los siguientes derechos fundamentales:

- a) el derecho a una vida cotidiana normal,
- b) el derecho a unas experiencias normales que favorezcan el desarrollo de la personalidad,
- c) el derecho a cambiar de ambiente al llegar a la mayoría de edad,
- d) el derecho a una posición económica normal.

Al ofrecer la posibilidad de que los deficientes se desenvuelvan en unas condiciones de vida normales se presenta la ocasión de que la sociedad los conozca de forma realista acabando con viejos mitos y con la marginación a la que los había sometido. La Normalización pone en evidencia y cuestiona los modos de vida impuestos a los deficientes mentales y propone otros alternativos y más humanos.

El principio de normalización ha estado sometido a bastante controversia por varias razones. En primer lugar, el término ha sido utilizado en muchas ocasiones de forma vaga e imprecisa, sin conocer o hacer referencia a las principales definiciones del mismo. En segundo lugar, se ha producido confusión entre definiciones no coincidentes, cuando ocurre que la aceptación de una definición puede suponer el rechazo de otras. En tercer lugar, han existido interpretaciones erróneas de las definiciones de normalización. Y por último, la adhesión a determinados sistemas teóricos en ocasiones entra en conflicto con la aceptación de la normalización o de algunas de sus implicaciones.

Según Wolfensberger (1986) y Perrin (1989) existen una serie de conceptos erróneos acerca de lo que supone la Normalización, que pasamos a comentar brevemente.

**Normalización como humanización:** aunque existe un solapamiento entre ambos términos, no es correcto equipararlos, ya que la normalización es un término más específico que ayude a la mejora de la imagen y el status social de determinados grupos sociales. No se trata sólo de considerar a la persona como "humana" sino a todo el grupo social en el cual está inserta (Wolfensberger, 1986).

**Normalización como cura:** No se puede hablar con propiedad de la "cura" de la deficiencia mental porque no se trata de una enfermedad, se puede hablar de la inversión de la deficiencia o de la cura de trastornos clínicos que redundan en una disfunción intelectual (Wolfensberger, 1986).

Normalización como el único camino: se le ha criticado a este principio el imponer una única solución a cada problema y el restringir el número de opciones. La sociedad ofrece distintas opciones dentro de la gama estadísticamente normativa, pero a la vez impone limitaciones tanto a las personas devaluadas como a las valoradas.

La Normalización es sólo aplicable a disminuídos leves: puede que exista una correlación negativa entre el nivel de funcionamiento intelectual y la aplicabilidad de la normalización, pero lo que ocurre en realidad es que mucha gente no está dispuesta a intentar métodos normalizadores con personas percibidas como muy diferentes (Wolfensberger, 1986). En este sentido Perrin (1989) interpreta que la normalización no es un fenómeno de "todo o nada", sino que existen distintos grados de normalización que implican una variedad de soportes y estructuras según las necesidades de cada persona. Las aplicaciones del principio de normalización son incluso más importantes para personas con deficiencias más graves.

Normalización como exigencia: se han criticado las exigencias crueles e inflexibles que implica la normalización. Sin embargo, lo que la normalización propugna es el éxito de una persona en cuestiones vitales como una vivienda digna, un trato miento adecuado y una interacción feliz con su entorno físico y social (Wolfensberger, 1986)

Los servicios especiales están en contradicción con el principio de normalización que defiende el paso de las personas de las instituciones a la comunidad, sin apoyo: siempre que sea posible deben utilizarse los servicios genéricos, pero a veces los servicios especiales son necesarios (Perrin, 1989).

No todos los autores son defensores del principio de Normalización. Se han realizado críticas a sus propuestas entre las que Wolfensberger (1986) destaca:

- La Normalización no mejora necesariamente las actitudes del público.
- No reconoce la obligación que tienen las personas deficientes de prestar algún servicio a la sociedad como contrapartida a lo que percibe de ella.
- Exige que las personas deban permanecer siempre con sus familias y trabajar en entornos culturalmente normativos, lo cual no siempre es posible.
- Exige costes financieros desproporcionados respecto a sus ventajas.
- Sus medidas no conducirán probablemente a conducta normalizada.

El proceso de normalización consiste, en la mayoría de los casos en un número relativamente amplio de medidas secuenciales y modestas que descansan sucesivamente cada una sobre la anterior.

El concepto de normalización se halla estrechamente relacionado con el concepto de integración, pero la forma de entender esta relación es diferente de unos autores a otros. Según García (1988) la opinión de los diferentes autores que impulsan el concepto de normalización es la siguiente:

- Para Bank-Mikkelsen (1969) la normalización es el objetivo a conseguir y la integración es el método para lograrlo.
- Para Nirje (1970) la integración es un objetivo multidimensional en el que pueden distinguirse varios niveles.
- Para Wolfensberger (1972) la integración social es el resultado de la normalización.

Lo que si resulta cierto es que el desarrollo del proceso de normalización lleva ineludiblemente a la integración de los deficientes mentales en su medio social.

La integración ha de abarcar aquellos contextos significativos en el desarrollo vital de cualquier persona, desde la integración familiar y escolar durante la infancia, a la integración laboral y comunitaria en la vida adulta.

Según García (1988) podemos distinguir los siguientes niveles de integración:

- a) Integración física: hace referencia a la satisfacción de necesidades vitales de seguridad en un entorno concreto - vida en una casa normal, educación en una escuela normal, trabajo en industrias o comercios y entretenimiento con medios de diversión ordinarios-.
- b) Integración funcional: implica la utilización de lo elementos necesarios y ordinarios en la vida comunitaria - restaurantes, instalaciones deportivas, transportes públicos, espacios de ocio y diversión etc...-.
- c) Integración personal: supone la satisfacción de las necesidades de los deficientes mentales de ser aceptados en relaciones interpersonales con familia, amigos, vecinos etc...
- d) Integración en la sociedad: se refiere a ofrecer respeto y estima a la persona con deficiencias en la comunidad, ofreciéndole recursos para su desarrollo personal y su estatus de ciudadano activo.
- e) Integración en una organización: se centra en la obtención del equilibrio necesario en la prestación de servicios generales y especializados.

En el ámbito escolar, la aplicación de este principio ha llevado a propugnar la integración educativa de los deficientes en los centros ordinarios como ya hemos comentado anteriormente.

#### 4.1.1 El principio de Normalización en España

En España el principio de Normalización comienza a ser tenido en cuenta mucho más tarde. Así, la Federación Española de Asociaciones Pro Subnormales (FEAPS), en su documento "Modelos residenciales para Deficientes Mentales" de 1986 expone lo siguiente: "cuando el principio de normalización comienza a ser tenido en cuenta en España, ya existen servicios de atención residencial que chocan frontalmente con sus postulados. Sin embargo no es posible hacer desaparecer tales servicios" (FEAPS, 1986 pg. 19). Para los nuevos servicios que se creen y para aquellos que sea preciso modificar se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Que estén físicamente separados el lugar donde se vive del lugar donde se trabaja. Es errónea la solución del taller-residencia.
- El personal de ambos servicios, residencia y trabajo, ha de ser diferente.
- No deben emplearse etiquetas discriminatorias, como carteles que indiquen la índole del inmueble.
- Es esencial que las actitudes del personal sean normalizadoras.
- La ubicación física del piso-residencia debe estar normalizada.

Con respecto a las formas concretas de realización de este principio, se estima que un servicio instalado en un piso parece, en principio, revestir un carácter más normalizador que una residencia, aunque la puesta en práctica del piso pueda tropezar con más dificultades.

La realidad indica la conveniencia de contar con un sistema intermedio entre la residencia y el piso, como una residencia de tránsito que se emplee para el aprendizaje de la convivencia.

Hay supuestos muy claros que aconsejan la creación de una residencia y obedecen al tipo y características de la población residente. No obstante, las residencias no deben ser unificadoras, deben estar subdivididas y ofrecer un tratamiento individualizado.

En esta primera etapa observamos una serie de recomendaciones cuyo objetivo consiste en lograr "buenos centros" o centros lo más parecidos posible a un hogar. La

propia federación reconoce que los servicios existentes no pueden desaparecer, se trata por tanto de reformarlos. La normalización se entiende en el sentido de los países escandinavos.

La misma FEAPS, en un nuevo documento publicado en 1989, plantea las viviendas en pisos como alternativa a los modelos residenciales para deficientes mentales exponiendo que la evolución constante que sufren los diseños de programas de atención para personas con deficiencia mental obliga a evaluaciones periódicas de la concepción teórica y el modelo de estructura.

En este documento observamos una evolución del concepto de normalización respecto al concepto del anterior documento (FEAPS, 1986). En efecto, el acento pasa de la creación de centros normalizados a la importancia de la integración del deficiente mental en la comunidad en que vive y a la consecución de su adaptación en los entornos normalizados. Asimismo se resalta el papel de la comunidad en este proceso y la necesidad de limitar al máximo todo tipo de tratamiento "especial" es decir "no normalizado".

Las últimas consideraciones sobre la normalización (INSERSO, 1990) indican una evolución desde un patrón estándar aplicable a todos los minusválidos a la acentuación de la necesidad de adecuar este proceso en su forma y grado en función de las peculiaridades de cada individuo minusválido. Todo individuo debe ser acercado lo más posible a las condiciones de vida normales, pero evidentemente cada uno alcanzará un determinado tope en este proceso de adaptación social. La normalización, como principio guía, se convierte en un proceso individual y no colectivo.

A propósito de estas consideraciones, Espinosa, Márquez y Rubio (1986) indican que la unión del concepto de Normalización con los conceptos de Integración y Adaptación Social, llevaron a la proposición de que la normalización de ambientes y servicios dirigidos a sujetos con retraso mental, conducirían directamente al progreso conductual de estos sujetos (Bank-Mikkelsen, 1969; Wolfensberger, 1972).

En la actualidad se admite que, aunque la normalización es necesaria para lograr la adaptación, es preciso distinguir dos aspectos: normalización contextual y normalización personal (Espinosa, Márquez y Rubio, 1983).

La normalización contextual es el proceso de desarrollo de servicios, residencias o centros apropiados y culturalmente normativos. Supone la alteración de los ambientes en los que se desarrollan los comportamientos.

propia federación reconoce que los servicios existentes no pueden desaparecer, se trata por tanto de reformarlos. La normalización se entiende en el sentido de los países escandinavos.

La misma FEAPS, en un nuevo documento publicado en 1989, plantea las viviendas en pisos como alternativa a los modelos residenciales para deficientes mentales exponiendo que la evolución constante que sufren los diseños de programas de atención para personas con deficiencia mental obliga a evaluaciones periódicas de la concepción teórica y el modelo de estructura.

En este documento observamos una evolución del concepto de normalización respecto al concepto del anterior documento (FEAPS, 1986). En efecto, el acento pasa de la creación de centros normalizados a la importancia de la integración del deficiente mental en la comunidad en que vive y a la consecución de su adaptación en los entornos normalizados. Asimismo se resalta el papel de la comunidad en este proceso y la necesidad de limitar al máximo todo tipo de tratamiento "especial" es decir "no normalizado".

Las últimas consideraciones sobre la normalización (INSERSO, 1990) indican una evolución desde un patrón estándar aplicable a todos los minusválidos a la acentuación de la necesidad de adecuar este proceso en su forma y grado en función de las peculiaridades de cada individuo minusválido. Todo individuo debe ser acercado lo más posible a las condiciones de vida normales, pero evidentemente cada uno alcanzará un determinado tope en este proceso de adaptación social. La normalización, como principio guía, se convierte se convierte en un proceso individual y no colectivo.

A propósito de estas consideraciones, Espinosa, Márquez y Rubio (1986) indican que la unión del concepto de Normalización con los conceptos de Integración y Adaptación Social, llevaron a la proposición de que la normalización de ambientes y servicios dirigidos a sujetos con retraso mental, conducirían directamente al progreso conductual de estos sujetos (Bank-Mikkelsen, 1969; Wolfensberger, 1972).

En la actualidad se admite que, aunque la normalización es necesaria para lograr la adaptación, es preciso distinguir dos aspectos: normalización contextual y normalización personal (Espinosa, Márquez y Rubio, 1983).

La normalización contextual es el proceso de desarrollo de servicios, residencias o centros apropiados y culturalmente normativos. Supone la alteración de los ambientes en los que se desarrollan los comportamientos.

La normalización personal se refiere a la adquisición de las habilidades necesarias para asumir roles y responsabilidades sociales culturalmente normativas, e incluye el entrenamiento en habilidades funcionales, mejora de conductas adaptativas etc...

Ambos tipos de normalización son necesarios pero no suficientes, es decir, los dos aspectos han de ser tomados en conjunto para alcanzar un nivel adecuado de comportamientos adaptativos.

Se aplica a este concepto la necesidad de un análisis individualizado y conjunto de las características del sujeto y del entorno en el que dichos procesos se van a aplicar, es decir, se trata, desde nuestro punto de vista, de responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué características presentan actualmente los sujetos que van a ser integrados educativa (integración educativa) o socialmente (desinstitucionalización)?
- ¿Qué características deben presentar estos sujetos para funcionar adecuadamente en estos ambientes (normalización personal de habilidades y conductas adaptativas) y mediante qué métodos podemos suplir sus deficiencias?
- ¿Qué características presenta actualmente el entorno (escuela, barrio, centros, servicios...) donde los sujetos van a ser integrados?
- ¿Qué características deben presentar estos contextos para estar acordes con las normas culturales (normalización contextual) y qué modificaciones se deben realizar en este sentido?

## **4.2 Marco jurídico de apoyo a la normalización**

### **4.2.1 A nivel internacional**

Los derechos y avances a nivel legislativo que se han ido consiguiendo progresivamente en el campo de la deficiencia mental, se pueden encuadrar en el marco general de la legislación sobre personas minusválidas o con discapacidades.

Mara (1988) hace un repaso histórico sobre la normativa más importante en U.S.A. en el terreno de la discapacidad, partiendo de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre adoptada en 1948, que resumimos a continuación:

1971	Aprobación de la Declaración de los Derechos de las Personas Deficientes Mentales.
1975	El Consejo Económico y Social aprueba una resolución para la prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas minusválidas. La Asamblea General aprueba la declaración de los derechos de las personas minusválidas.
1976	Se proclama el año 1981 Año Internacional para el Minusválido.
1979	Se aprueba una resolución sobre la prevención de la discapacidad.
1980	La Conferencia Mundial sobre el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer aprueba una resolución sobre "Medidas en favor de la mujer minusválida, sin discriminación de edad"
1982	Se aprueba el Programa de Acción Mundial para las Personas Minusválidas y se proclama el período 1983-1999, Decenio de las Naciones Unidas para las Personas Minusválidas.
1983	La Organización Internacional del Trabajo aprobó la Convención sobre Rehabilitación Profesional y Empleo ( Personas Minusválidas).

Entre las principales áreas en la legislación sobre personas minusválidas podemos destacar las siguientes:

- a) el establecimiento y salvaguarda de los derechos humanos. En especial las personas con enfermedades o deficiencias mentales necesitan salvaguardas jurídicas específicas contra un trato de gradante o abusivo ya sea en el interior de las familias, en instituciones, residencias o en el seno de la comunidad.
- b) La participación de las personas minusválidas a través de la libertad de asociación y la creación de organizaciones que defiendan y promuevan sus intereses. En el ámbito individual, de be gozar del derecho a tomar decisiones sobre su propio proceso de rehabilitación.
- c) Igualdad de oportunidades, en campos como la educación (decidir sobre la asistencia a una escuela normal o especial), el trabajo, la remuneración adecuada, la accesibilidad al entorno físico, el ocio, los deportes y la cultura.

En el campo específico de la deficiencia mental las propuestas que están siendo planteadas son según Menken del Ministerio de Asuntos Sociales de los Países Bajos (Menken, 1988):

- 1- Supresión gradual de las grandes instituciones de internamiento y defensa del derecho del deficiente a una vivienda normal en un ambiente tan carento de restricciones como sea posible.

- 2- Reducción al mínimo de la coerción, es decir, la derogación de leyes sobre internamiento legal de los deficientes mentales.
- 3- Establecimiento de mecanismos de control para vigilar la calidad de la asistencia prestada.
- 4- Prohibición del "tratamiento suprimido o denegado". Una de las metas fundamentales en la defensa de los minusválidos, es mantenerlos fuera de las instituciones por medio de apoyos legales y de los servicios necesarios que garanticen la igualdad y la plena participación en sus comunidades. Las instituciones no sólo se refieren a las estructuras físicas, también existen instituciones móviles o ambulatorias.

#### 4.2.2 A nivel nacional

Según Cobo (1988) en su documento " Los derechos de las personas con minusvalías en la Constitución Española", la Constitución Española en relación con la protección de los minusválidos establece que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran y los amparará especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos. Por tanto, se responsabiliza a los poderes públicos de establecer las medidas de tratamiento y rehabilitación que se requieran.

La prestación de esta atención especializada se ha pretendido introducir con la Ley de Integración Social de los Minusválidos aprobada por el Parlamento Español el 7 de Abril de 1982. El artículo 1º de esta ley establece que los principios que inspiran dicha ley se fundamentan en los derechos que el artículo 49 de la Constitución reconoce, en razón a la dignidad que le es propia, a los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos para su asistencia y tutela necesarias".

En el campo de la deficiencia, el 1 de diciembre de 1978 se constituye el Real Decreto de Educación y Atención a Deficientes.

La Ley General de Seguridad Social en sus artículos 30, 31 y 32 establece el derecho a la reeducación y rehabilitación para los trabajadores afiliados a la Seguridad Social. Para hacer efectivo este derecho se crea el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, antecedente y origen del INSERSO.

#### 4.2.3 A nivel autonómico

La Ley de Servicios Sociales de Andalucía ( Ley 2/1988 de 4 de Abril) garantiza la atención y promoción del bienestar de las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales (capítulo II).

En el capítulo III se expone que los servicios Sociales Especializados atenderán a las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales con el objeto de posibilitar su integración social, promoviendo y favoreciendo la prevención y rehabilitación integral.

La Seguridad Social para los minusválidos tiene como objeto garantizar a éstos el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad (artículo 49). Los minusválidos tendrán derecho a los Servicios Sociales de orientación, de atención domiciliaria, de residencias y hogares comunitarios, de actividades culturales, deportivas, ocupación del ocio y del tiempo libre (artículo 51). Los servicios de residencias y hogares comunitarios tienen como objetivo atender a las necesidades básicas de aquellos minusválidos carentes de hogar y familia o con graves problemas de integración familiar (artículo 52).

La atención del deficiente psíquico en su entorno natural (familiar y social) parece ser la más idónea siempre que sea posible y garantice el máximo de posibilidades de desarrollo personal y social. Cuando el medio natural no permite un adecuado nivel de integración se constituye un medio que lo sustituya y complemente de forma temporal. Se trata de un " entorno natural" alternativo que debe acercarse lo más posible al que pudiera ser el entorno natural más apropiado

### **5. IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES HACIA LOS DEFICIENTES MENTALES EN CONTEXTOS INSTITUCIONALES.**

El tema de las actitudes en general, es un tema complejo. Las relaciones entre actitudes y conducta manifiesta, la medición de las actitudes y sobre todo, el cambio o modificación de actitudes no aceptables, son cuestiones abiertas en la actualidad.

Las actitudes hacia los deficientes mentales han resultado estereotípicas y negativas a lo largo de la historia y hasta nuestros días (Donaldson, 1987).

Las actitudes hacia colectivos marginados o minusvalorados resultan de especial importancia porque del rechazo o aceptación que la población manifieste hacia dichos colectivos, van a depender las posibilidades de integración y normalización de los sujetos

con minusvalía. Así, Ashman (1988) incluye entre los factores que bloquean el éxito de la integración de los retrasados mentales, la actitud negativa hacia el retraso y las personas con retraso mental. De aquí que su investigación haya constituido el centro de atención de muchos autores durante un período de tiempo considerable (Ashman, 1988).

En efecto, las reformas que se han venido realizando sobre aspectos como la adecuada ubicación educativa de los niños y jóvenes deficientes, la propuesta de ambientes menos restrictivos y el movimiento que propugna la integración y normalización de personas deficientes tanto en la escuela como en la sociedad, requiere el apoyo de toda la comunidad. Esto supone la existencia de actitudes públicas positivas, tolerantes y de apoyo hacia los deficientes mentales (Miles, 1988).

Sin embargo, el cambio de las actitudes hacia el retrasado mental ha procedido a un ritmo más lento que para otros grupos minoritarios (Ashman, 1988). Esto se ha atribuido a factores diversos como la ignorancia sobre el retraso mental, la falta de contacto con estas personas, el desinterés social o la impotencia política de los grupos que apoyan a los retrasados mentales.

El éxito de la modificación positiva de actitudes hacia el retraso mental dependen tanto del "status" del retrasado como del modo en que estas personas sean recibidas en la sociedad (Gottlieb, 1975).

Los estudios sobre cambio de actitudes sociales hacia el retraso mental adolecen de imprecisión metodológica, desacuerdo sobre las medidas más válidas, disputas sobre la dimensionalidad de las actitudes y sobre la idoneidad de una definición de retraso mental que sea comprensible para el público. Es decir la medición y cambio de actitudes hacia los retrasados mentales se enfrenta a dos problemas principales: la medición y conceptualización de las actitudes hacia los deficientes mentales y la delimitación del propio concepto de retraso mental. De aquí que la investigación sobre modificación de actitudes hacia retrasados mentales haya sido escasa y con resultados contradictorios (cambios positivos, negativos o ningún cambio) según Donaldson (1987).

Además de las actitudes comunitarias, los profesionales que trabajan con sujetos retrasados (cuyas expectativas pueden influir en el desempeño de estos sujetos) y los compañeros no discapacitados, juegan un papel fundamental en el proceso de normalización de sujetos con déficits. Por ello, los estudios sobre cambio actitudinal se han centrado en dos tipos de poblaciones: en primer lugar los padres y la comunidad, mediante una

aproximación de carácter remediador de las actitudes establecidas, y de otro lado los niños en edad escolar, con una orientación preventiva como opción más viable (Triandis, 1971)

En el ámbito comunitario, los resultados de investigaciones parecen indicar una aceptación general del principio de normalización pero al mismo tiempo se dan respuestas defensivas en situaciones de amenaza real, como demuestran los cuestionarios que indican oposición a la instalación de hogares residenciales de grupos de deficientes en las comunidades locales (Ashman, 1988).

Este conflicto entre respuestas cognitivas y emocionales al retraso puede deberse a la distancia física e interpersonal entre personas retrasadas y no retrasadas. Sin embargo los intentos de cambiar las actitudes a través del contacto con personas minusválidas no han producido resultados concluyentes (Ashman, 1988). Las conclusiones parecen apuntar a la importancia de la calidad de los contactos, el sexo, la edad, la pertenencia grupal de los individuos, etc..., de tal forma que el mero contacto no necesariamente conduce a actitudes más positivas.

Por lo que respecta al contexto educativo, Marchesi y Martin (1990) resaltan el papel de la predisposición de los profesores hacia la integración de los alumnos con dificultades como uno de los factores más condicionantes de los resultados. La actitud positiva se considera un primer paso importante de la educación integrada. La actitud inicial del profesor puede estar basada en informaciones de otras personas o en su conocimiento y práctica educativa con estos alumnos. Esta predisposición inicial influye en sus expectativas sobre el rendimiento de los alumnos. La importancia de los profesores proviene de su influencia tanto en la aceptación de los niños con deficiencia en programas educativos como en las actitudes del resto de los alumnos.

Según Ashman (1988) el estudio sobre las actitudes de los maestros, que ha sido muy escaso, demuestra que su papel como profesionales no garantiza puntos de vista más ilustrados sobre el retraso mental que el de otras personas. El retraso mental, en comparación con otras deficiencias, es percibido de forma más negativa por los maestros y los maestros de educación especial no parecen poseer actitudes significativamente mejores que los maestros ordinarios.

Ashman (1988) destaca tres técnicas para el cambio de actitudes de los profesores:

- 1- contactos directos o indirectos y uso de mensajes persuasivos. Los contactos directos son interacciones personales con individuos retrasados y los indirectos se refieren a presentaciones en los medios de comunicación. Respecto a los

segundos, el contacto estructurado resulta con un mayor efecto que el contacto no estructurado o profesional. Los medios de comunicación no tienen efectos concluyentes como instrumento de cambio de actitudes.

- 2- Información sobre las minusvalías. La evidencia muestra que la información por sí sola tiene poco efecto en la modificación de actitudes.
- 3- Discusiones de grupo. Si son poco estructuradas no resultan eficaces, e incluso pueden conducir a actitudes más negativas.

Donaldson (1980) añade a estas tres técnicas, la simulación de minusvalías a través del role playing o la experiencia vicaria de observar. Mediante esta técnica se han logrado modificar al menos algunos componentes de las actitudes hacia las personas minusválidas.

Ashman (1988) concluye que el desarrollo de actitudes positivas en profesores requiere una intervención meditada con identificación previa del grupo destinatario y de su sistema de actitudes, una valoración de los contactos estructurados con personas retrasadas mentales y campañas comprensivas que resalten las capacidades y diversidad de los individuos retrasados, llevadas a cabo por personas con alto status en el grupo.

Por otra parte, la participación de los profesores en la prevención de actitudes negativas en los niños es una noción muy atractiva.

En este mismo contexto, se ha sugerido la necesidad de fomentar el entendimiento de los niños discapacitados por parte de sus compañeros no discapacitados. Diversas investigaciones han evaluado la influencia de contactos programados entre niños normales y niños con déficits en las actitudes de los primeros hacia éstos últimos. Los resultados de estas investigaciones muestran que se produce una mejora, o al menos que las actitudes no se vuelven más negativas tras dichos contactos.

Así, en el estudio de McHale y Simeonson (1980) se entrevista a escolares antes y después de la aplicación de contactos estructurados, en sesiones de juego, con niños que presentan autismo y retraso mental. Tras estos contactos, los escolares muestran un mayor conocimiento de las dificultades de sus compañeros discapacitados y sus actitudes (medidas a través de cuestionarios y listas de adjetivos) no resultan más negativas.

En el estudio de Voeltz (1982) se miden en el contexto escolar, los efectos de contactos intensivos a través de interacciones estructuradas entre niños con déficits severos y escolares a lo largo de un semestre. Los resultados muestran un incremento de la aceptación, medida a través de una escala factorial.

Gottlieb y Switzky (1982) analizan los cambios en la estructura de las actitudes hacia niños con retraso mental en escolares, obteniendo que, conforme aumenta la edad, disminuyen los estereotipos negativos. Estos autores señalan la naturaleza multidimensional de las actitudes.

En los contextos residenciales, las actitudes que el personal mantiene hacia los deficientes mentales se ha mencionado como una de las variables que pueden influir en las interacciones que el personal desarrolle con los residentes.

En el trabajo de Holland (1984), se señala que las actitudes del personal hacia los residentes no han sido resaltadas suficientemente en este área. Las actitudes pueden constituir un factor con influencia en el mantenimiento de los resultados de las investigaciones a largo plazo. Esta autora mide las actitudes del personal que trabaja con adultos con retraso mental severo, como parte de un programa que pretende aumentar las interacciones entre el personal y los sujetos con retraso. La medición de las actitudes se realiza en los períodos de línea base y seguimiento a través del diferencial semántico y un inventario de actitudes. Aunque el primer instrumento no refleja cambio en las actitudes, el segundo instrumento sí los refleja.

Thousand, Burchard y Hasazi (1986), al referirse a las competencias específicas que el personal de servicios residenciales necesita para ejecutar de forma efectiva su trabajo, señalan las actitudes y relaciones del personal con los residentes como una importante característica. Entre estas competencias incluyen: mostrar actitudes positivas hacia las personas con retraso en el desarrollo y mostrar interés en interactuar con los clientes a nivel social, verbal y físico. Según estos autores, la mayoría de las competencias necesarias representan habilidades interpersonales, motivacionales, actitudes y características personales, antes que información, conocimientos o técnicas específicas.

## V HABILIDADES SOCIALES EN DEFICIENTES MENTALES

### 1. CONCEPTO DE HABILIDADES SOCIALES

**S**egún Gil (1984) el auge que ha experimentado en la actualidad el estudio de las habilidades sociales viene dado por ser un aspecto de gran relevancia en el desarrollo normal de las personas, hasta tal punto que su déficit se relaciona con distintos problemas psicopatológicos. En efecto son muchos los autores (Castles y Glass, 1986; Garris y Hazinski, 1988; Healey y Masterpasqua, 1992; Hughes y Sullivan, 1988; Lovejoy y Routh, 1988; Ojeda, Perez, Jarana y León, 1989; Roth y López, 1985; Thorkildsen, Fodor-Davis, y Morgan, 1989; Vera, 1992; Vizcarro, 1993) que han señalado la relación entre el déficit de habilidades sociales y distintos problemas psicopatológicos por una parte y por otra, su relación con el ajuste académico, social y comunitario. Los problemas de aquellos individuos con déficit de habilidades sociales comienzan ya en la infancia y son predictores de desajustes en la adolescencia y edad adulta. En base a estas comprobaciones la intervención en el área de habilidades sociales se ha empleado tanto en prevención primaria como en prevención secundaria.

El concepto de habilidades sociales es un concepto aún sin delimitar, sobre el que existen un gran número de definiciones. Su compleja naturaleza ha dificultado tanto la existencia de una definición generalmente aceptada como la coincidencia de la terminología empleada para referirse a ellas (Vera, 1992). Según Caballo (1988) esta falta de delimitación precisa se debe a que la conducta social es ampliamente dependiente de la situación en que se produce. Los parámetros de un comportamiento social hábil difieren

considerablemente en función de variables como la edad, el sexo, el contexto cultural, la educación, la clase social, las actitudes, las creencias, etc...

Entre las principales características de la conducta social podemos destacar (Vizcarro, 1993) su heterogeneidad debida a la diversidad de conductas que se incluyen en los distintos rangos de edad y contextos, su naturaleza interactiva e interdependiente, su carácter secuencial e integrado, su flexibilidad y su especificidad situacional.

Existen ciertas confusiones e intercambios terminológicos en conceptos relacionados tales como "competencia social", "habilidades sociales", "interacción social", etc. que son necesarios aclarar. Para Romero (1990) hay que distinguir entre: a) el concepto de cognición social, que incluye la percepción y el conocimiento social, es decir las habilidades para hacer inferencias sobre características de los demás y el uso de conceptos y sistemas sociales, y b) el concepto de relaciones sociales en el que se incluyen la interacción social (modos y estrategias de interacción) y las habilidades de comunicación. Tanto la cognición como las relaciones sociales determinan el grado de competencia social de un sujeto y su ajuste o adaptación social. En esta misma línea Siperstein (1992) distingue, dentro del constructo de competencia social, entre cognición social y conducta social.

Otros autores (Hughes y Sullivan, 1988; Vizcarro, 1993) proponen que dentro de los componentes de la competencia personal se incluya la competencia social, constructo relativo a la calidad de logros de un individuo en el desempeño de sus distintos roles sociales. Como dominios de la competencia social se distingue el relativo a la conducta adaptativa y el relativo a las habilidades sociales.

Esta confusión en la campo de las habilidades sociales viene determinada en gran parte por la diversidad de líneas y enfoques teóricos que han intervenido en su estudio. Según García y Gil (1992) en relación a las bases teóricas y conceptuales del estudio de las habilidades sociales se pueden distinguir dos líneas de influencia diferentes en cuanto a ubicación geográfica y características:

La línea norteamericana, que se desarrolla a partir de los años 40 y 50, con un enfoque clínico, cuya evaluación utiliza principalmente medidas de autoinforme y su aplicación se centra en pacientes psiquiátricos.

La línea europea que comienza en los años 60, centrada en la Psicología Social, que emplea medidas conductuales y cuyas aplicaciones se realizan en el ambiente laboral/social.

Desde la perspectiva psicosocial (Blanco, 1981) la habilidad social se refiere a la capacidad que un individuo posee para ejecutar acciones sociales. El concepto de habilidades sociales tiene como denominador común la conducta interactiva, en torno a la cual debe girar la teoría y evaluación de las habilidades sociales. Así, desde este punto de vista la habilidad social es la capacidad de jugar el rol (Secord y Backman, 1976) o la capacidad de percepción, aceptación, comprensión y respuesta a las expectativas asociadas a nuestro propio rol (Argyris, 1965). En esta perspectiva, en la que habilidad, competencia y efectividad social son tres constructos sinónimos, se acentúa la estrecha relación de este tipo de habilidades con el contexto o la situación (Blanco, 1981).

Desde un enfoque más clínico, la teoría del Aprendizaje Social (Libet y Lewinsohn, 1973; Cartledge y Milburn, 1980) ha propuesto definiciones de las habilidades sociales basadas en las consecuencias de la conducta social de forma que éstas se consideran modos de conducta que eliciten por parte de los demás refuerzos positivos y eliminan castigos y/o extinciones comportamentales. También desde la Terapia de Conducta se ha realizado el análisis funcional del comportamiento social y se han desarrollado técnicas para su evaluación y tratamiento (García y Gil, 1992).

Debido a que las diferentes líneas han utilizado terminologías distintas y han ofrecido definiciones a diferentes grados de abstracción (García y Gil, 1992) una opción frecuente a la hora de definir las habilidades sociales consiste en señalar las características principales de las habilidades sociales. Los aspectos definitorios más importantes que caracterizan a las habilidades sociales son (Pelechano, 1984; Michelson, 1987; Moraleda, 1992; García y Gil, 1992):

- Su carácter funcionalmente utilitario u orientado a objetivos en el sentido de facilitar el establecimiento de relaciones con los demás y aumentar el reforzamiento (social o material) que el sujeto recibe.
- Su valor funcional está determinado por una serie de factores situacionales específicos de los contextos donde las interacciones tienen lugar, es decir, suponen una especificidad situacional o adecuación de los comportamientos a la situación.
- Las habilidades sociales pueden descomponerse en una constelación de conductas identificables o componentes conductuales. Estos componentes específicos se pueden considerar a diferentes niveles (molar, intermedio,

molecular) e implican elementos conductuales (verbales, no verbales y paralingüísticos), elementos cognitivos y fisiológicos.

- Las habilidades sociales suponen comportamientos manifiestos de actuación en situaciones de interacción social que se adquieren a través del aprendizaje y por tanto, pueden enseñarse y mejorarse.

Además de las apelaciones a déficits propios del individuo (cognitivo, neurológico, madurativo o de aprendizaje) hay que tener en cuenta en la explicación de las alteraciones sociales, las circunstancias ambientales y la integración entre déficits individuales y circunstancias ambientales (Echeita y Martín, 1990; Vera, 1992).

Los modelos que han intentado explicar el déficit en habilidades sociales son los siguientes (Gil, 1984):

- a) este déficit se interpreta como una carencia de conductas o comportamientos adecuados que conduce a un fracaso social. Este fracaso al tratar de combinar los elementos conductuales básicos, se debe a una socialización deficiente o a falta de experiencia social. Este modelo pone el énfasis en los aspectos positivos y educativos, enseñando alternativas de respuesta más hábiles.
- b) Se interpreta como un déficit de habilidades perceptivas y cognitivas, es decir, como una discriminación defectuosa. Los fallos a nivel perceptivo pueden consistir en un nivel reducido de discriminación, errores sistemáticos, estereotipos inexactos o abusivos, errores de atribución de la causalidad o efectos de halo. El objetivo desde este modelo consiste en enseñar a los sujetos a percibir, discriminar y traducir adecuadamente las señales sociales y a planificar estrategias de actuación eficaces.
- c) El déficit se produce por la inhibición de respuestas debida a la ansiedad condicionada que el sujeto padece. Desde esta interpretación el objetivo consiste en eliminar o reducir la ansiedad que interfiere con la emisión de las respuestas adecuadas. Esta creencia de que la ansiedad, como variable interviniente en el proceso interpersonal, podría inhibir las respuestas interactivas no parece confirmarse por los resultados obtenidos en medidas fisiológicas en el tema de las habilidades sociales (Blanco, 1981).
- d) El déficit se produce por la realización de evaluaciones cognitivas incorrectas. La evaluación errónea de las situaciones, las expectativas negativas sobre la

situación o las autorreferencias negativas conducen a respuestas emocionales inadaptadas.

Estos modelos no son mutuamente exclusivos de modo que el déficit de habilidades sociales puede venir provocado por varios de los factores señalados.

En relación a este aspecto etiológico los déficits en habilidades sociales se clasifican atendiendo a dos dimensiones, la primera referida a déficit de competencia o ejecución en función de que la conducta haya sido adquirida o no, y la segunda en relación a la posible existencia de respuestas (cognitivas, emocionales o conductuales) que interfieren con la adquisición o ejecución de las conductas sociales (Vizcarro, 1993). Así se pueden presentar déficits de adquisición o primarios en aquellos casos en los que el sujeto no ha aprendido los repertorios que requiere la situación, déficits de ejecución o secundarios cuando el sujeto posee el repertorio pero no lo muestra porque existen factores que interfieren y por último déficits de competencia en los que la conducta no se ha adquirido y que además están acompañados de factores de interferencia (Vizcarro, 1993).

En el caso de los deficientes mentales parece acertado suponer una socialización deficiente o falta de experiencia social, que llevaría a la carencia de conductas adecuadas o eficaces en situaciones de interacción social como han señalado diversos autores (Tjosvold y Tjosvold, 1983; Jurado, 1992; Vera, 1992) y que desarrollaremos en próximos apartados.

## 2. EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Existe una gran profusión de técnicas de medición de las habilidades sociales que en su mayoría, se han desarrollado a partir de los años 70.

A la hora de seleccionar el método de evaluación más apropiado hay que tener en cuenta una serie de dimensiones (Vizcarro, 1993) relativas a: a) las unidades de análisis que pueden ser molares o moleculares, b) la fuente de información que puede ser el propio interesado, personas que forman parte del ambiente natural del sujeto o evaluadores expertos ajenos a él y c) las situaciones en las que se produce la evaluación que pueden ser naturales, controladas o simuladas.

Respecto a la primera dimensión, las unidades moleculares, es decir conductas muy simples que pueden ser fáciles de operacionalizar, presentan la ventaja de su mayor objetividad pero suponen la desventaja de proporcionar una visión más parcial y atomizada de la conducta. Frente a ellas, las unidades molares que se refieren a secuencias de

conductas más complejas, presentan una mayor validez ecológica pero suponen un mayor problema a la hora de asegurar su objetividad. Como forma de paliar las desventajas de ambos tipos de unidades se han propuesto otras de nivel intermedio entre las dos anteriores (Vizcarro, 1993).

En cuanto a la dimensión referida a la fuente de información ésta puede ser el propio sujeto interesado, realizándose la evaluación a través de autorregistro, entrevista, autoinforme o informe tras la realización de procedimientos de role-playing o situaciones simuladas.

El sujeto constituye un fuente de información privilegiada, por lo que los cuestionarios son muy empleados en la evaluación de habilidades sociales. Su utilización debe tener en cuenta las precauciones relativas al autoinforme (Fernández Ballesteros, 1992). El método más objetivo para la obtención de información del propio sujeto es el autorregistro o recuento de conductas previamente definidas, que permite obtener información idiográfica aunque presenta el inconveniente de la reactividad que origina.

Los distintos tipos de autoinforme permiten establecer las características generales de un déficit por lo que resultan apropiados en las primeras fases del proceso, aunque dentro de ellos, algunos tipos de cuestionarios evalúan de forma más específica las conductas y las variables relacionadas.

Si la fuente de información la constituyen terceras personas pertenecientes al ambiente natural del sujeto, la forma de evaluación más frecuente suele ser la entrevista. Este método es válido para obtener las primeras impresiones sobre la naturaleza de las dificultades, explorar situaciones y conductas de interés y determinar variables que han de evaluarse de forma más específica. Este tipo de informes presentan las máximas garantías de validez ecológica, pero puede presentar sesgos en cuanto a la objetividad, debido a la falta de formación específica del informante (Vizcarro, 1993).

En el caso de evaluadores expertos el método de evaluación más frecuente es la observación en los distintos tipos de situaciones. La observación natural de las interacciones sociales es un método ideal para evaluar las habilidades sociales. Se lleva a cabo con uno o varios observadores que registran la frecuencia, duración y/o calidad de los comportamientos, los cuales se definen conductualmente de forma clara y fácil de observar para permitir una observación válida y fiable. Sus problemas metodológicos hacen referencia al sesgo de las expectativas entre observadores, la reactividad del observado, la complejidad del sistema y el conocimiento de la fiabilidad de la observación (Michelson,

1987). No obstante debido a sus elevados costes, la observación en situaciones naturales suele ser sustituida por observación en situaciones artificiales entre las que destacan las situaciones de role-playing y las situaciones simuladas.

En el caso de situaciones simuladas se trata de situaciones creadas artificialmente pero en las que el sujeto evaluado no conoce esa naturaleza artificial. En la medida en que dicha situación refleje la situación natural, la conducta representará el comportamiento habitual de sujeto. Más alejada de la situación natural se encuentra la observación en role-playing, en la que el sujeto muestra su conducta ante la estimulación que supone la descripción que el evaluador hace de la situación. Debido a que el sujeto es consciente de que se trata de una situación artificial, puede considerarse que el role-playing dará la mejor estimación del techo de competencia de un sujeto (Vizcarro, 1993).

La evaluación de las destrezas sociales implica un análisis de tareas en el que se identifican las situaciones interpersonales relevantes y se valoran las habilidades del sujeto en esas situaciones señalando sus déficits o excesos en la ejecución, todo ello con el objetivo de establecer las áreas necesitadas de tratamiento (Vera, 1992).

En la evaluación de las habilidades sociales en el retraso mental existen dos enfoques (Vera, 1992):

El primero, cronológicamente hablando, es el basado en las escalas de adaptación social, en las que la información sobre el retrasado la proporciona una persona cercana pero diferente al propio sujeto, el cual desempeña un papel pasivo en la evaluación de su mundo social.

El segundo enfoque, resulta más útil a efectos de intervención. En éste, el sujeto tiene un papel activo, emitiendo juicios sobre sí mismo y su relación con el entorno social o bien mediante la observación directa de su manejo de las interacciones sociales en contextos específicos, en situaciones reales o de laboratorio.

Sobre el primer tipo de enfoque ya hemos hablado en primer apartado de este trabajo, mientras que el segundo enfoque es el que tratamos en este apartado.

### **3. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES**

El entrenamiento en habilidades sociales intenta aumentar las conductas positivas o facilitadoras de la socialización y disminuir las conductas perturbadoras o negativas, facilitando la interacción con los demás y el refuerzo social. Los métodos de entrenamiento

en habilidades sociales se basan en los principios del aprendizaje social. Estos principios se aplican primero en forma de práctica estructurada en situación de entrenamiento y posteriormente en el ambiente natural para facilitar la generalización de lo aprendido. Según Gil (1984) el entrenamiento en habilidades sociales consiste en un procedimiento desarrollado según un modelo de aprendizaje, compuesto de técnicas conductuales y orientado a la adquisición de conductas motoras, verbales y no verbales.

### 3.1. Técnicas y objetivos

El entrenamiento en habilidades sociales se compone de un conjunto de técnicas elaboradas a partir de los principios del aprendizaje y enfocadas a la adquisición de comportamientos eficaces que han sido valorados como deficientes en los repertorios conductuales de las personas. A este conjunto de técnicas conductuales se han sumado otras provenientes del modelo cognitivo como entrenamiento en solución de problemas o modelado encubierto.

Según Carrasco (1984) las técnicas empleadas en el entrenamiento en habilidades sociales se pueden dividir en seis grupos:

- 1- ensayo de conducta e instrucciones
- 2- imitación
- 3- feedback
- 4- procedimientos encubiertos
- 5- desensibilización sistemática
- 6- técnicas cognitivas.

Las técnicas empleadas se orientan hacia la consecución de los siguientes objetivos (Gil, 1984):

*1- Información sobre las respuestas apropiadas.* Se inicia con explicaciones sobre los objetivos generales y la descripción de los componentes más relevantes a través de instrucciones específicas. Con el modelado se pretende mostrar a los sujetos, a través de los distintos tipos de modelos, formas alternativas de comportamiento adecuadas y eficaces. En el empleo del modelado se ha mostrado la eficacia de las siguientes variables: similitud entre modelo y observador, refuerzo de la conducta del modelo, empleo de varios modelos y codificación resumida y simultánea relativa a la conducta que exhibe el modelo. Otros tipos de modelos empleados son los simbólicos que se presentan en filmaciones, video o en fotografías.

El empleo del modelado está indicado cuando se trata de conductas complejas, difíciles de definir y los sujetos carecen completamente de ellas (Gil, 1984).

*2- Reproducción y práctica de respuestas.* La técnica del ensayo conductual consiste en ejecutar ciertos patrones de conductas relacionadas con ciertas situaciones (generalmente simuladas) en el ambiente seguro creado en las sesiones de entrenamiento y bajo la supervisión del terapeuta. A través de la ejecución y repetición de respuestas se intenta que los sujetos adquieran los componentes conductuales que les faltan e incrementen la posibilidad de exhibir los que ya poseen.

Existen dos modalidades de ensayo conductual: el real y el encubierto. El primero permite una apropiada retroalimentación y refuerzo mientras que el segundo no lo permite. Se suele emplear primeramente el ensayo conductual real y en etapas posteriores el ensayo encubierto (Gil, 1984).

*3- Moldeamiento de conductas.* La técnica de retroalimentación (feedback) consiste en proporcionar información correcta y útil sobre la actuación de los sujetos. Los comentarios que se utilicen deben ser comprensibles y específicos, tener carácter correctivo e inmediato y referirse a aspectos concretos.

Se suelen emplear las filmaciones o grabaciones para proporcionar la retroalimentación, aunque el empleo de estas estrategias presenta el inconveniente de que los sujetos suelen fijarse más en aspectos negativos. Por esta razón se deben acompañar de comentarios simultáneos del terapeuta que garanticen un feedback constructivo.

La aplicación del refuerzo tiene como finalidad proveer a los sujetos de motivación para mejorar y mantener los logros. El refuerzo verbal del terapeuta en forma de aprobación, alabanza etc.. puede resultar suficiente en muchas ocasiones. Con algunos tipos de poblaciones (niños, pacientes psiquiátricos o deficientes mentales) es más eficaz el refuerzo tangible y a la vez administrar alabanza y aprobación.

*4- Mantenimiento y generalización.* Por mantenimiento se entiende la permanencia de los comportamientos en ausencia de los refuerzos. Por generalización se entiende la transferencia de las conductas específicamente entrenadas a ambientes reales, la adquisición de conductas distintas a las entrenadas o su exhibición en situaciones diferentes a las utilizadas en el entrenamiento. Es necesario programar estos objetivos de antemano incluyéndolos en el entrenamiento, y no esperar que se alcancen por el simple hecho de aplicar las técnicas.

Las estrategias que se emplean durante el entrenamiento para cubrir los objetivos de mantenimiento y generalización son enseñar conductas efectivas que maximicen el éxito, llevar a cabo entrenamientos realistas, enseñar enfoques globales y flexibles y realizar muchos ensayos. Una vez que el entrenamiento ha concluido, las estrategias consisten en asignación de tareas a realizar en el ambiente real, comprometer a otras personas para que presten apoyo al sujeto, desarrollar habilidades que le permitan dirigir y controlar su propia conducta y realizar seguimientos amplios.

Además de todas las estrategias mencionadas se han empleado también entrenadores y situaciones múltiples, entrenamientos más largos en contextos naturales y selección de conductas que vayan a ser reforzadas en los ambientes naturales, por ejemplo habilidades de conversación.

En el marco del entrenamiento en habilidades sociales un programa que ha resultado muy eficaz ha sido el Aprendizaje Estructurado (Goldstein, 1981; Roth y López, 1985). Este programa consta de las siguientes fases:

- 1- Informar a los sujetos de las respuestas apropiadas para que focalicen su atención en ellas.
- 2- Modelado o enseñanza y demostración de las habilidades, basándose en el aprendizaje por imitación.
- 3- Juego de roles o simulación de una situación interactiva donde se enfatiza la conducta estudiada.
- 4- Retroalimentación. Los participantes en el entrenamiento opinan sobre la ejecución de la conducta de un sujeto. También el propio sujeto debe opinar sobre su conducta.

Por último cabe señalar la inclusión de técnicas cognitivas en los programas de entrenamiento en habilidades sociales. Los recientes modelos de competencia social intentan unir la competencia social propiamente dicha a las habilidades cognitivo-sociales, habilidades de procesamiento de información y habilidades de solución de problemas. Desde este punto de vista la competencia social refleja la unión del conocimiento y la acción social (cognición y conducta). Entre estas técnicas destacan las relativas a la resolución de problemas interpersonales, basadas en los trabajos de D'Zurilla y Goldfried (1971) y Spivack, Platt y Shure (1976) y las basadas en la teoría de Bandura (1977).

Según Spivack y Shure (1982) las habilidades de solución de problemas cognitivos interpersonales median las relaciones positivas con los compañeros y el ajuste conductual.

Las competencias cognitivo-sociales más importantes son las que hacen referencia al pensamiento alternativo, secuencial y a la relación medios-fines. D'Zurrilla y Goldfried (1971) han definido la solución de problemas como un proceso cognitivo-conductual abierto que consiste en generar un número de respuestas alternativas que podrían ser eficaces para tratar con un problema particular y que incrementan la probabilidad de seleccionar la alternativa más eficaz.

Por lo que respecta a la teoría cognitivo social de Bandura, ofrece una guía para el desarrollo de programas de entrenamiento. Bandura (1977) sugiere que la gente usa símbolos como modelos internos para guiar su conducta y como medio para estimar los resultados de su acción. Así el primer paso en el entrenamiento consiste en proporcionar información que permita la adquisición de la representación simbólica de la respuesta y sus probables consecuencias. Los siguientes pasos según el modelo de Bandura, suponen ofrecer oportunidades para la ejecución a través de la práctica y experiencias diseñadas para facilitar la autoeficacia en situaciones específicas.

El entrenamiento en solución de problemas interpersonales enseña los procesos de solución de problemas antes que el contenido de soluciones a problemas específicos. En la terapia de solución de problemas se aplican las fases que parecen seguir los humanos a la hora de resolver un problema abstracto. Se suelen distinguir cinco fases (Pelechano, 1987): a) darse cuenta de que las situaciones problemáticas son parte de la vida cotidiana y pueden ser manejadas, y reconocer que una situación dada es un problema; b) definición de los rasgos principales que definen el problema; c) generación de una variedad de posibles soluciones ante ese problema; d) valoración de la adecuación y eficacia de cada solución propuesta; e) introducción de mejoras en las alternativas y consecuencias de las acciones previstas.

La mayoría de las veces este tipo de técnicas han sido combinadas con las técnicas conductuales o bien se han realizado estudios comparativos de la eficacia de ambas (Castles y Glass, 1986; Caballo y Carroble, 1988; Park y Gaylord-Ross, 1989). Algunos de estos autores proponen que estas técnicas podrían aumentar el mantenimiento y la generalización de las ganancias del entrenamiento. La importancia que este tipo de habilidades está adquiriendo en la actualidad se refleja en las opiniones de algunos autores como Healey y Masterpasqua (1992), para quienes el ajuste de los niños con retraso mental puede predecirse a través de sus habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales, las cuales deben aparecer en la lista de competencias a evaluar. El éxito de la integración

puede depender en última instancia, del desarrollo y promoción de estas habilidades en los niños retrasados, según estos autores.

### 3.2 **Condiciones de entrenamiento y aplicaciones**

Como acabamos de exponer, el entrenamiento en habilidades sociales ha resultado sumamente versátil y adaptable a situaciones, objetivos y poblaciones distintos.

En primer lugar el entrenamiento de las habilidades sociales se puede desarrollar en dos tipos de contextos: individual o grupal. Se ha señalado que el contexto grupal es más ventajoso porque facilita la aplicación e incrementa la eficacia de las técnicas. El grupo constituye un marco social de referencia para discriminar las conductas adecuadas y para contemplar varios modelos con estilos diferentes. Cuando el grupo es heterogéneo permite tipos de interacción variados, impredecibles y complejos, tal y como ocurre en la vida real. La opinión de los miembros del grupo resulta más amplia y variada y además es más probable en este contexto grupal que las conductas se mantengan y generalicen (Gil, 1984).

El entrenamiento en grupo reduce el tiempo y el personal al utilizar sujetos veteranos como terapeutas auxiliares. El entrenamiento individual presenta como ventaja su adecuación a las necesidades de cada sujeto, la aplicación más intensiva y la creación de un contexto más seguro. Dadas las ventajas de ambos tipos de enfoques, es recomendable los entrenamientos mixtos con sesiones tanto de grupo como individuales (Gil, 1984).

Por otra parte, el entrenamiento se puede centrar en aspectos moleculares de la conducta, es decir en unidades concretas y discernibles (verbales o no verbales), o en aspectos molares, es decir secuencias de conductas como iniciar, mantener y finalizar conversaciones; rehusar peticiones inadecuadas; pedir explicaciones y favores, etc... También puede enfocarse el entrenamiento en el desarrollo de habilidades perceptivas y cognitivas, por ejemplo escuchar, discriminar señales sociales, anticipar consecuencias, planificar estrategias, etc...

Con respecto a las aplicaciones de estos procedimientos se piensa que posee un futuro prometedor que apenas se ha empezado a esbozar. Entre las que ya se han realizado (Gil, 1984; Vizcarro, 1993) destacan las siguientes :

*A) Aplicaciones psicosociales.* Inciden sobre procesos básicos presentes en cualquier manifestación interpersonal y en problemáticas concretas como relaciones familiares y de pareja, grupos especiales y marginados (mujeres, tercera edad, internados en residencias,

disminuidos físicos etc...) y conductas antisociales como la delincuencia donde resulta eficaz en programas preventivos.

*B) Aplicaciones clínicas.* Se ha empleado, generalmente en combinación con otras técnicas en relaciones heterosexuales, depresión y tendencias suicidas, alcoholismo y drogadicción y pacientes psiquiátricos.

También se han empleado estos procedimientos en trastornos psicofisiológicos como dolor de cabeza, asma, problemas dermatológicos, espasmos, etc...

El entrenamiento en habilidades sociales se ha usado en programas preventivos con niños para evitar las relaciones sociales deficientes en el caso de niños tímidos, agresivos...

*C) Aplicaciones en el ámbito laboral.* Se ha empleado en tres áreas: la preparación para entrevistas de selección con poblaciones específicas, la formación de profesionales cuya actividad se basa en relaciones interpersonales y públicas y en habilidades de supervisión en el trabajo.

#### **4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN SUJETOS NO DEFICIENTES**

El aislamiento es un efecto común en cualquier tipo de pacientes institucionalizados, aún sin padecer deficiencia mental (Fichter, Wallace, Liberman y Davis, 1976). Así por ejemplo, en los enfermos mentales que se hallan en instituciones se ha observado este efecto de aislamiento social en función de la duración de la hospitalización (Kale, Kaye, Whelan y Hopkins, 1968).

En base a estos hallazgos se han entrenado conductas relativas a la interacción social en pacientes mentales, fundamentalmente esquizofrénicos, que presentaban problemas en este área.

Ejemplos de estas aplicaciones son los estudios de Kale, Kaye, Whelan y Hopkins (1968), Bennet y Maley (1973), Fichter, Wallace, Liberman y Davis (1976) y Hersen y Bellack (1976). En los tres primeros estudios se utilizan las instrucciones verbales y los refuerzos materiales o sociales como técnicas de intervención, en el estudio de Hersen y Bellack se emplean las instrucciones, feedback y modelado. Las respuestas entrenadas se refieren bien a conducta verbal (saludar, hablar o escuchar a otras personas, hacer preguntas...), a los parámetros de la conducta verbal (duración del habla, volumen de la voz...) o a conducta motora implicada en el proceso de comunicación (contacto ocular,

postura de manos y pies...). En todos estos estudios se comprueba la generalización de las respuestas entrenadas a través de personas y ambientes, así como el mantenimiento de los resultados a través del tiempo.

En niños y adolescentes con problemas de conducta también se ha utilizado el entrenamiento en habilidades sociales con el objetivo de incrementar aquellas conductas con mayor probabilidad de recibir refuerzo social. En este marco se encuentran los estudios de Strain, Shores y Kerr (1976), Seymour y Stokes (1976) y Whitehill, Hersen y Bellack (1980). El primero, utiliza instrucciones y refuerzo social con preescolares que presentan problemas de conducta. En este estudio se reconoce la importancia de las interacciones sociales constructivas para estos sujetos y la reciprocidad de dichas interacciones con respecto a las que reciben. El entrenamiento produce un incremento de la conducta social positiva y un decremento de la conducta social negativa. El segundo de los estudios se centra en el incremento de aquellas conductas de jóvenes delincuentes que pueden producir refuerzo por parte del personal. El último de los estudios se propone enseñar y generalizar el mantenimiento de conversaciones en niños con problemas de aislamiento.

Asimismo el entrenamiento en habilidades sociales se ha efectuado con sujetos "normales", en ocasiones en situaciones de grupo. Este es el caso de los estudios de Schinke, Gilchrist, Smith y Wong (1979) y Roth y Lopez (1985). En ambos, se aplican paquetes de entrenamiento que incluyen las principales técnicas utilizadas en habilidades sociales. En el estudio de Roth y López (1985) se utiliza el Aprendizaje Estructurado (anteriormente citado) en 14 jóvenes sin patología aparente, con edades entre 13 y 17 años en ambientes poco controlados. Los objetivos del estudio se centran en probar la eficacia del procedimiento empleado, medir el impacto diferencial del entrenamiento sobre los distintos componentes conductuales y estudiar el efecto que produce el entrenamiento sobre los componentes compartidos de otras habilidades. Los resultados obtenidos demuestran el mayor beneficio de los componentes verbales sobre los no verbales y la posibilidad de facilitar la generalización del efecto del entrenamiento a habilidades no entrenadas que poseen elementos comunes con las habilidades entrenadas.

Algunas de las conclusiones que merecen resaltarse de estos estudios son las siguientes:

- a) La mayoría de investigaciones se centra en el desarrollo de interacciones verbales positivas. Parece ser que los componentes verbales se benefician más del entrenamiento que los no verbales, tal vez porque éstos últimos resulten más sutiles y difíciles de interpretar.

- b) La mayor parte de los estudios comprueban el mantenimiento de las habilidades entrenadas, sin embargo su generalización se obtiene en algunos casos pero no en otros. Esto indica la necesidad de profundizar sobre las condiciones que favorecen la generalización de las habilidades entrenadas a otras situaciones, por resultar un aspecto de crucial importancia.
- c) Se comprueba la reciprocidad en la interacción social, de forma que los sujetos que más interacciones positivas emiten son a su vez, los que más interacciones reciben. En consecuencia en el entrenamiento hay que tener en cuenta tanto el aspecto de iniciación de interacciones como el de respuesta a las mismas.
- d) El entrenamiento en habilidades sociales tiene como resultado el aumento de la conducta social positiva y la disminución de la conducta social negativa.

## **5. LAS HABILIDADES SOCIALES EN LOS DEFICIENTES MENTALES**

En Psicología, la socialización se relaciona con temas tales como el desarrollo emocional y motivacional, los procesos de interacción social y las habilidades sociales y/o interpersonales (Pelechano, 1984).

Se puede entender la socialización como un juicio sobre la competencia en la sociedad (Jurado, 1992). En esta competencia social es muy importante el aprendizaje de habilidades sociales, aprendizaje que se lleva a cabo en el contexto de las interacciones recíprocas con los demás.

Según Merino Fernández (1985, citado en Jurado, 1992) existen tres posiciones en relación a la socialización de los deficientes mentales:

- 1- Los deficientes mentales tienen una limitada capacidad de socialización, por lo cual acabarán convertidos en inadaptados sociales.
- 2- La educación y ayuda que el deficiente necesita ha de llevarse a cabo en instituciones especiales aisladas de la dinámica de la vida normal.
- 3- Los deficientes mentales pueden desarrollar su propio proceso de socialización en condiciones normales aunque con ayudas especiales.

La importancia que se ha venido concediendo al tema de las habilidades sociales en la deficiencia mental viene explicada por varias razones en las que coinciden diversos autores (Pelechano, 1984; Garris y Hazinski, 1988; Jurado, 1992; Vera, 1992):

- 1- El reconocimiento de perturbaciones relativamente generalizadas en las habilidades interpersonales de los deficientes mentales.
- 2- La consideración del funcionamiento interpersonal como un buen predictor de ajuste para su vida independiente, profesional y familiar.
- 3- La posibilidad de que las conductas sociales inadecuadas que manifiestan los deficientes mentales provoquen, al menos en parte, el rechazo de las demás personas.

En efecto, en el marco actual de fomento de la normalización e integración social del deficiente mental en la comunidad, uno de los aspectos más relevantes para el logro de la adaptación social y para la aceptación comunitaria de estos sujetos lo constituye la posesión de unas adecuadas habilidades sociales.

Así lo afirman Jarana, León y Cantero (1992) que consideran que uno de los procedimientos que se presenta como más útil es el entrenamiento en habilidades sociales que proporciona al sujeto condiciones socioambientales desinhibidoras de las conductas adaptativas que ya posee y facilitadoras del aprendizaje de aquellas con las que no cuenta en su repertorio. Se pretende dotar al sujeto de recursos personales para llevar una vida lo más normal posible dentro del contexto en el que se desarrolla. En esta línea son cada vez más los autores que, en el diseño de programas de intervención en la deficiencia mental, se proponen como objetivo prioritario el desarrollo de su competencia social.

Para que se puedan desarrollar estas habilidades sociales es necesario ofrecer oportunidades para la realización de actividades de interacción social. Es por tanto fundamental para los deficientes mentales que el medio social favorezca un adecuado proceso de socialización en el que se incluye la adquisición de habilidades sociales.

En este sentido Tjosvold y Tjosvold (1983) afirman que muchas personas retrasadas han tenido muy pocas oportunidades para interacciones sociales positivas y en consecuencia presentan una falta de competencia social. Estas personas optan por la retirada de la interacción social, el conformismo al grupo y actividades que requieren mínima competencia social. Muchos expresan su frustración y angustia de forma inefectiva y su agresión inapropiada les precipita a menudo a la institucionalización. Informes y estudios

de caso han indicado que las habilidades sociales inadecuadas suponen uno de los mayores problemas para las personas retrasadas.

En el caso de los retrasados mentales institucionalizados, la ausencia de modelos adecuados de habilidades sociales reduce las posibilidades de que los sujetos adquieran dichas habilidades. En estos contextos los sujetos no suelen exhibir conductas que resulten adaptativas fuera de ellos y el nivel de interacción social que muestran es muy bajo (Kelly, 1981).

A nivel teórico el tema de las habilidades sociales ha desembocado en dos posturas (Pelechano, 1984):

- la que defiende un isomorfismo funcional entre los problemas interpersonales y el resto de los problemas,
- la que propugna una especificidad funcional de los problemas interpersonales frente a los problemas impersonales

Desde la última postura se intentan aislar las dimensiones relevantes de la interacción social, para pasar al establecimiento de programas de entrenamiento sobre aquellas dimensiones cuyo funcionamiento sea deficitario y por último, a la evaluación y valoración de los cambios que los programas de intervención produzcan.

## **6. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN SUJETOS DEFICIENTES MENTALES**

La carencia o inadecuación de las habilidades sociales en personas con retraso mental se ha intentado subsanar mediante el entrenamiento de los propios sujetos deficientes con programas de habilidades sociales. Algunos ejemplos de este intento son los que a continuación exponemos por orden cronológico.

Hopkins (1968) utiliza instrucciones y refuerzo para incrementar la frecuencia de la sonrisa en dos retrasados mentales. Las instrucciones por sí solas producen un aumento de la respuesta de sonreír pero este aumento no resulta duradero. En este estudio se demuestra que las interacciones sociales son reforzadores efectivos para estos sujetos y pueden eliminar problemas de conducta o mantener conductas adecuadas.

Twardosz y Bær (1973) utilizan las técnicas de modelado y refuerzo para enseñar a retrasados severos a hacer preguntas en situaciones de entrenamiento, consiguiendo aumentar el número de preguntas formuladas en estas situaciones. En este estudio no se evalúa la generalización de respuestas.

Mithaug y Wolfe (1976) emplean tareas que implican interdependencia entre los sujetos y contingencias verbales para incrementar las respuestas sociales en niños pertenecientes a clases de Educación Especial, con problemas en sus interacciones con los demás, consiguiendo un aumento de dichas respuestas sociales.

Bates (1980) aplica un programa de entrenamiento en habilidades interpersonales a retrasados moderados y medios de una residencia. Las áreas incluidas son: pedir ayuda, discrepar de otros, hacer críticas ... Las técnicas que emplean incluyen instrucciones, modelado, juego de roles, feedback, refuerzo y evaluación de la generalización. La generalización de los resultados se evalúa en una situación de role-playing y en el ambiente natural. Los resultados obtenidos medidos a través de una escala de evaluación de las respuestas, indican mejoras consistentes en todas las áreas entrenadas pero no se generalizan al ambiente natural.

Matson, Kazdin y Esvedt-Dawson (1980) entrenan a dos retrasados moderados con déficit en habilidades sociales y problemas de conducta. Las áreas entrenadas son: gestos, manierismos faciales, contacto ocular, número de palabras, entonación y contenido del habla. Las técnicas que emplean incluyen instrucciones, feedback de la ejecución, role-playing, modelado y refuerzo social. El entrenamiento mejora las habilidades sociales de estos niños hasta el nivel de las de los sujetos control de la misma edad y sexo. Los sujetos que pertenecen al grupo control son cuatro niños de inteligencia normal de la misma edad y sexo que los sujetos entrenados y se utilizan para estimar la ejecución de las conductas seleccionadas en sujetos no identificados para el tratamiento, es decir, su ejecución sirve como base para la validación social de los efectos del tratamiento. Las mejoras obtenidas se extienden a otras conductas no entrenadas directamente, evaluadas en situaciones de role-playing.

Bornstein, Bach, McFall, Friman y Lyons (1980) aplican un entrenamiento a sujetos adultos con retraso mental moderado que incluye las siguientes conductas: número de palabras, latencia del habla, gestos inapropiados, eficacia interpersonal, postura, enunciación, contenido, movimientos de las manos, contacto ocular y tasa del habla. Las técnicas empleadas fueron instrucciones, modelado, práctica, feedback y refuerzo social. Los resultados son satisfactorios a nivel de mantenimiento y generalización, aunque los autores apuntan la necesidad de evaluar la generalización en ambientes naturales.

Foxx, McMorrow y Schloss (1983) entrenan a sujetos retardados institucionalizados medios y moderados en seis áreas de conducta: obediencia, interacción social, modales, crítica, confrontación social y preguntas/respuestas. Las técnicas empleadas son feedback

específico, autocontrol, requerimiento de criterios de ejecución y reforzadores individualizados. Los resultados son satisfactorios incluso a nivel de generalización de respuestas a otras situaciones simuladas en presencia de una persona distinta a la que estuvo presente durante el entrenamiento.

Fox, McMorrow, Bittle y Ness (1986) aplican un programa de entrenamiento en habilidades sociales a un grupo de retrasados mentales adultos en una residencia comunitaria. La conducta de interacción se evalúa en el grupo entrenado y en un grupo de control antes, durante y después del entrenamiento en dos situaciones de generalización. Los resultados indican que la generalización de las habilidades es más probable en algunas situaciones (con compañeros entrenados) que en otras (con compañeros no entrenados). La rapidez con que se manifiesten los efectos del entrenamiento se relaciona con la clase de situación en que la generalización se evalúa. Según estos autores, el uso de conductas entrenadas aumenta cuando se interacciona con otras personas que exhiben conductas similares lo que implica que estas conductas serán reforzadas. Diferentes conductas son efectivas en función de la situación en la que tienen lugar de forma que, las conductas habilidosas socialmente pueden no siempre ser las más apropiadas. Así la investigación en este área debería distinguir entre conducta interactiva habilidosa o efectiva y conducta interactiva apropiada o basada en normas.

Castles y Glass (1986) evalúan la efectividad de un programa de entrenamiento en habilidades sociales, de un programa de entrenamiento en resolución de problemas interpersonales y de una combinación de ambos programas con retrasados mentales moderados y ligeros.

El entrenamiento en resolución de problemas interpersonales se compone de 4 pasos: generación de soluciones alternativas, evaluación de las probables consecuencias, selección de la mejor alternativa y enumeración de medios para implementar la solución elegida, todo ello se realiza a través de la presentación de situaciones mediante role-playing. El entrenamiento en habilidades sociales utiliza las mismas situaciones pero empleando las técnicas de modelado, role playing, feedback y refuerzo positivo. El entrenamiento combinado usa técnicas de los dos anteriores (selección de respuestas, modelado, feedback y refuerzo positivo).

En el proceso de evaluación se utiliza una escala de conducta adaptativa, una escala de autoeficacia interpersonal, un test de solución de problemas sociales y evaluación de habilidades sociales conductuales en situaciones entrenadas y en otras distintas, para evaluar la generalización. Los resultados demuestran que los sujetos entrenados mejoran en las

pruebas de role-playing sobre habilidades sociales. Los sujetos retrasados entrenados mejoran con respecto a los sujetos retrasados controles en las medidas de solución de problemas. Los sujetos que reciben el tratamiento de solución de problemas muestran un aumento en las escalas de responsabilidad personal y social. No obstante, la mejora en la ejecución del role-play fue específica en cuanto a los componentes sociales del programa de forma que los sujetos que recibieron sólo el entrenamiento en solución de problemas interpersonales no mejoraron significativamente en medidas de role-play. Asimismo el entrenamiento en solución de problemas interpersonales fue efectivo de forma diferencial para retrasados moderados y ligeros. Los resultados indican un fallo del tratamiento para generalizar las ganancias a situaciones de role-play no entrenadas.

Garris y Hazinski (1988) entrenaron a sujetos deficientes adultos para aumentar las interacciones sociales con compañeros y con desconocidos. El entrenamiento se centró en conductas tales como formulación de preguntas, respuestas, feedback positivo durante la conversación, contacto ocular y aceptación apropiada. Emplearon técnicas como instrucciones, modelado, juego de roles y feedback. Las conductas entrenadas aumentaron según el criterio de ejecución preestablecido para cada sesión de entrenamiento, pero no se produjo generalización en otras situaciones, ni en situaciones sociales in vivo.

Lovejov y Routh (1988) entrenan a niños de una clase de Educación Especial para incrementar la tasa de conductas prosociales con los compañeros (aprobación verbal, afecto físico, expresión facial positiva...). Los sujetos fueron seleccionados en base a sus puntuaciones negativas en medidas sociométricas. Las técnicas empleadas son instrucciones, modelado, juego de roles y feedback. Las conductas entrenadas aumentan, aunque no se produce incrementos en las respuestas positivas de los compañeros hacia los niños entrenados ni su estatus sociométrico reflejó el cambio de conducta.

Thorkildsen, Fodor-Davies y Morgan (1989) utilizan el video en su programa de habilidades sociales, para mostrar a estudiantes ligeramente retrasados ejemplos de conductas sociales apropiadas e inapropiadas, junto con el ensayo conductual. Las medidas utilizadas en la evaluación incluyen escalas de valoración de los compañeros, de autoestima, de identificación de problemas de conducta, de satisfacción del profesor, de evaluación de adquisición de habilidades debidas al programa de entrenamiento y observación naturalista. Los resultados del programa sobre las conductas de los sujetos entrenados son positivos, produciéndose un incremento significativo de sus habilidades de interacción, sus conductas sociales positivas y la satisfacción del profesor junto con una disminución de sus conductas

desadaptativas. Además se produce un aumento en la aceptación de los compañeros medida mediante una escala sociométrica.

Park y Gaylord-Ross (1989) entrenan a tres jóvenes retrasados en sus contextos de trabajo para mejorar las interacciones con sus monitores. Para ello emplean dos métodos, uno basado en el juego de roles y otro procedimiento de resolución de problemas. El procedimiento de resolución de problemas incluye tres fases: en la fase pretest se presenta la situación elegida y se pide información sobre la conducta a desarrollar en dicha situación, las reglas y los pasos a seguir. En la situación de entrenamiento se describen las reglas en las que se ha fallado en la situación anterior y se realizan ensayos con situaciones similares con selección de la respuesta más apropiada entre distintas alternativas. Finalmente en la fase postest, se vuelve a presentar la situación del pretest sin ofrecer feedback sobre la respuesta dada por el participante. En el entrenamiento en role-playing se presenta la situación y se demanda una respuesta al sujeto que se entrena. Si la respuesta dada es correcta se le proporciona feedback positivo, en caso contrario se explica la respuesta correcta y el instructor la modela. El entrenamiento de resolución de problemas produce generalización y mantenimiento de las conductas en los ambientes laborales.

El estudio de Margalit (1991) aplica un programa de entrenamiento en habilidades sociales asistido por ordenador a escolares con retraso mental ligero en un diseño de grupo control. Las variables dependientes utilizadas en la evaluación están compuestas por medidas de autoinforme y por evaluación de los profesores de la conducta en clase, tanto la conducta ajustada (orientada a la tarea) como la conducta desajustada (agresiva). El grupo experimental se muestra tras el entrenamiento significativamente mejor que el grupo control en medidas de autoinforme de los propios escolares referentes a las áreas de cooperación y aserción. La evaluación de los profesores muestra en los sujetos del grupo experimental mejor conducta de orientación a la tarea y disminución en la conducta agresiva y en las dificultades de conducta. El entrenamiento es llevado a cabo por los profesores usando juegos, situaciones conflictivas presentadas por ordenador, discusiones de grupo y tareas para casa.

El estudio de Rudolph y Luckner (1991) aplica un entrenamiento en habilidades sociales a 8 niños con dificultades de aprendizaje, mediante la creación de un grupo de apoyo. Las áreas problemáticas en las que se centra hacen referencia a la competencia conversacional y la orientación adoptada es la correspondiente al aprendizaje estructurado que incluye componentes de relajación, práctica, role-playing y transferencia. Los

resultados indican cambio en los patrones de interacción de los sujetos incluidos en el entrenamiento.

El estudio de Hundert y Houghton (1992) aplica un programa que incluye instrucciones, modelado, ensayo con feedback, refuerzo del profesor, economía de fichas, autoevaluación de los niños y evaluación del profesor. Se emplearon observaciones de la conducta de juego de los niños y del reforzamiento del profesor y medidas sociométricas de aceptación de los compañeros, que no se modifican tras la intervención. Este programa estandarizado de habilidades sociales a niños con dificultades (CSSP, Classwide Social Skills Program) entre los que se encuentran retrasados mentales, consigue un aumento de la conducta de juego positivo a un nivel comparable al de los niños sin dificultades y un aumento en el reforzamiento de los profesores hacia los niños entrenados, pero los resultados no se mantienen ni se generalizan a otra sesión de juego.

El video también se ha usado con retrasados mentales adultos en el estudio de Morgan y Salzberg (1992). En el entrenamiento, los participantes discriminan la conducta del modelo y reciben feedback del entrenador por las respuestas a cuestiones formuladas sobre las escenas del video. Este entrenamiento no generalizó sus efectos al ambiente de trabajo. En un segundo estudio, los participantes ensayaron situaciones problema de su ambiente de trabajo, con lo que se consiguió que los efectos ocurrieran en el ambiente real, aunque estos efectos no se generalizaron a otros problemas no incluidos en el entrenamiento. En definitiva, el entrenamiento con video y feedback ayuda a los sujetos a discriminar las dimensiones relevantes de pedir asistencia, encontrar los problemas e informarlos a los supervisores, pero no ejecutan estas conductas en el ambiente laboral hasta que las ensayan y reciben feedback por sus respuestas en situación de entrenamiento.

El trabajo de Torrey, Vasa, Maag y Kramer (1992) investiga la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (adaptación del curriculum ACCEPTS de Walker y col. 1983, que incluye instrucción, discusión, modelado, ensayo, role-playing y feedback) en estudiantes con déficits ligeros a través de tres ambientes escolares: la clase regular, la clase especial y el recreo. Las habilidades entrenadas, que hacen referencia a relaciones con los adultos, relaciones con los compañeros, cumplimiento de reglas escolares y conducta en clase, son medidas mediante escalas conductuales. También se emplean en la evaluación una escala de autoconcepto, una escala de evaluación para el profesor e índices sociométricos. Estos últimos mejoran para algunos de los sujetos entrenados (menos de la mitad) y los resultados se generalizan de la clase especial a la clase normal pero no a la situación de recreo.

Entre los programas de intervención en la conducta social de los deficientes mentales existentes en castellano, destacan los de Bender y Valletutti (1983), el del Instituto Nacional de Educación Especial (1982) y el de Verdugo (1988).

El programa de Bender y Valletutti, de orientación conductual, incluye las áreas de comunicación y socialización. En la comunicación no verbal se trabajan tanto los gestos, tonos vocales, expresiones faciales y signos como elementos de interrelación con otras personas. La comunicación verbal es entrenada para lograr expresar sentimientos y pensamientos. En el área de socialización el programa enseña habilidades de relación interpersonal y educa los comportamientos sobre la sexualidad y las drogas. Estos programas constituyen una importante fuente de información para desarrollar curriculum y programas de educación especial desde una orientación conductual (Verdugo, 1988).

El programa del Instituto Nacional de Educación Especial (INEE, 1982) forma parte de un amplio proyecto de diseño curricular guía para los programas de educación especial. Es de carácter abierto y flexible y abarca 5 áreas: socialización, lenguaje, matemáticas, dinámica, plástica y tecnología. El programa plantea tres niveles de objetivos: generales específicos y operativos. Además ofrece una serie de actividades a realizar y de puntos de referencia sobre los contenidos y las secuencias. El área de socialización plantea tres objetivos generales: consecución de la autonomía personal (referente a habilidades de aseo, control de esfínteres, uso del vestido etc.), autonomía social (referente a relaciones interpersonales y en grupo, uso de transportes públicos, etc..) y conocimiento y comprensión de hechos y fenómenos del mundo social (referentes al cuerpo humano, medio ambiente, tiempo etc..). No es un programa en sí sino una propuesta general de objetivos que posteriormente han de ser desarrollados y estructurados en programas concretos. No obstante el carácter ambiguo y confuso de este enfoque, ha tenido una amplia difusión debido a la escasez de materiales en castellano (Verdugo, 1988).

El programa de habilidades sociales desarrollado por Verdugo (1988) plantea una serie de objetivos generales tales como el desarrollo de habilidades de comunicación verbal para participar en conversaciones, habilidades de interacción social para mantener relaciones interpersonales, habilidades sociales instrumentales para conseguir un funcionamiento autónomo, repertorios de conducta adecuados para participar en actos recreativos y de ocio, conductas necesarias para utilizar los servicios de la comunidad y desarrollo del sentido cívico y la conciencia ciudadana.

Cada uno de los objetivos generales los desglosa en una serie de objetivos específicos y objetivos operativos que se convierten en conductas a entrenar. Así por

ejemplo el primer objetivo general de habilidades de comunicación verbal se desglosa en objetivos específicos tales como: habilidades de observación, recepción y escucha necesarias para comunicarse con otras personas, habilidades para manifestar información apropiada sobre sí mismo y su entorno, habilidades de autoexpresión y respuesta a los otros, habilidades necesarias para mantener conversaciones con otras personas. El primer objetivo específico se desglosa en una serie de objetivos operativos como: "el alumno muestra conductas verbales y no verbales de escucha activa a su interlocutor", "el alumno realiza/ejecuta instrucciones complejas que le da otra persona", "el alumno da muestras de comprensión de los mensajes que recibe o expresa claramente que no comprende lo que escucha", etc... con estas conductas se pretende preparar a los sujetos para su adaptación social, dotándole de las competencias precisadas para integrarse adecuadamente a la comunidad. La metodología utilizada y las técnicas de entrenamiento responden a un enfoque conductual.

El programa se caracteriza por la ficha de trabajo utilizada para cada objetivo operativo y por la ficha de registro de datos. Cada objetivo se define describiendo de manera observable el criterio de evaluación y desarrollando las técnicas y procedimiento en base al esquema antecedentes-conducta-consecuencias. El registro de datos es individualizado, reflejando cada ensayo y sesión y estableciendo línea base, entrenamiento y seguimiento. Las técnicas utilizadas son: Análisis de tareas, Instrucción verbal, Modelado, Imitación, Role Playing, Instigación física, Instigación verbal y gestual, Feedback, Reforzamiento y Generalización.

El programa de habilidades sociales desarrollado por Verdugo se ha aplicado a sujetos adolescentes con distintos niveles de deficiencia durante más de dos años. Según su autor (Verdugo, 1986) la adquisición y mantenimiento de las habilidades entrenadas han sido significativos, la respuesta de los profesionales aplicadores ha sido positiva, los deficientes adolescentes reciben el entrenamiento con mucha mayor motivación que los programas académicos clásicos, los padres valoran el pragmatismo del entrenamiento y colaboran estrechamente con los profesionales y los datos permiten ser optimistas en la apreciación de la validez social y ecológica del programa.

Ojeda, Perez, Jarana y León Rubio (1989) implantan un programa de entrenamiento en habilidades sociales en deficientes mentales institucionalizados. Emplean el procedimiento de Aprendizaje Estructurado con las siguientes habilidades: distancia de interacción, volumen de la voz, volumen del saludo y conducta de presentación a extraños. Los cuatro sujetos que fueron entrenados estaban diagnosticados de retraso mental ligero.

Las técnicas empleadas fueron información, modelado, juego de roles y retroalimentación. Los resultados indican un aumento significativo de todas las conductas entrenadas.

Jarana, León y Cantero (1992) estudian la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades básicas de socialización y comunicación para deficientes mentales institucionalizados en el medio psiquiátrico, mediante un diseño de línea base múltiple a través de conductas. Las conductas entrenadas son: distancia de interacción, volumen de voz y saludos. Los resultados obtenidos muestran que el entrenamiento fue efectivo en todas las conductas menos en distancia de interacción que partía de un nivel mayor en línea base. Estos resultados les llevan a la conclusión de que las habilidades sociales constituyen una alternativa válida y útil en el trabajo dirigido a la integración social del deficiente mental.

A través de este breve recorrido por algunas de las investigaciones efectuadas sobre la aplicación de programas de entrenamiento en habilidades sociales en sujetos deficientes mentales podemos obtener las siguientes conclusiones:

a) En una primera etapa (década de los 70) se comienza con la aplicación de técnicas basadas, fundamentalmente, en el manejo de contingencias y sobre todo en el refuerzo. Estas técnicas se aplican a conductas muy específicas y moleculares (por ejemplo sonrisa, hacer preguntas, etc.). Progresivamente se aplican los programas a un mayor número de áreas conductuales o a conductas más complejas y molares, a la vez que, el número de técnicas que conforman el programa de entrenamiento se amplía, incluyendo en la mayoría de los casos instrucciones, modelado, juego de roles y retroalimentación.

b) Uno de los problemas fundamentales que se plantean en este tipo de entrenamiento es la consecución de la generalización de los resultados obtenidos a través de conductas y/o situaciones distintas a las propiamente entrenadas. Algunos de los estudios revisados consiguen esta generalización (Matson y otros, 1980; Bornstein y otros, 1980; Foxx y otros, 1983; Park y Gaylord-Ross, 1989). Estos estudios se caracterizan por el entrenamiento de retrasados mentales moderados y por evaluar la generalización en situaciones simuladas, salvo el de Park y Gaylord-Ross (1989) que consigue la generalización en ambientes naturales usando un procedimiento de resolución de problemas. Otros estudios no consiguen la generalización (Bates, 1980; Garris y Hazinski, 1988). La mayor dificultad se presenta en la generalización de las habilidades entrenadas en situaciones simuladas al ambiente natural del sujeto.

c) Otra observación se refiere al tipo de sujetos deficientes con los que se ha utilizado el entrenamiento en habilidades sociales. En la mayoría de los estudios los sujetos

entrenados han sido diagnosticados de retraso mental moderado o ligero (Bates, 1980; Matson y otros, 1980; Bornstein y otros, 1980; Foxx y otros (1983); Ojeda y otros, 1989). Aunque esto no quiere decir que el entrenamiento en habilidades sociales no pueda utilizarse con sujetos deficientes cuyo grado de deterioro sea mayor (severos o profundos), como en el estudio Twardosz y Baer (1973), las características del programa o las conductas a emplear pueden requerir ciertas modificaciones en estos últimos casos, sobre todo cuando las técnicas incluyen componentes cognitivos, como en el caso de procedimientos de resolución de problemas. Lo que sí parece claro es que para poder aplicar este tipo de entrenamiento, el sujeto requiere ciertas habilidades prerrequisitas mínimas como comprender instrucciones, mantener la atención, etc..

d) Una última cuestión se refiere a la evaluación del impacto social del entrenamiento en habilidades sociales, es decir a lo que se conoce como validez social. En ambientes escolares este impacto se evalúa a través de medidas sociométricas que muestren la aceptación o valoración de los compañeros, a través de las valoraciones de los profesores o de índices como la ejecución académica (Hughes y Sullivan, 1988). En ambientes comunitarios la validez social de las conductas adquiridas se puede evaluar por su influencia en el ajuste social (Davies y Rogers, 1985) o en las actitudes y aceptación de las personas de la comunidad hacia los deficientes mentales (Storey, 1987). Junto con la generalización de las habilidades entrenadas, la cuestión de la validez social ha sido poco evaluada por los programas de entrenamiento en habilidades sociales y cuando se ha evaluado los resultados no han sido positivos.

Las más recientes revisiones sobre las intervenciones sociales en personas con deficiencia mental, bien en contextos escolares (Hughes y Sullivan, 1983; Nelson, 1988; Dueñas, 1990; Illán Romeu, 1990; McKintosh, Vaughn y Zaragoza, 1991) o bien en contextos comunitarios (Davies y Rogers, 1985) llegan a las mismas conclusiones que se pueden resumir en las siguientes:

1- Resaltan la importancia de las habilidades sociales para los deficientes mentales en orden a su aceptación y ajuste social en los contextos comunitarios y escolares. De aquí que, el entrenamiento en habilidades sociales se proponga como parte del curriculum de niños discapacitados para mejorar su integración escolar.

2- Los factores que parecen estar asociados al éxito de intervención son: la selección de sujetos con dificultades en habilidades sociales o baja aceptación de los compañeros, el uso de intervenciones cognitivo-conductuales, proporcionar instrucción individual o en pequeños grupos y la aplicación de entrenamiento de mayor duración.

3- Los principales puntos que han sido descuidados o no conseguidos mediante este tipo de entrenamiento son la generalización de las ganancias obtenidas con el entrenamiento a ambientes naturales y el impacto social de estas ganancias en las personas que rodean a los sujetos entrenados (compañeros de clase, profesores, instructores...)

4- Para la mejora de las lagunas que presenta el entrenamiento en habilidades sociales se han realizado propuestas tales como el uso de la observación natural para evaluar los resultados del tratamiento, prolongar la evaluación del mantenimiento de las ganancias, evaluar los resultados de las intervenciones tanto en conductas positivas como en conductas negativas, emplear diversos métodos de evaluación, evaluar la efectividad de diferentes tratamientos con grupos más homogéneos de sujetos (Hughes y Sullivan, 1988), investigar la relación entre el nivel intelectual y los resultados de los entrenamientos (Davies y Rogers, 1985) investigar estrategias para promover la generalización y el mantenimiento de los resultados (Illan Romeu, 1990), entrenar a los profesores para la aplicación de los programas a sus alumnos, enseñar aquellas conductas con mayor probabilidad de ser reforzadas en ambientes naturales e incluir en el entrenamiento a los compañeros sin déficits (Nelson, 1988).

## **7. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES DIRIGIDO AL PERSONAL**

### **7.1 Personal no relacionado con deficientes mentales**

El entrenamiento en Habilidades Sociales se ha aplicado en diversos contextos en los que algún tipo de profesionales ha de realizar un trabajo que está basado o implica la relación con otras personas. La eficacia de la relación con esas personas influye en todos los casos en la consecución de los objetivos profesionales.

Uno de los contextos donde se ha aplicado la mejora de las habilidades sociales, es el contexto escolar. En efecto, el profesor consigue sus objetivos de enseñanza a través de la relación que mantiene con los alumnos.

Cooper, Thompson y Baer (1970) emplearon un método para modificar la atención del profesor a las respuestas apropiadas de los alumnos preescolares. Los profesores recibían instrucciones y retroalimentación sobre las respuestas apropiadas de los niños y su frecuencia de atención y no atención, a dichas respuestas. El entrenamiento consiguió el aumento de la atención del profesor a las respuestas apropiadas de los niños.

Cossairt, Hall y Hopkins (1973) usaron retroalimentación e instrucciones y retroalimentación junto con refuerzo social para incrementar el refuerzo del profesor a la conducta de atención de los alumnos. Las instrucciones y la retroalimentación no producen efectos que se mantengan. Según los autores el refuerzo social es necesario para cambiar la conducta del profesor.

Strain y Timm (1974) intentan modificar la interacción social entre niños con desórdenes y sus compañeros bajo dos condiciones de atención por parte del adulto: refuerzo verbal y contacto físico a los compañeros cuando interaccionan de forma apropiada con los niños con problemas, y refuerzo verbal y contacto físico a los niños con problemas cuando interactúan apropiadamente con los compañeros. Los resultados indican un incremento de las conductas sociales apropiadas tanto para los compañeros como para los niños elegidos.

Delamont en su libro "La interacción didáctica" (1984) recoge la tradición del análisis de interacción en clase cuyos orígenes se encuentran en los años 30-50 con autores como Anderson, Lewin, Lippitt, Bales, Whithall y sobre todo Flanders.

En esta tradición se inserta la obra de Flanders "Análisis de la interacción didáctica" (1977). En esta obra el autor plantea que la conducta docente se produce en un contexto de interacción social. La enseñanza es el intercambio profesor-alumno a través de contactos recíprocos que pueden concebirse como episodios sucesivos. La interacción entre el profesor y el alumno es algo que puede mejorarse. Existe, desde el punto de vista de Flanders, una necesidad de desarrollar técnicas objetivas para el análisis de los procesos de interacción. Estas técnicas de análisis de interacciones servirán para perfeccionar la propia manera de enseñar.

Las pautas de clases que resultan menos eficientes se componen de explicaciones de lecciones, preguntas breves y normas restrictivas. Las pautas que se deberían añadir son usar las ideas de los alumnos y producir más elogios y orientación. Cuanto más se cuente con ideas e iniciativas de los alumnos más positivas resultan sus actitudes.

Flanders (1977) propone el uso de la observación y el análisis de los datos recogidos para describir las interacciones que tienen lugar dentro del aula. Mediante esta metodología, las conclusiones que obtiene son que la utilización de las ideas de los alumnos conduce a unas actitudes más positivas por parte de éstos y a un mayor rendimiento. La capacidad del alumno influye en el mantenimiento de un estilo de enseñanza indirecto (mayor número de preguntas, suministro de recompensa/alabanza, uso de las ideas del

alumno...). Con alumnos menos dotados el estilo indirecto requiere más habilidad para ser mantenido.

Otro contexto habitual de aplicación del entrenamiento en Habilidades Sociales es el sanitario, constituido por el personal que ha de enfrentarse a sujetos con problemas de salud, psiquiátricos o bien sujetos con problemas de conducta. En estos casos las habilidades del personal poseen gran influencia en la conducta adaptativa de los sujetos.

Pomerleau, Bobrove y Smith (1973) entrenaron a ayudantes psiquiátricos mediante información y supervisión, con el objetivo de mejorar la conducta de los pacientes. Como conclusión a este estudio, la supervisión directa y las interacciones pacientes-ayudantes se asoció con incremento de la conducta apropiada de los pacientes.

Pommer y Streedbeck (1974) usaron instrucciones y recompensa para entrenar al personal de una institución para niños con problemas de conducta a completar sus tareas y a implantar nuevos procedimientos. La unión de ambas técnicas fue más efectiva que cada una de ellas por separado.

Los profesionales de la salud mantienen relaciones interpersonales con los pacientes que poseen gran importancia. En nuestro país se han producido diversas aplicaciones con enfermeros de centros de salud. Así por ejemplo, de la Vega y Santiago (1990) evalúan la eficacia de técnicas de reducción de ansiedad y asertividad en ATS/DUE que trabajan con toxicómanos y otros pacientes afectados por el SIDA.

El entrenamiento se llevó a cabo a través del desarrollo de un curso dividido en dos módulos. El primero representaba un enfoque informativo o educacional y el segundo poseía una orientación práctica. En este último se incluían aspectos relativos a técnicas de comunicación (comunicación no verbal, errores en la comunicación, escucha activa...) y entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, realizado mediante un video que permitió un breve modelado de la conducta de asertividad.

León, Jarana y Blanco (1991) diseñan un programa de entrenamiento en Habilidades Sociales con profesionales de enfermería, con el objetivo de conseguir una mejor comprensión de la información recibida por los usuarios y un incremento de su satisfacción respecto al trato recibido. Las técnicas que utilizan son instrucciones, modelado, juego de roles, ensayo de conducta, retroalimentación y reforzamiento. Las diferencias entre los grupos de usuarios en su grado de comprensión y satisfacción con la interacción mantenida con el personal de enfermería son significativas respecto al grupo de control utilizado.

Negrillo, Tirado y León Rubio (1992) aplican un entrenamiento en habilidades sociales a profesionales de enfermería para mejorar las capacidades de comunicación interpersonal. El programa se componía de una primera fase de información y una segunda fase de entrenamiento en habilidades específicas con la utilización de las siguientes técnicas: instrucciones, modelado, ensayo de conducta filmado, retroalimentación y moldeamiento. Después del entrenamiento los profesionales de enfermería mejoraron sus habilidades sociales, medidas a través de la Escala de competencia social para profesionales de salud desarrollada por los autores.

Cuñado, Gil y García (1992) se proponen diseñar un entrenamiento en habilidades sociales dirigido a profesionales de enfermería que trabajan con pacientes quirúrgicos. Con este objetivo han analizado previamente las habilidades sociales en la relación del profesional sanitario con los pacientes, que resultan relevantes en este contexto.

Por último cabe mencionar que el entrenamiento en Habilidades Sociales resulta útil para los padres, sobre todo para aquellos que poseen hijos con problemas de conducta.

Herbert y Baer (1972) entrenaron a dos madres a controlar su atención a la conducta apropiada de sus hijos. Cuando la atención a la conducta apropiada se incrementó, dicha conducta aumentaba. Las ganancias eran duraderas en el seguimiento. La técnica de autorregistro resultó efectiva para el entrenamiento de los padres.

## **7.2 Influencia de la conducta del personal en los deficientes. Interacciones personal/residentes.**

Entre las variables relacionadas con la vida residencial que poseen una mayor influencia en la calidad de vida de los deficientes mentales residentes, se encuentra la conducta del personal al cuidado directo de los residentes.

Del mismo modo que en otros tipos de instituciones, el papel del personal en los centros de deficientes mentales es reconocido como de gran importancia y en referencia a la conducta social, la cantidad y calidad de las interacciones que dicho personal proporciona a los residentes representa oportunidades para su desarrollo y rehabilitación.

Esta influencia ha sido reconocida por muchos autores. Así, Cullen, Burton, Watts y Thomas (1983) reconocen el importante efecto de la conducta del personal al cuidado directo en la frecuencia de las diferentes categorías de la conducta del residente y consideran importante categorizar las reacciones del personal a los tipos particulares de conducta del residente.

Iwata, Bailey, Brown, Foshee y Alpern (1976) señalan que debido al contacto directo con los residentes, el personal constituye un elemento de gran valor como agente de cambio de conducta.

Este reconocimiento del importante papel del personal en relación a los retrasados mentales institucionalizados ha desembocado en la consideración del entrenamiento de dicho personal como un objetivo prioritario. De esta forma, ha existido un notable aumento de programas dirigidos al personal, cuyo objetivo ha sido la dotación de los recursos y habilidades necesarias en dicho personal para la obtención de beneficios en el desarrollo conductual de los retrasados institucionalizados.

Iwata, Bailey, Brown, Foshee y Alpern (1976) opinan que la implantación de un programa de éxito dirigido a retrasados institucionalizados no puede ocurrir sin la participación apropiada del personal en su desarrollo y mantenimiento.

Thousand, Burchard y Hasazi (1986) señalan la importancia que posee el conocimiento de las competencias específicas que necesita el personal de las residencias para realizar de forma efectiva su trabajo. Esta información resulta básica para desarrollar programas de entrenamiento que cualifiquen a las personas que proporcionan estos servicios.

En esta misma línea, Seys y Duker (1988) resaltan el importante papel de los miembros del personal en el cuidado, entrenamiento y educación de los individuos con retraso mental que residen en instituciones. El entrenamiento del personal parece constituir, según ellos, una prometedora estrategia para mejorar el cuidado residencial.

Igualmente Richman, Riordan, Reiss, Pyles y Bayley (1988) indican que gran número de investigaciones se han centrado en el personal en su ambiente habitual, puesto que sus funciones son críticas en el bienestar diario de cada residente.

Para Parsons, Cash y Reid (1989) el interés principal de los servicios residenciales para personas con problemas de desarrollo es proporcionar un tratamiento activo. En este objetivo es particularmente efectivo centrarse en actividades de tratamiento conducidas por el personal al cuidado directo de las instituciones.

El entrenamiento de las habilidades del personal con los residentes, como elemento del incremento de actividades terapéuticas en ambientes institucionales, también ha sido señalado por otros autores (Parsons, Schepis y Reid, 1987; Ivancic, Reid, Iwata, 1981), algunos de los cuales (Thousand, Burchard y Hasazi, 1986) han puntualizado que el ajuste

de las personas con retraso mental en la comunidad y la evitación de la reinstitucionalización es función de las características del personal de las residencias.

Dentro del marco de la influencia e importancia del personal en el tratamiento de los retrasados mentales institucionalizados, un aspecto particularmente enfatizado por su influencia en el aumento de la conducta positiva y disminución de la conducta negativa, y por su comprobada escasez en las instituciones ha sido la cantidad y calidad de las interacciones entre el personal y los residentes.

Iwata, Bailey, Brown, Foshee y Alpern (1976) señalaron ya, la pequeña proporción de tiempo que el personal dedica habitualmente a interactuar con los residentes y cómo las interacciones que ocurren de hecho, pueden conducir al mantenimiento de conducta inapropiada en los residentes. Burg, Reid y Lattimore (1979) confirman la importancia y la escasa frecuencia de las interacciones sociales entre personal y residentes.

Repp y Barton (1980) conciben como premisa del concepto de rehabilitación activa, la necesidad de que el personal sea activo e interactúe con el cliente. La importancia de estas interacciones en las residencias es apoyada nuevamente por Ivancic, Reid e Iwata (1981) y Tjosvold y Tjosvold (1983).

Beail (1985) señala la importancia de la naturaleza de las interacciones entre el personal y los residentes, cuya calidad hay que tener en cuenta porque la forma de reaccionar a la conducta de los residentes puede determinar sus conductas futuras. Este autor recomienda la evaluación y manipulación de aquellas conductas del personal que produzcan un incremento de ciertas conductas del residente.

Algunas de las razones que se han aducido para explicar la baja tasa de interacciones entre el personal y los residentes han sido:

- la falta de preparación del personal al cuidado directo antes de asumir su papel en servicios humanos (Parsons, Cash y Reid, 1989),
- una desfavorable *ratio* personal/residentes (Seys y Duker, 1988).

Son numerosos los autores que se han dedicado a analizar las interacciones que ocurren en las residencias, obteniendo algunas conclusiones. Por ejemplo Repp, Barton y Gottlieb (1983) declaran que, aunque se conoce poco sobre el impacto de las instituciones

en el desarrollo de los retrasados mentales, algunas conclusiones se pueden obtener de la literatura empírica disponible:

- Las interacciones competitivas de las personas retrasadas en ambientes con alta *ratio* no son reforzadas ni castigadas.
- Muchos retrasados que son tratados negativamente de forma consistente, eligen ignorar a los miembros del personal y volverse pasivos.
- Cuando los retrasados aprenden a evitar la disciplina mediante la retirada y la pasividad, incrementan la preferencia hacia sus compañeros.

Otros autores resaltan la importancia de los aspectos lingüísticos para este tipo de población. Así para Ivancic, Reid e Iwata (1981) incorporar un entrenamiento del lenguaje en los cuidados rutinarios de las instituciones es especialmente apropiado para las personas con déficits profundos. El componente de mantenimiento es muy importante considerando el lento progreso de las personas con retraso mental profundo.

Los estudios que han analizado las interacciones entre el personal y los residentes han obtenido los siguientes datos:

*a) Sobre la cantidad y calidad de las interacciones.*

El personal dedica poco tiempo a interactuar con los residentes. Según Repp y Barton, (1980) el personal no interactúa con los residentes entre el 78 y el 80% del tiempo observado, dedicando pocas interacciones por residente. Según Beail (1985) el personal interactúa el 16.2% del tiempo observado y según Berkson y Romer (1980) el personal dedica un 23.5 % a interactuar con los residentes, mientras que el resto del tiempo lo dedica a interactuar con los compañeros o a actividades solitarias.

La **calidad** de las interacciones es **pobre** según Beail (1985). Estas interacciones en numerosas ocasiones suponen un estilo antiterapéutico, ya que la atención del personal se ofrece independientemente de si la conducta que emiten los residentes es apropiada o no, con lo que se produce una indiscriminación en la aplicación de contingencias.

Los residentes interactúan un 4% del tiempo con el personal y el 96% restante se dedica a interacciones con los compañeros en situaciones informales no dirigidas por el personal (Berkson y Romer, 1980).

*b) Sobre la influencia de las interacciones en la conducta de los residentes.*

Disminución de conductas desadaptativas: cuando están presentes los miembros del personal la conducta autoestimulada de los residentes ocurre con menor frecuencia (Repp,

Barton y Gottlieb, 1983). En las residencias la frecuencia de los contactos entre personal y residentes es muy baja para la mayoría de los clientes. Las excepciones son los clientes que exhiben conductas muy disruptivas. Cualquier contacto del personal parece mantener este tipo de conductas de los clientes (Whatmore, Durward, Kushlich, 1975).

*c) Sobre las variables que influyen en las interacciones personal/ residentes*

Entre estas variables podemos distinguir las que se refieren a los empleados, las que se refieren a la organización residencial y las referidas a los residentes.

Variables referidas al personal: se citan el turno de los empleados, actitudes del personal, tipo de prácticas de cuidado (Tjosvold y Tjosvold, 1983) satisfacción en el trabajo personal (Rotegard, Hill y Bruininks, 1983).

Variables referidas a la organización residencial: se citan el ambiente físico, el tamaño (Rotegard, Hill y Bruininks, 1983) costo y ratio (Tjosvold y Tjosvold, 1983).

Variables referidas a los residentes: se citan la edad, el sexo, el tiempo de estancia en la institución y el diagnóstico. La atención a cada paciente está en función de su grado de deterioro, de forma que a mayor deterioro menos atención reciben (Sason-Fisher, Poole y Thompson, 1978).

El estudio de Mansell, Felce, Jenkins y Kock (1982) trata de analizar si el disponer de mayor número de miembros del personal, implica más tiempo dedicado a la interacción con los clientes. Según los resultados de Cataldo y Risley (1972) la adición de un miembro del personal en un área de juego, disminuye la interacción con los niños. La proporción de tiempo que cada miembro del personal dedica a la interacción con los niños disminuye desde 66% cuando hay 1 miembro presente a 21% cuando hay 4. Con deficientes severos y profundos los autores mencionados (Mansell, Felce, Jenkins y Kock, 1982) confirman estos resultados. Cada miembro del personal disminuye la proporción de tiempo que dedica a interactuar con los clientes cuando aumenta el número de miembros del personal. Con un miembro presente se interactúa el 32% del tiempo total, con dos miembros el 29% del tiempo, con tres miembros el 26% y con cuatro el 19%. La conclusión es que el incremento del número de miembros del personal por sí sólo no aumenta las interacciones con los clientes.

El aspecto que resulta más digno de mención es la relación entre la escasez de interacciones y la conducta desadaptativa de los residentes. Seys y Duker (1986) señalan que la falta de adecuadas habilidades por parte de los miembros del personal conduce a una

extinción de respuestas sociales y de autoayuda y a la emergencia y mantenimiento de conducta desadaptativa por parte de los residentes.

Esta relación, exige que un programa de entrenamiento del personal incluya una valoración de los efectos del entrenamiento en la conducta de los individuos retrasados. Esta valoración, según Seys y Duker (1988), puede incluir medidas sobre cambios en la frecuencia de la conducta desadaptativa de los sujetos retrasados o mejoras en la calidad del cuidado prestado.

### **7.3 Personal relacionado con deficientes mentales: mejora de las interacciones personal/residentes.**

La comprobación de la escasez generalizada de interacciones entre el personal y los residentes en las instituciones para deficientes mentales ha llevado al desarrollo de numerosas investigaciones sobre procedimientos para entrenar al personal en la mejora de las mismas.

Entre los objetivos que estas investigaciones se han propuesto destaca uno más general referido al aumento del tiempo que el personal dedica a la estimulación y entrenamiento de los residentes, actividades entre las que se suele incluir el contacto físico y la interacción verbal con ellos. En este objetivo se centran los trabajos de Iwata y otros (1976); Seys y Duker (1986) Richman y otros (1988); Seys y Duker (1988) y Parson y otros (1989). Otros trabajos (Fabry y Reid, 1978; Burg y otros, 1979; Ivancic y otros, 1981) se concentran en el objetivo específico de aumento de las interacciones que el personal dirige a los residentes. Existen también estudios donde los objetivos del entrenamiento incluyen el aumento de las habilidades (motoras y/o verbales) de los residentes (Page y otros, 1982). Como conclusiones derivadas de estas investigaciones podemos citar las siguientes: en todos los casos las conductas específicas entrenadas se han incrementado; el mantenimiento y generalización de los resultados en aquellos estudios en que se ha medido, han sido positivos; los resultados del entrenamiento no afectan o entorpecen las rutinas diarias que el personal ha de realizar y el entrenamiento suele ser bien aceptado por el personal participante.

Por lo que respecta al tipo de deficientes mentales con los que el personal se relaciona, la situación que ahora se presenta es la contraria a la que ocurría cuando eran los propios deficientes los sujetos a los que se dirigía de forma directa el entrenamiento. Si en aquella ocasión la mayoría de estudios incluía deficientes medios o ligeros, cuando se entrena al personal, los deficientes son severos o profundos en la mayoría de los casos.

Así ocurre en los trabajos de Gladstone y Spencer (1977), Fabry y Reid (1978), Burg y otros (1979), Ivancic y otros (1981), Page y otros (1982) y Seys y Duker (1986). Otros trabajos entrenan a personal que se relaciona con niños institucionalizados o pertenecientes a clases de educación especial (Hart y Risley, 1974; Parsonson y otros, 1974; Parson y otros, 1987).

Se han empleado diversas técnicas en estos programas de entrenamiento del personal. Entre las más frecuentes podemos citar:

- instrucciones
- modelado
- ensayo conductual
- feedback (verbal o escrito)
- juego de roles
- autocontrol
- aplicación de diversos reforzadores.

Los estudios pertenecientes a los primeros años utilizan las contingencias o el modelado combinados con otras técnicas (instrucciones, supervisión, refuerzo...) (Hart y Risley, 1974; Iwata y otros, 1976; Gladstone y Spencer, 1977). La mayoría de los estudios revisados utilizan la supervisión del programa y proporciona retroalimentación al personal entrenado, como ocurre en los de Parsonson y otros (1974), Quilitch (1975) que compara tres procedimientos comprobando que sólo el que emplea retroalimentación resulta efectivo, Greene y otros (1978), Ivancic y otros (1981), Page y otros (1982), Parson y otros (1987) y Richman y otros (1988). Otros estudios unen el empleo de la supervisión al del autorregistro (Burg y otros, 1979; Seys y Duker, 1986; Seys y Duker, 1988) con resultados también positivos.

Uno de los datos más importantes que se deriva de los trabajos revisados se refiere al efecto que el entrenamiento y modificación de la conducta del personal tiene sobre la conducta de los residentes. Así, algunos comprueban el aumento de la conducta adaptativa o apropiada de los residentes (Parsonson y otros, 1974; Ivancic y otros, 1981; Seys y Duker, 1986; Parson y otros, 1989 y Likins y otros, 1989), mientras que otros comprueban la disminución de la conducta desadaptativa, como la autoestimulada, agresiva, habla bizarra... (Burg y otros, 1979; Mace y Lalli, 1991).

También hay que señalar los resultados positivos obtenidos en cuanto al mantenimiento de las ganancias del entrenamiento ( aumento de la conducta "terapéutica"

del personal hacia los deficientes mentales) durante el período de seguimiento (Parsonson y otros, 1974; Gladstone y Spencer, 1977), período de incluso dos años en algunos estudios (Parson y otros, 1987).

Una investigación descriptiva especialmente interesante es la realizada por Prior, Minnes, Coyne, Golding, Hendy y McGillivray (1979) en la que pretenden analizar los patrones de interacción verbal entre el personal y los residentes.

Partiendo de la importancia que supone el desarrollo del lenguaje para el funcionamiento óptimo de los deficientes mentales y teniendo en cuenta el detrimento que se ha atribuido a las instituciones, el análisis para estos autores debe centrarse en la calidad más que en la cantidad de la interacción verbal. El proporcionar instrucciones sin comentarios útiles, las interacciones con vocabulario restringido y frases cortas que no elicitan respuesta, parece constituir la mayor proporción de comunicaciones verbales en muchas instituciones. Sin embargo, las opiniones, explicaciones y conversaciones suponen un nivel de lenguaje superior. La comprensión del niño depende de la frecuencia del habla informativa y de la frecuencia con el personal responde a las interacciones iniciadas por los niños.

En su estudio los autores citados (Prior y otros, 1979) observan y categorizan la interacción verbal entre personal y niños retrasados para determinar qué tipo de interacciones inicia el personal, qué tipo de interacciones inician los residentes y la influencia de los diferentes ambientes de la institución. Intentan además descubrir la forma de interacción verbal más efectiva para el desarrollo del lenguaje de los residentes.

Para ello, realizan un estudio observacional en el que emplean un código que distingue cuatro categorías:

- 1- interacción verbal iniciada por el personal
- 2- respuesta del residente
- 3- interacción verbal iniciada por el residente
- 4- respuesta del personal.

En las categorías 1 y 4 se emplean subcategorías que diferencian entre instrucciones, preguntas, comentarios, conversación etc...

La observación se realiza tanto en ambientes estructurados como en ambientes no estructurados, durante bloques de 15 minutos en los que se registran las interacciones diádicas entre miembros del personal y residentes. En los resultados se obtiene que la

categoría más frecuente empleada por el personal es la "instrucción" y la menos empleada es la "conversación". Sin embargo la conversación es la categoría que más respuestas elicitaba por parte de los residentes. El personal inicia más comunicación en ambientes estructurados que en ambientes no estructurados. Los residentes que han sido institucionalizados hacen menos tiempo reciben mayor cantidad de interacciones que los residentes que llevan más tiempo institucionalizados.

Por otra parte, la mayoría de las interacciones iniciadas por los residentes son ignoradas por el personal.

Los autores concluyen que la forma de comunicación más favorable para la promoción verbal de los residentes es la menos frecuente en su medio habitual. La falta de respuestas del personal a las interacciones que inician los residentes conduce a la extinción o disminución de su frecuencia. La cantidad de interacciones que reciben los residentes parece depender de variables como su atractivo físico o temperamental, su demanda de atención o la anticipación que el personal realiza de su capacidad. En definitiva hay hechos en el ambiente institucional contrarios al desarrollo de la competencia comunicativa de los retrasados mentales.

La revisión de todos estos estudios nos lleva a confirmar algunas de las conclusiones obtenidas anteriormente, entre ellas:

a) En relación a las técnicas utilizadas en el entrenamiento en habilidades sociales, la tendencia actual consiste en unir varias técnicas en paquetes, fundamentalmente modelado, feedback, ensayo y refuerzo. La utilización conjunta de estas técnicas no nos permite asegurar cuáles son los componentes más efectivos. No obstante parece que el feedback sobre la conducta del personal resulta especialmente útil en todos los casos utilizados. La necesidad de supervisión del programa se pone de manifiesto en algunos estudios en los que se utiliza junto con el autorregistro.

b) El mantenimiento de los resultados obtenidos en el entrenamiento no parece plantear problemas como muestran las medidas de seguimiento.

c) La relación entre la conducta del personal y el aumento de la conducta adaptativa y/o disminución de la conducta desadaptativa de los residentes se hace patente en varios de estos estudios.

## **PARTE II. ESTUDIO EXPERIMENTAL**

---

---

## I. INTRODUCCIÓN

Como hemos venido exponiendo, la cuestión relativa a los efectos adversos de la institucionalización sobre los sujetos afectados de retraso mental, es una cuestión abierta en la actualidad, dado que aún se barajan datos confusos y contradictorios acerca de las variables que producen tales efectos.

Compartimos la postura de Fierro (1981) de que las instituciones no pueden ser tratadas como realidades homogéneas y unitarias sino que por el contrario, es necesario especificar qué variables pueden dar cuenta de la aparición de las conductas anómalas y de los síndromes que se han citado como característicos de los deficientes institucionalizados.

Como hemos reseñado anteriormente, una de las variables que más atención ha recibido como posible responsable de algunos de los efectos nocivos de la institucionalización en los sujetos retrasados, ha sido las interacciones entre el personal y los residentes en las instituciones. En efecto, una de las conclusiones más claras que parece desprenderse de la revisión de los estudios empíricos realizados en este campo (Repp y Barton, 1980; Berkson y Romer, 1980; Beail, 1985) es que en las residencias para deficientes mentales las interacciones personal/residentes resultan muy escasas independientemente del tamaño de la residencia.

En nuestra opinión esta falta de interacciones podría dar razón de algunos de los componentes que se citan como característicos de los síndromes que pueden afectar a esta población tales como aislamiento, lenguaje no comunicativo, escasa o nula relación con los compañeros, dependencia, pasividad y conformismo ante las demandas externas, autoestimulación, conducta agresiva, etc.... Tanto el lenguaje y la comunicación como las relaciones sociales se pueden considerar afectadas por la escasez de interacciones, y es de todos conocida la importancia de ambas áreas para la consecución de una mejor adaptación e integración de los sujetos con deficiencia.

Como ya hemos analizado, para mejorar la competencia social de los individuos, se han desarrollado en los últimos años intervenciones efectivas constituidas por programas dirigidos a desarrollar las habilidades sociales (Bennet y Maley, 1973; Hersen y Bellack, 1976, 1980; Seymour y Stokes, 1976; Roth y Lopez, 1985). Los programas de habilidades sociales se han aplicado a multitud de áreas y conductas. Una de sus aplicaciones ha sido el fomento de relaciones efectivas entre el personal de un centro y los usuarios de dicho centro.

En las instituciones para deficientes mentales se han aplicado programas de habilidades sociales tanto al personal como a los residentes con resultados favorables (Bates, 1980; Foxx, McMorrow y Schloss, 1983; Fabry y Reid, 1978; Seys y Duker, 1986). En nuestra investigación hemos optado por el entrenamiento del personal de instituciones para deficientes mentales, dada la aceptación de la influencia del personal como modelo y administrador de contingencias en la conducta de los residentes y debido a ciertas limitaciones (requisitos de aplicación, mantenimiento, generalización y validez social de los resultados, etc..) detectadas en la aplicación de programas de habilidades sociales a los deficientes mentales.

El estudio que hemos llevado a cabo pretende comprobar que una intervención sobre el personal de instituciones para deficientes mentales, cuyo objetivo específico sea el aumento de la cantidad y calidad de las interacciones dirigidas a los residentes, produce un efecto positivo en estos residentes, favoreciendo la aparición de conductas positivas y la disminución de conductas que podemos clasificar como problemáticas o desajustadas, a la vez que produce un efecto positivo sobre el personal, consistente en un cambio de actitud hacia los deficientes mentales.

Un objetivo previo a este principal, necesario desde nuestro punto de vista para controlar otras posibles variables moduladoras de los efectos del entrenamiento suministrado, es realizar un análisis de las variables específicas que afectan a la tasa de interacciones entre el personal y los residentes, variables relativas a las personas implicadas en la interacción (tanto personal como residentes) y a las características de las situaciones en que dichas interacciones se producen (no relacionadas con el hecho de que se trate de deficientes mentales).

## 2. HIPÓTESIS

El objetivo general de nuestra investigación lo hemos subdividido para su comprobación en las siguientes hipótesis:

### Hipótesis 1

La cantidad de interacciones entre el personal y los deficientes mentales que se produce en un contexto residencial es significativamente menor que la cantidad que tiene lugar en contextos no residenciales entre personas deficientes mentales de similares características.

### Hipótesis 2

La tasa de interacciones entre personal y residentes en instituciones para deficientes mentales (sean colegios o residencias) se relaciona significativamente con variables que se refieren tanto a características de los miembros del personal y de los residentes como a características de las situaciones en que las interacciones tienen lugar. Es decir, la tasa de interacciones se relaciona positiva y significativamente con:

- características de los miembros del personal tales como: grado de formación, satisfacción, elección y futuro en el trabajo, sugerencias y cambios propuestos con respecto al trabajo, actuación en el trabajo y actitudes hacia los deficientes mentales.
- características de los residentes tales como edad, menor número de años institucionalizados, menor nivel de deficiencia, cantidad de interacciones que inician y cantidad de conductas disruptivas que emiten.
- características de las situaciones tales como el grado de estructuración.

### **Hipótesis 3**

Las interacciones entre personal y deficientes iniciadas por unos y/o por los otros en cualquier contexto residencial o no, mejorarán significativamente como consecuencia de la aplicación de un programa de entrenamiento al personal cuyo objetivo específico sea la mejora de la cantidad y calidad de las interacciones emitidas por éste. Considerando los objetivos propuestos en el programa de entrenamiento, esta hipótesis puede subdividirse en las siguientes:

1. Como consecuencia del tratamiento se producirá un aumento significativo de la cantidad total de interacciones que cada uno de los miembros del personal dirige a los residentes/alumnos implicados en cada una de las situaciones observadas.
2. Como consecuencia del tratamiento se producirá un aumento significativo del porcentaje de interacciones clasificadas como comentarios/conversación frente a las clasificadas como instrucciones/preguntas.
3. Como consecuencia del tratamiento se producirá una distribución equitativa de las interacciones entre todos los residentes/alumnos presentes en cada situación.
4. Como consecuencia del tratamiento se producirá un aumento significativo de las interacciones iniciadas por residentes/alumnos mediante el refuerzo atencional de las mismas.

### **Hipótesis 4**

El aumento tras la intervención, de la cantidad y calidad de las interacciones personal/deficientes mentales en un contexto residencial se correlacionará significativamente con una disminución de las conductas problemáticas que presentan los residentes.

### **Hipótesis 5**

El aumento tras la intervención de las interacciones y la mejora de la conducta de los deficientes en un contexto residencial se correlacionará a su vez, con un cambio en las actitudes hacia los deficientes mentales del personal implicado en el entrenamiento, en el sentido de hacer dichas actitudes más favorables.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Sujetos

El estudio se ha llevado a cabo en dos centros: una residencia para deficientes mentales adultos y un colegio de Educación Especial, ambos dependientes de una misma organización.

La residencia para deficientes mentales albergaba tanto a hombres como a mujeres. Algunos residentes se encontraban en régimen de internado y otros se encontraban como medio-pensionistas. La distribución de los residentes era la siguiente:

Número total de residentes	75
Medio pensionistas	32
Internos	43
Hombres	52
Mujeres	23

La edad media de los residentes era de 34.5 años y el promedio de años ingresados en esta institución era de 6.9. Por lo que respecta al nivel de deficiencia, un 1% de los sujetos estaban clasificados en la categoría de "límite", un 51% de sujetos en la categoría de "ligeros", un 43% de sujetos en la categoría de "medios" y un 5% de sujetos en la categoría de "severos" (para definición de estas categorías remitimos a las páginas 42-43).

Todos los datos relativos a los residentes fueron tomados de las fichas personales que la residencia poseía y que nos fueron facilitadas por la dirección del centro. En ellas se incluía el diagnóstico y el grado de deficiencia de cada residente, según organismos oficiales que habían efectuado los correspondientes exámenes.

Tabla 1. Datos sobre la edad, años ingresados y nivel de deficiencia de los deficientes mentales pertenecientes a la residencia<sup>1</sup>

EDAD	NÚMERO DE AÑOS EN LA RESIDENCIA	NIVEL DE DEFICIENCIA
52	5	Medio
30	5	Severo
63	5	Medio
36	9	Ligero
43	5	Ligero
63	6	Medio
45	8	Medio
46	6	Ligero
22	3	Ligero
27	6	Ligero
35	5	Medio
27	5	Ligero
49	1	Medio
48	0	Medio
23	13	Medio
28	10	Medio
44	4	Ligero
38	3	Medio
60	3	Medio
24	10	Ligero
61	6	Ligero
30	12	Ligero
24	8	Ligero
26	9	Medio
21	12	Medio
21	12	Ligero
21	5	Ligero
31	12	Medio
51	6	Medio
21	10	Ligero

EDAD	NÚMERO DE AÑOS EN LA RESIDENCIA	NIVEL DE DEFICIENCIA
26	12	Ligero
23	5	Ligero
41	10	Ligero
53	8	Medio
20	9	Ligero
20	9	Ligero
28	10	Medio
21	9	Ligero
20	13	Medio
49	9	Limite
20	3	Ligero
22	4	Severo
25	6	Ligero
53	5	Medio
45	5	Ligero
33	5	Ligero
22	5	Ligero
46	2	Medio
22	5	Ligero
40	8	Medio
27	4	Medio
29	4	Medio
40	3	Medio
34	4	Severo
25	6	Medio
23	8	Ligero
29	10	Ligero
32	6	Ligero
31	8	Ligero
30	9	Medio
46	10	Ligero

<sup>1</sup> Se incluyen en esta tabla aquellos sujetos de quienes logramos los datos completos, es decir un 81% del total

En cuanto al personal que trabajaba en dicha residencia estaba compuesto de:

- un director gerente
- un psicólogo
- un asistente social y encargado de personal
- un maestro de taller
- una gobernanta
- un encargado de mantenimiento
- un maestro de taller-campo
- un capataz-conductor
- un cocinero
- una encargada de lavandería
- una monitora
- cinco cuidadores
- un cuidadora para fines de semana
- un médico
- un administrativo.

La ratio era aproximadamente 1:10 (variable en diferentes situaciones), excluyendo el personal que se dedicaba a tareas organizativas y administrativas y teniendo en cuenta los diferentes turnos del personal.

El personal de residencia que formó parte del entrenamiento estuvo constituido por las siguientes seis personas: maestro de taller, gobernanta, cocinero, encargada de lavandería, una monitora y un cuidador (3 hombres y 3 mujeres).

El grupo utilizado como grupo control en la medición de las actitudes hacia los deficientes mentales, estuvo compuesto de las siguientes 6 personas: asistente social, capataz-conductor, maestro taller-campo, encargado de mantenimiento y dos cuidadores.

En el colegio de Educación Especial había un total de 80 alumnos repartidos de la siguiente forma:

Número total de alumnos	80
Medio pensionistas	69
Internos	11
Niños	51
Niñas	29

La edad media de los alumnos era de 18.3 años y el promedio de años que llevaban en el colegio era de 6.2. Por lo que respecta al nivel de deficiencia, un 22% de sujetos estaban clasificados en la categoría de "ligeros", un 33% en la categoría de "medios", un 28% en la categoría de "severos" y un 17% en la categoría de "profundos".

Tabla 2. Datos sobre la edad, años en el colegio y nivel de deficiencia de los alumnos del colegio de educación especial<sup>2</sup>

EDAD	NÚMERO DE AÑOS EN EL COLEGIO	NIVEL DE DEFICIENCIA
24	13	Severo
13	8	Ligero
12	1	Profundo
18	4	Severo
22	3	Medio
21	3	Medio
32	10	Profundo
21	4	Profundo
20	3	Profundo
23	4	Severo
19	7	Medio
23	9	Ligero
13	4	Ligero
18	12	Ligero
32	9	Ligero
28	13	Severo
20	8	Medio
21	4	Severo
14	2	Medio
24	13	Severo
17	2	Ligero
11	4	Medio
18	10	Medio
19	13	Medio
13	1	Medio
7	2	Medio
20	3	Medio
22	7	Medio

EDAD	NÚMERO DE AÑOS EN EL COLEGIO	NIVEL DE DEFICIENCIA
17	10	Medio
6	1	Medio
20	3	Ligero
14	4	Medio
22	13	Severo
25	11	Severo
19	4	Severo
27	5	Severo
16	10	Ligero
13	2	Ligero
17	6	Severo
13	6	Profundo
20	3	Severo
18	10	Medio
10	4	Profundo
19	10	Ligero
21	3	Medio
11	3	Medio
25	13	Severo
24	6	Profundo
17	7	Medio
16	1	Ligero
12	4	Severo
21	12	Severo
18	7	Severo
11	4	Profundo
19	13	Profundo
17	1	Ligero

<sup>2</sup> Se incluyen en esta tabla aquellos sujetos de los que logramos los datos completos, es decir el 73% del total.

Como es lógico pensar, existen diferencias significativas entre las proporciones de sujetos incluidos en las distintas categorías de edad en ambos centros (según los contrastes de hipótesis entre proporciones realizados) de forma que en el colegio hay una proporción mayor de individuos entre 6 y 18 años ( $Z=6.4$ ,  $p < 0.01$ ) mientras que en residencia hay una proporción mayor de individuos entre 45 y 57 años ( $Z=3.63$ ,  $p < 0.01$ ) y de individuos entre 58 y 70 años ( $Z=2$ ,  $p < 0.01$ ) (ver tabla 3). Respecto a los años de institucionalización no existen diferencias significativas en las proporciones de individuos en ambos centros (ver tabla 3). En cuanto a los porcentajes de individuos en cada nivel de deficiencia, existen diferencias significativas en la proporción de ligeros, mayor en la residencia ( $Z=3.62$ ,  $p < 0.01$ ) y en la proporción de severos ( $Z=-3.83$ ,  $p < 0.01$ ) y de profundos, mayores en el colegio ( $Z=-3.4$ ,  $p < 0.01$ ) (ver tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de sujetos incluidos en cada categoría de edad, años institucionalizados y nivel de deficiencia en ambos contextos.

		RESIDENCIA	COLEGIO
EDAD	de 6 a 8 años	0%	50%
	de 19 a 31 años	56%	46.5%
	de 32 a 44 años	18%	3.5%
	de 45 a 57 años	20%	0%
	de 58 a 70 años	6%	0%
AÑOS INSTITUCIONALIZADOS	de 0 a 2 años	5%	17%
	de 3 a 5 años	38%	36%
	de 6 a 8 años	23%	17%
	de 9 a 11 años	23%	16%
	de 12 a 14 años	11%	14%
NIVEL DE DEFICIENCIA	Limite	1%	0%
	Ligero	51%	22%
	Medio	43%	33%
	Severo	5%	28%
	Profundo	0%	17%

El personal que trabajaba en el colegio era el siguiente:

- un director
- un jefe de estudios
- un psicólogo
- un logopeda
- un rehabilitador

- ocho profesores
- dos cuidadores.

La ratio era aproximadamente de 1:8. Los alumnos en régimen de internos permanecían en el colegio durante el horario escolar y una vez finalizado éste se trasladaban a la residencia.

El personal que formó parte del entrenamiento estuvo compuesto por 5 profesores y un cuidador (3 hombres y 3 mujeres) seleccionado en función de las situaciones de clase que resultaban más propicias para la observación.

El grupo control para la medición de las actitudes hacia los deficientes mentales estuvo compuesto por la logopeda, un cuidador y cuatro profesores.

### 3.2 Contexto

La residencia para deficientes mentales y el colegio de Educación Especial están ubicados en una población costera de unos 60.000 habitantes aproximadamente de la provincia de Granada. Ambos pertenecen a una asociación privada.

En la residencia existen dos tipos de regímenes para los residentes: el régimen de internos corresponde a aquellos individuos que permanecen en la residencia las 24 horas del día. El régimen de medio-pensionistas corresponde a los individuos que permanecen en la residencia un determinado número de horas (entre 6 y 8) y regresan a sus hogares pasado dicho período.

En el colegio la mayoría de los alumnos asisten durante el horario escolar habitual. Un pequeño número de alumnos, al terminar el horario escolar se traslada a la residencia, es decir se encuentran en régimen de internado.

Ambos centros están localizados dentro de la zona urbana, aunque el colegio se sitúa hacia la periferia. Tanto los residentes como los alumnos suelen utilizar servicios de la comunidad tales como tiendas, bares etc... y acuden en salidas organizadas a piscinas, discotecas, excursiones, paseos, etc...

### 3.3 Instrumentos

Como instrumentos de evaluación hemos empleado:

1. Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales.
2. Escala de valoración del personal.

3. Entrevista estructurada al personal que trabaja con deficientes mentales.
4. Registro observacional de las interacciones personal/residentes.

Como instrumento de intervención empleamos un Programa de Intervención sobre Habilidades Sociales para la mejora de las interacciones personal/residentes.

A continuación pasamos a describir cada uno de los instrumentos utilizados.

### 3.3.1 Escala de actitudes hacia los deficientes mentales

Empleamos una escala tipo Likert que medía las actitudes del personal hacia los deficientes mentales, elaborada por nosotros.

La elaboración de esta escala siguió los siguientes pasos:

- Reunión de un universo de items extraídos de la bibliografía y revisión de instrumentos relacionados, con aspectos referentes a la deficiencia mental (características de los deficientes mentales, características de las instituciones para deficientes, características del trabajo con deficientes, posibilidades de recuperación de estos sujetos, etc...). El número total de items reunidos fue 81.
- Aplicación de estos items a una muestra de alumnos de tercer curso de Psicología (n=75) que ya habían cursado la asignatura de Psicopatología.
- Análisis factorial de los resultados obtenidos.
- Selección de los items en función de su peso en cada uno de los factores obtenidos.

La escala finalmente utilizada está compuesta por 55 items distribuidos en 5 factores del modo siguiente:

El factor 1 agrupa 15 items referidos a características de los deficientes mentales y de las instituciones existentes para ellos.

El factor 2 agrupa 9 items referidos a tratamiento, control y vigilancia de los deficientes mentales.

El factor 3, compuesto de 13 items, incluye aspectos relacionados con las posibilidades de recuperación, las relaciones sociales y el trabajo con deficientes mentales.

El factor 4 compuesto de 6 items, incluye aspectos relacionados con la peligrosidad, la agresividad y las consecuencias emocionales del trato con deficientes mentales.

El factor 5 está compuesto de 12 items relacionados con la integración de los deficientes y los efectos de la institucionalización.

La respuesta a los items es de tipo escalar y contiene las siguientes puntuaciones:

1. totalmente en desacuerdo con el enunciado
2. ligeramente en desacuerdo con el enunciado
3. opinión neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo) sobre ese enunciado.
4. ligeramente de acuerdo con el enunciado
5. totalmente de acuerdo con el enunciado.

La escala contiene items favorables y desfavorables, enunciados de forma positiva y negativa para evitar las tendencias de respuesta.

La corrección de los items se hace asignándoles una puntuación que iba de +2 a -2 con un punto intermedio de valor 0. Para los items desfavorables se invierten las puntuaciones asignadas.

El sujeto obtiene una puntuación global en la escala y una puntuación para cada uno de los factores que la componían. Las puntuaciones totales podían ser positivas o negativas y oscilar entre -110 y +110. A medida que se incrementa la puntuación tanto por lo que se refiere a la global como para cada uno de los factores, la actitud hacia los deficientes mentales es más positiva.

En el Apéndice 1 aparecen los items que forman la escala distribuidos por factores con indicación de su peso.

### 3.3.2 Escala de valoración del personal

Esta es una escala de estimación por terceras personas (director del colegio de educación especial y encargado de personal de residencia) acerca de distintos aspectos relacionados con la actuación en el trabajo del personal de los centros. Esta escala fue construída para la realización de esta investigación.

La escala se compone de 6 items con puntuación de 1 a 5 (1 muy mal, 2 mal, 3 regular, 4 bien, 5 muy bien):

- En el item 1 se valora la eficiencia en el trabajo (realización de tareas encomendadas, resultados, rapidez, quejas...)
- En el item 2 se valora el trato y las relaciones con los residentes (nivel de exigencia, cordialidad, amabilidad...)

- En el ítem 3 se valora la asistencia y puntualidad en el trabajo (número de días que no asiste, faltas de puntualidad...)
- En el ítem 4 se valora la capacidad de resolución de situaciones problemáticas (crisis, conductas disruptivas, estallidos, violencia...).
- En el ítem 5 se valora el interés del personal por su formación y reciclaje (disposición a participar en actividades, opiniones al respecto...)
- En el ítem 6 se valora la coordinación con los compañeros y la participación en actividades de grupo (disposición, experiencias realizadas...)

La puntuación total de la escala oscila entre 6 y 30 puntos. A mayor puntuación en la escala, mejor actuación en el trabajo a juicio de la persona que responde. Esta escala se recoge en el apéndice 2

### 3.3.3 Entrevista estructurada al personal que trabaja con deficientes mentales.

Se utilizó una entrevista estructurada para ser aplicada a los miembros del personal, realizada para esta investigación, en la cual se pedía información sobre las siguientes áreas relacionadas con sus actividades laborales:

1. FORMACIÓN: nivel de estudios, realización de trabajos anteriores, cursos de formación o especialización ...
2. SATISFACCIÓN: horario de trabajo y mantenimiento del mismo, remuneración percibida y consideración de dicha remuneración, relaciones con el personal del mismo y de distinto nivel profesional, organización del trabajo, dificultades en el trabajo y puntos de mayor conflictividad...
3. ELECCIÓN: tipo de acceso al trabajo, existencia de otras posibilidades laborales, razones de elección del trabajo...
4. FUTURO EN EL TRABAJO: probabilidad de continuar en el puesto de trabajo y de quién depende la continuación, elección de permanecer en el trabajo y de posibles trabajos alternativos...
5. SUGERENCIAS Y CAMBIOS: aspectos a cambiar o mejorar en el centro, principal satisfacción en el trabajo realizado...

Mediante este instrumento aplicado individualmente, se obtuvieron datos sobre el personal referentes a su situación laboral y su satisfacción en distintos aspectos (económico, organizativo, de relaciones con el resto del personal...).

Un esquema de esta entrevista aparece en el Apéndice 3.

### 3.3.4 Registro observacional de las interacciones personal/residentes

El registro empleado es una matriz de interacción, construída para esta investigación, que recoge tanto la conducta del personal como la de los residentes.

La conducta del residente se divide en tres categorías:

1. *Conducta adecuada* que se subdivide a su vez en:
  - a) interacción: cuando el residente establece un contacto verbal y/o físico con otros residentes o con el personal.
  - b) no interacción: cuando el residente se encuentra realizando una conducta adecuada a la situación (tarea/ocio), sin establecer contacto verbal y/ físico con otros residentes o con el personal
2. *Conducta inadecuada* que se subdivide a su vez en:
  - a) interacción: cuando el residente establece un con tacto verbal y/o físico inadecuado ( agresión, insulto...) con otros residentes o con el personal.
  - b) no interacción: cuando el residente se encuentra realizando una conducta inadecuada (autoagresiva, autoestimulada...), sin establecer contacto verbal o físico con otros residentes o con el personal
3. *Conducta neutra* que se subdivide a su vez en:
  - a) inactividad: cuando el residente no realiza conducta aparente
  - b) actividad sin propósito: cuando el residente rea liza cualquier conducta no adecuada a la situación pero que no corresponde a la categoría de inadecuada.

La conducta del personal se divide en tres categorías:

1. *Atención positiva* que se subdivide a su vez en:
  - a) Instrucción/pregunta: contacto verbal en forma de mandato o interrogación dirigida al residente con objeto de que realice una conducta adecuada a la situación o exprese la información solicitada.

- b) Comentario/conversación: contacto verbal en forma enunciativa con objeto de informarle o reforzarle una conducta adecuada, o bien, intercambio de información de mayor duración.
  - c) No verbal: contacto físico o gestual con un residente para que realice una conducta adecuada o para mostrarle afecto o aprobación.
2. *Atención negativa* que se subdivide a su vez en:
- a) Instrucción/pregunta: contacto verbal en forma de mandato o interrogación dirigida al residente para que deje de realizar una conducta no adecuada.
  - b) Comentario/conversación: contacto verbal en forma enunciativa para castigar o desaprobación una conducta no adecuada, o intercambio de información de mayor duración con este mismo objeto.
  - c) No verbal: contacto físico o gestual con un residente para que deje de realizar una conducta no adecuada o para mostrar desaprobación.
3. *No atención*. La no atención se establece a través de la categoría " fuera del área", que recoge el periodo de tiempo en minutos en el que el personal se encuentra fuera del área de observación, es decir no visible para los observadores.

En un formato tamaño folio, las categorías de conducta del personal se recogen en la parte izquierda y las categorías de conducta de los residentes en la parte superior, formando la intersección de todas ellas las correspondientes casillas. En cada una de estas casillas se registra la frecuencia de interacciones que el personal dirige a cada uno de los residentes presentes en una sesión de observación determinada.

Un modelo de dicha hoja de registro aparece en el Apéndice 4

### 3.3.5 Programa de entrenamiento en habilidades sociales para la mejora de las interacciones personal/residentes.

Como instrumento de intervención hemos utilizado un programa de entrenamiento dirigido al personal de ambos centros con el objetivo de mejorar la cantidad y calidad de las interacciones entre el personal y los residentes.

El diseño de este programa se basó en la revisión bibliográfica realizada y especialmente en los trabajos de Flanders (1977) y Prior y otros (1979).

El programa constaba de dos fases: una primera fase formativa, en la que se explicaba al personal los objetivos de la intervención, resaltando la importancia de dichos objetivos para la conducta de los deficientes mentales. En esta primera fase se utilizaban instrucciones verbales y modelado a través del video, para enseñar las conductas que constituyen los objetivos de entrenamiento. En este video, dos observadores actuaban como miembros del personal de la residencia, concretamente en la situación de ocio. Ambos, mostraban estilos diferentes en la interacción con las residentes en cada una de las variables seleccionadas como objetivos de cambio. Así, mientras la primera prestaba un mayor apoyo a las interacciones iniciadas por las residentes, el apoyo prestado por la segunda era menor (ignorando muchos de los contactos iniciados por ellas). En la primera, predominaban las INSTRUCCIONES / PREGUNTAS mientras que la segunda producía mayor cantidad de COMENTARIOS / CONVERSACIÓN. La primera concentraba sus interacciones en pocos residentes y la segunda se dirigía a casi todos ellos. La primera mostraba mayor cantidad global de interacciones que la segunda.

Durante la proyección del video y al finalizar la misma, se discutían con el grupo estas diferencias de estilo y la relación que guardaban con nuestros objetivos de entrenamiento.

En la segunda fase los miembros del personal desarrollaban la conducta en situaciones reales. Cada miembro del personal que formaba parte del programa de entrenamiento recibía, al finalizar cada una de estas sesiones información individualmente sobre los resultados obtenidos en cada una de las variables objetivos del entrenamiento y se le administraba reforzamiento verbal en caso de que los resultados siguieran la tendencia requerida. Además, para cada uno de los miembros participantes se realizó un gráfico con los datos de línea base y los que iban consiguiendo en la fase de intervención para que los progresos fuesen fácilmente visualizados.

Las técnicas que formaron parte del programa de entrenamiento del personal en este estudio fueron:

- Instrucciones
- Modelado a través de video
- Feedback en situación real
- Reforzamiento verbal.

### 3.4 Procedimiento

#### 3.4.1 Primera fase: exploración y selección

En una primera fase se realizó una entrevista con el director-gerente de la residencia para recopilar información sobre la estructura y funcionamiento del centro, el personal que trabajaba (turnos, horarios, tareas...) y los residentes que eran atendidos por la institución. Asimismo se llevó a cabo un análisis y exploración no sistemática con el fin de seleccionar, en función de las tareas habituales que se desarrollaban en ambos centros, las situaciones más aptas para la observación de las interacciones entre el personal y los residentes/alumnos. Se recopilaron además datos personales y de diagnóstico sobre los residentes y los alumnos.

Tanto los miembros del personal como los residentes seleccionados, lo fueron fundamentalmente en razón de su presencia en aquellas situaciones que valoramos como más idóneas para que las interacciones fueran observadas.

En el colegio la decisión fué más fácil ya que prácticamente se constituía de clases, donde la observación era factible.

Tras esta primera exploración, se elaboró el código de observación y hubo un período de entrenamiento de los observadores en algunas de las situaciones seleccionadas. Este período tuvo una duración de 15 horas repartidas a lo largo de 8 días, con lo cual se consiguieron unos niveles aceptables de confiabilidad entre observadores. La confiabilidad entre observadores se halló mediante la fórmula  $\text{acuerdos}/(\text{acuerdos} + \text{desacuerdos})$ , teniendo en cuenta que se consideraba acuerdo siempre que se hubiese anotado la inicial del nombre del residente en las categorías correspondientes, tanto en lo referente a la conducta del personal como en lo referente a la conducta del residente. El entrenamiento de los observadores cumplió además, una función de período de habituación, de manera que las distintas personas implicadas se acostumbrasen a la presencia de los observadores y disminuyesen su posible reactividad. Hay que hacer notar que el personal implicado no fue informado en ningún momento previo al entrenamiento, de las conductas específicas que se estaban observando. Al personal de los centros se le comunicó que se iba a desarrollar un estudio y se le pidió su colaboración.

### 3.4.2 Segunda fase: evaluación

En esta fase se aplicaron los distintos instrumentos de evaluación, es decir, se aplicó tanto al personal de residencia como al del colegio la "Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales" y la Entrevista estructurada. Estos instrumentos fueron aplicados a todos los miembros del personal, incluyendo aquellos que no iban a participar en la intervención, en dos sesiones individuales para cada uno de ellos. Todos asimismo fueron evaluados en la "Escala de Valoración del Personal".

Las personas a quienes no se aplicó la intervención fueron asignados a un grupo control para la comprobación del mantenimiento o cambio de las actitudes en quienes recibían la intervención.

Mediante el código de observación elaborado se llevó a cabo el registro de las interacciones entre cada uno de los miembros del personal seleccionados (6 en residencia y 6 en el colegio) y todos los residentes/alumnos presentes en cada una de las situaciones y sesiones de observación.

Cada miembro del personal de ambos centros fue observado durante 6 períodos de 30 minutos aproximadamente cada uno. El observador u observadores se colocaban en el extremo de la habitación-recinto, desde el cual podían percibir a todas las personas implicadas en la situación y anotaban en la casilla correspondiente de la matriz de interacción, la inicial del nombre del residente o alumno al que el miembro del personal dirigía la interacción. Se registraban de forma continua todas las interacciones diádicas que el personal dirigía a cualquiera de los residentes presentes en cada situación observada.

Mediante estas observaciones se obtenía la línea base sobre la cantidad y la calidad de las interacciones producidas por el personal, así como de las interacciones que los residentes iniciaban, siempre en referencia a las situaciones elegidas para la observación.

Las situaciones seleccionadas para efectuar en ellas la observación de las interacciones, fueron las siguientes: en la residencia se seleccionaron diversas situaciones estructuradas, es decir, aquellas donde tanto el personal como los residentes tenían que realizar una tarea delimitada, entre ellas se encontraban:

Limpieza de dormitorios: la realizaban las mujeres residentes por la mañana junto con algún miembro del personal. Los dormitorios se distribuían en dos plantas separadas, una para hombres y otra para mujeres. Generalmente estaban presentes un miembro del personal y entre 3 y 5 residentes.

Cocina: en la cocina del centro había destinados varios residentes (4 o 5) que ayudaban al cocinero a realizar las tareas destinadas a la preparación de las comidas.

Talleres: un numeroso grupo de residentes masculinos trabajaban en dos talleres dedicados a la fabricación de cajas de madera para el transporte de frutas y hortalizas. Uno de los talleres estaba situado en el mismo edificio de la residencia y el otro taller se encontraba en un edificio situado en la periferia de la población. En ambos talleres había generalmente, un miembro del personal y entre 10 y 15 residentes.

Observamos además una situación no estructurada en la cual las mujeres, una vez terminadas sus tareas, pasaban a una amplia habitación donde descansaban hasta la hora del almuerzo. En esta habitación había mesas, sillas y un televisor. Algunas veces las residentes se dedicaban a doblar ropa o coser, pero en general, no había ninguna tarea asignada a ese período. En la habitación había siempre un miembro del personal y una 15 residentes.

En el colegio de Educación Especial las situaciones estructuradas que observamos correspondieron a las cinco clases seleccionadas. En la mayoría de las clases había un profesor y unos 7 u 8 alumnos. Si se agrupaban más niños (como ocurría en la clase de gimnasia) aumentaba el número de profesores. Se observó también la situación de recreo como situación no estructurada, aun que no se incluyó posteriormente en el entrenamiento debido a las dificultades que presentaba para su observación (gran número de niños, espacio físico excesivo, rotación de todo el personal...). En el recreo estaban presentes todos los niños y 2 o 3 profesores.

#### 3.4.3 Tercera fase: intervención

En esta fase se aplicó el programa de entrenamiento descrito. Se formaron dos grupos, uno con los miembros del personal de residencia y otro con los profesores del colegio. Se realizaron en primer lugar dos reuniones con cada uno de los grupos de aproximadamente una hora de duración cada una. En la primera reunión se les explicó los fines del estudio, las conductas que habíamos observado y el código conductual empleado.

A continuación se explicaron razonadamente los objetivos que pretendíamos conseguir con el entrenamiento. Estos objetivos se concretaron en cuatro:

1. Aumentar el número total de interacciones que cada uno de los miembros del personal dirigía a los residentes/alumnos implicados en cada situación observada.

2. Aumentar el porcentaje del tipo de interacciones clasificadas como COMENTARIOS / CONVERSACIÓN frente a las clasificadas como INSTRUCCIONES/PREGUNTAS.
3. Distribuir equitativamente las interacciones entre todos los residentes/alumnos presentes en cada situación.
4. Fomentar las interacciones iniciadas por los residentes/alumnos mediante el refuerzo atencional de las mismas.

En la segunda reunión grupal se les mostró un video realizado previamente.

A los miembros de ambos grupos se les explicaba que durante la intervención se continuarían observando sus interacciones con los residentes/alumnos, como se había realizado en el período de línea base, durante sesiones de 30 minutos aproximadamente.

Es de destacar que la participación en esta intervención fué aceptada voluntariamente por todos los miembros del personal. Ninguno de los previamente seleccionados y evaluados en línea base, rechazó el ofrecimiento de participación. Al finalizar el estudio se entregó a cada uno de los miembros que habían colaborado un diploma acreditativo de su participación en el mismo.

Durante esta fase se volvió a repetir la observación de todos los miembros del personal seleccionados durante 6 sesiones de 30 minutos aproximadamente cada una. La diferencia con respecto a las sesiones de línea base consistía en que en esta ocasión el personal conocía las conductas que se estaban observando, se les había dado instrucciones para su modificación y una vez finalizada cada sesión recibía información de los resultados conseguidos en la misma.

La fiabilidad entre observadores en las distintas fases del estudio (línea base, entrenamiento y seguimiento) aparece en la tabla 4.

Tabla 4. Fiabilidad entre observadores a lo largo de las distintas fases del estudio mediante dos formulas de calculo

LÍNEA BASE		ENTRENAMIENTO		SEGUIMIENTO	
A/A+D	Menor/Mayor	A/A+D	Menor/Mayor	A/A+D	Menor/Mayor
77	93	70	80	71	100
83	92	85	93	78	100
83	95	93	93	79	97
82	93	91	95	73	100
76	94	86	99	75	82
78	94	75	88	86	86
75	90	76	100	100	100
82	82	76	98	80	80
82	89	87	98	82	91
93	98	96	96	95	100
88	98	89	93	71	93
81	93	91	100	75	93
85	96	78	97	83	90
78	88	79	81	88	95
89	89	89	95	82	94
88	98	82	90	81%	93%
89	96	85	97		
84	93	84%	93%		
81	89				
100	100				
93	100				
100	100				
100	100				
86	86				
77	85				
100	100				
100	100				
88	88				
87	100				
70	100				
93	90				
90	90				
89	89				
85	92				
90	95				
82	91				
91	100				
86.5%	94%				

#### 3.4.4 Cuarta fase: reevaluación

Al finalizar el período de entrenamiento, se repitió la aplicación de la "Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales", tanto al grupo experimental que había recibido el entrenamiento, como al grupo control que no había sido entrenado.

#### 3.4.5 Quinta fase: seguimiento

A los 10 meses de finalizada la intervención se realizaron 4 sesiones de observación de 15 minutos aproximadamente de duración para cada uno de los miembros del personal que había participado en el estudio. Se les comunicó que se trataba de un seguimiento del estudio realizado pero no se les dió información de los resultados obtenidos al finalizar cada sesión.

### 3.5 Diseño

Para la comprobación de la primera hipótesis se empleó un diseño correlacional comparativo con grupos homogéneos.

Para la comprobación de la segunda hipótesis se utilizó un diseño correlacional de covariación.

Para la comprobación de la tercera hipótesis se empleó un diseño cuasiexperimental, factorial mixto (2x3) con dos factores, un factor con medidas repetidas y un factor entregrupos. La variable entregrupos presenta dos niveles correspondientes a los dos grupos de sujetos (residencia/colegio). La variable intrasujetos presenta tres niveles correspondientes a las tres fases del estudio (línea base, entrenamiento y seguimiento).

Este diseño fué aplicado a las tres variables dependientes que constituyan los objetivos del programa de entrenamiento, es decir:

- número de interacciones por minuto que emite cada miembro del personal
- porcentaje de comentarios/conversación que realiza el personal en cada sesión de observación
- porcentaje de interacciones iniciadas por residentes/alumnos en cada sesión de observación.

Las variables dependientes referidas a la conducta de los residentes, es decir episodios de conducta inadecuada, episodios de atención negativa, número de interacciones

iniciadas y episodios de conductas disruptivas anotadas en el libro de incidencias, que hacen referencia a la hipótesis 4, se analizan siguiendo un diseño de medidas repetidas con el factor intrasujetos referido a las distintas fases del estudio (línea base, entrenamiento, seguimiento).

En el caso de la variable dependiente "puntuación en la Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales" que hace referencia a la hipótesis 5, se utilizó un diseño factorial mixto ( $2 \times 2 \times 2$ ) de tres factores con medidas repetidas sobre un factor. Las dos variables entregrupos tenían dos niveles (residencia /colegio y grupo experimental/grupo control) y la variable intrasujetos tenía dos niveles medidas preentrenamiento y medidas postentrenamiento.

### 3.6 Análisis estadísticos

La comprobación de la primera hipótesis se realizó mediante la comparación de la tasa de interacciones entre personal y residentes en ambos contextos mediante un MANOVA efectuado a dicha variable.

Para la comprobación de la segunda hipótesis, se utilizó correlación (Pearson, biserial puntual o chi cuadrado) en función del tipo de variable, entre las distintas variables de las que habíamos obtenido información y la tasa de interacciones, en ambos grupos (residencia y colegio).

Las variables fueron clasificadas de la siguiente forma:

1. Variables relativas al personal, que incluyeron la actitud hacia los deficientes mentales, la valoración de su trabajo por terceras personas y formación, satisfacción, elección y estabilidad en el trabajo, sugerencias y cambios que proponen. En las variables relativas al personal se empleó el coeficiente de correlación de Pearson o el coeficiente de correlación Biserial Puntual, según las variables fuesen continuas o dicotómicas.
2. Variables relativas a los residentes/alumnos, que incluyeron edad, grado de deficiencia, tiempo de permanencia en la institución, cantidad de interacciones que inician y episodios de conducta no adecuada. En las variables relativas a los residentes/alumnos se empleó el coeficiente de correlación de Pearson o bien el estadístico chi cuadrado según fuesen variables continuas o variables que presentaban varias categorías.

3. Variables relativas a la situación en relación a su grado de estructuración. En las variables relativas a la situación, para analizar si la tasa de interacciones del personal era significativamente diferente en las situaciones estructuradas frente a las situaciones no estructuradas, tanto en residencia como en colegio, utilizamos la prueba T de Student de comparación de medias, ya que el número de sesiones en ambas categorías era distinto (una situación no estructurada frente a varias estructuradas).

Para la comprobación del cumplimiento de los 3 primeros objetivos del entrenamiento efectuado (Hipótesis 3) realizamos análisis multivariado de varianza (MANOVA) tomando como variables dependientes la tasa de interacciones por minuto del personal, el porcentaje de comentarios/conversación en cada sesión de observación y el porcentaje de interacciones iniciadas por los residentes/alumnos en cada sesión de observación.

Para verificar el cumplimiento del cuarto objetivo de entrenamiento (Hipótesis 3) aplicamos el coeficiente de correlación de Spearman entre las ordenaciones de los residentes y los alumnos en función del porcentaje de interacciones recibidas en línea base, entrenamiento y seguimiento.

La comprobación de la hipótesis 4, la realizamos a través de dos vías, una directa y otra indirecta.

La vía directa consistió en la aplicación de un ANOVA para el análisis de los episodios de conducta inadecuada que recibían atención del personal y los episodios de atención negativa que el personal dirigía a los residentes. En ambos casos se realizó el análisis de varianza mediante un diseño de medidas repetidas.

La vía indirecta consistió en la comparación de medias con la prueba T de Student en el análisis del número de incidentes correspondientes a conductas disruptivas de los residentes (fugas, peleas, agresiones, negaciones etc...), anotadas en el libro de incidencias, ya que el número de días de anotación en el libro era distinto para cada una de las fases del estudio.

Para la comprobación de la hipótesis 5 referida al cambio de actitudes del personal entrenado, realizamos un análisis de covarianza para las puntuaciones totales de la Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales y un análisis de covarianza para cada uno de los factores en que estaba dividida la escala.

#### 4. RESULTADOS

En relación a la 1ª hipótesis referida a la existencia de diferencias significativas en la tasa de interacciones de los dos centros comparados en el periodo previo a la intervención, podemos observar que la tasa media de interacciones en la residencia (0.9 interacciones por minuto) resulta menor (2.5 veces) que la tasa media producida en el colegio (2.31 interacciones por minuto). Esta diferencia resulta significativa ( $F(1,10) = 30.34$ ,  $P < 0.003$ ), con lo cual la primera hipótesis planteada queda comprobada.

En cuanto a la 2ª hipótesis, en lo referente a las variables del personal: el nivel de estudios correlaciona significativamente con la tasa de interacciones iniciadas por los miembros del personal de ambos centros, en entrenamiento ( $R_{xy} = 0.64$ ,  $p < 0.02$ ) y en seguimiento ( $R_{xy} = 0.59$ ,  $p < 0.04$ ) y con una correlación próxima a la significatividad en línea base ( $R_{xy} = 0.56$ ,  $p < 0.057$ ). El número de cursillos de especialización correlaciona significativamente con la con la tasa de interacciones iniciadas por el personal de ambos centros en línea base ( $R_{xy} = 0.78$ ,  $p < 0.002$ ) y en entrenamiento ( $R_{xy} = 0.64$ ,  $p < 0.02$ ) (ver tabla 5).

El área de satisfacción en el trabajo también guarda relación tomando ambos grupos conjuntamente, de modo que el número de horas que trabaja el personal se relaciona negativa y significativamente con la tasa de interacciones en línea base ( $R_{xy} = -0.74$ ,  $p < 0.006$ ), en entrenamiento ( $R_{xy} = -0.74$ ,  $p < 0.006$ ) y en seguimiento ( $R_{xy} = -0.64$ ,  $p < 0.02$ ). El mantenimiento fijo de un horario se relaciona significativamente (correlación positiva) con la tasa de interacciones de los miembros del personal de ambos centros en línea base ( $R = 0.63$ ,  $p < 0.05$ ), entrenamiento ( $R = 0.67$ ,  $p < 0.05$ ) y seguimiento ( $R = 0.64$ ,  $p < 0.05$ ). La remuneración percibida también se relaciona significativamente (correlación positiva) con la tasa de interacciones de los miembros del personal de ambos centros en línea base ( $R = 0.74$ ,  $p < 0.05$ ), entrenamiento ( $R = 0.70$ ,  $p < 0.05$ ) y seguimiento ( $R = 0.95$ ,  $p < 0.01$ ) (Ver tabla 5).

Tabla 5. Relaciones entre las variables relativas al trabajo del personal y la tasa de interacciones en las tres fases del estudio mediante correlación de Pearson y biserial puntual.

	LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
<b>FORMACION</b>			
NIVEL DE ESTUDIOS (residencia y colegio)	0.56*	0.64*	0.59*
CURSILLOS DE ESPECIALIZACIÓN (residencia y colegio)	0.78**	0.64*	0.55
<b>SATISFACCION</b>			
NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJA (residencia y colegio)	-0.74**	-0.74**	-0.64*
MANTENIMIENTO DEL HORARIO (residencia y colegio)	0.63*	0.67*	0.64*
REMUNERACIÓN PERCIBIDA (residencia y colegio)	0.74*	0.70*	0.95**
<b>CAMBIOS</b>			
RELACIONES CON LOS RESIDENTES (residencia y colegio)	-0.61*	-0.47	-0.55

\* p=0.05

\*\* p=0.01

En el área de cambios, la opinión sobre la necesidad de mejorar las relaciones con los residentes o alumnos se relaciona negativamente de forma significativa con la tasa de interacciones de los miembros del personal de ambos centros durante la línea base ( $R=-0.61$ ,  $p < 0.05$ ).

La valoración del trabajo del personal por parte de sus superiores no guarda relación con la tasa de interacciones que producen los miembros del personal de ambos centros ( $R_{xy}=0.04$ ,  $R_{xy}=0.18$  y  $R_{xy}=0.20$  en línea base, entrenamiento y seguimiento respectivamente) (ver tabla 6). Sin embargo esta correlación aumenta y se hace positiva en el entrenamiento y seguimiento en el caso de la residencia, aunque sin llegar a ser significativa. En el colegio se mantiene una correlación negativa aunque no significativa.

Tabla 6. Correlaciones entre las puntuaciones recibidas por el personal en la Escala de Valoración del Personal y la tasa de interacciones/minuto en línea base, entrenamiento y seguimiento.

	LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	-0.39	0.64	0.23
COLEGIO	-0.60	-0.39	-0.31
RESIDENCIA Y COLEGIO	0.04	0.18	0.20

Las actitudes del personal no parecen guardar en general relación significativa con la tasa de interacciones que emite el personal.

En las correlaciones de las interacciones del período de línea base y la primera medida de las actitudes en residencia, la tendencia es negativa siendo significativa la correlación en el caso del factor 2 ( $R_{xy} = -0.85$ ,  $p < 0.03$ ) referido a tratamiento, control y vigilancia de los deficientes mentales. En las correlaciones de las interacciones del período de entrenamiento y la segunda medida de las actitudes, la tendencia en ambos grupos es negativa, siendo significativa en el colegio en el caso del factor 4 ( $R_{xy} = -0.81$ ,  $p < 0.05$ ) relativo a peligrosidad, agresividad, relaciones sociales y trabajo con deficientes mentales. En las correlaciones de las interacciones del período de seguimiento y la segunda medida de las actitudes, la tendencia en ambos grupos también es negativa, estando próxima a ser significativa en el colegio en el caso del factor 1 ( $R_{xy} = -0.80$ ,  $p < 0.057$ ).

Cuando analizamos las correlaciones de ambos grupos conjuntamente, observamos que la tendencia predominante es la correlación positiva. Los factores 4 y 1 referidos a los aspectos más negativos de los deficientes mentales (agresividad, peligrosidad, consecuencias del trato con ellos etc..) y a características generales de los deficientes y las instituciones son los que presentan una mayor relación, aunque de forma no significativa, con la tasa de interacciones ( $R_{xy} = 0.35$  y  $R_{xy} = 0.47$  en línea base,  $R_{xy} = 0.35$  y  $R_{xy} = 0.43$  en entrenamiento y  $R_{xy} = 0.27$  y  $R_{xy} = 0.48$  en seguimiento).

Tabla 7. Correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales pre y post-entrenamiento y las interacciones/minuto del personal en la línea base, entrenamiento y eguimiento mediante el índice de Pearson.

	LINEA BASE			
	Residencia	Colegio	Total	
PREENTRENAMIENTO	Puntuación total	-0.77	0.15	0.19
	Factor 1*	-0.54	0.03	0.35
	Factor 2*	-0.85*	0.14	-0.16
	Factor 3*	-0.61	-0.25	-0.05
	Factor 4*	0.18	-0.29	0.47
	Factor 5*	-0.60	0.44	0.28
POSTENTRENAMIENTO	ENTRENAMIENTO			
	Residencia	Colegio	Total	
	Puntuación total	-0.38	-0.58	0.19
	Factor 1	-0.21	-0.41	0.35
	Factor 2	-0.74	-0.74	-0.36
	Factor 3	-0.26	-0.31	-0.06
Factor 4	0.28	-0.81*	0.43	
Factor 5	-0.19	0.12	0.34	
POSTENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO			
	Residencia	Colegio	Total	
	Puntuación total	-0.52	-0.12	0.26
	Factor 1	-0.09	-0.80*	0.27
	Factor 2	-0.41	-0.007	-0.04
	Factor 3	-0.57	-0.57	0.19
Factor 4	0.53	-0.79	0.48	
Factor 5	-0.69	-0.13	0.18	

- \*Factor 1: Características de los deficientes mentales y de las instituciones existentes para ellos.
- \*Factor 2: Tratamiento, control y vigilancia de los deficientes mentales.
- \*Factor 3: Recuperación, relaciones sociales y trabajo con los deficientes mentales.
- \*Factor 4: Peligrosidad, agresividad y consecuencias emocionales del trato con deficientes mentales.
- \*Factor 5: Integración de los deficientes mentales y efectos de la institucionalización.

Por lo que se refiere a las variables de los residentes/alumnos, las que tienen una relación significativa con la cantidad de interacciones que reciben los residentes/alumnos son las que se refieren de forma directa a estas interacciones, es decir, la cantidad de interacciones que ellos inician ( $R_{xy}=0.84$ ,  $p < 0.05$  y  $R_{xy}=0.48$ ,  $p < 0.05$  en residencia y colegio respectivamente) (ver tabla 8), la presencia de episodios de atención negativa por

parte del personal ( $\chi^2=21.14$ ,  $p < 0.001$  en residencia,  $\chi^2 = 9.63$   $p < 0.01$  en colegio y  $\chi^2= 13.4$ ,  $p < 0.01$  para ambos centros conjuntamente) y la cantidad de episodios de conducta inadecuada en residencia ( $\chi^2= 6.18$ ,  $p < 0.05$ ). Otras variables como la edad ( $R_{xy}=-0.11$  y  $R_{xy}=-0.33$ ) y el número de años ingresados ( $R_{xy}=-0.13$  y  $R_{xy}=-0.22$ ) no presentan una relación significativa. El grado de deficiencia presenta una relación significativa con la cantidad de interacciones que reciben los alumnos en el colegio ( $\chi^2= 9.97$ ,  $p < 0.01$ ) (ver tabla 9).

Tabla 8. Relaciones entre variables referidas a residentes/alumnos y las interacciones recibidas por residentes/alumnos en el periodo de línea base mediante el índice de correlación de Pearson.

	RXY	
	RESIDENCIA	COLEGIO
Edad	-0.11	-0.33
Numero de años ingresados	-0.13	-0.22
Interacciones iniciadas por residentes/alumnos	0.84 *	0.48 *

\*P=0.05

Tabla 9. Tablas de frecuencias (en porcentajes) sobre variables referentes a residentes/alumnos e interacciones recibidas por residentes/alumnos en el periodo de línea base.

**GRADO DE DEFICIENCIA**

RESIDENCIA				
INTERACCIONES RECIBIDAS	Limite y Ligero	Medio y Severo	Total	
0-15	44	32	76	$\chi^2=3.16$ gl=2
15-30	8	4	12	
30-45	4	8	12	
	56	44	100	
COLEGIO				
INTERACCIONES RECIBIDAS	Ligero y Medio	Severo y Profundo	Total	
0-15	24.2	24.2	48.4	$\chi^2=9.97$ gl=1
15-30	41.3	10.3	51.6	
	65.5	34.5	100	
RESIDENCIA Y COLEGIO				
INTERACCIONES RECIBIDAS	Limite, ligero y medio	Severo y Profundo	Total	
0-15	46.2	14.7	60.9	$\chi^2=1.1$ gl=2
15-30	27.8	5.6	33.4	
30-45	3.8	1.9	5.7	
	77.8	22.2	100	

**Nº DE CONDUCTAS DISRRUPTIVAS EN RESIDENCIA**

INTERACCIONES RECIBIDAS	0 conductas	1 ó más de 1 conducta	Total	
0-15	47.5	7.5	55	$\chi^2=3.26$ gl=2
15-30	27.5	10	10	
30-45	5.0	2.5	7.5	
	80	20	100	

Tabla 9. (continuación)

ATENCION NEGATIVA

RESIDENCIA				
INTERACCIONES RECIBIDAS	0 conductas	1 ó más de 1 conducta	Total	$\chi^2=21.1^*$ gl=4
0-15	52.5	2.5	55	
15-30	27.5	10	37.5	
30-45	2.5	5	7.5	
	82.5	17.5	100	
COLEGIO				
INTERACCIONES RECIBIDAS	0 conductas	1 ó más de 1 conducta	Total	$\chi^2=9.63^*$ gl=2
0-15	36.8	7.9	44.7	
15-30	28.9	23.7	52.6	
30-45	2.6	0	2.6	
	68.3	31.6	100	
RESIDENCIA Y COLEGIO				
INTERACCIONES RECIBIDAS	0 conductas	1 ó más de 1 conducta	Total	$\chi^2=13.4^*$ gl=4
0-15	45.4	3.9	49.3	
15-30	28.6	16.8	45.4	
30-45	2.6	2.6	5.2	
	76.6	23.3	100	

Tabla 9. (continuación)

**CONDUCTA INADECUADA**

<b>RESIDENCIA</b>				
<b>INTERACCIONES RECIBIDAS</b>	<b>0 conductas</b>	<b>1 ó más de 1 conducta</b>	<b>Total</b>	$\chi^2=6.18^*$ gl=2
0-15	50	5	55	
15-30	27.5	10	37.5	
30-45	5	2.5	7.5	
	82.5	17.5	100	
<b>COLEGIO</b>				
<b>INTERACCIONES RECIBIDAS</b>	<b>0 conductas</b>	<b>1 ó más de 1 conducta</b>	<b>Total</b>	$\chi^2=1.52$ gl=2
0-15	37.8	5.4	43.2	
15-30	43.2	10.8	54	
30-45	2.7	0	2.7	
	83.7	16.2	100	
<b>RESIDENCIA Y COLEGIO</b>				
<b>INTERACCIONES RECIBIDAS</b>	<b>0 conductas</b>	<b>1 ó más de 1 conducta</b>	<b>Total</b>	$\chi^2=2.83$ gl=2
0-15	44.1	5.2	49.3	
15-30	35	10.4	45.4	
30-45	3.9	1.3	5.2	
	82	16.9	100	

Respecto a las variables relativas a las características de la situación, los datos obtenidos arrojan diferencias significativas entre situaciones estructuradas y no estructuradas en la residencia, a favor de las situaciones estructuradas ( $T=7.5$ ,  $p < .001$ ) mientras que en el colegio ocurre el fenómeno contrario, es decir que la mayor cantidad de interacciones se produce en las situaciones estructuradas, resultando igualmente significativa la diferencia entre ambas ( $T= 4.9$ ,  $p < 0.001$ ).

Tabla 10. Promedio de interacciones personal/residentes que se producen en residencia y colegio en función del grado de estructuración de la situación.

	SITUACIONES ESTRUCTURADAS	SITUACIONES NO ESTRUCTURADAS
RESIDENCIA	0.63	1.9**
COLEGIO	2.31	0.9**

\*\*p=0.05

Podemos afirmar, en vista de los resultados obtenidos, la confirmación parcial de la segunda hipótesis planteada, según la cual existen variables tanto relativas al personal y a los residentes como relativas a características de la situación que se relacionan con la cantidad de interacciones emitidas por el personal, comprobándose a la luz de nuestros resultados que se produce una correlación positiva y significativa de la cantidad de interacciones que emite el personal con las siguientes variables:

- nivel de estudios del personal
- número de cursillos de especialización realizados por el personal
- mantenimiento del horario
- remuneración.

Al mismo tiempo, y en contra de la 2ª hipótesis planteada, se produce una correlación negativa y significativa de la cantidad de interacciones que emite el personal con las siguientes variables:

- número de horas de trabajo
- opinión del personal sobre la necesidad de mejorar las relaciones con los residentes.

En relación a la tercera hipótesis referente a la efectividad del tratamiento para aumentar la cantidad y calidad de las interacciones que el personal dirige a los residentes/alumnos, el análisis MANOVA efectuado arroja los siguientes resultados en la primera de las variables analizadas, es decir la tasa de interacciones por minuto: las diferencias en la tasa de interacciones entre residencia y colegio son significativas ( $F(1,10) = 30.32, p < 0.0003$ ) tanto en línea base ( $F(1,10) = 20.71, p < 0.001$ ) como en entrenamiento ( $F(1,10) = 21.19, p < 0.001$ ) y seguimiento ( $F(1,10) = 19.61, p < 0.001$ ) (ver tabla 11). Las diferencias en la tasa de interacciones correspondientes a las tres fases del estudio (línea base, entrenamiento y seguimiento) son significativas ( $F(2,20) = 34.36, p < 0.0001$ ) y la interacción entre ambos factores también resulta significativa ( $F(2,20) = 4.59, p < 0.02$ ). En residencia las diferencias entre las tres fases del estudio son significativas

( $F(2,10) = 16.16, p < 0.0007$ ). Las comparaciones efectuadas indican que, el nivel de línea base se diferencia significativamente con respecto a los niveles de entrenamiento y seguimiento ( $p < 0.01$ ), pero no existe diferencia significativa entre los niveles de entrenamiento y seguimiento.

En el grupo de sujetos del colegio son significativas las diferencias entre las distintas fases del estudio ( $F(2,10) = 20.56, p < 0.0003$ ). Las comparaciones indican que son significativas las diferencias entre línea base y entrenamiento, entre línea base y seguimiento ( $p < 0.01$ ) pero no entre entrenamiento y seguimiento (ver figura 1. pg. 185).

Tabla 11. Promedio de interacciones personal/residentes en cada una de las fases del estudio.

	LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	0.9	2.26	2.26
COLEGIO	2.31	4.35	5.36

Con relación al segundo objetivo del entrenamiento, el aumento del porcentaje de interacciones clasificadas como comentarios/conversación (Hipótesis 3), el análisis MANOVA efectuado arroja los siguientes resultados: las diferencias en el porcentaje de comentarios/conversación entre residencia y colegio son significativas ( $F(1,10) = 8.42, p < 0.01$ ). Las diferencias entre ambos grupos sólo son significativas en la fase de seguimiento ( $F(1,10) = 11.86, p < 0.006$ ) (ver tabla 12). Las diferencias entre las distintas fases del estudio también resultan significativas ( $F(2,20) = 46.33, p < 0.0001$ ). En residencia las diferencias entre las fases son significativas ( $F(2,10) = 16.66, p < 0.0007$ ). Las comparaciones efectuadas indican que son significativas las diferencias entre línea base y entrenamiento y línea base y seguimiento ( $p < 0.01$ ). En el colegio el efecto de las fases también resulta significativo ( $F(2,10) = 45.23, p < 0.001$ ). Las comparaciones indican que hay diferencias significativas entre línea base y entrenamiento, línea base y seguimiento ( $p < 0.01$ ) y entre entrenamiento y seguimiento ( $p < 0.05$ ). (figura 2, pg. 186).

Tabla 12. Porcentaje medio de COMENTARIOS/CONVERSACION en cada una de las fases del estudio.

	LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	31.7	72.6	66.99
COLEGIO	16.97	58.02	42.07

Con relación al tercer objetivo del entrenamiento, al aumento de las interacciones iniciadas por los residentes/alumnos (Hipótesis 3), el análisis MANOVA efectuado arrojó los siguientes resultados: Las diferencias en los porcentajes de interacciones que inician los residentes y los alumnos son significativas ( $F(1,10) = 20.02, p < 0.0012$ ) tanto en línea base ( $F(1,10) = 8.84, p < 0.01$ ) como en entrenamiento ( $F(1,10) = 16.52, p < 0.002$ ) y seguimiento ( $F(1,10) = 16.54, p < 0.002$ ) (ver tabla 13). Las diferencias entre las distintas fases del estudio no resultan significativas (ver figura 3, pg. 187).

Tabla 13. Porcentaje medio de interacciones iniciadas por residentes/alumnos en cada sesión, en las distintas fases del estudio.

	LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	37.3	42.3	41.5
COLEGIO	11.2	15.1	17.9

Respecto al mismo objetivo anterior pero tomando como medida el número total de interacciones que cada uno de los residentes y alumnos inicia, el análisis de varianza arrojó los siguientes resultados: en residencia las diferencias a lo largo de las tres fases del estudio resultan significativas ( $F(2,42) = 11.20, p < 0.001$ ), las comparaciones de medias demuestran que son significativas las diferencias entre línea base y entrenamiento y las diferencias entre entrenamiento y seguimiento (en el seguimiento disminuye) ( $p < 0.01$ ), no siendo significativa la diferencia entre línea base y seguimiento. Es decir que en el seguimiento se vuelve al nivel de línea base.

En el colegio las diferencias a lo largo de las tres fases del estudio no resultan significativas ( $F(2,42) = 2.18$ ). Aunque la media en línea base es menor que la media en entrenamiento según el test T ( $p < 0.044$ ).

Tabla 14. Número medio de interacciones iniciadas por residentes alumnos en las distintas fases del estudio.

	LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	12.09	28.86	14.36
COLEGIO	10.05	15.5	12.27

Con respecto al cuarto objetivo del entrenamiento (ver tabla 15) se produce una redistribución en las fases de entrenamiento y seguimiento con respecto a la línea base, de los porcentajes de interacción que cada residente y alumno recibe por parte del personal,

de forma que aquellos residentes y alumnos que reciben un porcentaje de interacciones superior a la media tienden a recibir un menor porcentaje en las fases siguientes y los que reciben un porcentaje de interacciones inferior a la media tienden a ver aumentado este porcentaje en las fases siguientes, con lo cual la mayoría de los sujetos se acerca al porcentaje medio.

Tabla 15. Distribución de los porcentajes medios de interacciones recibidas por residentes y alumnos en las distintas fases del estudio.

		LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	con % superior a la media	10 sujetos	Disminuyen 9 sujetos	Disminuyen 9 sujetos
	con % en torno a la media	10 sujetos	Permanecen 3 sujetos	Permanecen 3 sujetos
	con % inferior a la media	12 sujetos	Aumentan 7 sujetos	Aumentan 7 sujetos
COLEGIO	con % superior a la media	8 sujetos	disminuyen 7 sujetos	Disminuyen 8 sujetos
	con % en torno a la media	12 sujetos	Permanecen 5 sujetos	Permanecen 6 sujetos
	con % inferior a la media	9 sujetos	Aumentan 8 sujetos	Aumentan 7 sujetos

Solo se produce correlación en los órdenes que ocupan los residentes durante la línea base y el entrenamiento en residencia ( $R = 0.45$ ,  $p < 0.05$ ), esta correlación desaparece en el seguimiento. En el colegio no se produce correlación en los órdenes que ocupan los alumnos (ver tabla 16).

Tabla 16. Correlaciones entre los órdenes que ocupa cada residente/alumno con respecto al porcentaje de interacciones que recibe del personal en las distintas fases del estudio.

	LÍNEA BASE/ ENTRENAMIENTO	LÍNEA BASE/ SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	0.45*	0.315
COLEGIO	0.22	0.35

\* $p = 0.05$

Podemos afirmar a la vista de los resultados obtenidos que la tercera hipótesis planteada se cumple con respecto a los objetivos incluidos en el entrenamiento del personal. Es decir: el entrenamiento del personal produce un aumento significativo de la cantidad de interacciones emitidas, un aumento del porcentaje de interacciones calificadas como comentarios/conversación y una redistribución de las interacciones del personal entre los residentes/alumnos presentes en cada situación. El aumento de las interacciones iniciadas por los residentes/alumnos sin embargo no llega a resultar significativo.

Por lo que respecta a la cuarta hipótesis, referente a la disminución de la conducta problemática de los residentes, en relación al número de episodios de atención negativa que el personal emite, el análisis de varianza efectuado indica una diferencia significativa en el colegio ( $F(2,10) = 6.518, p < 0.01$ ) a lo largo de las tres fases del estudio. Las comparaciones de medias efectuadas indican que el nivel de línea base es significativamente mayor que el nivel de entrenamiento ( $p < 0.05$ ) y que el nivel de seguimiento ( $p < 0.05$ ). En residencia aunque la cantidad de episodios de atención negativa en el entrenamiento y seguimiento es menor que en línea base, las diferencias no resultan significativas ( $F(2,10) = 1.84$ ) (ver tabla 17, y figura 4, pg. 188).

Tabla 17. Número medio de episodios de atención negativa por parte del personal durante las diferentes fases del estudio.

	LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	1.33	0.5	0.67
COLEGIO	3.33	0.33	0.67

Siguiendo con la cuarta hipótesis, con respecto al número de episodios de conducta inadecuada por parte de los residentes, el análisis de varianza efectuado indica que existen diferencias significativas en residencia ( $F(2,10) = 7.766, p < 0.009$ ) a lo largo de las tres fases del estudio. Las comparaciones de medias indican que el nivel de línea base es significativamente mayor que el nivel de entrenamiento ( $p < 0.05$ ) y que el nivel de seguimiento ( $p < 0.05$ ). En el colegio aunque el número de episodios de conducta inadecuada en entrenamiento y seguimiento es menor que el correspondiente a línea base, las diferencias no resultan significativas ( $F(2,10) = 1.97$ ) (ver tabla 18 y figura 5. pg. 189).

Tabla 18. Número medio de episodios de conducta inadecuada por parte de residentes/alumnos durante las diferentes fases del estudio.

	LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
RESIDENCIA	1.66	0.16	0.33
COLEGIO	1.33	0.50	0.17

La vía indirecta de comprobación de la hipótesis 4ª indica que en residencia, la diferencia entre el número de episodios de conducta disruptiva anotados en el libro de incidencias en línea base y el número de episodios durante el entrenamiento resultó significativa ( $T=2.14$ ,  $p < 0.05$ ). La diferencia entre el número de episodios anotados durante la línea base y el anotado en el periodo de seguimiento también resultó significativa ( $T=2.42$ ,  $p < 0.05$ ). La diferencia entre el número de episodios del periodo de entrenamiento y el número de episodios del periodo de seguimiento no resultó significativa (ver tabla 19 y figura 6, pg. 190).

Tabla 19. Número medio de incidentes de conductas disruptivas de los residentes anotados en el Libro de incidencias durante las distintas fases del estudio.

LÍNEA BASE	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
2.9	2	1.86

Podemos afirmar que, aunque algunas diferencias no resulten significativas, y por tanto la hipótesis 4ª no se cumpla en su totalidad, la tendencia general de los datos en ambos contextos apunta hacia una disminución de la conducta inadecuada de los deficientes tras la aplicación del entrenamiento al personal.

En relación con la hipótesis 5ª referida al cambio de actitudes del personal tras la intervención, el análisis de covarianza efectuado con las puntuaciones totales de la escala de actitudes indica que a pesar de que se produce un aumento en las puntuaciones pre-post del grupo experimental y una disminución o mantenimiento en las puntuaciones pre-post del grupo control, los cambios no resultan significativos (ver tabla 20 y figura 7, pg. 191).

Tabla 20. Puntuaciones en la Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales antes y después del entrenamiento en ambos contextos.

ESCALA DE ACTITUDES	RESIDENCIA				COLEGIO			
	Grupo Experimental		Grupo Control		Grupo Experimental		Grupo Control	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
<b>Total</b>	17.7	24.7	23.3	18.7	34.5	39.5	26.8	26.3
<b>Factor 1</b>	7.8	8.8	9.8	11.5	13.0	11.7	7.8	11.2
<b>Factor 2</b>	1.8	3.8	2.7	1.3	4.5	6.3	3.5	1.7
<b>Factor 3</b>	6	6.5	6.17	5.5	9.3	9.5	5.8	6.3
<b>Factor 4</b>	2	4.3	2	1	4.3	5.7	4.17	3.17
<b>Factor 5</b>	0	1.8	2.7	0	5.3	7.17	5.5	3.8

El análisis de covarianza efectuado con las puntuaciones de los cinco factores arrojan los siguientes resultados: en el factor 2 de la escala de actitudes se produce un efecto significativo de la interacción entre las variables referidas a los grupos (experimental/control) y a las mediciones (pretest/postest) puesto que las puntuaciones del grupo experimental aumentan y las del grupo control disminuyen ( $F(1,20) = 4.95$ ,  $p < 0.0378$ ) (ver tabla 20). En el factor 4 de la escala de actitudes, el único efecto cercano a ser significativo es el referido a las diferencias entre las puntuaciones de residencia y colegio ( $F(1,20) = 4.26$ ,  $p < 0.0522$ ), a pesar de que las puntuaciones del grupo experimental aumentan y las del grupo control disminuyen de forma no significativa (ver tabla 20). En el factor 5 sólo resultan significativas las diferencias entre las puntuaciones de residencia y de colegio ( $F(1,20) = 7.04$ ,  $p < 0.0153$ ), a pesar de que las puntuaciones del grupo experimental aumentan y las del grupo control disminuyen de forma no significativa (ver tabla 20 y figuras 7a, 7b, 7c, 7d, y 7e, pgs. 192 a 196).

Podemos afirmar con respecto a la hipótesis 5ª, en vista de los resultados obtenidos que se produce una confirmación de la mejora las actitudes en el grupo de miembros del personal que recibe el entrenamiento, que se refleja en el factor 2 de forma significativa, y en los factores 4 y 5 a nivel de la tendencia mostrada por los datos, pero no en las puntuaciones globales de la escala de actitudes hacia los deficientes mentales.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Si revisamos los datos obtenidos en relación con las hipótesis planteadas encontramos los resultados que a continuación exponemos.

En relación con la 1ª hipótesis los resultados de este estudio muestran que en un contexto residencial la tasa de interacciones que el personal emite es baja en comparación con la tasa emitida en un contexto no residencial (en nuestro caso un colegio de Educación Especial) que recoge al mismo tipo de población, tal y como hipotetizábamos. Este resultado está en la línea de las afirmaciones que se han venido haciendo sobre la escasez de interacciones personal/residentes en este tipo de contextos (Iwata, Bailey y Brown, 1976; Repp y Barton, 1980; Beail, 1985).

El análisis que hemos efectuado de los posibles factores personales y contextuales que correlacionan con la tasa de interacciones que dirige el personal a los residentes, al que se refiere nuestra segunda hipótesis, pone de relieve que tanto variables relativas al personal y a los residentes como variables relativas a la situación de interacción, aparecen relacionadas. Una formación mayor por parte del personal (nivel de estudios y número de cursillos de especialización) y unas condiciones adecuadas de trabajo, relativas a horario (mantenimiento del mismo horario) y remuneración, correlacionan con una mayor tasa de interacciones de los miembros del personal hacia los residentes en ambos contextos. Estos resultados van en la línea de algunas de las variables reseñadas como influyentes en las interacciones, en los principales estudios revisados. Así, Tjosvold y Tjosvold (1983) citan el turno de los empleados como variable influyente y Rotegar y otros (1983) mencionan la satisfacción en el trabajo personal. Este efecto aparece también confirmado por el hecho de que en el colegio los profesores (que poseen un mayor nivel de preparación, un horario fijo y con menor número de horas de trabajo y una mayor remuneración) superan significativamente en tasa de interacciones a los miembros del personal de residencia.

Las actitudes que los miembros del personal manifiestan hacia los deficientes mentales también han sido señaladas como variable que influye en las interacciones (Tjosvold y Tjosvold, 1983). Sin embargo, en los datos que nosotros hemos obtenido apenas guardan relación con el nivel de interacciones, y en aquellos casos en los que la relación es significativa ésta es de signo negativo, es decir, que los miembros del personal que manifiestan verbalmente unas actitudes menos negativas hacia los deficientes mentales (Factores 2 y 4) son los que menos interacciones producen. Cabe pensar que esta discordancia de resultados se deba a algo tan debatido actualmente como la concordancia entre la actitud (verbalizada) y la conducta o simplemente al instrumento de evaluación utilizado en nuestra investigación.

Por lo que se refiere a las variables de los residentes/alumnos su demanda de atención es efectiva mediante la emisión de conducta no adecuada. Como se ha puesto de manifiesto en otros trabajos, la demanda de atención es una de las variables señaladas como más influyentes en la cantidad de interacciones que los residentes reciben por parte del personal (Prior y otros, 1979). En el ambiente residencial, aquellos residentes que provocan más episodios disruptivos son los que más interacciones reciben. Nuestros resultados muestran que la conducta no adecuada de los residentes puede estar mantenida por la atención que recibe del personal en el caso de que ésta se produzca, como han señalado algunos autores (Iwata, Bailey y Brown 1976; Seys y Duker, 1986). Otras variables de los residentes que se han mencionado por su influencia en la cantidad de interacciones que reciben, tales como la edad, el tiempo de estancia en la institución y el diagnóstico (Sason-Fisher y otros, 1978), no han resultado significativas en nuestra investigación aunque la tendencia apunta a las conclusiones señaladas en los trabajos citados de que a mayor edad, a mayor tiempo de estancia en la institución y a mayor nivel de deficiencia menos interacciones reciben los residentes. Estos resultados también pueden tener dos tipos de explicaciones alternativas, es posible que la ausencia de correlaciones significativas entre la edad y nivel de deficiencia con la cantidad de interacciones en nuestros datos de deba a las diferencias de partida de nuestros dos grupos de sujetos, provocadas por el hecho de trabajar en contextos naturales, o bien a que realmente estas diferencias sólo se manifiesten entre rangos de edad y nivel de deficiencia muy distintos entre sí.

También los parámetros de la situación influyen en la cantidad de interacciones que emite el personal. En el caso de la residencia, las situaciones que hemos denominado estructuradas, es decir aquellas en las que tanto los residentes como el personal tienen una tarea que realizar, la tasa de interacciones es significativamente menor que en las no estructuradas. En estas situaciones el personal se orienta hacia la realización de la tarea y

no a la interacción con los residentes, a pesar de que en la mayoría de las ocasiones ambas conductas no son incompatibles. En la situación no estructurada que hemos analizado, en la que no existe la presión de un tarea a realizar, la tasa de interacciones del personal se incrementa significativamente.

En el caso del colegio ocurre lo contrario. En las situaciones estructuradas, es decir las clases, la tasa de interacciones que los profesores emiten es significativamente mayor que la tasa emitida en la situación no estructurada (recreo). Este resultado es comprensible ya que la tarea educativa de este personal se realiza fundamentalmente a través de la interacción verbal con el alumno, independientemente de la calidad de esta interacción.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Prior y otros (1979) en cuyo estudio, realizado en un centro de entrenamiento para jóvenes deficientes mentales y por tanto con unas situaciones estructuradas más similares a las del colegio, el personal inicia mayor cantidad de interacciones en ambientes estructurados.

Por tanto nuestra segunda hipótesis también se cumple: la tasa de interacciones personal/residentes iniciadas por el personal, depende tanto de características personales de los grupos que participan como de variables situacionales. Hay que considerar que nuestras conclusiones están limitadas por el número de sujetos y situaciones utilizadas. Puede que este hecho haya impedido la manifestación de otros factores que en nuestro caso no han resultado significativos.

También la tercera hipótesis planteada se cumple. Así, el programa de entrenamiento aplicado resulta efectivo para el aumento de la cantidad y calidad de las interacciones iniciadas por el personal tanto en el contexto residencial como en el contexto educativo.

La tasa de interacciones emitida por el personal aumenta significativamente con la aplicación del entrenamiento en ambos contextos. En el seguimiento la tasa continua aumentando en el colegio mientras que se estabiliza en la residencia.

Estos resultados no pueden sorprendernos dado que el mantenimiento de los resultados de programas de habilidades sociales aplicados al personal ha aparecido en numerosos estudios (Quilich, 1975; Greene y otros, 1978; Seys y Duker, 1986).

La calidad de las interacciones definida, según nuestro planteamiento, como el porcentaje de interacciones calificadas como comentarios/conversación en cada sesión de

observación, también resulta incrementada con el entrenamiento en ambos contextos, incremento que se mantiene en el seguimiento.

Con respecto a esta variable sin embargo, los datos obtenidos van en dirección contraria a la que se refiere a la tasa de interacciones. Es decir, la calidad de la interacciones aumenta en la residencia más que en el colegio aunque la cantidad de interacciones aumente en mayor medida en el colegio.

Hemos de considerar que en el contexto educativo general, según los análisis de Flanders (1977), se produce gran cantidad de preguntas que estimulan una respuesta cerrada (preguntas breves) y normas restrictivas. En el caso de clases cuyos alumnos son deficientes mentales estas pautas parecen acentuarse. No obstante el entrenamiento incrementa las interacciones verbales calificadas como comentarios/conversación, que estimulan en mayor medida la participación del alumno.

La influencia del entrenamiento efectuado en la conducta de los residentes y de los alumnos (Hipótesis 3) se manifiesta fundamentalmente en la residencia aumentando su participación e iniciativa. En efecto el número de interacciones que inician los residentes aumenta como consecuencia de la aplicación del entrenamiento. En el contexto educativo, sin embargo, la participación de los alumnos es mucho menor. Así mientras los residentes aumentan significativamente la cantidad de interacciones que inician, el aumento de interacciones iniciadas por los alumnos no resulta significativo. Por otra parte en el seguimiento estas ganancias no se mantienen.

En la posible explicación de estos resultados habría que tener en cuenta nuevamente tanto variables personales como situacionales. En efecto, en el contexto de la clase la participación del alumno está más limitada por las oportunidades que le brinda el profesor. Por otra parte al considerar estos datos debemos tener en cuenta que en el colegio existe una proporción mayor de alumnos calificados como deficientes severos y profundos, cuyas capacidades de interacción son más limitadas.

La distribución de las interacciones iniciadas por el personal entre los residentes y los alumnos presentes en cada situación, también sufre modificaciones, de forma que los sujetos que reciben un porcentaje de interacciones superior a la media antes de la intervención tienden a disminuir las interacciones recibidas después del entrenamiento y aquellos que reciben un porcentaje de interacciones inferior a la media tienden a aumentarlo, en ambos contextos. La ordenación de residentes en función del porcentaje de interacciones que reciben, varía después del entrenamiento en ambos contextos, aunque en

residencia lo hace más a largo plazo. Existe por tanto una redistribución de las interacciones que emite el personal entre todos los residentes presentes en una situación dada.

En función de estos resultados podemos afirmar que el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales aplicado al personal de ambos contextos puede considerarse efectivo.

Además los efectos del entrenamiento aplicado suponen una disminución de las conductas problemáticas de los residentes y de los alumnos como exponíamos en nuestra cuarta hipótesis.

En efecto, se confirma que en el colegio los episodios de atención negativa del personal disminuyen significativamente con la aplicación del entrenamiento. En este contexto el número de episodios de atención negativa es mayor inicialmente que en el contexto residencial. En residencia se produce también una disminución de estos episodios pero que no llega a ser significativa.

En residencia la conducta inadecuada de los residentes disminuye significativamente con la aplicación del entrenamiento y esta disminución se mantiene en el seguimiento. En el colegio también se produce una disminución de esta conducta aunque no llega a ser significativa debido, según nuestra opinión, a su menor nivel en línea base.

Hay que hacer notar que estas disminuciones se producen a pesar de que los niveles de conducta inadecuada y atención negativa no son altos en comparación al porcentaje total de interacciones.

La vía indirecta de comprobación de esta disminución de conducta problemática, también la confirma. Así, el número de episodios de conductas disruptivas que se anotan en el libro de incidencias en residencia, durante la línea base, el entrenamiento y el seguimiento muestran un descenso significativo a partir de la aplicación del entrenamiento, disminución que continúa en el seguimiento.

La disminución significativa del número de episodios anotados en el libro de incidencias en el contexto residencial, implica una generalización a través de situaciones no implicadas en el entrenamiento.

En consecuencia la relación entre el aumento de interacciones que emite el personal y la disminución de conducta desadaptativa en los residentes queda comprobada.

Estos resultados concuerdan con los señalados en cuanto al efecto de los programas de entrenamiento del personal en el aumento de conducta adaptativa de los residentes (Seys y Duker, 1986; Parson y otros, 1989; Likins y otros, 1989) y la disminución de la conducta desadaptativa de los residentes (Burg y otros, 1979; Mace y Lalli, 1991).

En cuanto a la última hipótesis que planteamos sobre el cambio de actitudes del personal hacia los deficientes mentales, hemos de partir del hecho apuntado anteriormente de que, según nuestros resultados las actitudes manifestadas por el personal no parecen guardar relación significativa con la tasa de interacciones emitida por el mismo (solo correlacionan negativamente los factores 2 y 4). Existen diferencias en las actitudes del personal de residencia y colegio (según los análisis de covarianza efectuados). Estas diferencias se centran en la puntuación total y en los factores 4 y 5, especialmente en éste último. Esto implica que los profesores presentan unas actitudes menos negativas y más favorables a la integración, normalización y desinstitucionalización de los deficientes mentales.

Como efecto de la aplicación del entrenamiento al personal y la mejora de conducta de los residentes/alumnos, el cambio en las actitudes hacia los deficientes mentales se centra en el factor 2 (referido a tratamiento, control y vigilancia de los deficientes mentales), en el cual, el grupo de sujetos que ha recibido el entrenamiento aumenta sus puntuaciones en la segunda aplicación de la escala, mientras que el grupo considerado control, que no recibe entrenamiento, las disminuye. Es decir, la aplicación del programa disminuye significativamente la actitud negativa hacia los deficientes mentales en los aspectos relacionados con la necesidad de vigilarlos, controlarlos y segregarlos.

La puntuación total de la Escala de Actitudes no refleja diferencias significativas ni en el grupo entrenado ni en el grupo control, a pesar de la tendencia a un aumento de las actitudes positivas en el primero y una disminución en el segundo. Este hecho refleja la conveniencia de dividir la escala en factores independientes que puedan arrojar resultados más específicos.

En los factores 4 y 5 referidos a los aspectos más negativos de la conducta de los deficientes (peligrosidad, agresividad) y a los efectos de la institucionalización y necesidad de integración de los deficientes, el entrenamiento produce un aumento de las puntuaciones en el grupo experimental y una disminución en el grupo control aunque no llegan a resultar significativas. Esto podría hacernos pensar que, en cierta medida, el grupo que recibe el entrenamiento muestra una actitud más favorable hacia los deficientes mentales tras la intervención mientras que el grupo que no recibe el entrenamiento muestra una actitud

menos favorable hacia este colectivo. No obstante los resultados no pueden ser concluyentes en este sentido dado el número de sujetos que compone cada uno de los grupos.

Por otra parte, hemos de hacer notar que el cambio de actitudes es difícil de producir en tan corto periodo de tiempo como supone la aplicación de nuestro programa de entrenamiento. También hay que tener en cuenta la gran variabilidad de puntuaciones que se han dado entre los sujetos en la escala de actitudes. Todos estos factores pueden haber impedido la manifestación de cambios más notables en las actitudes del personal que recibe entrenamiento y sus diferencias con el grupo control.

Como resumen final podemos resaltar los siguientes puntos que nuestro trabajo confirma en relación al análisis de la situación de los deficientes mentales en un contexto residencial:

- a) Se produce una menor número de interacciones entre el personal y los residentes en un contexto residencial frente a un contexto escolar.
- b) Las interacciones entre personal y residentes se relacionan tanto con variables personales (de los miembros del personal y de los residentes) como con variables situacionales. Las variables que destacan por su relación con la tasa de interacciones son : formación del personal, mantenimiento del horario, remuneración, número de horas que trabajan por parte del personal; cantidad de interacciones iniciadas y episodios de atención negativa provocados en el personal por parte de los alumnos y residentes y grado de estructuración de la situación como variable situacional.
- c) Un entrenamiento específico dirigido al personal cuyos objetivos sean el aumento de la cantidad y calidad de las interacciones que dirigen a los residentes y/o escolares deficientes mentales aumenta significativamente la cantidad y calidad de las interacciones.
- d) Los efectos del entrenamiento sobre el personal para aumentar las interacciones se reflejan en el aumento de la conducta adaptativa (aumento de la cantidad de interacciones iniciadas) y la disminución de la conducta desadaptativa (episodios de conductas disruptivas) de los residentes.

En el programa empleado en nuestra investigación, se han utilizado las técnicas más frecuentes en este tipo de entrenamiento: instrucciones, modelado, feedback y refuerzo. Una de sus mayores ventajas consiste en proporcionar feedback en situación real, es decir, el entrenamiento se lleva a cabo en las situaciones en las que se pretende conseguir los

resultados, con lo cual se garantiza la posibilidad de la generalización de resultados a situaciones reales.

Este programa es fácilmente aplicable ya que no necesita medios técnicos sino un equipo supervisor, y no ha presentado problemas de aceptación por parte del personal con quienes se ha llevado a cabo. Además no produce interferencia en la realización de sus tareas habituales.

En definitiva resulta un medio eficaz y de fácil aplicación para la consecución del aumento de interacciones en contextos institucionales.

Nuestra investigación une la confirmación de estas hipótesis a la creación de instrumentos que nos han sido útiles en este trabajo y que, aún con limitaciones, pueden serlo para futuras investigaciones. Los instrumentos desarrollados son: Escala de Actitudes hacia los Deficientes Mentales, Escala de Valoración del Personal, Entrevista Estructurada para el personal que trabaja con deficientes mentales, Registro Observacional de las interacciones personal/residentes y Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales para la mejora de las interacciones, dirigido al aumento de las interacciones personal/residentes.

La validez de los resultados obtenidos está respaldada por la utilización de la observación como instrumento directo de recogida de datos.

Las limitaciones que este trabajo puede presentar, derivan del reducido número de sujetos y situaciones utilizadas, de la selección no aleatoria de los mismos, obligada por el trabajo en contextos naturales, que pueden influir en algunos de los efectos que se han intentado comprobar, y del uso de instrumentos no validados previamente.

Su mayor contribución, desde nuestro punto de vista, es que se orienta a la mejora de la calidad de vida de los deficientes mentales en cualquier contexto en el que estos sujetos se desarrollen.

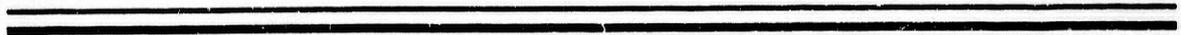
Así, independientemente de la adecuación o conveniencia de este tipo de instituciones residenciales y especiales, lo cierto es la existencia y permanencia en ellas de deficientes mentales y por consiguiente la obligación de analizar su calidad de vida y aquellas actuaciones que puedan ir encaminadas a mejorarla.

Las interacciones entre el personal y los residentes constituyen un aspecto que forma parte de la calidad de vida residencial como han puesto de manifiesto muchos autores (Ivancic y otros, 1980; Thousand y otros, 1986; Parsons y otros, 1987) y que puede ser analizado, registrado y modificado, como hemos intentado reflejar en este trabajo.

Es necesario no obstante ahondar en diversas cuestiones tales como:

- Análisis de las relaciones entre las variables personales y situacionales a la hora de influir en las interacciones entre el personal y los residentes.
- Comparación de la efectividad de resultados del entrenamiento en habilidades sociales al personal frente al entrenamiento a los deficientes mentales en un contexto institucional.
- Estudio del entrenamiento del personal como paso previo y facilitador del entrenamiento en habilidades sociales a los deficientes mentales.
- Revisión y evaluación de las actitudes del personal hacia los deficientes mentales y su posible modificación.

### **III. FIGURAS**



### **III. FIGURAS**



Figura 1 Media de interacciones entre personal y residentes en ambos contextos

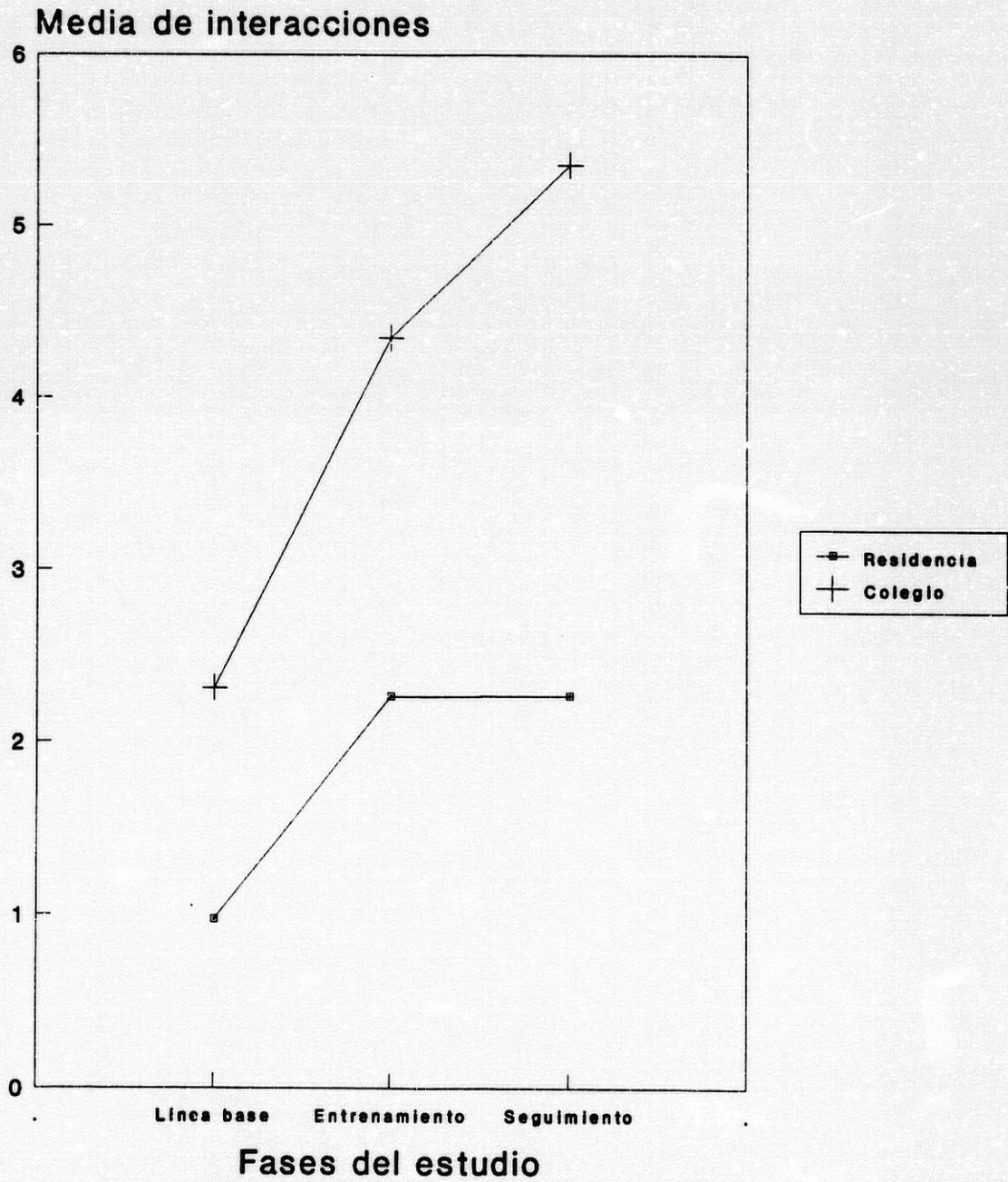


Figura 2 Porcentaje de comentarios/  
conversación en ambos contextos.

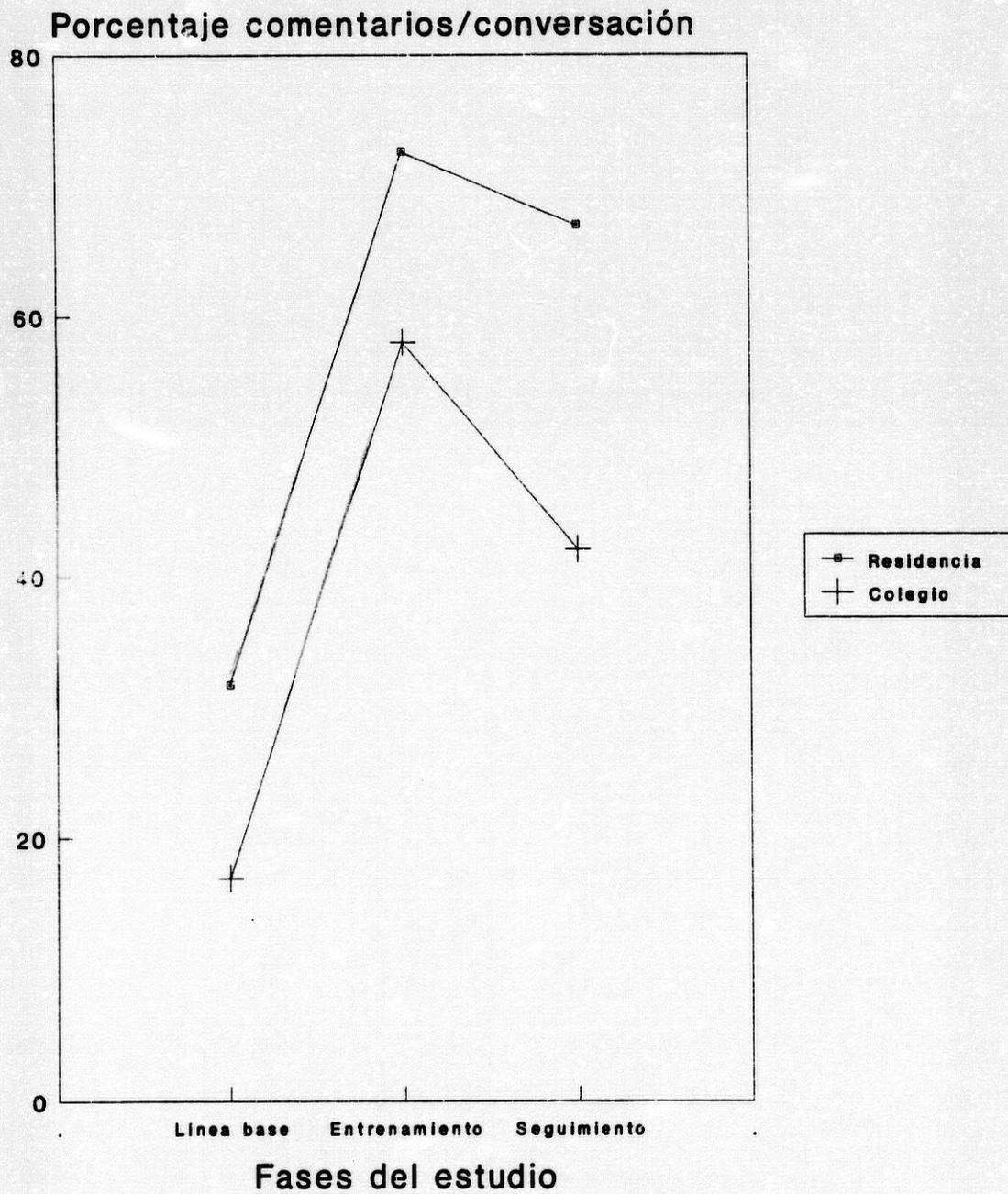


Figura 3 Porcentaje de interacciones iniciadas por residentes/alumnos

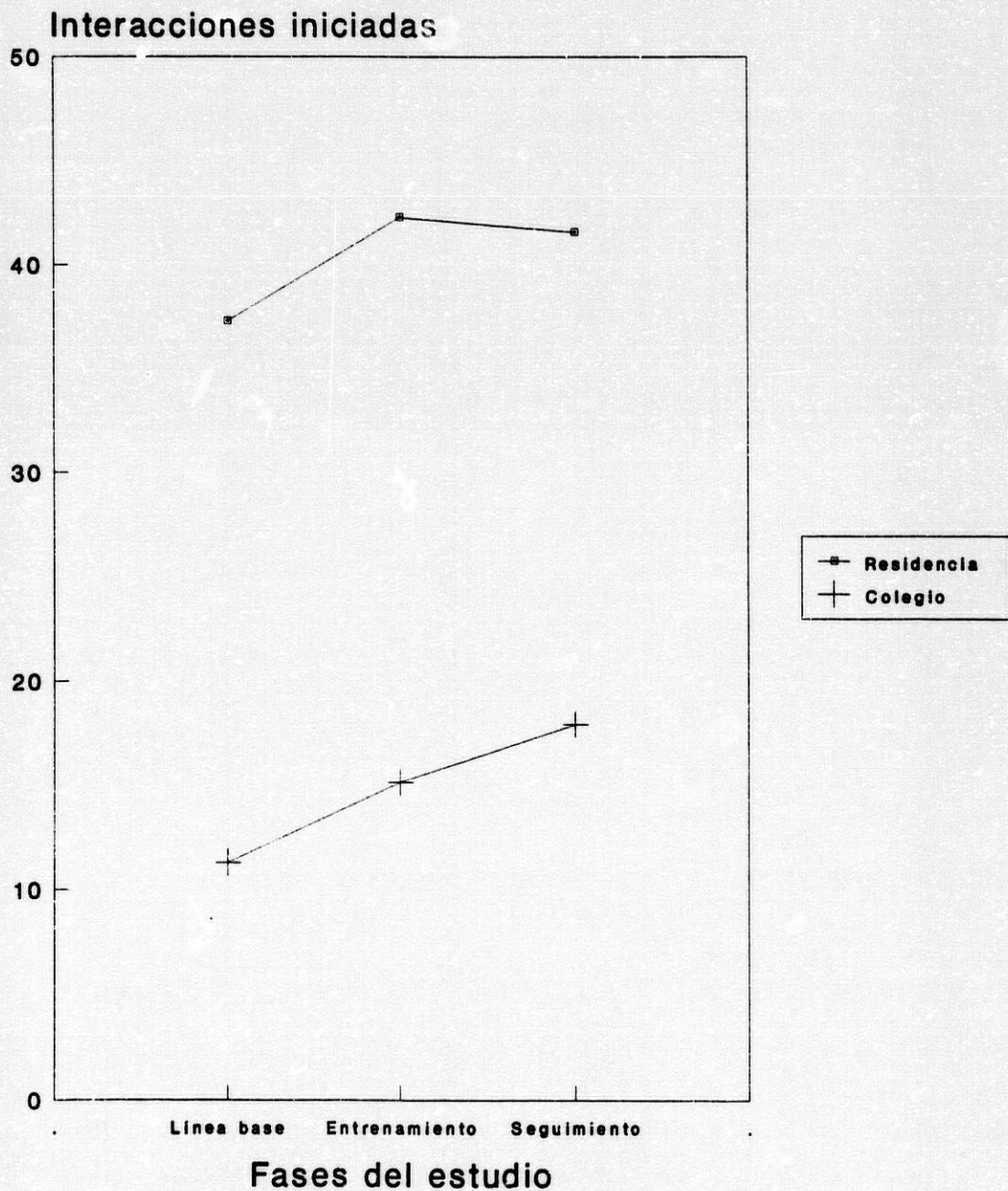


Figura 4 Media de episodios de atención negativa del personal en ambos contextos

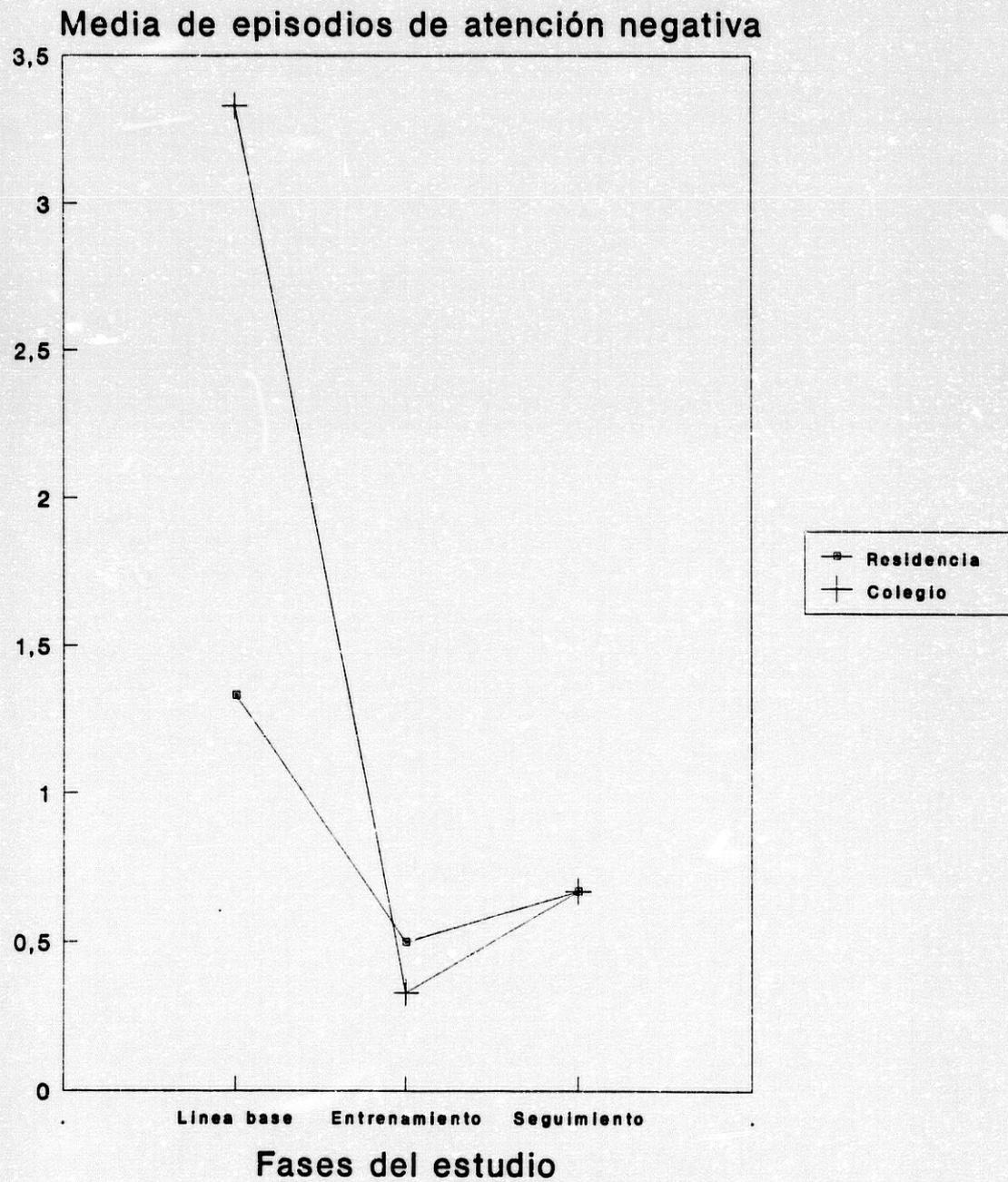
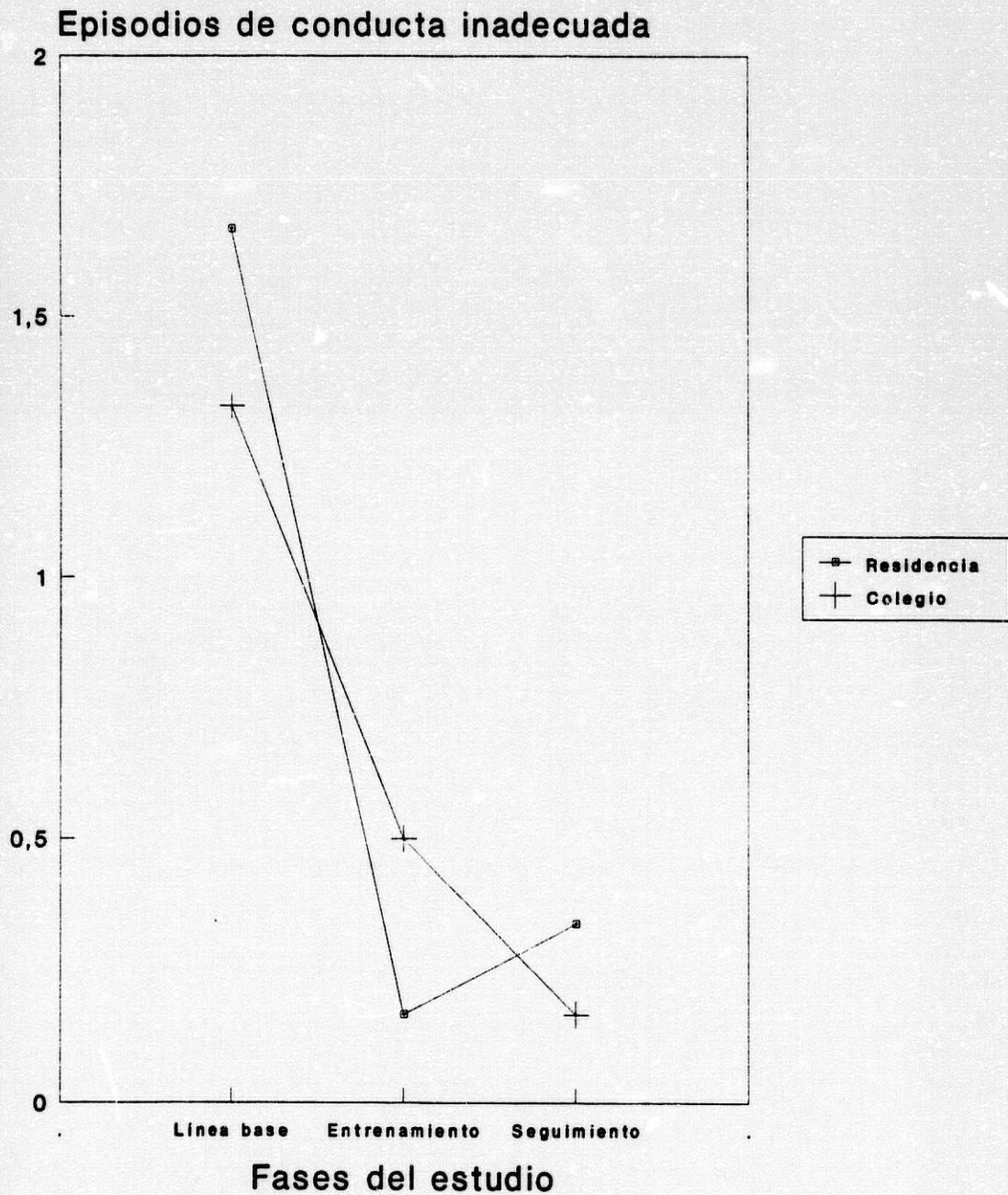


Figura 5 Media de episodios de conducta inadecuada de residentes/alumnos.



**Figura 6 Media de incidentes de conductas disrruptivas en residencia**

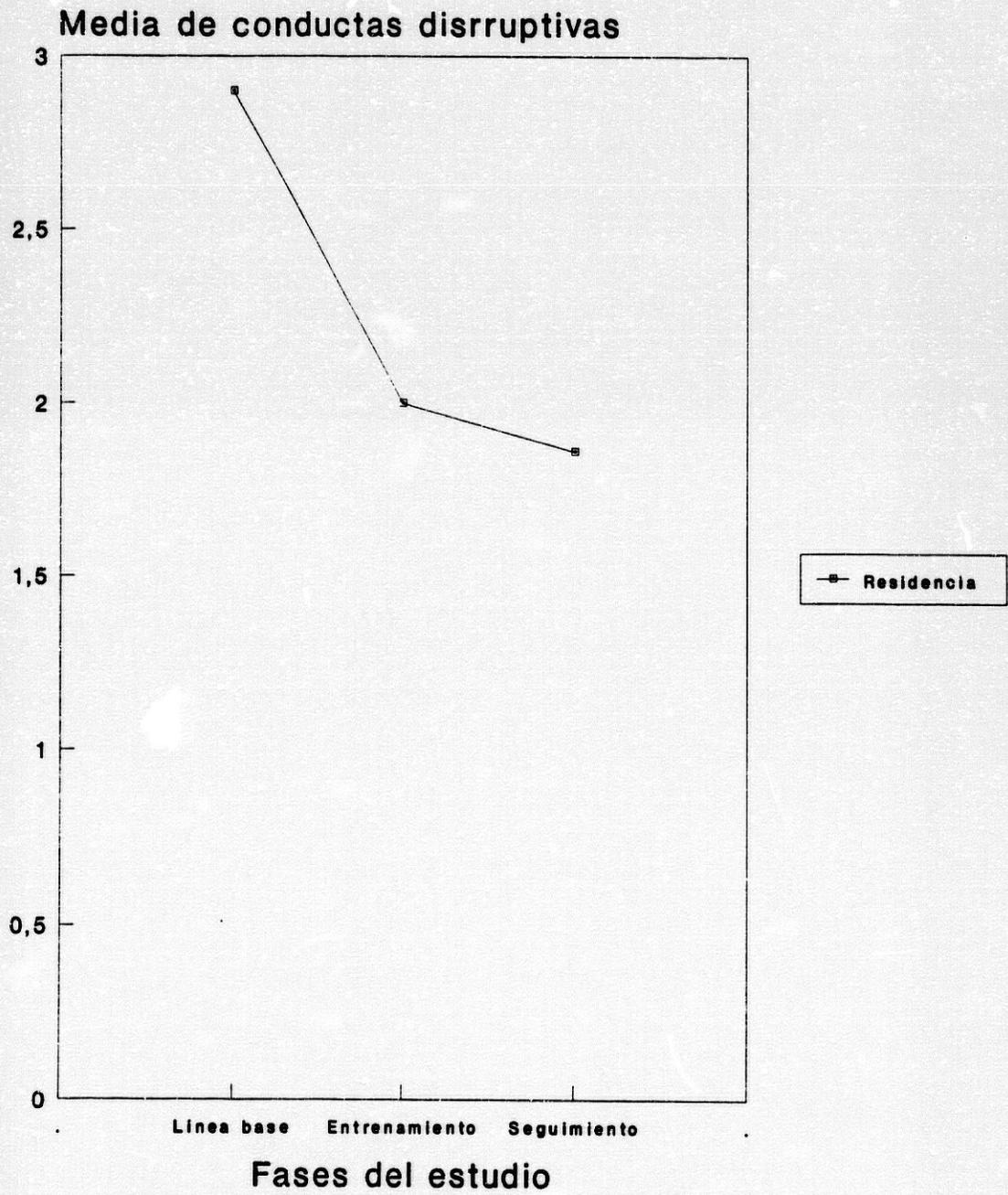


Figura 7 Puntuaciones totales medias en la Escala de actitudes

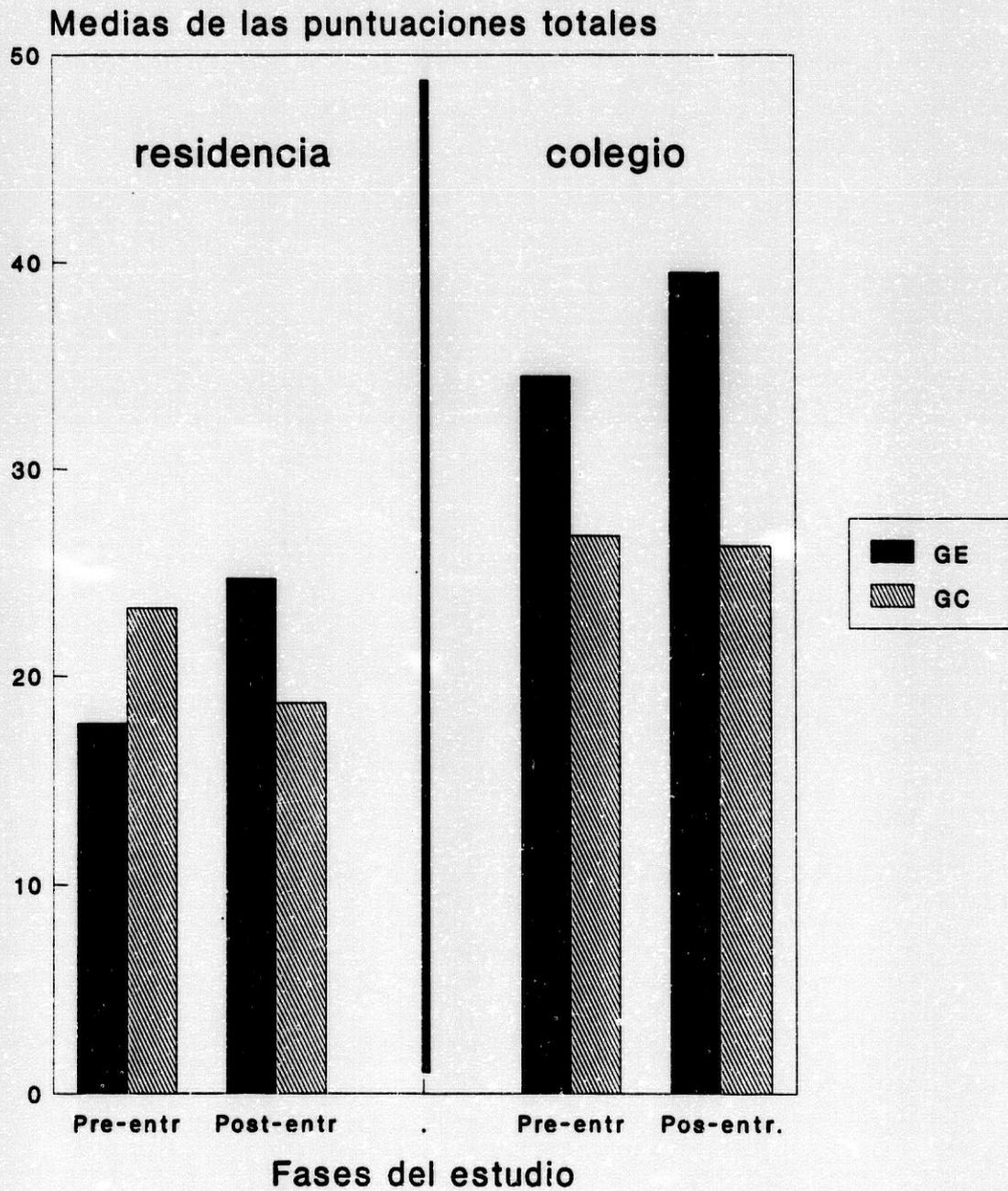


Figura 7a Puntuaciones medias del factor 1 de la Escala de Actitudes

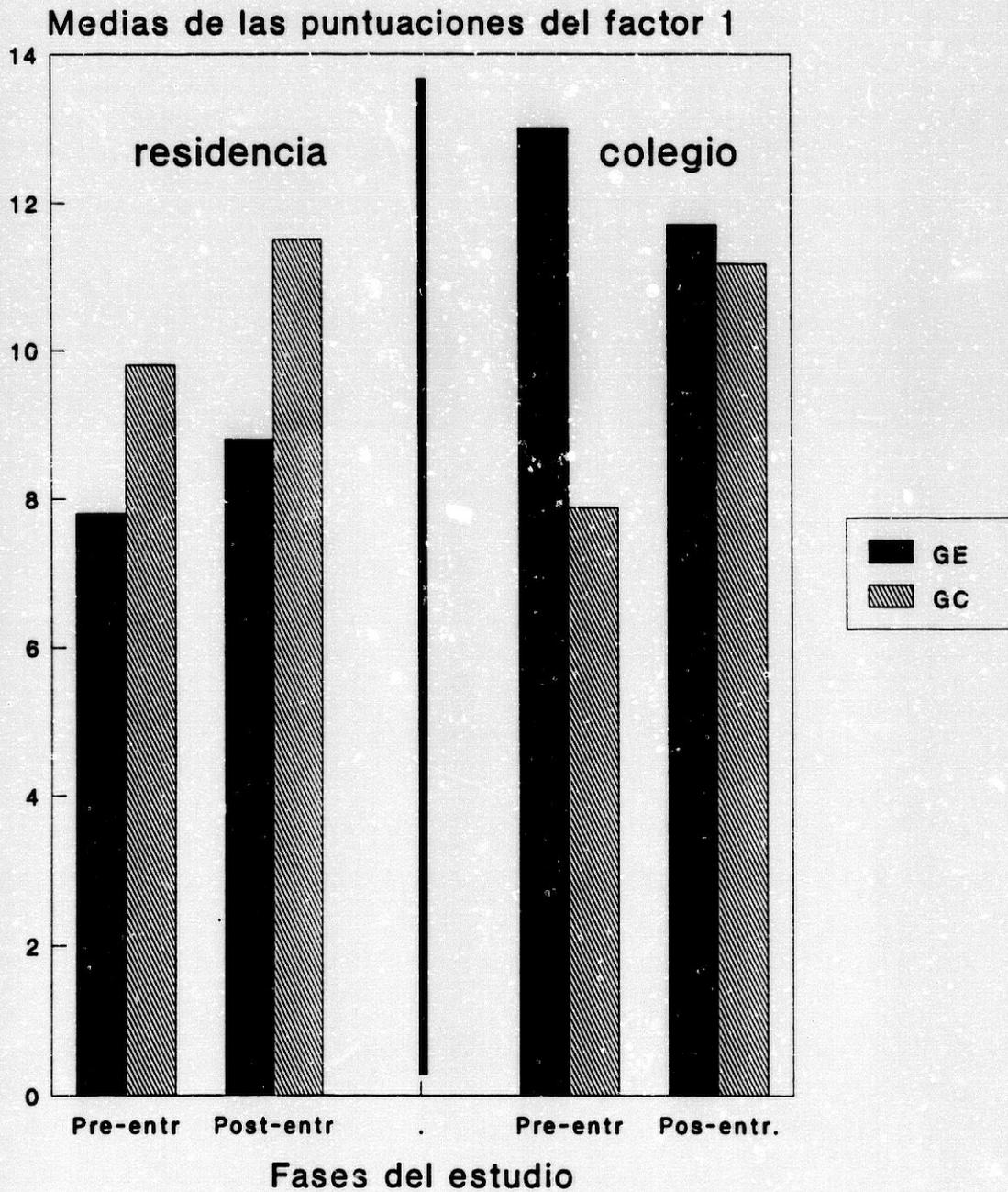


Figura 7b Puntuaciones medias del factor 2 de la Escala de Actitudes

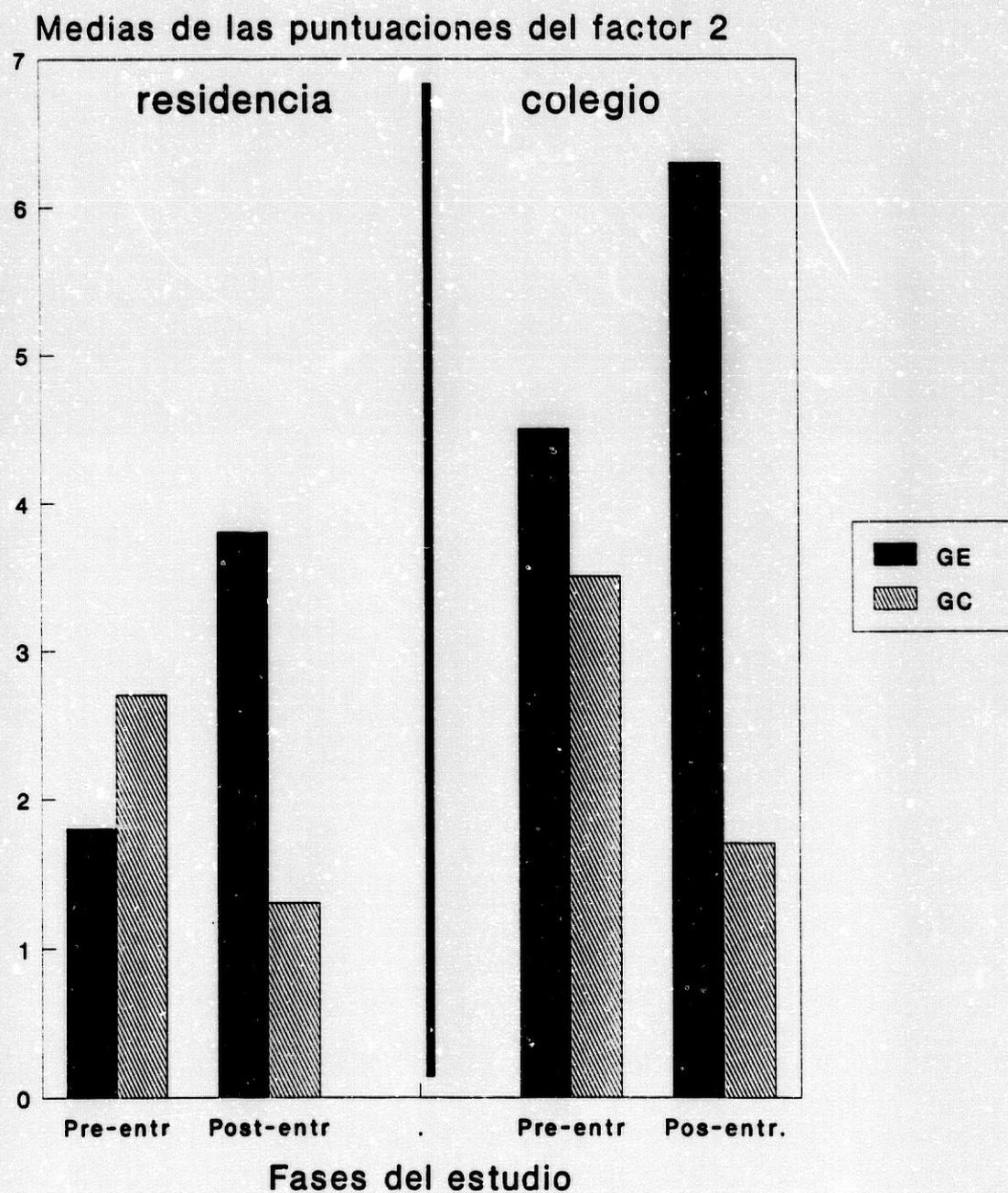


Figura 7c Puntuaciones medias del factor 3 de la Escala de Actitudes

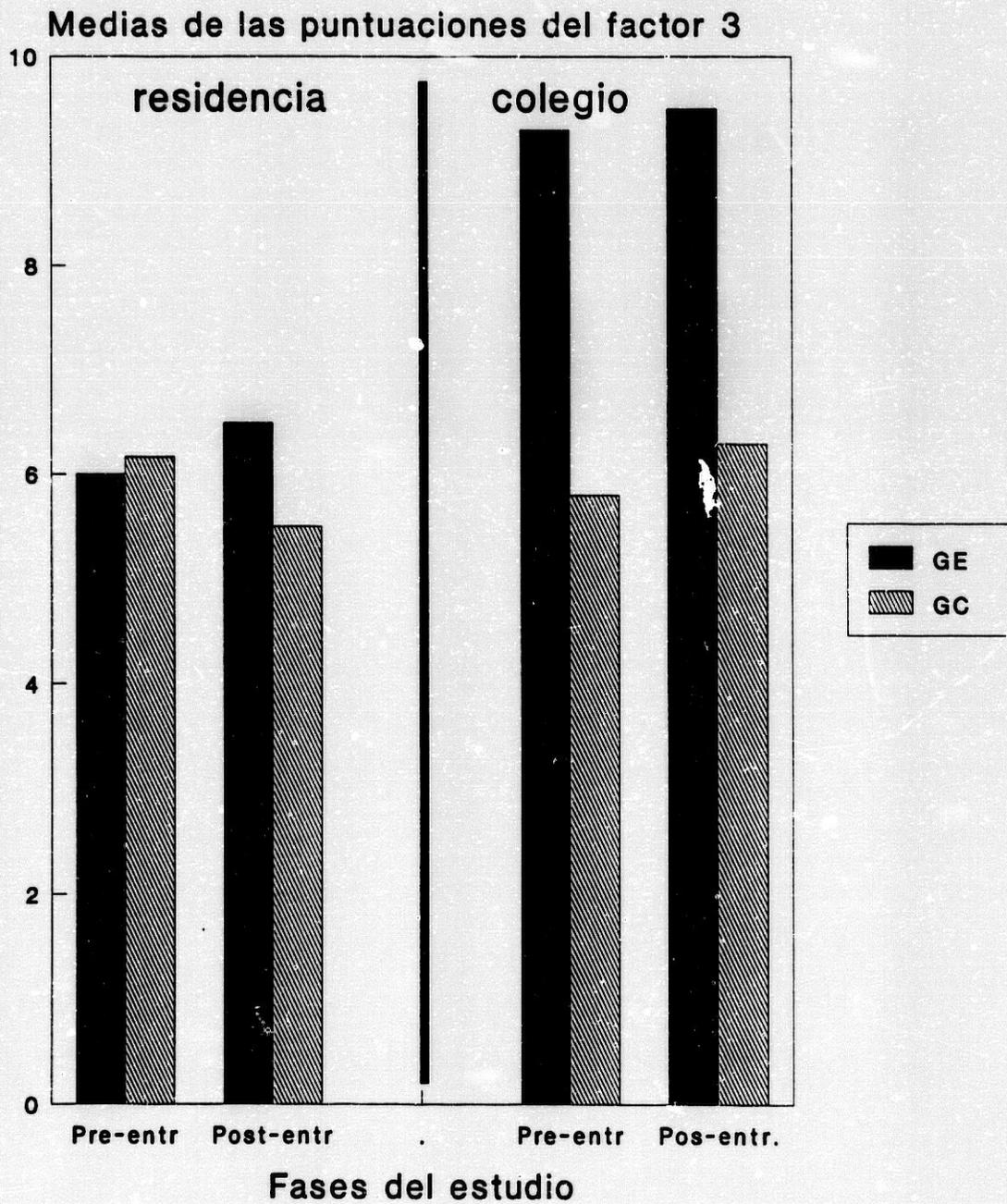


Figura 7d Puntuaciones medias del factor 4 de la Escala de Actitudes

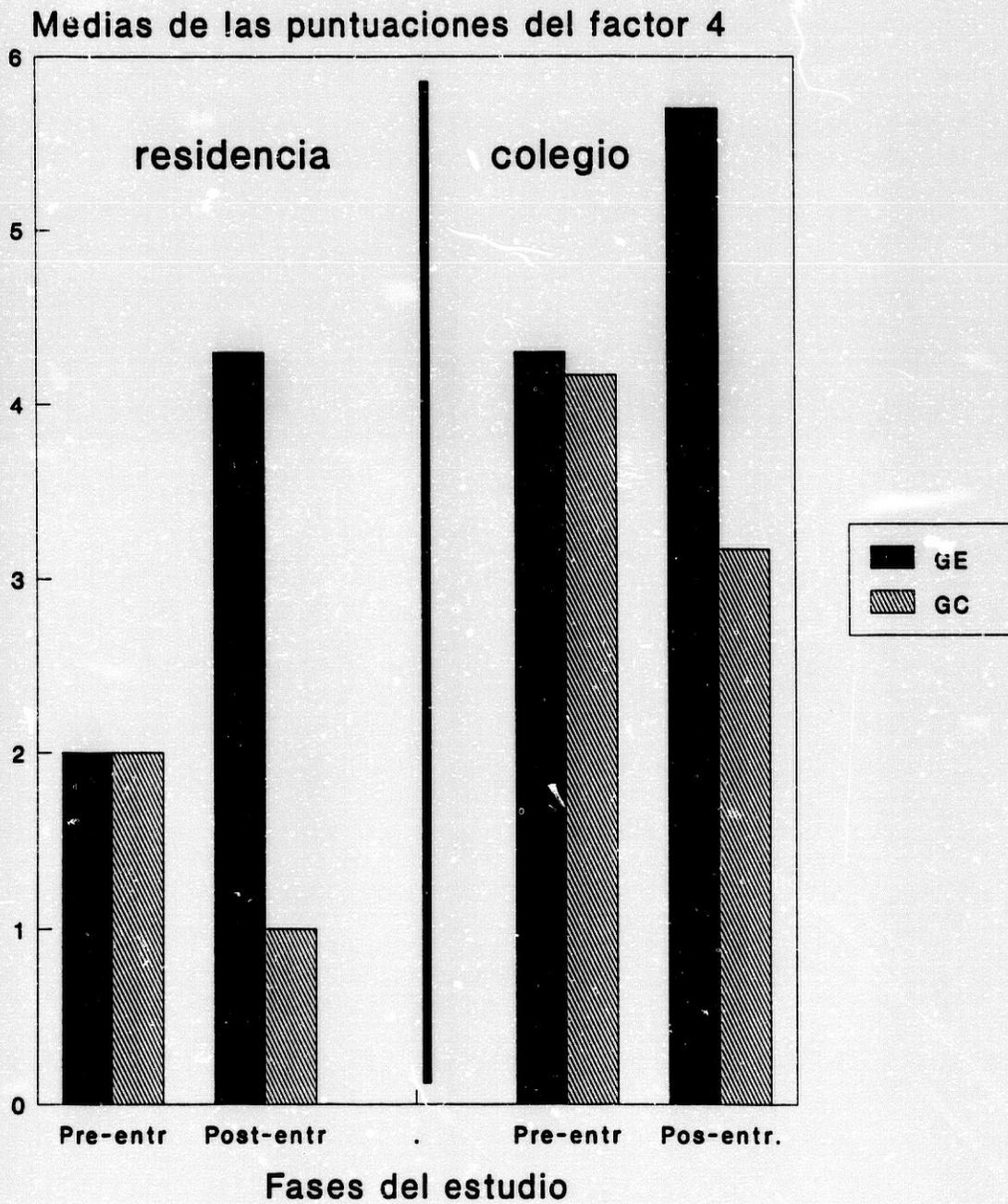
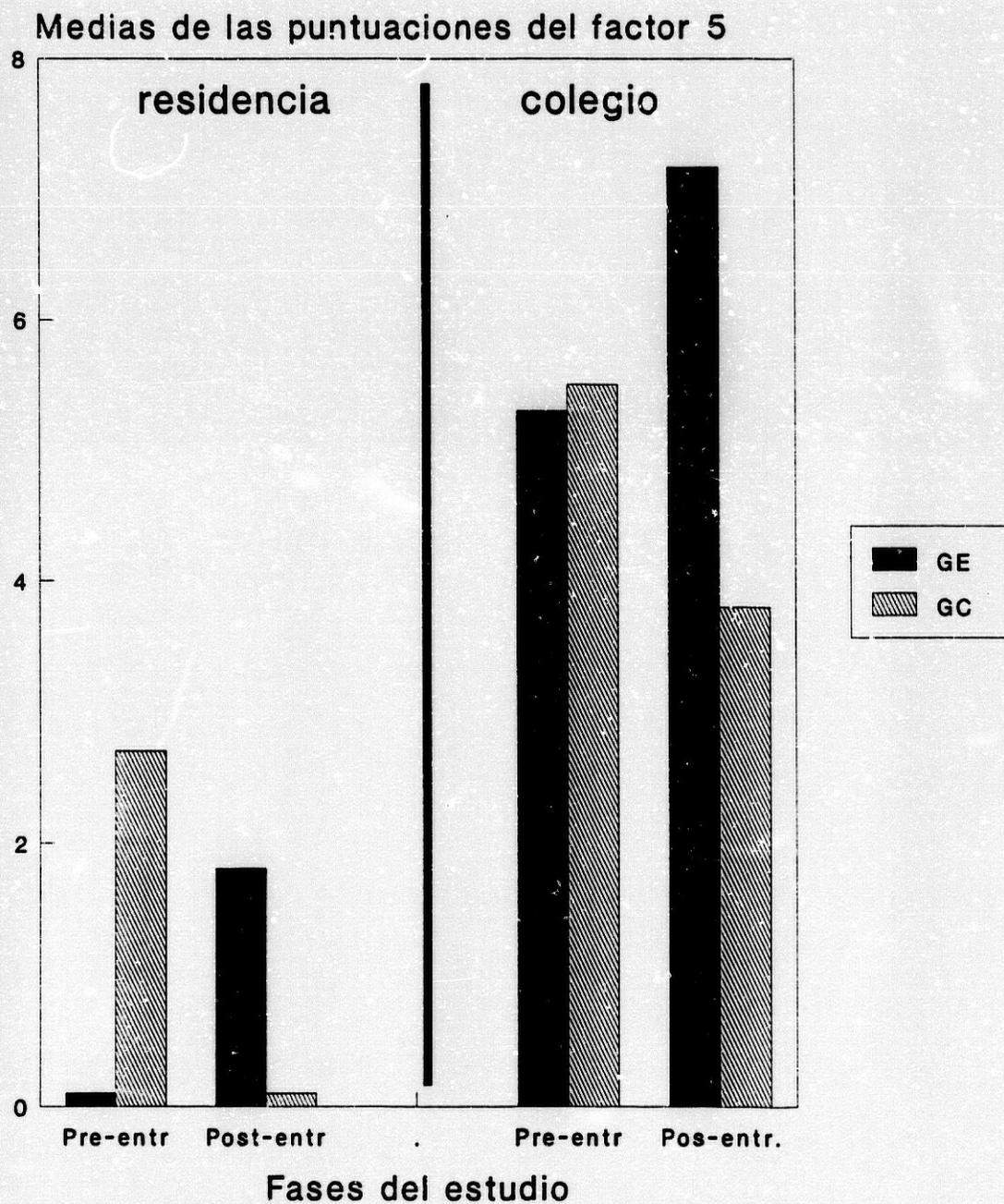


Figura 7e Puntuaciones medias del factor 5 de la Escala de Actitudes



## **IV. APÉNDICES**

---

---

**Distribución de los ítems por factores y peso de cada ítem en el factor correspondiente de la escala de actitudes hacia los deficientes mentales**

<b>FACTOR 1</b>	
<b>Item</b>	<b>Peso en el factor</b>
Las causas de la deficiencia mental son hereditarias o biológicas	.70
Hay muchas personas dispuestas a trabajar con deficientes mentales	.69
En las instituciones hay muchos deficientes mentales que deberían estar fuera	.65
Los deficientes mentales aprecian a las personas que les tratan bien	.58
La principal misión de una institución para deficientes mentales debe ser preparar el mayor número posible de enfermos para vivir fuera de ella.	.58
Los deficientes mentales agradecen mucho las muestras de afecto	.56
Los deficientes mentales son capaces de hacer amigos	.54
Lo único que se puede hacer por los deficientes mentales es satisfacer sus necesidades básicas (alimento, limpieza..)	.50
Los deficientes mentales viven aislados en su mundo	.47
Los deficientes mentales permanecen en las instituciones porque nadie quiere hacerse cargo de ellos.	.46
Las instituciones para deficientes mentales deberían ser más parecidas a un hogar	.45
En el trabajo con deficientes mentales la responsabilidad del cuidador es grande	.45
Un deficientes mentales nunca dejará de despertar recelo en los demás	.38
Las instituciones deben reservarse a los deficientes mentales incapaces de cuidar de sí mismos	.35
Los deficientes mentales pueden desarrollar con eficiencia tareas rutinarias	.35

FACTOR 2	
Item	Peso en el factor
Los deficientes mentales no comprenden las consecuencias de sus actos	.63
Los deficientes mentales tienen una mirada y un comportamiento extraños	.54
El tratamiento de los deficientes mentales no es todo lo efectivo que podría ser	.53
Es necesario apartar a los deficientes mentales de la sociedad	.53
Los deficientes mentales no deberían tener hijos	.52
Un éxito en el trabajo con deficientes mentales es difícil pero muy recompensante	.49
En las instituciones los deficientes mentales reciben mejor atención porque hay personas capacitadas para cuidarlos	.43
El trabajo con deficientes mentales está poco remunerado	.42
Los deficientes mentales crean muchos problemas cuando salen fuera de las instituciones	.33

FACTOR 3	
Item	Peso en el factor
Los deficientes mentales realizan muy pocas actividades en las instituciones	.66
La sociedad debería conocer más y mejor las instituciones para deficientes mentales	.61
El trabajar con deficientes mentales es muy duro	.60
Al tratar con deficientes mentales es muy deprimente ver cada día tanta desgracia	.57
Hay algunos tipos de deficientes mentales recuperables	.55
La falta de progreso de los deficientes mentales aumenta la desesperanza de quienes los cuidan	.52
A los deficientes mentales les gusta escuchar a los demás	.51
Los deficientes mentales son responsables de muchos crímenes cometidos	.47
Las instituciones para deficientes mentales son lugares tristes y aburridos	.43
Los deficientes mentales cambian muy rápidamente de un estado emocional a otro	.43
Es una labor caritativa cuidar a los deficientes mentales	.40
Los deficientes mentales deberían ser tratados como cualquier otro tipo de enfermos	.37
La vida de un deficientes mentales recuperado nunca será igual que antes de la enfermedad	.36

FACTOR 4	
Item	Peso en el factor
Se deben tener en cuenta las opiniones de quienes tratan diariamente a los deficientes mentales para organizar las instituciones	.58
Los deficientes mentales son más agresivos que las personas normales	.56
Las relaciones laborales prolongadas con los deficientes mentales producen inquietud constante y agotamiento	.54
No hay tratamientos efectivos para la deficiencia mental	.42
La duración de la jornada laboral con deficientes mentales no debería ser superior a 6 horas	.37
Los deficientes mentales suelen ser parecidos en su modo de actuar	.36

FACTOR 5	
Item	Peso en el factor
El tener a los deficientes mentales en un ambiente institucional no les beneficia nada	.61
A los deficientes mentales se les puede hablar como a personas normales	.54
Los deficientes mentales suelen tener reacciones exageradas ante sucesos sin importancia	.53
A los deficientes mentales les gusta participar en actividades que les distraigan	.52
A los deficientes mentales es fácil enseñarles ciertas habilidades mínimas para su cuidado personal	.51
Cuando un deficientes mentales pasa muchos años en una institución poco se puede hacer por él	.51
El trabajo con deficientes mentales tiene poco reconocimiento social	.42
Los deficientes mentales podrían llevar una vida normal si se les ayudase	.38
Habría que procurar que no existieran las instituciones para deficientes mentales	.37
Los deficientes mentales hacen cosas desagradables con la intención de molestar a los demás	.37
Los deficientes mentales se relacionan mejor con otros deficientes que con personas normales	.37
Cuanto más tiempo pasan los deficientes mentales en una institución mas aislados se muestran	.3

**Escala de valoración del personal**

- 1- Eficiencia en el trabajo: realización de tareas encomendadas, rapidez, quejas....

1	2	3	4	5
muy mal	mal	regular	bien	muy bien

- 2- Trato y relaciones con los pacientes: nivel de exigencia, cordialidad, amabilidad...

1	2	3	4	5
muy mal	mal	regular	bien	muy bien

- 3- Asistencia y puntualidad en el trabajo: número de días que no asiste, faltas de puntualidad....

1	2	3	4	5
muy mal	mal	regular	bien	muy bien

- 4- Capacidad de resolución de situaciones problemáticas: crisis, conductas disruptivas, estallidos de violencia....

1	2	3	4	5
muy mal	mal	regular	bien	muy bien

- 5- Interés por su formación y reciclaje: disposición a participar en actividades con estos objetivos, opiniones al respecto....

1	2	3	4	5
muy mal	mal	regular	bien	muy bien

- 6- Coordinación con otros compañeros y participación en actividades de grupo: disposición, experiencias realizadas...

1	2	3	4	5
muy mal	mal	regular	bien	muy bien

**Entrevista estructurada**

## 1- FORMACIÓN

a) Cargo que ocupa en este centro:

b) Nivel de estudios exigidos para este cargo:

*Primarios      Medios      Superiores*

c) Nivel de estudios que posee:

*Primarios      Medios      Superiores*

d) ¿Ha realizado algún otro trabajo anterior a éste?

*SI**NO*

Tipo de trabajo:

*Industria      Servicios      Agricultura      Liberal      Sanitario      Educación*

e) ¿Ha realizado algunos cursos de formación o especialización relacionados con su trabajo actual?

*SI**NO*

Indique los títulos, entidades organizadoras, duración.

La fecha de realización de estos cursos fue anterior o posterior a la iniciación del trabajo?

*Anterior**Posterior*

## 2- SATISFACCIÓN

- a) ¿Cuál es su actual horario de trabajo?
- b) ¿Se mantiene este horario permanentemente o existen cambios de horario?

*Se mantiene*                      *Existen cambios.*

¿En función de qué se producen los cambios?

- c) ¿Qué remuneración percibe por su trabajo?

*de 50.000 a 100.000*                      *de 100.000 a 150.000*  
*de 150.000 a 200.000*                      *más de 200.000*

- d) ¿Cómo considera la remuneración percibida por su trabajo?

*Insuficiente*      *Adecuada*      *Excesiva*

- e) ¿Cómo considera las relaciones entre las personas que trabajan en este centro y ocupan el mismo nivel profesional?

*Satisfactorias*                      *Se pueden mejorar*

¿Cómo considera las relaciones entre las personas que trabajan en este centro y ocupan distinto nivel profesional?

*Satisfactorias*                      *Se pueden mejorar*

- f) ¿En qué consiste el trabajo en este centro de los distintos profesionales?

¿Quién organiza el trabajo?

¿Cómo considera la organización del trabajo en este centro?

*Satisfactoria*                      *Se puede mejorar*

g) ¿Cuales son las principales dificultades en el trabajo que usted realiza?

Ordene los siguientes puntos en función de su conflictividad de mayor a menor:

*Turnos del personal u horarios*

*Relaciones con el personal*

*Relaciones con los residentes*

*Remuneración*

*Preparación del personal*

### 3- ELECCIÓN DEL TRABAJO

a) ¿Cómo fué el acceso a su trabajo actual?

*Oposición    Concurso    Contratación*

b) ¿Le ofrecieron este trabajo o lo buscó usted especialmente?

*Lo ofrecieron    Lo busqué*

c) En el momento de elegir este trabajo ¿tenía otras posibilidades laborales?

*SI ¿cuales?*

*NO*

d) ¿Porqué razones eligió usted este trabajo?

Señale las que sean ciertas en su caso,entre las siguientes:

- *proximidad al lugar de residencia*
- *era la única opción laboral que tenía*
- *por vocación*
- *me preparé para este tipo de trabajo*

4- FUTURO EN EL TRABAJO

a) ¿Cual es la probabilidad de que continúe usted ejerciendo este trabajo?

*alta media baja*

b) ¿De qué depende que continúe usted en el trabajo?

*De usted mismo De la asociación*

c) ¿Le gustaría continuar en este trabajo?

*SI NO*

d) Si pudiera elegir otro trabajo ¿qué le gustaría hacer?

*Industria Servicios Agricultura Liberal*  
*Sanitario Educación Otros*

5- SUGERENCIAS Y CAMBIOS

a) ¿Qué aspectos cree que deberían mejorar o cambiar en este tipo de centros. Señale entre las siguientes opciones:

- *organización del trabajo*
- *relaciones con los residentes*
- *preparación del personal*
- *actividades que realizan los residentes*

b) ¿Qué le satisface más de su trabajo? Elija una sola opción de entre las siguientes:

- *el progreso de los residentes*
- *las relaciones con los compañeros*
- *el saber que ayudo a personas discapacitadas*

¿Desea añadir algún comentario a esta entrevista?

**Hoja de registro observacional**

	Conducta Adecuada		Conducta Inadecuada		Conducta Neutra	
	Interacción	No interacción	Interacción	No interacción	Inactividad	Actividad sin propósito
<b>Atención Positiva</b>						
Instrucción/Pregunta						
Comentario/Conversación						
No verbal						
<b>Atención negativa</b>						
Instrucción/Pregunta						
Comentario/Conversación						
No verbal						
<b>No atención</b>						
En área						
Fuera de área						

## **V. BIBLIOGRAFÍA**

---

---

- ADAMS, G.L., TALLON, R.L. Y STANGL, J.M. (1980) Environmental influences on self-stimulatory behavior. *American Journal of Mental Deficiency*. 85 (2), 171-175.
- AGUADO, A. Y ALCEDO, M.A. (1990) Las estadísticas españolas de minusválidos físicos: una revisión crítica. *Análisis y Modificación de Conducta*. 16 (50), 507-543.
- AGUADO, C. Y MARTIN, E. (1985) Prevención una clave para la integración. *Papeles del Colegio de Psicólogos*. 4 (22-23), 14-16.
- AGUILERA, M.J.; ALVAREZ, K.; BABIO, M.; COLL, C.; ECHEITA, G.; GALAN, M.; MARCHESI, A.; MARTIN, E. Y MARTINEZ-ARIAS, R. (1990). *Evaluación del programa de integración escolar de alumnos con deficiencias*. Madrid: Centro de investigación, documentación y evaluación (M.E.C.).
- AINSWORTH, M.D. (1962) The effects of maternal deprivation: a review of findings and controversy in the context of research strategy. En *Deprivation of maternal care: a reassessment of its effects*. Geneva: World Health Organization.
- ALONSO, J. (1992a) Evaluación del potencial de cambio intelectual, aptitudinal y de aprendizaje. En R. Fernández Ballesteros *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide. pg 453-452.
- ALONSO, J. (1992b) Evaluación del desarrollo intelectual y social. En R. Fernández Ballesteros *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide. pg 207-243.
- ALONSO, J. (1992c) Evaluación de la inteligencia y las aptitudes desde el enfoque factorial. En R. Fernández Ballesteros. *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide. pg. 384-414.
- ALONSO, J. (1992d) Evaluación del conocimiento, la inteligencia y las aptitudes: aportaciones de la Psicología cognitiva. En R. Fernández Ballesteros, *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide. pg 415-452.
- ALONSO, J. (1992e) Evaluación de la inteligencia desde el enfoque Binet-Terman-Wechsler. En R. Fernández Ballesteros, *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide. pg 349-383.

- ANDERSON, D.J. LAKIN, K.C., HILL, B.K. Y CHEN, T. (1992) Social integration of older persons with mental retardation in residential facilities. *American Journal of Mental Retardation*. 96 (5), 488-501.
- ARBESU, A. (1988) Socialización y diseño ambiental de un centro específico de Educación Especial. *Siglo Cero*. N°117, 26-35.
- ARGYRIS, C. (1965) Exploration in interpersonal competence. *Journal of Applied Behavioral Science*. 1, 58-83.
- ARRANZ, M.L.; BUSTURRIA, M.T., CORRAL, C.; FERNANDEZ, A.; LOPEZ, M.L. Y MUÑOZ, P. (1985) La integración. Reflexiones sobre el Real Decreto. *Papeles del Colegio de Psicólogos*. IV (22-23), 10-13.
- ASHMAN, A.F. (1982) Coding, strategic, behavior and language performance of institutionalized mentally retarded young adults. *American Journal of Mental Deficiency*. 86 (6), 627-636.
- ASHMAN, A.F. (1988) Prevención o cura. *Siglo Cero*. N°119, 51-55.
- ASOCIACION DE MINUSVALIDOS FISICOS Y PSIQUICOS DE ALCOY (Ed) (1987) *Un pueblo por la integración: Familia, escuela, minusválidos*. Madrid.
- AZRIN, N.H. Y FOXX, R.M. (1971) A rapid method of toiled training the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 4 (2), 89-99.
- BAILEY, J. (1981) A rational search for the limiting conditions of habilitation in the retarded. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*. 1, 45-52.
- BAKER, B., SELTZER, G. Y SELTZER, M. (1977) *As close as possible: community residence for retarded adults*. Boston little, Brown & co.
- BALDWIN, J.M. (1906) *Mental Development in the child and the rad*. New York. McMillan.
- BALLA, D.A. (1976) Relationships of institutions size to qualite of care: a review of the literature. *American Journal of Mental Deficiency*. 81, 117-124.
- BALLA, D.A., BUTTERFIELD, E.C. Y ZIGLER, E. (1974) Effects of institutionalization on retarded children: a longitudinal cross-institutional investigation. *American Journal of Mental Deficiency*. 78, 530-549.
- BALLA, D.A. Y KLEIN, M.S. (1981) Levels for and taxonomies of enviroments for retarded persons. En H.C. Haywood y J.R. Newbrough (Ed) *Living enviroments for developmentally retarded persons*. Baltimore, University Park Press.
- BALTHAZAR, E.E. (1973) *Balthazar Scales of Adaptative Behavior*. BSAB-I: Scales of Functional Independence and BSAB-II: Scales of Social Adaptation. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.

- BANDURA, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change *Psychological Review*. 84 (2), 191-215.
- BANK-MIKKELSENS, N. E. (1969) A metropolitan area in Denmark, Copenhagen. En R.B. Kugel y W. Wolfensberger (Eds) *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*. President's Committee on Mental Retardation, Washington.
- BARRET, B.H. (1986) Análisis Conductual. *Siglo Cero*. N° 104, 40-63.
- BATES, P. (1980) The effectiveness of interpersonal skills training on the social skill acquisition of moderately and mildly retarded adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 13 (2), 237-248.
- BAUTISTA, D. Y PARADAS (1991) La deficiencia mental. En *Necesidades Educativas Especiales. Manual teórico-práctico*. Málaga: Aljibe. pgs 314-325.
- BAUTISTA, R. (1991) *Necesidades Educativas Especiales. Manual Teórico-práctico*. Málaga: Aljibe.
- BAYLEY, N. (1969) *Manual for the Bayley Scales of Infant Development*. Nueva York: The Psychological Corporation (Traducción castellana: *Escala Bayley de desarrollo infantil*. Madrid: TEA, 1977).
- BEAIL, N. (1985) The nature of interactions between nursing staff and profoundly multiply handicapped children. *Child: care, health and development*. 11, 113-129.
- BENDER, M. Y VALLETUTTI, P. (1983) *Programas para la enseñanza del deficiente mental*. Vol 3. Comunicación y Socialización. Barcelona: Fontanella.
- BENEDET, M.J. (1986) *Evaluación Neuropsicológica*. Bilbao: Declée de Brouver.
- BENEDET, M.J. (1991) *Procesos cognitivos en la deficiencia mental. Concepto, evaluación y bases para la intervención*. Madrid: Pirámide.
- BENNET, P.S. Y MALEY, R.F. (1973) Modification of interactive behaviors in chronic mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 6(4), 609-620.
- BERKSON, G. Y ROMER, D. (1980) Social ecology of supervised communal facilities for mentally disabled adults: I Introduction. *American Journal of Mental Deficiency*. 85 (3), 219-228.
- BERSANI, H.A. Y HEIFETZ, L.J. (1985) Perceived stress and satisfaction of direct-care staff members in community residences for mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*. 90 (3), 289-295.
- BIJOU, S.W. (1963) Theory and research in mental (developmental) retardation. *The psychological record*. 13, 95-110.

- BIJOU, S.W. (1966) A functional analysis of retarded development. En N.R. Ellis (Ed) *International review of research in mental retardation*. Vol.1 New York. Academic Press.
- BIJOU, S.W. (1988) Un punto de vista realista sobre el Retraso Mental: Implicaciones para la educación y el entrenamiento. En M.C. Luciano y J. Gil Roales-Nieto (Eds) *Análisis e intervención conductual en el retraso en el desarrollo*. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada, pg 7-24.
- BIJOU, S.W. Y BAER, D.M. (1977) *Psicología del desarrollo infantil. Teoría empírica y sistemática de la conducta*. México: Trillas.
- BIJOU, S.W. Y GRIMM, J.A. (1975) Behavioral diagnosis and assessment in teaching young handicapped children en T. Thompson. y Dockens (eds) *III Proceeding of the National Symposium on Behavior Modification*. New York. Academic Press, pg 161-180.
- BIJOU, S.W.; BIRNBRAUER, J.S.; KIDDER, J.D. Y TAGUE, C. (1966) Programmed instruction as an approach to teaching of reading. Writing and Arithmetic to Retarded Children. *The psychological Record*. 16, 505-522.
- BINET. A. Y SIMON, T. (1905) Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année Psychologique*. 11, 191-244.
- BLANCO, A. (1981) Evaluación de las Habilidades Sociales. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobes. *Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide, pg. 567-606.
- BLUMA, S.; SHEARER, M.; FROHMAN, A. Y HILLIARD, J. (1978) *Guía Portage de Educación Preescolar. Manual*. Wisconsin, Proyecto Portage.
- BORNTEIN, P.H., BACH, P.J., MCFALL, M.E., FRIMAN, P.C. Y LYONS, P.D. (1980) Application of a social skills training program in the modification of interpersonal deficits among retarded adults: a clinical replication. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 13 (1), 171-176.
- BOTELLA, C. Y MARTINEZ, A. (1987) Evaluación de contextos, habilidades sociales interpersonales y deficiencia mental. *Análisis y Modificación de Conducta*. 13 (36), 291-330.
- BROWN, A.L. Y CAMPIONE, J.C. (1986) Psychological Theory and the study of learning disabilities. *American Psychologists*. 14 (10), 1059-1068.
- BROWN, A.L.; CAMPIONE, J.C.; WEBBER, L.S. Y MCGILLY, K. (1992) Interactive learning environments: A new look at assessment and instruction. En B.R. Guilford

- y M.C. O'Connor (Eds). *Changing Assessment alternative views of aptitude achievement an instruction*. New York. Kluwer Academic Publishers, pg 121-211.
- BRUININKS, R.H. Y MCGREW, K.S. (1993) Panorámica de la conducta adaptativa dentro del retraso mental. En R.H. Bruininks y K.S. McGrew *Discapacidad y conducta adaptativa*. Bilbao: ICE, Universidad de Deusto.
- BRUNER, J.S. (1964) The course of cognitive growth. *American Psychologist*. 19, 1-15.
- BRUNET, O. Y LEZINE, I. (1978) *El desarrollo psicológico en la primera infancia*. Madrid: Pablo del Rio (original 1976).
- BUDOFF, M. (1967) Learning potential among institutionalized young adults retardates *American Journal of Deficiency*. 72 (3), 404-411.
- BUDOFF, M. (1974) *Learning potential and educability among the educable mentally retarded*. Final Report Proyect. No 312312. Cambridge M.A.:Research Institute for Educational Problems Cambrigde Mental Health Association.
- BURG, M.M., REID, D.H. Y LATTIMORE, J. (1979) Use of a self-recording supervision program to change institutional staff behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 12 (3) 363-375.
- BURT, C. (1958) The inheritance of mental ability. *American Psychologist*. 13, 1-15.
- BUTTERFIELD, E.C. (1967) The role of enviromental factors in the treatmen of institutionalized mental retardates. En A.A. Baumeister (Ed) *Mental retardation: Appraisal, education and rehabilitation*. Chicago: Aldine.
- CABADA, J.M. (1980) La Educación Especial: situación actual y expectativas. En J. Rioja Gomez (coord). *Educación Especial*. Madrid: Cincel, pg 13-43.
- CABALLO, V.E. (1988) *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- CABALLO, V.E. Y CARROBLES, J.A. (1988) Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 6 (2), 93-114.
- CALERO, M.D. (1986) Valoración del Programa de Entrenamiento Instrumental en una muestra de adolescentes andaluces. *Siglo Cero*. N° 106, 50-56.
- CALERO, M.D. (1990) La evaluación del Potencial de Aprendizaje: estado actual. *Revista de Educación*. 293, 399-413.
- CAMPIONE, J.C. Y BROWN, A.L. (1987) Hacia una teoría de la inteligencia: contribuciones a partir de la investigación con niños retrasados. *Siglo Cero*. N° 109, 44-54.

- CAMPIONE, J.C., BROWN, A.L. Y FERRARA, R.A. (1982) Mental retardation and intelligence. En R.J. Sternberg (Ed) *Handbook of human intelligence*. Cambridge University Press, pg. 392-420.
- CAMPLONCH, J.M. (1981) Evaluación del retraso mental. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carroble *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide, pg. 678-700.
- CARRASCO, I. (1984) El entrenamiento en aserción. En J. Mayor y F.J. Labrador. *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra, pg 431-477.
- CARROBLES, J.A. (1989) *Análisis y Modificación de Conducta*. Madrid: UNED.
- CARTLEDBE, G. Y MILBURN, J.F. (1980) *Teaching social skills to children*. New York: Pergamon.
- CARUSO, D.R. Y HODAPP, R.M. (1988) Perception of mental retardation and mental illness *American Journal of Mental Retardation*. 93 (2), 118-124.
- CASATI, I. Y LEZINE, I. (1968) *Les étapes de l'intelligence sensori-motrice de L'Enfant*. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- CASE, R. (1985) *Intellectual Development: Birth to Adulthood*. Londres, Academic Press. (Traducción castellana: *El desarrollo intelectual: del nacimiento a la edad madura*. Barcelona: Paidós, 1989).
- CASTLES, E.E. Y GLASS, C.R. (1986) Training in social and interpersonal problem-solving skills for mildly and moderate mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*. 91 (1), 35-42.
- CATELL, R.B. (1971) *Abilities, their structure, growth and action*. Boston, Houghton Mifflin.
- CATON, D.J., GROSSNICKLE, W.F., COPE, J.G., LONG, T.E. Y MITCHELL, C.C. (1988) Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. *American Journal of Mental Retardation*. 93 (3), 300-304.
- CLARKE, A.D.B. Y CLARKE, A.M. (1976) *Early experience: myth and evidence* Londres: Open Book.
- CLARKE, A.D.B. Y CLARKE, A.M. (1981) Evaluación y Predicción en retrasados severos. *Siglo Cero*. N° 75, 42-52.
- CLARKE, A.D.B.; WALD, I.; BEASLEY, D.M.G. Y BEGAB, M.J. (1984) La prevención de la deficiencia mental. *Siglo Cero*. N°93, 12-23.
- CLEMENTE, R.A. Y NAVARRO, F. (1990) La interacción comunicativa entre adultos y niños down. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 43 (3), 385-391.

- COBO, P. (1988) Los derechos de las personas con minusvalías en la Constitución Española. En *Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad*. Actas del Congreso de Viena. Madrid: INSERSO.
- CONE, J.D. (1981) *West Virginia Assessment and Tracking System*. West Virginia University.
- CONROY, J., EFTHIMION, J. Y LEMANOWICZ, J. (1982) A matched comparison of the developmental growth of institutionalized and deinstitutionalized mentally retarded clients. *American Journal of Mental Deficiency*. 86 (6), 581-587.
- COOPER, M.L., THOMPSON, C.L. Y BAER, D.M. (1970) The experimental modification on teacher attending behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis* 3 (2), 153-157.
- COORDINACION PROVINCIAL DE EDUCACION ESPECIAL E INTEGRACION (1990). *Un nuevo marco para la educación especial: la reforma del sistema educativo y las necesidades educativas especiales*. Sevilla: Delegación Provincial de Educación y Ciencia de Sevilla.
- CORTE, H.E., WOLF, M.M. Y LOCKE, B.J. (1971) A comparison of procedures for eliminating self-injurious behavior of retarded adolescent. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 4 (3), 201- 213.
- COSSAIRT, A., HALL, R.V. Y HOPKINS, B. (1973) The effects of experimenter's instructions, feedback and praise on teacher praise student attending behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 6 (1), 89-100.
- CULLEN, C., BURTON, M., WATTS, S. Y THOMAS, M. (1983) A preliminary report on the nature of interactions in a mental- handicap institution. *Behaviour Research & Therapy*. 21 (5), 579- 583.
- CUÑADO, A.; GIL, F. Y GARCIA, M. (1992) Habilidades sociales en la relación del profesional sanitario con pacientes quirúrgicos. En F.Gil, L. Jarana y J.M. León *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Eudema Ediciones, pg 139-146.
- CUTTLE, (1989). La residencia de cuidados sustitutivos de base comunitaria. Cómo encontrar un lugar en el sistema. En Salisbury, C.L. *Cuidados sustitutivos: servicios de apoyo para las personas con discapacidades*. Madrid: INSERSO.
- DAS, J.P. (1983) Déficit intelectual. *Siglo Cero* N° 86, 12-16.
- DAS, J.P.; KIRBY, J. Y HARMAN, R.P. (1979) *Simultaneous and successive cognitive processes*. New York. Academic Press.
- DASH, U.N. (1983) Conducta estratégica en los deficientes mentales. *Siglo Cero*. N° 86, 42-47.

- DAVIES, R.R. Y ROGERS, E.S. (1985) Social Skills training with persons who are mentally retarded. *Mental Retardation*. 23 (4), 186-196.
- DE KOCK, U., MANSELL, J., FELCE, D. Y JENKINS, J. (1984) Establishing appropriate mealtime behaviour of a severely disruptive mentally handicapped woman. *Behavioural Psychotherapy*. 12 (2), 163-174.
- DE LA VEGA, J.R. Y SANTIAGO, R. (1990) Evaluación de un entrenamiento cognitivo-conductual para mediadores ATS-DUE de enfermos drogodependientes con SIDA. *Revista de Psicología de la Salud*. 2 (1-2), 65-80.
- DELAMONT, S. (1984) *La interacción didáctica*. Madrid: Cincel-Kapeluz.
- DIEZ LOPEZ, E. (1988) *Intervención cognitiva y mejora de la inteligencia*. Madrid. Universidad Complutense.
- DIMITRIEV, V. Y HAYDEN, A.H. (1977) *Programs for Down's syndrome children: A model for replication*. Model Preschool Center for handicapped children, Experimental Education Unit, Child Development and Mental Retardation Center. Washintong: University of Washington.
- DIPUTACION PROVINCIAL DE JAEN. PATRONATO DE BIENESTAR SOCIAL (Ed). (1988) *Proyecto provincial de casas-hogares*. Jaén.
- DIPUTACION PROVINCIAL DE MALAGA (Ed) (1987) *Guía del minusválido*. Málaga
- DOLL, E.A. (1965) *Vineland Social Maturity Mental Scales*. (Condensed Manual of Direction) American Guidance Services, Hd.
- DONALDSON, J. (1980) Changing Attitudes toward handiccaped persons: A review and analysis of research. *Exceptional Children*. 46, 504-514.
- DONALDSON, J. (1987) Cambio de actitudes hacia las personas deficientes. *Siglo Cero*. N° 112, 30-38.
- DUEÑAS, M.L. (1990) Revisión de investigaciones sobre integración escolar: principales resultados y orientaciones. *Revista de Educación*, 291, 291-301.
- D'ZURITA, T.J. Y GOLFRID, M.R. (1971) Problems solving and behavior modification *Journal of abnormal psychologist*. 78, 107-126.
- ECHEITA, G. Y MARTIN, E. (1990) Interacción social y aprendizaje. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (comps) *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial, pg. 49-67.
- ELLIS, N. (1971) *International review of research in mental retardation*. V.5. N. York: Academic Press.
- ELLIS, N. (1981) On training the mentally retarded. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*. 1, 99-108.

- EMERSON, E., TOOGOOD, A.; MANSELL, J.; BELL, C.; BARRET, S.; CUMMING, R. y MCCOOL, C. (1987) Challenging behaviour and community services: 1. Introduction and overview. *Mental Handicaps*. 15 (4), 166-169.
- ESPINOSA, M.J.; COLOM, R. Y FLORES, V. (1992) *Contexto y retraso mental: sistema de evaluación de centros para sujetos con retraso mental*. Madrid: CIDE. Centro de Publicaciones del M.E.C.
- ESPINOSA, M.J.; MARQUEZ, M.O. Y RUBIO, V. (1988) Evaluación conductual en el retraso mental. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carroble. *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide, pg. 671-717.
- ESPINOSA, J.; MARQUEZ, M.O. Y RUBIO, V. (1985) El papel del psicólogo en centros para sujetos con retraso mental. *Papeles del Colegio de Psicólogos*. IV (22-23), 24-34.
- ETZEL, B.C.; LEBLANC, J.M.; SCHILMOELLAR, K.J. Y STELLA, M.E. (1983) Procedimientos para el control del estímulo en la educación de niños pequeños. En S.W. Bijou y R. Ruiz *Modificación de conducta: problemas y limitaciones*. México, Trillas.
- EYBERG, S. (1988) Parent-child interaction therapy: integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*. 10 (1), 33-45.
- EYMAN, R.K. Y ARNDT, S. (1982) Life-Span development of institutionalized and community-based mentally retarded residents. *American Journal of Mental Deficiency*. 86 (4), 342-350.
- EYSENCK, H.J. (1979) *The structure and measurement of intelligence*. New York. Springer-Verlag. (Traducción: Estructura y medición de la inteligencia. Barcelona: Herder, 1983).
- FABRY, P.L. Y REID, D.H. (1978) Teaching foster grandparents to train severely handicapped persons. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 11 (1), 111-123.
- FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES PROSUBNORMALES. (Ed.) (1982) *La asistencia a las personas con deficiencia mental profunda*.
- FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES PROSUBNORMALES. (Ed.) (1986) *Modelos residenciales para deficientes mentales*.
- FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES PROSUBNORMALES. (Ed.) (1989) *Modelos residenciales para deficientes mentales. Viviendas en pisos*.
- FELCE, D., DE KOCK, U. MANSELL, J. Y JENKINS, J. (1984) Providing systematic individual teaching for severely disturbed and profoundly mentally handicapped adults in residential care. *Behaviour Research and Therapy*. 22(3), 299-309.

- FELCE, D., DE KOCK, U. Y REPP, A.C. (1986) An eco-behavioral analysis of small community based houses and traditional large hospitals for severely and profoundly mentally handicapped adults. *Applied Research in Mental Retardation*. 7, 393-408.
- FELCE, D., KUSHLICK, A. Y MANSELL, J. (1980) Evaluation of alternative residential facilities for the severely mentally handicapped in Wessex: client engagement. *Advances in Behavior Research and Therapy*. 3 (1), 13-18.
- FERNANDEZ, A. (1991) La evaluación psicopedagógica en el marco de la intervención del sector. *Papeles del Psicólogo*. N° 51, 45-50.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1982) *Evaluación de contextos*. Congreso de Psicología de la intervención. Murcia. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1987) *El ambiente. Análisis Psicológico*. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1992) Los autoinformes. En R. Fernández Ballesteros (Ed.) *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide, pg. 218-251.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. Y CARROBLES, J.A. (1988) *Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- FEUERSTEIN, R. (1977) Mediated learning experience: A theoretical basis for cognitive human modifiability during adolescence. En P. Mittler (Ed) *Research to practice in mental retardation. Education and training, vol II*. Baltimore: University Park Press. pg 105-115.
- FEUERSTEIN, R. (1986) Experiencia de aprendizaje mediado. *Siglo Cero*. N° 106, 28-32.
- FEUERSTEIN, R. (1987) La teoría de la modifiabilidad cognitiva estructural. *Siglo Cero*. N° 110, 48-53.
- FEUERSTEIN, R.; RAND, Y. Y HOFFMAN, M.B. (1979) *The dynamic assessment of retarded performers The learning Potential Assessment Device: Theory, Instrument and techniques*. Baltimore. University Park Press.
- FICHTER, M.N., WALLACE, C.J., LIBERMAN, R.P. Y DAVIS, J.R. (1976) Improving social interaction in a chronic psychotic using discriminated avoidance (nagging): experimental analysis and generalization. *Journal of Applied Behaviour Analysis*. 9 (4), 337-386.
- FIERRO, A. (1981) Investigaciones sobre los efectos de la institucionalización en los retrasados mentales. *Infancia y Aprendizaje*. 16, 71-79.
- FIERRO, A. (1983 a) Modelos cognitivos, procedimientos operantes *Siglo Cero*. N° 87, 25-29.

- FIERRO, A. (1983 b) Inteligencia y retraso mental: el enfoque procesual y microanalítico *Siglo Cero*. N°86, 48-57.
- FIERRO, A. (1984) La integración educativa en escolares diferentes. *Siglo Cero*. N°94, 12-23.
- FIERRO, A. (1985a) Marginación e integración educativa. *Papeles del Colegio de Psicólogos*. N° 22-23, 4-9.
- FIERRO, A. (1985b) La integración educativa en escolares diferentes. En *La integración de! niño disminuido en la escuela ordinaria*. Madrid. CEPE.
- FIERRO, A. (1987a) Marginación e integración del deficiente mental. *Siglo Cero*. N°114, 36-38.
- FIERRO, A. (1987b) El paradigma test-entrenamiento-retest en estrategias cognitivas de personas con retraso. *Siglo Cero*. N° 109, 26-39.
- FIERRO, A. (1988a) La educación especial hoy. *Siglo Cero*. N° 117, 20-25.
- FIERRO, A. (1988b) La persona con retraso mental en Ochaita, E.; A. Rosa; A. Fierro, J. Alegría y J. Leybaert. *Alumnos con necesidades educativas especiales. Reflexiones sobre educación y desarrollo*. Madrid: M.E.C Editorial Popular, pg. 60-100.
- FIERRO, A. (1989) Educación especial y curriculum. *Siglo Cero*. N° 121, 46-49.
- FIERRO, A. (1990a) Los niños con retraso mental. En A. Marchesi,; C. Coll y J. Palacios (comps) *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial. pg. 267-275.
- FIERRO, A. (1990b) La escuela frente al déficit intelectual. En A. Marchesi; C. Coll y J. Palacios (comps) *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial, pg. 277-290.
- FIERRO, A. (1991) Prólogo a M. J. Benedet *Procesos cognitivos en la deficiencia mental. Concepto, evaluación y bases para la intervención*. Madrid: Pirámide.
- FLANDERS, N.A. (1977) *Análisis de la interacción didáctica*. Salamanca: Anaya.
- FOXX, R.M., McMORROW, M.J., BITTLE, R.G. Y NESS, J. (1986) An analysis of social skills generalization in two natural settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 19 (3), 299-305.
- FOXX, R.M., McMORROW, M.J. Y SCHLOSS, C.N. (1983). Stacking the deck: teaching social skills to retarded adults with modified table game. *Journal of Applied Behaviour Analysis*. 16 (2), 157-170.

- FOXX, R.M., McMORROW, M.J. Y MENNEMEIER, M. (1984) Teaching social/vocational skills to retarded adults with a modified table game: an analysis of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 17 (3), 343-352.
- FRIEDMAN, M.P. Y WELCH, V. (1983) Déficitos generales y específicos en la incapacidad para aprender. *Siglo Cero*. N° 86, 22-23.
- GADNER, J.M. (1972) Teaching behavior modification to non professionals. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 5 (4), 517-521.
- GARCIA, E. (1988) Normalización e integración. En J. Mayor *Manual de Educación Especial*. Madrid: Anaya, pg. 57-78.
- GARCIA, M. Y GIL, F. (1992) Concepto, supuestos y modelo explicativo de las habilidades sociales. En F. Gil, J.M. León y L. Jarana (coor) *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema, pg 47-71.
- GARRIS, R.P. y HAZINSKI, L. (1988) The effect of social skills training procedures on the acquisition of appropriate interpersonal skills for mentally retarded adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 10 (3), 225-239.
- GESELL, A. Y AMATRUDA, C. (1985) *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. México: Paidós, (original 1947).
- GIL, F. (1984) Entrenamientos en habilidades sociales. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds) *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra, pg. 399-429.
- GIL, F.; LEON, J.M. Y JARANA, L. (1992) *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema.
- GIL ROALES-NIETO, J. (1984) *Una aproximación comportamental al diagnóstico del retraso mental*. Tesis doctoral. Madrid. Universidad complutense.
- GIL ROALES-NIETO, J. (1988) Evaluación y diagnóstico conductual en el retraso en el desarrollo. En M.C. Luciano y J. Gil Roales-Nieto (Eds) *Análisis e intervención conductual en el retraso en el desarrollo*. Granada. Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada, pg 25-49.
- GIL ROALES-NIETO, J. (1983) Retardo en el desarrollo (Deficiencia mental): necesidad de un modelo alternativo de diagnóstico y evaluación. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. Vol 2, 69-78.
- GIL ROALES-NIETO, J. Y POLAINO LORENTE, A. (1991) Elaboración de un sistema de evaluación y diagnóstico conductual del retraso en el desarrollo. *Análisis y Modificación de Conducta*. 17 (51), 47-69.

- GIL ROALES-NIETO, J. Y FERNANDEZ, A. (1986) La economía de fichas en el tratamiento de pacientes crónicos: el papel del personal institucional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 18 (1), 23-41.
- GINE, C. (1988a) De la Educación Especial a la Integración. *Papeles del Colegio de Psicólogos*. IV (35), 27-30.
- GINE, C. (1988b) La Educación Especial *Cuadernos de Pedagogía*. Julio-Agosto, N° 161, pgs 83-93.
- GLADSTONE, B.W. Y SHERMAN, J.A. (1975) Developing generalized behavior modification skills in high-school students working with retarded children. *Journal of Applied Behavior Modification*. 8 (2), 169-180.
- GLADSTONE, B.W. Y SPENCER, C.J. (1977) The effects of modelling on the contingent praise of mental retardation counsellors. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 10 (1), 75-84.
- GODDARD, H.H. (1910) Feeble-minded children classified by Binet method. *Journal of Psycho- Asthenic*. 15 (1), 17-30.
- GOFFMAN, E. (1984) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu, (original 1961).
- GOLDMAN, S.R. Y PELLEGRINO, J.W. (1991) Cognitive Developmental Perspectives on Intelligence. En H.A.H Rowe (Ed) *Intelligence: Reconceptualización and Measurement*. New Jersey. Australian Council for Educational Research, pg. 77-95.
- GOLDSTEIN, A.P. (1981) *Psychological skill training: The structured technique*. New York: Pergamon Press.
- GOLDSTEIN, A.P.; SPRAFKIN, R.P; GERSHAW, N.J. Y KLEIN, P. (1989) *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martinez Roca.
- GOLLAY, E., FREEDMAN, R., WINGAARDEN, M. Y KUTZ, N.R. (1978) *Coming back: the community experiences of deinstitutionalized mentally retarded people*. Cambridge: Abt Books.
- GOTTLIEB, J Y CORMAN, L. (1975) Public attitudes toward mental retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*. 80, 72-80.
- GOTTLIEB, J. Y SWITZKY, H.N. (1982) Development of school-age children's stereotypic attitudes toward mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*. 86 (6), 596-600.

- GOUIN-DECARIE, TH. (1968) *Intelligence et affectivité chez le jeune enfant*. Neuchatel: Delachaux & Niestlé.
- GREENE, B.F., WILLIS, B.S., LEVY, R. Y BAILEY, J.S. (1978) Measuring client gains from staff-implemented programs. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 11 (3), 395-412.
- GREENE, C.W.; REID, D.H.; PERKINS, L.I. Y GADNER, S.M.(1991). Increasing habilitative services for persons with profound handicaps: an application of structural analysis to staff management. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 24 (3), 459-471.
- GRESHAM, F.M. (1982) Misguided mainstreaming: The case for social skills training with handicapped children. *Exceptional Children*. 48, 422-433.
- GROSSMAN, H.J. (Ed) (1977) *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington D.C. American Association on Mental Deficiency. Special Publication, nº 27.
- GROSSMAN, H.J. (Ed) (1983) *Classification in mental retardation*. Washington D.C. American Association on Mental Deficiency.
- GUILFORD, J.P. (1956) The structure of intellect. *Psychological Bulletin*. 53 (4), 267-293.
- GUNZBURG, H.C. (1977) *Progress Assessment Chart*. Bristol, Aux Chandelles.
- HALL, R.V., CRISTLER, C., CRANSTON, S.S. Y TUCKER, B. (1970) Teachers and parents as researchers using multiple baseline designs. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 3 (4), 247-255.
- HART, B. Y RISLEY, T.D. (1974) Using preschool materials to modify the language of disadvantaged children. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 7 (2), 243-256.
- HAYWOOD, H.C. (Ed) (1970) *Socio cultural aspects of mental retardation*. New York. Appleton century crofts.
- HAYWOOD, H.C. (1981) *The nature and development if intelligence. How educable is it?* Simposium Interamericana sobre el desarrollo de la inteligencia. Ciudad Guayana.
- HEALEY, K.N. Y MASTERPASQUA, F. (1992) Interpersonal cognitive problem-solving among children with mild mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*. 96 (4), 367-372.
- HEBER, R. F. (1959) A manual on terminology and classification in mental retardation *American Journal of Mental Retardation*. pg.64
- HEGARTY, S.; POLICKTON, K. Y LUCAS, D. (1981) *Educating pupils with special needs in the ordinary school*. Windsor NFER-Nelson.

- HERBERT, E. Y BAER, D.M. (1972) Training parents as behavior modifiers: self-recording of contingent attention. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 5 (2), 139-149.
- HERSEN, M. Y BELLACK, A.S. (1976) A multiple-baseline analysis of social-skills training in chronic schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 9 (3), 239-245.
- HOGG, J. Y RAYNES, N.V. (1987) Assessment people with mental handicap: An introduction. En J. Hogg y N.V. Raynes (Eds) *Assessment in Mental Handicap*. London: Croom Helm.
- HOLLAND, A. (1984) The evaluation of a structured approach to working with severely mentally handicapped adults. *British Journal of Mental Subnormality*. 30, 30-37.
- HOPKINS, B.L. (1968) Effects of candy and social reinforcement instructions and reinforcement schedule leaning on the modification and maintenance of smiling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1 (2), 121-129.
- HORNER, R.D. (1980) The effects of an environmental enrichment program on the behavior of institutionalized profoundly retarded children. *Journal of Applied Behaviour Analysis*. 13 (3), 473-491.
- HUGHES, J.N. Y SULLIVAN, K.A. (1988) Outcome assessment in social skills training with children. *Journal of School Psychology*. 26 (2), 167-183.
- HUNDERT, J. Y HOUGHTON, A. (1992) Promoting Social interaction of children with disabilities in integrated preschools: A failure of generalization. *Exceptional Children*. 25 (4), 311-320.
- HUNT, J. McV (1961) *Intelligence and Experience*. New York. Ronald Press.
- HURTING, Y ZAZZO (1971) La medida del desarrollo psicosocial. En R. Zazzo (Ed). *Manual para el examen psicológico del niño*. Vol 2. Madrid: Fundamentos, (original 1970).
- ILLAN, N. (1990) Estrategias para el desarrollo de habilidades sociales en integración basadas en la investigación. *Anales de Pedagogía*. 119 (8), 117-131.
- ILLAN, N. Y GARCIA, R. (1987) *Los servicios de Educación Especial en centros ordinarios: el caso del aula de Educación Especial*. Córdoba. Servicio de Apoyo a la escuela. AEDES.
- INGALLS, R.P. (1980) *Retraso mental: la nueva perspectiva*. México: El Manual Moderno, (original 1978).
- INFER, B. (1963, 1969) *Le diagnostic du raisonnement chez les debiles mentaux*. Neuchatel: Delachaux and Nietsle (2ª y 3ª edición).

- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (1980) Distribución de la población oligofrénica española por grupos de edad y provincia en los años 1975 y 1980. *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*. 3-4, 111-113.
- INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION ESPECIAL (1982) *Diseño para la elaboración de programas de desarrollo individual. Area de socialización*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia: INEE.
- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (1986) *Informe de la Reunión Internacional de Expertos en legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad*. Madrid: Centro para el Desarrollo Social y Humanitario de las Naciones Unidas. Congreso de Viena.
- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (1990) *Perspectivas de Rehabilitación Internacional*. Madrid: INSS.
- IVANCIC, M.T., REID, D.H., IWATA, B.A., FAW, G.D. Y PAGE, T.J. (1981) Evaluating a supervision program for developing and maintaining therapeutic staff-resident interactions during institutional care routines. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 14 (1), 95-107.
- IWATA, B.A., BAILEY, J.S., BROWN, K.M., FOSHEE, T.J. Y ALPERN, M. (1976) A performance-based lottery to improve residential care and training by institutional staff. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 9 (4), 417-431.
- JACNIKI, (1989) Servicios sustitutos para adultos de la tercera edad con discapacidades del desarrollo. En C.L. Salisbury *Cuidados sustitutos: servicios de apoyo para las personas con discapacidades*. Madrid: INSERSO.
- JACOB, C. (1989) *Sociabilidad de los adolescentes deficientes mentales*. Tesis Doctoral. Madrid.
- JARANA, L. LEON, J.M. Y CANTERO, F.J. (1992) Entrenamiento en Habilidades Sociales en deficientes mentales institucionalizados en el medio psiquiátrico En F. Gil, L. Jarana y J.M. León (coord) *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Eudema Ediciones, pg 119-126.
- JARMAN, R.F. (1983) El estudio del déficit intelectual: algunos problemas y perspectivas. *Siglo Cero*. Nº 86, 24-28.
- JOYCE, T. Y MANSELL, J. (1989) Evaluating services quality: a comparison of diaries with direct observations. *Mental Handicap Research*. 2 (1), 38-46.
- JUNTA DE ANDALUCIA. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES. (Ed) (1984) *Necesidades sociales en Andalucía. La población minusválida*. Sevilla.

- JUNTA DE ANDALUCIA. INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (Ed) (1989) *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla.
- JURADO, P. (1992) *La integración socio-laboral de sujetos retrasados mentales ligeros y de capacidad intelectual límite en el ámbito de la Educación Especial*. Tesis Doctoral. Barcelona.
- KALE, R.J., KAYE, J.H., WHELAN, P.A. Y HOPKINS, B.L. (1968) The effects of reinforcement on the modification, maintenance and generalization of social responses of mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1 (4), 307-314.
- KANFER, F.H. Y SASLOW, G. (1965) Behavioral analysis: an alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*. 12, 529-538.
- KAZDIN, A.E., SILVERMAN, N.A. Y SITTNER, J. (1975) The use of prompts to enhance vicarious effects of nonverbal approval. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 8 (3), 279-286.
- KEILITZ, I., TUCKER, D.J. Y HORNER, R.D. (1973) Increasing mentally retarded adolescent verbalizations about current events. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 6 (4), 621-630.
- KELLY, H. (1981) *Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- KENNET, K.F. (1977) Adaptive behavior and its assessment. En Mittler, P. *Research to Practice in Mental Retardation*. vol II Education and Training. Baltimore: University Park Press.
- KING, R. Y RAYNES, N. (1968) An operational measure of inmate management in residential institutions. *Social Sciences and Medicine*. 2, 41-53.
- KLEINBERG, J. Y GALLIGAN, B. (1983) Effects of deinstitutionalization on adaptive behavior of mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*. 88 (1), 21-27.
- KÖLBERG, L. (1968) Early Education: A cognitive developmental view. *Child Development*. 39, 1013-1062.
- LAKIN, K.C.; KRANTZ G.C.; BRUININKS R.H.; CLUMPNER, J.L. & HILL, B.K. (1982) One hundred years of data on populations of public residential facilities for mentally retarded people. *American Journal on Mental Deficiency*. 87 (1), 1-8.
- LANDESMAN-DWYER, S., BERKSON, G., ROMER, D. (1979) Affiliation and friendship of mentally retarded resident in group homes. *American Journal of Mental Deficiency*. 83 (6), 571-580.

- LANDESMAN-DWYER, S., SACKETT, G.P. Y KLEINMAN, J.S. (1980) Relation of size to resident and staff behavior in small community residences. *American Journal of Mental Deficiency*. 85 (1), 6-17.
- LELAND, H. (1977) Adaptation, coping behavior and retarded performance. En Mittler, P. *Research to Practice in Mental Retardation*. vol II. Education and Training . Baltimore: University Park Press.
- LELAURIN, K. Y RISLEY, T.R. (1972) The organization of day-care environments: zone versus man-to-man staff assignments. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 5 (3), 225-232.
- LEON, J.M., JARANA, L. Y BLANCO, A. (1991) Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario en los servicios de salud. *Clínica y Salud*, 2 (1), 13-19.
- LIBET, J. Y LEWINSHON, P.M. (1973) The concept of social skills with special references to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 40, 304-312.
- LIKINS, M., SALZBERG, C.H., STOWITSCHKEK, J.J., LIGNUGARIS- KRAFT, B. Y CURL, R. (1989) Co-worker implemented job training: the use of coincidental training and quality-control checkins the food preparation skills of trainees with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 22 (4), 381-393.
- LONGEOT, F. (1965) Analyse Statistique du trois tests genetiques collectifs. *Bulletin de l'Institute National d'Etude*. 20, 219-237.
- LOPEZ MELERO, M. (1991) *La intervención psicoeducativa en una escuela de la diversidad*. Congreso Internacional de Psicología y Educación. Madrid.
- LOVEJOY, M.C. Y ROUTH, D.K. (1988) Behavior disordered children's social skills: increased by training by not sustained or reciprocated. *Child & Family Behavior Therapy*. 10 (2-3), 15-27.
- LUBOWSKI, V. I. (1974) Particularités de l'activité nerveuse superieure des enfants oligophrènes. En A. R. Luria (Ed). *L'Enfant retardé mental*. Toulouse. Privat.
- LUCIANO, M.C. (1984) Implantacion de conducta verbal en sujetos no verbales. *Revista Española de Pedagogía*. 164-165, 257-282.
- LUCIANO, M.C. (1985) Una revisión de los procedimientos de entrenamiento para establecer la relación de imitación vocal en sujetos retardados no verbales. *Revista de Análisis del Comportamiento* 3, 37-45.

- LUCIANO, M.C. (1989) *Una aproximación conceptual y metodológica a las alteraciones conductuales en la infancia*. Granada. Servicio de publicaciones. Universidad de Granada.
- LUCIANO, M.C. (1990) Skinner y el retraso en el desarrollo. *Si... entonces...* año VI, nº 7-8, 51-65.
- LUCIANO, M.C. Y POLAINO (1986) Effects of the acquisition of prerequisite behavior on the learning of nonvocal verbal behavior and vocal imitation in children with severe retardation. *The Psychological Record*. 36, 315-332.
- LURIA, A.R. (1960) *L'enfant retardé mental*. Moscú: Academia de Ciencias de la Educación (Ed. Francesa: Toulouse: Privat, 1974).
- LURIA, A.R. Y VINOGRADOV, O.S. (1974) Particularités des reflexes d'orientation chez les oligophrènes. En A.R. Luria (Ed) *L'Enfant retardé mental*. Toulouse, Privat.
- LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N. Y VYGOTSKY, L.S. (1979) *Psicología y Pedagogía*. Madrid: Akal.
- MACE, F.C. Y LALLI, J.S. (1991) Linking descriptive and experimental analyses in the treatment of bizarre speech. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 24 (3), 553-562.
- MACEARCHORN, A.E. (1983) Institutional reform and adaptive functioning of mentally retarded persons: a field experiment. *American Journal of Mental Deficiency*. 88 (1), 2-12.
- MAHONEY, M.J. (1980) *Abnormal Psychology*. Nueva York. Harper and Row.
- MALCAHY, E. (1983) Déficit de memoria en el deficiente mental. ¿Es este el problema real? *Siglo Cero*. Nº 86, 34-36.
- MANSELL, J.S., FELCE, D., DE KOCK, U. Y JENKINS, J. (1982) Increasing purposeful activity of severely and profoundly mentally handicapped adults. *Behaviour Research and Therapy*. 20 (6), 593-604.
- MANSELL, J.S., FELCE, D., JENKINS, J. Y DE KOCK, U. (1982) Increasing staff ratios in an activity with severely mentally handicapped people. *British Journal of Mental Subnormality*. 28 (2), 97-99.
- MANSELL, J.S. Y FELCE, D. (1985) Planning residential services for mentally handicapped people: variation in demand across territories and over time. *Hospital and Health Services*. 81 (1), 26-29.
- MARA, G. (1988) La participación de las Naciones Unidas en la legislación sobre discapacidad. En *Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad*. Actas del congreso de Viena. Madrid: INSERSO.

- MARCHESI, A. Y MARTIN, E. (1990) Del lenguaje del trastorno a las necesidades educativas especiales. En A. Marchesi; C. Coll y J. Palacios (Comps) *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial, pgs 15-33.
- MARDOMINGO, J. (1980) Una actualización del enfoque sobre el retraso mental en J. Rioja Gomez (Coord) *Educación Especial*. Madrid: Cincel, pg.47-57.
- MARGALIT, M. (1991) Promoting classroom adjustment and social skills for students with mental retardation within and experimental and control group desing and reflections. *Exceptionality: A Research Journal*. 2 (4), 195-204, 231-235.
- MARTIN, E. Y PALACIOS, A. (1990) Desarrollo metacognitivo y problemas de aprendizaje. En A. Marchesi; C. Coll y J. Palacios (comps) *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial, pg. 35-47.
- MARTIN, J.A. (1972) The effect of incongruent instructions and consequences on imitation in retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 5 (4), 467-475.
- MARTINEZ, M.R. Y YELA, M. (1991) Pensamiento e Inteligencia . En J. Mayor y J.L.Pinillos *Tratado de Psicología General*. Madrid: Alhambra.
- MATSON, J.L. (1988) Teaching and training relevant community skills to mentally retarded persons *Child & Youth Services*. 10 (2), 107-121.
- MATSON, J.L., KAZDIN, A.E., ESVELDT-DAWSON, K. (1980) Training interpersonal skills among mentally retarded and socially disfunctional children. *Behaviour Research and Therapy*. 18 (5), 419-427.
- MATTARAZO, J.D. (1972) *Wechsler measurement and appraisal of adults intelligence* (5<sup>a</sup> ed) Baltimore. Williams & Wilkins.
- MAYOR, J. (1988) Educación Especial. En J.Mayor *Manual de Educación Especial*. Madrid: Anaya, pg. 7-31.
- MCGILL, P., MANSELL, J.S. Y BLUNT, M. (1988) *Building the competence to serve:a job aid to estimate the need for qualifying training in service for people with mental handicaps*. Bexhill: South East Thames Regional Health Authority.
- MCHALE, S.M. Y SIMEONSSON, R.J. (1980) Effects of interaction on nonhandicapped children's attitudes toward autistic children. *American Journal of Mental Deficiency*. 85 (1), 18-24.
- McINTOSH, R., VAUGHN, S. Y ZARAGOZA, N.(1991) A review of social intervention for students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 24 (8), 451-458.

- MCNUTT, J.C. Y LERI, S.M. (1979) Language differences between institutionalized and noninstitutionalized retarded children *American Journal of Mental Deficiency*. 83 (4), 339-345.
- MENKEN, W.J. (1988) El minusválido en la sociedad desde el punto de vista de las nuevas tendencias en legislación profesional. En *Legislación parala igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Actas del congreso de Viena*. Madrid: INSERSO.
- MENOLASCINO, F.J. (1972) Three frequent types of behavioral disturbances in institutionalized retardates. *The British Journal of Mental Subnormality*. 35 dic.
- MERCER, J. R (1973) *Labeling The mentally retarded*. Berkeley: Universidad de California Press.
- MICHELSON, L.; SUGAI, D.P; WOOD, R.P; KAZDIN, A.E.(1987). *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martinez Roca.
- MILES, M. (1988) La deficiencia profunda: el último desafío. *Siglo Cero*, N° 116, 16-56.
- MILGRAM, M.A. (1973) Cognition and language in mental retardation: distinctions and implications. En D.K. Routh (Ed.) *The experimental psychology of mental retardations*. Chicago: Adline. pgs. 157-230.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES.INSERSO. (1989) *La integración económica y social de las personas con deficiencia mental*. Madrid.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES.INSERSO. (1989) *Las personas con minusvalías en España. Necesidades y demandas*. Madrid.
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA (1986) Análisis de datos nacionales. *Servicio de Estudios Estadísticos*. Madrid.
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA (1986) *Sistema Educativo Español*. Madrid: C.I.D.E.
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA (1987) *Proyecto para la reforma de la enseñanza. Propuesta para debate*. Madrid.
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA (1988) *Evaluación de la integración escolar*. Madrid: M.E.C.
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA (1989) *Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo*. Madrid.
- MITHAUG, D.E. Y WOLFE, M.S. (1976) Employing tasks arrangements and verbal contingencies to promote verbalization between retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 9 (3), 301-314.

- MOLTO, J. (1985) Ideas para una mini-institución de deficientes mentales asistenciales. *Papeles del Colegio de psicólogos*. IV (22-23), 35-40.
- MONEREO, C. (1985) Los aprendizajes de supervivencia en situaciones de integración escolar. *Siglo Cero*, N° 102, 29-43.
- MONEREO, C. (1985) Un análisis crítico de los conceptos vinculados a la integración. *Siglo Cero*, N° 101, 26-46.
- MOOS, R.H. Y LEMKE, S. (1979) *Multiphasic Enviromental Assessment Procedure: Preliminary manual*. Social Ecology Laboratory Stanford University and Veterans Administration. Medical Center, Palo Alto.
- MORA, J. (1986) Enriquecimiento instrumental: comentarios a una dicha prometida *Siglo Cero*. N° 106, 40-44.
- MORALEDA, M. (1992) Aprendizaje de habilidades sociales. En M. Moraleda (Coor.) *Psicología en la escuela infantil*. Madrid: Eudema, pg. 283-300.
- MORGAN, R.L. Y SALZBERG, C.L. (1992) Effects of video-assisted training on employment retarded social skills of adults with severe mental retardation *Journal of Applied Behavior Analysis*. 25 (2), 365-383.
- NEGRILLO, C.; TIRADO, A. Y LEON, J.M. (1992) Entrenamiento en Habilidades Sociales con profesionales de enfermería. En F. Gil, L. Jarana y J.M. León (coor) *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Eudema Ediciones, pg 133-138.
- NELSON, C.M. (1988) Social Skills training for handicapped students. *Teaching Exceptional Children*. 20 (4), 19-23.
- NIHIRA, K.; FOSTER, R.; SHELLHAAS, M. Y LELAND, H. (1975) *AAMD Adaptative Behavior Scales*. Revisión de 1975. Washintong, American Association on Mental Deficiency.
- NIRJE, B. (1970) The normalization principle, implications and comments. *Journal of Mental Subnormality*. 16, 62-70
- O'BRIEN, F., AZRIN, H.H. Y BUGLE, C. (1972) Training profoundly retarded children to stop crawling. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 5 (2), 131-137.
- O'CONNOR, G. (1976) *Home is a good place: A national perspective of community residential facilities for development disabled persons*. (Monograph 2). Washintong D.C.: American Association on Mental Deficiency.
- O'CONNOR N. Y TIZARD, J. (1956) *The social problem of mental deficiency*. Londres. Pergamon.
- OCDE/CERI (1988) Integración de deficientes en las escuelas secundarias. *Siglo Cero*, N° 118 y 119.

- OJEDA, M., PEREZ, A.L., JARANA, L. Y LEON, J.M. (1989) Diseño, implantación y evaluación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales a deficientes mentales institucionalizados. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 7 (2), 183-197.
- ORCASITAS, R. (1990) *La educación con deficientes mentales. Materiales para una reconstrucción del concepto de deficiencia mental*. Tesis Doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto.
- ORTIZ, M.C. (1987) *Tratamiento operante de la deficiencia mental*. Salamanca. Servicio de publicaciones de la Universidad de Salamanca.
- ORTIZ, M.C. (1989) Orientación en la Escuela Especial: Modelos de integración. *Siglo Cero*. N° 119, 12-45.
- PAGE, J.F., IWATA, B.A. Y REID, D.H. (1982) Pyramidal training a large-scale application with institutional staff. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 15 (3), 335-351.
- PANYAN, M., BOOZER, H. Y MORRIS, N. (1970) Feedback to attendants as reinforcer for applying operant techniques. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 3 (1), 1-4.
- PARK, H. Y GAYLORD-ROSS, R. (1989) A problem-solving approach to social skill training in employment setting with mentally retarded youth. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 22 (4), 373-380.
- PARSONS, M.B., CASH, V.B. Y REID, D.H. (1989) Improving residential treatment services: implementation and norm referenced evaluation of a comprehensive management. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 22 (2), 143-156.
- PARSONS, M.B., SCHEPIS, M.M., REID, D.H., MCCARN, J.E. Y GREEN, C.W. (1987) Expanding the impact of behavioral staff management: a large-scale long-term application in schools serving severely handicapped students. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 20 (2), 139-150.
- PARSONSON, B.S., BAER, A.M. Y BAER, D.M. (1974) The application of generalized correct social contingencies: an evaluation of a training program. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 7(3), 427-435.
- PASCUAL-LEONE, J. (1970) A mathematical model for the transition rule Piaget's developmental stages. *Acta psychologica*. 32, 301-345.
- PELECHANO, V. (1975) Concepto e incidencia de la deficiencia mental. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1 (0), 129-148.
- PELECHANO, V. (1984) Procesos de socialización en la deficiencia mental. *Revista Española de Pedagogía*. 42, 203-232.

- PELECHANO, V. (1985) Cognición y personalidad. Una pareja indisoluble aunque mal avenida. En J. Mayor (Ed.) *Actividad humana y procesos cognitivos*. Madrid: Alhambra, pg. 315-330.
- PELECHANO, V. (1986) Inteligencia y habilidades interpersonales: la excepcionalidad en el tratamiento de un tema. *Análisis y Modificación de Conducta*. 16 (33), 317-346.
- PELECHANO, V. (1987) Habilidades Sociales en Deficientes Mentales Adultos. *Siglo Cero*, N°109, 12-23.
- PERRIN, B. (1989) Ideas falsas sobre el principio de Normalización. *Siglo Cero*. N° 121, 44-45.
- PHILLIPS, J.L. (1968) Achievement place: token reinforcement procedure in a home-style rehabilitation setting for pre-delinquent boys. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1, 213-223.
- PHILLIPS, J.L. Y BALTHAZAR, E.E. (1979) Some correlates of language deterioration in severely and profoundly retarded long-term institutionalized residents. *American Journal of Mental Deficiency*. 83 (4), 402-408.
- PIAGET, J. (1946) *Le développement de la notion de temps chez l'enfant*. Paris, PUF.
- PIAGET, J. (1946) *Les notions de mouvement et de vitesse chez l'enfant*. Paris, PUF.
- PIAGET, J. (1950) *The psychology of intelligence*. London Routledge and Kegan Paul. (original francés 1947, en castellano, Psique Buenos Aires 1955).
- PIAGET, J. E INHELDER, B. (1951) *La genèse de l'idée de hasard chez l'enfant*. Paris, PUF
- PIAGET, J. E INHELDER, B. (1948) *La représentation de L'Espace chez l'enfant*. Paris, PUF.
- PINILLOS, J.L. (1981) La mejora científica de la inteligencia. *Análisis y Modificación de Conducta*. 7 (14,15), 115-124.
- POLIRSTOK, S.R. Y GREER, R.D. (1977) Remediation of mutually aversive interactions between a problem student and four teachers by training the student in reinforcement techniques. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 10 (4), 707-716.
- POMERLEAU, D.F., BOBROVE, P.H. Y SMITH, R.H. (1973) Rewarding psychiatric aides for the behavioral improvement of assigned patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 6 (3), 383-390.
- POMMER, D.A. Y STREEDBECK, D. (1974) Motivating staff performance in an operant learning program for children. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 7, 217-221.

- POOLE, A.D., SANSON-FISHER, R.W. Y THOMPSON, V. (1981) Observations on the behaviour of patients in a state mental hospital and a general hospital psychiatric unit: a comparative study. *Behaviour Research and Therapy*. 19 (2), 125-134.
- POWEL, J., MARTINDALE, A. Y KULP, S. (1975) An evaluation of time sample measures of behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 8 (4), 463-469.
- PRIOR, M., MINNES, P., COYNE, T., GOLDING, B., HENDY, J. Y MCGILLYVARY, J. (1979) Verbal interactions between staff and resident in an institution for the young mentally retarded. *Mental Retardation*. 17 (2), 65-69.
- QUILITCH, H.R. (1975) A comparison of three staff-management procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 8 (1), 59-66.
- RAND, Y.; FEUERSTEIN, R.; TANNENBAUN, A.J.; JENSEN, M.R. Y HOFFMAN, M.B. (1986) Efectos del enriquecimiento instrumental en adolescentes de bajo rendimiento. *Siglo Cero*. N° 106, 34-38.
- REAL PATRONATO DE PREVENCION Y ATENCION A LAS PERSONAS CON MINUSVALIA (Ed). (1978) *Accesibilidad para las personas con minusvalia*.
- REAL PATRONATO DE PREVENCION Y ATENCION A LAS PERSONAS CON MINUSVALIA (Ed) (1982) *Plan Nacional de Educación Especial*. Madrid: C.I.D.
- REALON, R.E., FAVELL, J.E. Y DAYVAULT, K.A. (1988) Evaluating the use of adapted leisure materials on the engagement of persons who are profoundly, multiple handicapped. *Education and Training Mental Retardation*. 23 (3), 228-237.
- REITER, S.Y LEVI, A.M. (1980) Factors affecting social interaction of noninstitutionalized mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*. 85 (1), 25-30.
- REPP, A.C. Y BARTON, L.E. (1980) Naturalistic observation of institutionalized retarded persons: a comparison of licensure decisions and behavioral observation. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 13 (2), 333-341.
- REPP, A.C., BARTON, L.E., GOTTLIEB, J. (1983) Naturalistic studies of insitutionalized profoundly or severely mentally retarded persons: the relationship of density and behavior. *American Journal of Mental Deficiency*. 87 (4), 441-447.
- REPP, A.C., FELCE, D. Y BARTON, L.E. (1988) Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 21 (3), 281-289.
- REY, A. (1984) *Retraso mental y primeros ejercicios educativos*. Madrid: Cincel.

- RIBES, E. (1980) *Técnicas de Modificación de Conducta: su aplicación al retraso en el desarrollo*. México: Trillas.
- RIBES, E. (1981) *Considerations on the concept of intelligence and its development*. Simposium Interamericana sobre el desarrollo de la inteligencia. Ciudad Guayana.
- RICHMAN, G.S., RIORDAN, M.R., REISS, M.L., PYLES, D.A.M. Y BAILEY, J.S. (1988) The effects of self-monitoring and supervisor feedback on staff performance in a residential setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 21 (4), 401-409.
- ROBINSON, N.M. Y ROBINSON, H.B. (1976) *The mentally retarded child: A psychological approach*. (2ª ed.) New York: McGraw Hill.
- ROMER, D. Y BERKSON, G. (1980) Social ecology of supervised communal facilities for mentally disabled adults: II predictors of affiliation. *American Journal of Mental Deficiency*. 85 (2), 229-242.
- ROMER, D. Y BERKSON, G. (1980) Social ecology of supervised communal facilities for mentally disabled adults: III predictors of social choice. *American Journal of Mental Deficiency*. 85 (3), 243-252.
- ROMERO, J.F. (1990) Las relaciones sociales en niños con dificultades de aprendizaje. En A. Marchesi; C. Coll y J. Palacios (comps) *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial, pgs 87-99.
- ROTEGARD, L.L., HILL, B.K. Y BRUININKS, R.H. (1983) Environmental characteristics of residential facilities for mentally retarded persons in the United States. *American Journal of Mental Deficiency*. 88 (1), 49-56.
- ROTH, E. Y LOPEZ, M.R. (1985) Entrenamiento en habilidades en la comunidad: un reporte experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*. 11 (30), 656-583.
- ROUSEY, A.M.B.; BLACHER, J.B. Y HANNEMAN, R.A. (1990) Predictors of out-home placement of children with severe handicaps: a cross-sectional analysis. *American Journal on Mental Retardation*. 94 (5), 522-531.
- RUBIO, V. (1988) Dimensiones y jerarquias de comportamientos adaptativos en el retraso mental. *Análisis y Modificación de Conducta*. 14 (41), 439-460.
- RUBIO, V.J., MARQUEZ, M.O., ESPINOSA, M.J. Y RODRIGUEZ, F. (1988) Versión española del sistema de evaluación y registro del comportamiento adaptativo WVAATS para el retraso mental. *Evaluación Psicológica*. 4 (1), 63-87.
- RUDOLPH, S.H. Y LUCKNER, J.L. (1991) Social Skills training for students with learning disabilities. *Journal of Humanistic Education and Development*. 29, 163-171.

- RUEDA, R. Y CHAN, K.S. (1980) Referential communication skill levels of moderately retarded adolescents. *American Journal of Mental Deficiency*. 85 (1), 45-52.
- RUIZ, M.A. Y MARTINEZ, S. (1987) El modelo conductual de análisis y tratamiento del retraso mental. *Siglo Cero*. N° 110, 40-42.
- SANCHEZ, C. (1991) Los Equipos Interdisciplinarios de sector: Hacia un modelo de intervención. *Papeles del Psicólogo*. N° 51, 40-44.
- SANCHEZ-PALENCIA, S. (1992) Discapacidad y sociedad. *Papeles del Psicólogo*. N° 54, 39-46.
- SASON-FISHER, R.W.; POOLE, A.D. Y THOMPSON, V. (1979) Behaviour patterns within a general hospital psychiatric unit: an observational study. *Behaviour Research and Therapy*. 17 (4), 317-332.
- SCHAFFER, H.R. (1989) *Interacción y socialización*. Madrid: Visor.
- SCHEERENBERGER, R.C. (1976) A survey of public residential facilities. *Mental Retardation*. 14, 32-42.
- SCHINKE, S.P., GILCHRIST, L.D., SMITH, T.E. Y WONG, S.E. (1979) Group interpersonal skills training in a natural setting: an experimental study. *Behaviour Research & Therapy*. 17 (2), 149-154.
- SCHMID-KITSIKIS, E. (1969) *L'Examen des operations de l'intelligence*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.
- SCHMID-KITSIKIS, E. Y AJURLAGUERRA, J. (1972) *Aspects operatoires en psychopathologie infantile*. Ponencia presentada en las Jornadas Anuales de la Agrupación Française d'Etudes de Neuropsychopathologie Infantile. Génova.
- SECORD, P.F. Y BACKMAN, C.W. (1976) *Psicología Social*. México: McGraw-Hill, Inc.
- SERVICIO DE PUBLICACIONES DEL SEREM (1975) Instituto Nacional de Reeducción de minusválidos. Fichero de instituciones y servicios. *Boletín de Estudios y documentación del SEREM*. 2, 130-131.
- SEYMOUR, F.W. Y STOKES, T. (1976) Self-recording in training girls to increase work and evoke staff praise in an institution for offenders. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 9 (1), 41-54.
- SEYS, D.M. Y DUKER, P.C. (1986) Effects of a supervisory treatment pack age on staff-mentally retarded resident interactions. *American Journal of Mental Deficiency*. 90 (4), 338-399.

- SEYS, D.M. Y DUKER, P.C. (1988) Effects of staff management on the quality of residential care for mentally retarded individuals. *American Journal of Mental Deficiency*. 93 (3), 290-299.
- SIPERSTEIN, G.N. (1992) Social competence: Important construct in mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*. 96 (4), iii-vi.
- SPEARMAN, C. (1927) *The abilities of man*. New York: McMillan.
- SPITZ, R. (1945) Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. In A. Freud, H. Hartman y E. Kris (Ed) *The psychoanalytic study of the child* (Vol.1) New York: International Universities Press.
- SPIVACK, G., PLATT, J.J, Y SHURE, M.B. (1976) *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- STERNBERG, R.J. (1987) Evaluación y Psicología Cognitiva. *Siglo Cero*. N° 109, 50-55.
- STERNBERG, R.J. (1990) *Más allá del cociente intelectual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- STERNBERG, R.J. Y DETTERMAN, D.K. (1988) *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición*. Madrid: Pirámide.
- STOREY, K. (1987) Teaching social skills to persons with severe handicaps in community setting: A review. *Australia and New Zealand Journal of Development Disabilities*. 13 (2), 143-150.
- STRAIN, P.S. SHORES, R.E. Y KERR, M.M. (1976) An experimental analysis of spillover effects on the social interaction of behaviorally handicapped preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 9 (1), 31-40.
- STRAIN, P.S. Y TIMM, M.A. (1974) An experimental analysis of social interaction between a behaviorally disordered preschool child and her classroom peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 7 (4), 583-590.
- TERRACE, H.S. (1963) Discrimination learning with and without errors. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*. 6, 1-27.
- THORKILDESEN, R., FODOR-DAVIES, J. Y MORGAN, D. (1989) Evaluation of a videodisc-based social skills training program. *Journal of Special Education Technology*. 10 (2), 86-98.
- THOUSAND, J.S., BURCHARD, S.N. Y HASAZI, J.E. (1986) Field-based generation and social validation managers and staff competencies for small community residences. *Applied Research in Mental Retardation*. 7, 263-283.
- THURSTONE, L.L. (1938) *Primary mental abilities*. Chicago: University of Chicago Press.

- TIZARD, B. Y HODGES, J. (1978) The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 19, 99-118.
- TIZARD, B. (1964) *Community services for the mentally handicapped*. London: Oxford University Press.
- TIZARD, J. Y O'CONNOR, N. (1952) The occupational adaptation of high-grade mental defectives. *Lancet*, 2, 620-623.
- TJOSVOLD, D. Y TJOSVOLD, M.M. (1983) Social psychological analysis of residences for mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*. 88 (1), 28-40.
- TORREY G.K., VASA, S.F., MAAG, J.W Y KRAMER, J.J. (1992) Social skills training intervention across settings: case study review of students with mild disabilities *Psychology in the Schools*. 29 (1), 248-255.
- TREDGOLD, A.F. (1937) *A textbook of mental deficiency*. Baltimore: Williams Wood.
- TRIANDIS, H.C. (1971) *Attitudes and attitude change*. New York: John Wiley.
- TRIGO, J. (1990) *Deprivación sociofamiliar e institucionalización de menores. Hacia una intervención psicosocial*. Tesis Doctoral. Sevilla.
- TWARDOSZ, S. Y BAER, D.M. (1973) Training two severely retarded adolescent to ask questions. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 6 (4), 655-661.
- VAN HOUTEN, R., HILL, S. Y PARSONS, M. (1975) An analysis of a performance feedback system: the effects of timing and feedback, public posting and praise upon academic performance and peer interaction. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 8, 449-457.
- VANBIERVLIET, A., SPANGLER, P.F. Y MARSHALL, M. (1981) An ecobehavioral examination of a simple strategy for increasing mealtime language in residential facilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 14 (3), 295-305.
- VERA, A. (1992) Habilidades sociales en el retraso mental. En *Inteligencia y Cognición. Homenaje al profesor Mariano Yela*. Madrid: Editorial Complutense, pg 631-645.
- VERDUGO, M.A. (1983) Entrenamientos metacognitivos en los deficientes mentales. *Siglo Cero*. N° 87, 26-28.
- VERDUGO, M.A. (1984) Modificación de conducta en los deficientes mentales. *Siglo Cero*. N° 92, 12-18.
- VERDUGO, M.A. (1986) Integración social del deficiente psíquico adulto: programas de entrenamiento prevocacional y vocacional. *Siglo Cero*. N° 107, pg. 12-17.

- VERDUGO, M.A. (1986) *La integración personal, social y vocacional de los deficientes psíquicos adolescentes. Elaboración y aplicación experimental de un programa conductual*. Tesis Doctoral. Madrid.
- VERDUGO, M.A. (1991) *Programa de entrenamiento en Habilidades Sociales para Deficientes Mentales*. Madrid: MEPSA.
- VERDUGO, M.A. Y ARIAS, B. (1991) Evaluación y modificación de las actitudes hacia los minusválidos. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 44 (1), 95-102.
- VERNON, P.E. (1950) *The structure of human abilities*. New York: Wiley.
- VIZCARRO, C. (1994) Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros (Ed). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide, pg 346-382.
- VOELTZ, L.M. (1982) Effects of structured interactions with severely handicapped peers on children's attitudes. *American Journal of Mental Deficiency*. 86 (2), 380-390.
- VYGOTSKI, L.S. (1979) *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Critica, (ed. original 1935).
- WARNOCK H.M.(1978) *Special education needs. Report of the Committee of Enquiry into the education of handicapped children an young people*. Her Majestic's Stationery Office. London.
- WHATMORE,R., DURWARD,L. Y KUSHLICK,A. (1975) Measuring the quality of residential care. *Behaviour Research & Therapy*. 13 (4), 227-236.
- WHITEHILL, M.B., HERSEN, M. Y BELLACK,A.S. (1980) Conversation skills training for socially isolated children. *Behaviour Research & Therapy*. 18 (3), 217-225.
- WILLER, B.Y INTAGLIATA, J. (1982) Comparison of family- care and group homes as alternatives to institutions. *American Journal of Mental Deficiency*. 86 (6), 588-595.
- WILLIAMS, R.F. (1987) Receptivity to persons with mental retardation: a study of volunteer interest. *American Journal of Mental Retardation*.92 (3), 299-303.
- WOLFENSBERGER, W. (1972) *Normalization: the principles of normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation
- WOLFENSBERGER, W. (1986) El debate sobre la normalización. *Siglo Cero*.Nº 105,12-28.
- WOLFENSBERGER, W. Y GLENN, L. (1975) *Pass. 3 Program Analysis of service System: A method for the quantitative evaluation of human services*. Handbook Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- YATES, A.J. (1973) *Terapia del comportamiento*. México: Trillas. (1ª ed 1970).

- YELA, M. (1987) *Estudios sobre inteligencia y lenguaje*. Madrid: Pirámide.
- YANDO, R. Y ZIGLER, E. (1971) Outer-directedness in the problem solving of institutionalized and noninstitutionalized normal and retarded children. *Developmental Psychology*. 4 (2), 277-288.
- ZIGLER, E. (1966) Research on personality structure in the retarded in N.R. Ellis (Ed) *International review of research in mental retardation*. Vol 1. New York, Academic Press.
- ZIGLER, E. (1969) Developmental versus differences theories of mental retardation and the problem of motivation. *American Journal of Mental Deficiency*. 73, 536-556.
- ZIGLER, E., BALLA, D., BUTTERFIELD, E. C. (1968) A longitudinal investigation of the relation between preinstitutional social deprivation and social motivation in institutionalized retardates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 10 (4), 437-445.
- ZISLINA, N.S. (1974) Particularités de l'électrique du cerveau des enfants oligophrènes. En A.R. Luria (Ed.) *L'enfant retardé mental*. Toulouse, Privat.