

229



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0294499

PROGRAMA DE INVERSION PSICOLOGICA PARA LA REHABILITACION SOCIAL DE PERSONAS EN RECLUSION DIAGNOSTICADAS CON RETRASO MENTAL

REPORTE LABORAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: MARIA GUADALUPE SALVATTI HERNANDEZ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA REVISORA: LIC. MA. DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ COMITE: DR. JOSÉ ANTONIO TALAYERO URIARTE LIC. LETICIA MA. GPE. BUSTOS DE LA TIJERA MTRO. SOTERO MARINO CAMACHO



EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA.



Facultad de Psicología

México, D.F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mi familia:*

*Que son el símbolo desafiante de la vida  
y me han impulsado a vencer los retos, tomar  
decisiones y por su apoyo incondicional que me ha  
permitido alcanzar las metas que me he planteado.*

*A Elsa y Alfredo:*

*Con mi admiración, cariño y respeto por  
todo lo que me han enseñado y ayudado de descubrir  
de mí misma como persona y profesionalista.*

*A Julio:*

*Por el placer de conocerte, tu cariño y  
tus palabras llenas de calidez.*

*A mis amig@s y compañer@s de trabajo.*

*Irma, Tina, Alix, Yola, Viki, Silvia, Aure, Gina,*

*Gerardo, Laura y Jorge por sus palabras de aliento.*

*A las autoridades del CEFEREPSI:*

*Por el apoyo y facilidades otorgadas  
para la realización de este trabajo.*

*A los sinodales y profesores:*

*Por su compromiso y contribuciones  
para la realización de este trabajo,*

*Mtra. Cristina Heredia Ancona*

*Lic. Ma. del Carmen Montenegro Nuñez*

*Dr. José Antonio Talayero Uriarte*

*Lic. Leticia Ma. Gpe. Bustos de la Tijera*

*Mtro. Sotero Moreno Camacho*

*Lic. Ma. Teresa Gutiérrez Alanis*

*Mtro. Germán Álvarez Díaz de León*

*Mis metas*

*Quiero amarte sin absorberte,  
apreciarte sin juzgarte,  
unirme a ti sin esclavizarte,  
invitarte sin exigirte,  
dejarte sin sentirme culpable,  
criticarte  
sin herirte,  
y ayudarte sin menospreciarte.*

*Si puedes hacer lo mismo por mi  
entonces nos habremos conocido  
verdaderamente y  
podremos beneficiarnos mutuamente.*

*El estar en contacto incluye dos personas simultáneamente y tres partes.  
Cada persona en contacto con el o ella misma y cada uno con el otro.*

*Virginia Satir.*

**ÍNDICE****RESUMEN**

Introducción	1
--------------	---

**MARCO CONCEPTUAL**

Rehabilitación	7
Socialización	9
Retraso mental	11

**MARCO TEÓRICO**

Teoría del Análisis Conductual	26
Teoría del aprendizaje social	30
Habilidades sociales	31
Modelos teóricos de las habilidades sociales	32
Modelos explicativos de la falta de habilidades sociales	39
Entrenamiento de habilidades sociales	41
El entrenamiento de habilidades sociales en formato grupal	43
Técnicas utilizadas en el entrenamiento de habilidades sociales	46
Habilidades sociales y retraso mental	51
Aprendizaje Social y delito	52
<b>ANTECEDENTES</b>	
Tratamiento y Programas de intervención con retrasados mentales	56

---

<b>Programa de intervención psicológica...</b>	<b>Índice</b>
Tratamiento e intervención psicológica con personas reclusas	66
Tratamiento de personas con retraso mental en reclusión	72
<b>CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CEFEREPSI CD. AYALA, MORELOS)</b>	
Marco legal para el tratamiento en instituciones de custodia en México	76
Ámbito laboral	79
<b>MÉTODO Y PROCEDIMIENTO</b>	
Método	85
Procedimiento	103
<b>RESULTADOS</b>	
Resultados	111
Descripción de los datos	111
Análisis y evaluación	126
<b>DISCUSIÓN</b>	128
<b>CONCLUSIONES</b>	131
<b>APÉNDICES</b>	
Apéndice uno	133
Apéndice dos	140
<b>REFERENCIAS</b>	149

---

## RESUMEN

El presente trabajo expone los principios teóricos de la terapia de conducta y el aprendizaje social para la fundamentación teórico-metodológica de un Programa de Resocialización (ACA), que se aplicó en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial a un grupo de nueve internos-pacientes, diagnosticados con retraso mental de distinto grado de severidad y ubicados en el módulo de cuidados especiales.

Los resultados obtenidos indican una modificación conductual en los criterios evaluados del repertorio social durante la intervención, tales como: contacto visual, contacto físico, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros. Se observó, que en la medida que éstos repertorios fueron adquiridos y mantenidos por cada uno de los participantes, se modificó el desempeño social del grupo de internos-pacientes.

Por otro lado, los datos revelaron un decremento en la frecuencia de ocurrencia de conductas disruptivas y aislamientos conductuales; así como un incremento de conductas en el repertorio que favoreció el desempeño social del grupo de internos-pacientes que participó en el Programa de Resocialización (ACA), lo que permitió la adquisición y mantenimiento del repertorio social esperado en las sesiones de tratamiento; sin embargo no se logró la generalización de éste a otros escenarios en los que se desarrollaron los participantes de dicho programa.

---

## INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la criminalidad y la diversificación de las características criminológicas de los individuos albergados en las instituciones de custodia de la República Mexicana, ha propiciado la creación de centros penitenciarios cada vez más especializados en el manejo y tratamiento de dicha población.

Por tal motivo, El Sistemá Nacional de Atención Psiquiátrica Penitenciaria para Enfermos Mentales en Reclusión pretende mejorar las condiciones de atención médica y psiquiátrica que por años se caracterizaron por la falta de reconocimiento, cuidado y prevención de enfermedades mentales padecidas por aquellas personas que han realizado una conducta que vulnera el orden jurídico vigente y se encuentran privadas de su libertad en alguno de los centros de reclusión del país y las cuales obtienen servicios de atención médico-psiquiátrica.

En este sentido, este Plan pretende cumplir de manera satisfactoria con el artículo cuarto constitucional que hace referencia al derecho que todo ciudadano tiene a los servicios de salud y el artículo 68 del Código Penal, relativo al tratamiento especial que deben recibir los enfermos mentales en reclusión; además de apearse de forma estricta a acuerdos internacionales como los referentes a las Reglas Mínimas para el Tratamiento del Recluso y la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental.

---

Debido a esto, este Sistema de atención es una búsqueda para coadyuvar al mejoramiento y especialización del manejo y tratamiento de la población de enfermos mentales e inimputables (personas a quienes no se les imputa una pena legal al establecerse en un procedimiento jurídico, que cometió delito afectado por un padecimiento mental, pero que por ley se hallan sujetos a tratamiento en internamiento) del sistema penitenciario mexicano, a través de la participación de equipos multidisciplinarios que establezcan medidas de intervención terapéutica que incidan en la prevención, tratamiento y/o rehabilitación teniendo por objetivo la modificación de la conducta futura de estas personas, la cual descansa sobre los principios de la Psicología del aprendizaje, según la cual todas las conductas se aprenden y por tanto se pueden modificar, a fin de evitar que este tipo de personas vuelvan a delinquir y a las cuales de aquí en adelante nos referiremos a ellas como internos-pacientes.

La muestra clara de dicha intención se ve respaldada en la Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-1994) para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. "Esta Norma Oficial tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez" (Diario Oficial, 1995, p. 73), siendo de aplicación obligatoria en todas las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-

psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud

Así mismo, la NOM-025-SSA2-1994 (1995) señala que: La Rehabilitación Integral es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar las desventajas adquiridas a causa de una enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural (Diario Oficial, p. 74).

Partiendo de esta concepción y para fines del presente trabajo se define la "Rehabilitación social" como el conjunto de acciones dirigidas a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un interno-paciente, que le permita superar las desventajas adquiridas a causa de una deficiencia mental que afecta sus capacidades generales de ajuste social y nivel general de integración social.

Como lo señalaron Verdugo y Bermejo (1998), las dificultades adaptativas en las personas con retraso mental están relacionadas por un lado, con las "limitaciones en su inteligencia social y práctica, y forman parte de la misma definición de retraso mental" (p.49). Entendiendo por éste el conjunto de

limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual, que se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más áreas de adaptación y se manifiesta antes de los 18 años. (Verdugo y col., 1998).

Las limitaciones en inteligencia práctica hacen referencia como lo definió (Luckasson et al., 1992, citado en Verdugo y col., 1998) a "la capacidad de mantenerse por uno mismo como persona independiente en la realización de actividades habituales de la vida cotidiana" mientras que la inteligencia social se refiere " a la capacidad para entender las expectativas sociales y la conducta de los otros, así como para juzgar adecuadamente cómo comportarse en situaciones sociales" (p. 49).

Sin embargo, la pérdida del interés por intervenir y tratar a este tipo de personas en gran parte se debió al pesimismo acerca de los resultados que podrían obtenerse con personas diagnosticadas con retraso mental, el cual se vio como "un desorden cerebral incurable y en parte a la orientación psicoanalítica de los psiquiatras, que consideraban a las habilidades intelectuales y del lenguaje como un prerrequisito para el éxito del entrenamiento psicoanalítico" (Verdugo y col., 1998, p.166).

Es por ello, que la Psicología como disciplina que estudia el comportamiento de los seres humanos cobra gran importancia al desempeñar funciones de intervención terapéutica en el desarrollo organizativo de las sesiones

y programas, contribuyendo así, a la mejora de la calidad de atención técnica para personas con retraso mental de manera significativa.

Ante tal panorama y como consecuencia natural el psicólogo debe implementar diversas estrategias sistemáticas de intervención que coadyuven a la rehabilitación integral del usuario de dicho servicio; para lo cual su capacidad de análisis, comprensión e interpretación de la información adquirida del individuo a tratar y los procedimientos de intervención en una institución de custodia sean de gran relevancia para obtener resultados satisfactorios.

Como parte del trabajo terapéutico que se realiza en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI), dependiente de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social, hasta ese momento de la Secretaría de Gobernación y actualmente de la Secretaría de Seguridad Pública, a cargo de la oficina de Psicología, se presenta en este reporte la intervención psicológica denominada "Programa de Resocialización" enmarcada en el Análisis Conductual Aplicado (ACA), cuyo objetivo general fue coadyuvar a la rehabilitación social de un grupo de internos-pacientes diagnosticados con retraso mental en diferente grado de severidad, partiendo de la base que una inteligencia baja no es un obstáculo para mejorar su calidad de vida e incidir en su capacidad para expresar con palabras sus sentimientos.

El periodo que se reporta es el comprendido de diciembre de 1998 a febrero de 2000 con un grupo de 9 internos-pacientes; no obstante que dicho programa

implica una intervención permanente la información da cuenta de la evaluación y los avances alcanzados por cada integrante del grupo.

Los resultados que se obtuvieron a partir de la intervención psicológica que se realizó fueron una mejoría en la rehabilitación social de este grupo de internos-pacientes, la cual fue evaluada a través de los siguientes indicadores: Contacto visual, el contacto corporal, la comunicación, la respuesta afectiva, el trabajo en equipo y la identificación de compañeros de grupo, utilizando diversas técnicas y procedimientos de modificación de conducta enmarcadas en el aprendizaje social.

Finalmente, el presente trabajo tiene como objetivo brindar una alternativa de intervención psicológica desde la perspectiva conductual para la rehabilitación social de personas con retraso mental que se encuentran en instituciones de custodia y/o hospitales psiquiátricos; así como contribuir al quehacer profesional de los psicólogos interesados en aplicar sus conocimientos con este tipo de población y busquen opciones de tratamiento.

## MARCO CONCEPTUAL

### Rehabilitación

En este apartado se incluyen algunos conceptos de rehabilitación, en el que se incluye el punto de vista médico y el psicosocial.

Verdugo (1998) señala: "La rehabilitación médica tiende a reducir las deficiencias debidas a las lesiones y a restaurar un funcionamiento óptimo de la persona. La rehabilitación psicosocial sigue un camino más educativo, y persigue que la persona viva tan plenamente como sea posible dentro de su ambiente habitual" (p. 15).

Sin embargo, ambos enfoques necesitan la intervención de equipos multidisciplinarios para que sea un proceso de rehabilitación global. En el ámbito médico, se requieren diversos profesionistas de diferentes especialidades; mientras que en el enfoque psicosocial la diferencia estriba en que dichos especialistas, además de centrarse en la persona, abordan el ambiente familiar, profesional y social (Verdugo, 1998).

Las definiciones en la década de los 70' sugerían que la rehabilitación fuera considerada "como el médico que posibilita al enfermo, para recuperar sus potencialidades tanto como esto sea posible, que recupere la productividad o en todo caso el regreso a la normalidad o al estado más satisfactorio posible" (Hospital Fray Bernardino Alvarez, 1996).

---

La Carta para los años ochenta de Rehabilitación Internacional (1980), rehabilitación es un: "Proceso en el que el uso combinado de medidas sociales, educativas y vocacionales ayuda a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse dentro de la sociedad" (citado en Verdugo, 1998, p.21).

Rehabilitación: "1) En general, reparación, restablecimiento de derechos anteriores. 2) Rehabilitación Social: Todas las medidas para la integración de enfermos, heridos, y minusválidos psíquicos o sociales en la comunidad" (Diccionario de Psicología, 1981, p. 223).

El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (PAMPD, 1992) señala que la rehabilitación "es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida (citado en Verdugo, 1998, p.24).

La NOM- 025-SSA2-1994 (1995) define la rehabilitación integral como el "conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar las desventajas adquiridas a causa de una enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria ..." (Diario oficial, p. 74).

Fraser (1990), señala: la rehabilitación social "Es característica esencial del medio rehabilitatorio crear expectativas para un desempeño social normal [...] Lo

que se busca en la socialización de adultos es más bien la síntesis de capacidades antiguas en un nuevo contexto [...] Después que un programa rehabilitatorio ha efectuado lo que puede hacer las capacidades del paciente con respecto a la socialización, la tarea restante es permitirle hacer el mejor ajuste posible utilizando las capacidades conductuales y cognoscitivas que posea” (citado en Fraser y Douglas, 1990, p. 316).

Gunn y Taylor, mencionan: los principios generales de la rehabilitación del paciente procesado, deben pretender la mejoría en el estilo de vida y no el retorno a un nivel de funcionamiento premórbido (citados en Fraser y col., 1990).

En general, se puede concluir que la rehabilitación tiene como finalidad reducir la gravedad de los síntomas y posiblemente, el número de defunciones que acompañan a las enfermedades; así como, restablecer la función perdida, a través del reaprendizaje de las habilidades necesarias para una vida satisfactoria.

### Socialización

El ser humano es por naturaleza un ser social que requiere de la interacción con los demás para poder sobrevivir, colabora con otros para poder perseguir y lograr sus objetivos, y para satisfacer sus necesidades. A continuación abordaremos el concepto de socialización desde diferentes puntos de vista.

Socialización es un “proceso por medio del cual una persona adquiere actitudes y valores de su propia cultura” (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990,

p. 845).

Hidalgo y Abarca (1999), el comportamiento social constituye “un aprendizaje continuo de patrones cada vez más complejos que incluyen aspectos cognitivos, afectivos, sociales y morales que se van adquiriendo a través de un proceso de maduración y aprendizaje en permanente interacción con el medio social” (p. 17).

Hurlock (1979), “ es un proceso que comprende tres componentes, los cuales aunque son separados y distintos guardan tan íntima relación entre sí, la falla del desarrollo de uno, tiene por consecuencia un nivel de socialización inferior al que pudiera preverse” (citado en Razo, 1993, p. 30).

Socialización, en el sentido del desarrollo psicológico, “el proceso por el que los individuos desarrollan aquellas aptitudes que son necesarias para una integración plena en la comunidad social en la que viven” (Diccionario de Psicología, 1981, p.240).

La conducta social “es un proceso de aprendizaje permanente a través de la vida. Su adecuación y competencia, están determinadas por la interacción permanente del sistema interpersonal, que debe ir adaptándose a las diferentes tareas y funciones del individuo, de la familia y de los roles que cada uno debe cumplir en la vida” (Hidalgo y col. 1999, p. 21).

Como se observa, en las diferentes definiciones de socialización se hace hincapié en las diferentes capacidades, habilidades y patrones de comportamiento

que el individuo posee para interactuar con su entorno de una manera armónica, así como la influencia que éste hace sobre él. Asimismo, la capacidad del ser humano para ajustarse en los diferentes escenarios y grupos sociales en los que se relaciona.

### Retraso mental

Belloch y Francisco (1996) señalan que el retraso mental ha sido uno de los padecimientos que ha causado gran impacto en la sociedad en general, tanto en el ámbito científico como en el público al conjuntar demandas de atención e intervención trayendo como consecuencia un cambio notorio tanto en el ámbito conceptual y de clasificación, como en las sugerencias de intervención, en diferentes áreas de servicios asistenciales y la reivindicación de los mismos, además de la creación de actitudes favorables hacia éste.

Para una mejor comprensión del retraso mental es necesario realizar una breve revisión de este concepto a través de la historia. Entre los procedimientos y métodos de intervención efectuados con personas que padecían alguna deficiencia se destaca el tratamiento implementado por los griegos, el cual consistía en la eliminación de los niños con cualquier tipo de deficiencia en la que se marca la actitud tan negativa hacia ellos, que el mismo Aristóteles, justificaba el abandono paterno como método de intervención (Belloch y cols., 1996).

Otro intento por reivindicar y humanizar el trato hacia las personas con deficiencias notorias y retrasados mentales fue el llevado a cabo por las órdenes religiosas, sin embargo no tuvo gran aceptación por la sociedad de la edad media y moderna, entre otras cosas debido al predominio de la ideología que hacía énfasis en posesiones demoniacas para explicar las alteraciones tanto físicas como mentales.

Sin embargo los avances tecnológicos, científicos e industriales trajeron consigo un cambio en la filosofía para entender, ordenar y tratar a este grupo de alteraciones denominadas actualmente "retraso mental"; otro elemento que ha tenido gran trascendencia en este cambio ha sido en gran medida el desarrollo de la psicología de la inteligencia.

Ahora, el paso más importante al aceptar los cambios en las formas de analizar y tratar el retraso mental es el sugerido en las propuestas de actualización de las diferentes normas y medidas de atención en salud mental que promueven estrategias más modernas y una mejor calidad de vida para las personas que padecen algún grado de retraso mental. Antes de continuar veamos que es el retraso mental.

### Características diagnósticas del Retraso Mental

El DSM- IV (1995) define el retraso mental como la capacidad intelectual generalmente significativa inferior al promedio que se acompaña de limitaciones

significativas de la actividad adaptativa de por lo menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad; su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

Esta definición implica tres aspectos claves en su estructura como lo refiere Verdugo (1998), "capacidades (o competencias), entornos y funcionamiento".

Este autor menciona que las capacidades son aquellos atributos inherentes al individuo y la habilidad que tiene éste para funcionar de manera adecuada en la sociedad. Por tanto, una persona con retraso mental "presentará limitaciones en la inteligencia conceptual (cognición y aprendizaje) y en la inteligencia práctica y social, que son la base de las habilidades adaptativas" (p. 529).

El entorno, hace referencia a "aquellos lugares donde la persona vive, aprende, juega, trabaja, se socializa e interactúa" (citado en Verdugo, 1998, p. 530).

Finalmente, el funcionamiento de la persona debe estar afectado en por lo menos dos de las áreas de la habilidad adaptativa.

Luckasson et al. (1992). "Las dificultades adaptativas en los alumnos o personas adultas con retraso mental provienen de limitaciones en su inteligencia

social y práctica" [...], entendiendo por la primera como "la capacidad para entender las expectativas sociales y la conducta de los otros, así como para juzgar adecuadamente cómo comportarse en situaciones sociales; mientras que por la segunda "a la capacidad de mantenerse por uno mismo como persona independiente en la realización de actividades habituales de la vida cotidiana" [...], es esencial para habilidades adaptativas como las sensoriomotoras, las de cuidado personal y las de seguridad. Es también importante en otras habilidades adaptativas como las académicas funcionales, trabajo, ocio, autodirección y utilización de la comunidad.

Este mismo autor señala que la "inteligencia social, es un aspecto clave en conductas adaptativas como las habilidades sociales, de comunicación, trabajo, tiempo libre, vida en el hogar, y utilización de la comunidad"(citado en Verdugo y Gutiérrez, 1998, p. 49).

Verdugo y et al. (1998), describen cada una de las 10 habilidades de adaptación mencionadas en la definición de retraso mental propuesta por el DSM-IV, las cuales son:

#### 1. Comunicación

Incluye la capacidad para comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos utilizando cualquier modalidad del lenguaje (verbal, escrito y/o corporal).

## 2. Autocuidado

Implican habilidades del arreglo personal y la comida.

## 3. Habilidades de vida en el hogar

Relacionadas con las habilidades del individuo para funcionar dentro del hogar, tales como las actividades propiamente domésticas y habilidades asociadas incluyen la orientación y el comportamiento dentro del hogar y el vecindario; así como, comunicación de preferencias, necesidades, interacción social y aplicación de habilidades académicas funcionales en el hogar.

## 4. Habilidades sociales

Hace referencia a la habilidad del individuo para relacionarse y afrontar las demandas de los demás y del medio ambiente de manera apropiada, en los diferentes escenarios y contextos del comportamiento de la persona (social, sexual, laboral y familiar).

## 5. Utilización de la comunidad

La adecuada utilización de los servicios de la comunidad (sociales, culturales, recreativos, religiosos y médicos), incluye el comportamiento en la comunidad, comunicación de preferencias y necesidades, interacción social y aplicación de habilidades académicas funcionales.

## 6. Autodirección

Se relaciona con la habilidad del individuo para autocontrolarse en diferentes escenarios de acuerdo a sus intereses personales, completar las tareas

necesarias o requeridas, buscar ayuda en casos necesarios y resolver problemas de diversa índole en los diferentes contextos de su vida conocidos y nuevos, además de demostrar asertividad y habilidades de autodefensa.

#### 7. Salud y seguridad

Habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud, desde el punto de vista médico, como las consideraciones de seguridad urbana. Habilidades relacionadas incluyen el protegerse de comportamientos delictivos, tener un comportamiento adecuado en la comunidad, comunicar preferencias y necesidades, participar en interacciones sociales, y aplicar habilidades académicas funcionales.

#### 8. Académicas funcionales

Se contemplan habilidades cognitivas y de aprendizajes escolares, que tienen una aplicación directa en la vida. Esta área se centra en la adquisición de habilidades académicas funcionales en términos de la vida independiente.

#### 9. Ocio y tiempo libre

Las habilidades incluyen elecciones e intereses de la iniciativa propia, utilización y disfrute de las posibilidades de ocio en los diferentes escenarios de la vida del individuo tanto en el ámbito individual y grupal. Habilidades asociadas incluyen el comportarse adecuadamente en lugares de ocio y tiempo libre, comunicar preferencias y necesidades, participar de la interacción social, aplicar habilidades funcionales académicas y exhibir habilidades de movilidad.

## 10. Trabajo

Habilidades relacionadas con poseer un trabajo a tiempo completo o parcial en la comunidad, en términos de habilidades laborales específicas, comportamiento social apropiado y habilidades relacionadas con el trabajo.

### Etiología

Los factores etiológicos según el DSM-IV (1995) pueden ser “primariamente biológicos o psicosociales, o alguna combinación de ambos [...] Los principales factores predisponentes son: herencia, alteraciones tempranas del desarrollo embrionario, problemas del embarazo y perinatales, enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez, influencias ambientales y otros trastornos mentales” (p. 45).

### Semiología

Para poder diagnosticar retraso mental se deben cubrir los siguientes criterios. A) Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad significativamente inferior al promedio), B) Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización

de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio y seguridad, y C) el inicio es anterior a los 18 años.

Según el DSM-IV (1995) se pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual, los cuales son:

#### 1. Retraso mental leve

Equivale a un CI entre 50-55 y aproximadamente 70, en general se considera que la persona que caen en este rubro como educable, suele desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia, pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Durante su vida adulta, acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.

#### 2. Retraso mental moderado

La mayoría de los individuos con este nivel cuentan con un CI entre 35-40 y 50-55, adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de

niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Durante su adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir las relaciones con otros muchachos o muchachas. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no calificados o semicalificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

### 3. Retraso mental grave

Cuentan con un CI entre 20-25 y 35-40, durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo, en la etapa escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad del alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la "supervivencia". En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en

hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especiales o cualquier otro tipo de asistencia.

#### 4. Retraso mental profundo

Se ubican aquellos individuos que obtienen un CI inferior a 20 ó 25, la mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Puede predecir un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

El Retraso mental de gravedad no especificada debe utilizarse cuando exista una clara presunción, pero la persona en cuestión no puede ser evaluada satisfactoriamente mediante los tests de inteligencia usuales. Éste puede ser el caso de ciertos niños, adolescentes o adultos con excesivas insuficiencias o falta de cooperación, lo que impide que sean evaluados. También pueden ocurrir en el caso de niños que clínicamente son considerados intelectualmente por debajo del promedio, pero en quienes los tests disponibles (p. ej., las Bayley Scales of Infant Development, Catell Infant Intelligence y otras) no proporcionan valores de CI. En

general, cuanto menor es la edad, tanto más difícil es evaluar la presencia de retraso mental en los sujetos con afección profunda.

El CIE-10 (1992) agrega la clasificación denominada Otro Retraso Mental y refiere que "sólo puede usarse cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física" (p. 283).

#### Diagnóstico diferencial para llegar al diagnóstico definitivo

Los criterios diagnósticos de retraso mental no incluyen ningún criterio de exclusión; por consiguiente, el diagnóstico debe establecerse siempre que se cumplan los criterios diagnósticos, prescindiendo de la posible presencia de otro trastorno. Puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje o un trastorno de la comunicación en una persona con retraso mental si el déficit específico es desproporcionado respecto del nivel de gravedad del retraso mental. El retraso mental suele acompañar a los trastornos generalizados del desarrollo (75-80% de los sujetos con un trastorno generalizado del desarrollo también presentan retraso mental).

Algunos casos de retraso mental tienen su inicio tras un período normal, pudiendo recibir el diagnóstico adicional de demencia. Un diagnóstico de

demencia requiere que la afectación de la memoria y otros déficit cognoscitivos representen una merma significativa del nivel previo de capacidades. Puesto que puede ser difícil determinar el nivel previo de capacidad en niños muy pequeños, el diagnóstico de demencia puede no ser apropiado hasta que el niño tenga entre 4 y 6 años de edad. En general, el diagnóstico de demencia en individuos menores de 18 años sólo se establece cuando la alteración no se tipifica de modo satisfactorio con el diagnóstico de retraso mental únicamente.

El CIE-10 (1992) menciona que para establecer un diagnóstico definitivo "deben estar presentes un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficits de un área i de una capacidad concretas" (p. 279).

#### Enfoque multidimensional para diagnosticar retraso mental

En la actualidad Verdugo y col. (1998) señalan en que la nueva concepción del retraso mental está basada en un enfoque multidimensional que pretende ampliar el enfoque existente hasta ahora, y relacionar las necesidades de apoyo requeridos. Este enfoque plantea cuatro dimensiones diferentes de evaluación para identificar el funcionamiento intelectual y las habilidades

adaptativas, "los aspectos psicológico-emocionales, los aspectos físicos, de salud y etiológicos, y los aspectos ambientales. La consideración de todas las dimensiones es la que aporta una visión global del individuo dirigida a determinar objetivos profesionales y sociales que le sirvan de ayuda". (p. 25).

En la tabla 1 se ilustra el proceso de tres pasos que la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR, modificado en 1992), para el diagnóstico, la clasificación y los sistemas de apoyo en el retraso mental según el enfoque multidimensional para diagnosticar retraso mental (citado por Belloch et al., 1996, p. 683).

Como se observa, en dicha tabla, a diferencia de la definición y características diagnósticas que se proponen por el DSM-IV, el enfoque multidimensional propone tomar en cuenta aspectos relacionados con la salud física, psicológica, el ambiente en el que se desarrolla la persona, el entorno óptimo que debe facilitar el desarrollo apropiado de ésta; además de establecer la intensidad necesaria de los apoyos que se requieren para su rehabilitación.

TABLA 1 Proceso de 3 pasos de la AAMR para el diagnóstico, la clasificación y los sistemas de apoyo en el retraso mental.

DIMENSIONES	PASOS
I Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas	1. Diagnóstico de retraso mental. Determina elegibilidad de apoyos. <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Funcionamiento intelectual del sujeto aproximadamente de 70 a 75 o menor.</li> <li>b. Existen discapacidades significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas.</li> <li>c. La edad de aparición es menor a 18 años.</li> </ul>
II Consideraciones psicológicas/ emocionales	2. Clasificación y descripción. Identifica fortalezas y debilidades, y la necesidad de apoyo. <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Describe las fortalezas y debilidades relacionadas con consideraciones psicológico-emocionales.</li> </ul>
III Etiología/física/salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Describe la salud física general e indica la etiología de la condición.</li> </ul>
IV Consideraciones ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Describe el emplazamiento ambiental usual del sujeto y el ambiente óptimo que debería facilitar su desarrollo y crecimiento continuado.</li> </ul> 3. Perfil e intensidad de los apoyos necesarios. Identifica los apoyos que se requieren. <p>Para cada una de las cuatro dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. I Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.</li> <li>b. II Consideraciones psicológico/emocionales</li> <li>c. III Consideraciones de salud física y etiología</li> <li>d. IV Consideraciones ambientales.</li> </ul>

Así como han surgido diversas definiciones y teorías de la inteligencia dependiendo de la finalidad de su evaluación han surgido definiciones de retraso mental, de las cuales se puede concluir que todas coinciden en un rendimiento intelectual significativamente inferior al término medio que trae consigo alteraciones en por lo menos dos de las áreas de las capacidades adaptativas y su inicio es antes de los 18 años.

Para efectos de este reporte sólo se retomaron las definiciones propuestas por el DSM-IV tanto para el diagnóstico, como para la clasificación de la gravedad y definición del retraso mental leve, moderado y de gravedad no especificada.

Hasta este momento se han revisado los conceptos claves que permitirán un entendimiento más claro del tema que nos ocupa, antes de abordar las teorías que fundamentan la intervención psicológica efectuada con el grupo de internos-pacientes recluidos, con diagnóstico de retraso mental.

## MARCO TEÒRICO

### Terapia de conducta (TC)

Los inicios de la terapia de la conducta, datan de los trabajos realizados por Pavlov sobre condicionamiento clásico, el de Watson sobre el conductismo, el de Thorndike sobre el aprendizaje y el de Skinner sobre el condicionamiento operante, al considerarse como las piedras angulares de la terapia conductual (Caballo, 1995).

A partir de estos trabajos se han constituido tratamientos más sofisticados, ha evolucionado la concepción de la terapia de la conducta y las técnicas que se utilizan en la intervención psicológica diversificando los ámbitos de aplicación.

Eysenck, en su afán de proporcionar una alternativa de intervención terapéutica, en los denominados trastornos mentales, diferente al modelo psicodinámico, se dio a la tarea de descomponer en un pequeño número de dimensiones la "personalidad"; a través de definiciones operacionales, medibles factorialmente y exploradas experimentalmente a fin de desarrollar un modelo psicológico que explicaría cada aspecto del funcionamiento humano.

Para facilitar este ambicioso proyecto, Eysenck, considero en esos momentos, que la teoría del aprendizaje de estímulo-respuesta; en particular el trabajo de Hull y Pavlov, ofrecían un panorama alentador para el desarrollo de predicciones verificables y una base de datos para la intervención terapéutica.

---

Sin embargo, el trabajo de Wolpe (1958) de la psicoterapia por inhibición recíproca y de la técnica de la desensibilización sistemática, sin duda fue la primera "terapia verbal" viable ofrecida como alternativa a la psicoterapia tradicional.

Otros dos pioneros que fueron reconocidos por sus aportaciones son Lazarus y Rachman, pero aún persistían los diferentes enfoques y fundamentos teóricos para dar una explicación de la terapia de conducta, mientras que en Gran Bretaña se apoyaba en el condicionamiento clásico, no se puede decir lo mismo sobre el desarrollo de dicha teoría en Estados Unidos, la cual se apoyaba en el condicionamiento operante de Skinner y sigue predominando hoy día.

Este modo de concebir la intervención psicológica se vio modificado por la teoría de la interacción recíproca de Bandura (1982), y por los modelos más sofisticados que surgieron en los últimos años ochenta.

Pero, parece ser que el término "terapia de conducta" se introdujo de manera independiente en 1953, por Lindsley, Skinner y Solomon, los cuales se refirieron al empleo del condicionamiento operante en pacientes psicóticos hospitalizados con el término de "terapia de conducta". En 1959, Eysenck utilizó por primera vez este término para referirse a un nuevo enfoque de la terapia, definiendo ésta como "la aplicación de las modernas teorías del aprendizaje en el tratamiento de trastornos psicológicos. Mientras que Lindsey y cols. conceptualizaron a la TC exclusivamente en términos del condicionamiento

operante de Skinner, Eysenck adoptó una perspectiva, en donde la TC "abarcaba el condicionamiento operante, el condicionamiento clásico y, posteriormente, el modelado, con un notable reconocimiento hacia Pavlov, Mowrer y a los neoconductistas como Hull, Spence y (con ciertas reticencias) Bandura" (citados en Caballo, 1995, p. 7).

En resumen, Kazdin (1978a) señaló las características más sobresalientes de los terapeutas de conducta:

1. Un énfasis en los determinantes actuales de la conducta, en vez de los determinantes históricos.
2. Un énfasis en el cambio de la conducta manifiesta como el principal criterio por el que se evalúa el tratamiento.
3. Especificación del tratamiento en términos objetivos, de modo que pueda ser posible la réplica del mismo.
4. Confianza en la investigación básica en psicología, con el fin de generar hipótesis generales sobre el tratamiento y las técnicas terapéuticas.
5. Especificidad en las definiciones y explicaciones, en el tratamiento y en la medición (Caballo, 1995, p. 12).

A partir de la formación de la Asociación para el Progreso de las Terapias de Conducta (AABT, 1975), se definió la TC de la siguiente manera:

La terapia de conducta implica, principalmente, la aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología experimental y

social, para el alivio del sufrimiento de las personas y el progreso del funcionamiento humano. La terapia de conducta pone el énfasis en una valoración sistemática de la efectividad de estas aplicaciones. La terapia de conducta implica el cambio ambiental y la interacción social, más que la alteración directa de los procesos corporales por medio de procedimientos biológicos. El objetivo es, esencialmente, educativo. Las técnicas facilitan un mayor autocontrol. En la aplicación de la terapia de conducta, normalmente se negocia un acuerdo contractual en el que se especifican procedimientos y objetivos mutuamente agradables. Aquellos que emplean los enfoques conductuales de modo responsable se guían por principios éticos ampliamente aceptados (Franks y Wilson, 1975, p. 1 en Caballo, 1995, p. 13).

Por tanto, la modificación de conducta como nos referiremos de aquí en adelante a la terapia de conducta, descansa sobre los principios de la psicología del aprendizaje, según la cual "todas las conductas se aprenden y por lo tanto se pueden modificar" [...] Desde los primeros estudios sobre modificación de conducta se dedujeron tres de los aspectos claves del aprendizaje: "a) una persona aprende algo mejor cuando obtiene una recompensa; b) una persona deja de hacer algo a cambio de lo cual no obtiene recompensa, y c) una persona aprende mejor una cosa cuando se le enseña a base de pequeños pasos" (citado en Verdugo y col., 1998, p. 125).

Partiendo de que el aprendizaje puede definirse como: "los cambios del comportamiento relativamente permanentes que resultan de experiencias pasadas. La mayor parte de esos cambios sirven para adaptarnos al mundo en que vivimos" (Darley et al. 1990, p. 207).

Por lo que, la conducta se puede modificar en varios sentidos: "a) que mejore su ejecución; b) que aumente su frecuencia; c) que disminuya su frecuencia, y d) que cambie de lugar y momento" (Verdugo et al., 1998, p. 126).

Este mismo autor señala que las conductas se aprenden por asociación. Toda conducta va precedida por una señal. Además, la conducta siempre va seguida de algo que le ocurre a la persona que la ejecuta, es decir, las consecuencias. Las cuales pueden ser de tres tipos: 1) consecuencias positivas (positivas); 2) consecuencias negativas (castigos), y 3) consecuencias neutras (ignorar la conducta).

En la actualidad, los terapeutas conductuales ponen mayor énfasis en la metodología que en las especulaciones o las implicaciones filosóficas.

### Teoría del Aprendizaje Social

Esta teoría muestra la conjugación de los enfoques provenientes de la Psicología Social con las teorías conductuales de aprendizaje, ofreciendo dos vertientes que tratan de explicar, por un lado, los componentes de las habilidades sociales desde diferentes modelos de las habilidades sociales y, por otro, la falta

de habilidades sociales en el individuo.

El modelo de aprendizaje social sostiene que el funcionamiento psicológico, y por tanto el desarrollo social, responde a la interacción recíproca de múltiples factores ambientales, individuales y de conducta de la persona, que en definitiva permiten el aprendizaje del comportamiento social.

Sin embargo, el surgimiento de la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura marcó un giro en torno a la concepción del origen y modificación de los problemas psicológicos como señalan Hollin & Trower (1986), "se pasó de un modelo "médico" en el cual las conductas debían ser eliminadas, a una aproximación "constructiva" en donde debían entrenarse conductas más adecuadas" (Hidalgo et al., 1999, p.38).

Caballo (1995) señala, "los teóricos del aprendizaje social subrayan tanto la cognición como la ejecución [...] La teoría del aprendizaje social toma en cuenta estas dos situaciones, empleando conceptos derivados de la teoría de la autoeficacia y del modelado para construir los mecanismos de enlace necesarios" (p. 16).

### Habilidades sociales

El origen del entrenamiento de habilidades sociales se le atribuye a Salter en 1949, quien habla de la existencia de seis técnicas para aumentar la expresividad del individuo, éstas son la expresión verbal y la expresión facial de

las emociones, el empleo deliberado de la primera persona al hablar, el estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas, el expresar desacuerdo y la improvisación y actuación espontánea (citado en Caballo, 1995).

Antes de continuar, se abordará el término de habilidades sociales.

Definición de habilidades sociales:

Caballo (1986, citado en Caballo, 1995), "la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (p. 407).

Ladd y Mize definen como habilidades sociales "para un adecuado desarrollo social que permita relaciones interpersonales satisfactorias se requieren habilidades cognitivas y destrezas conductuales organizadas armoniosamente en un curso integrado de acciones, dirigidas a metas interpersonales y culturalmente aceptadas" (Hidalgo y col., 1999, p. 19).

### Modelos teóricos de las habilidades sociales

A continuación se abordan los diferentes modelos que explican las habilidades sociales, desde diversas perspectivas, citados por Hidalgo y col. (1999).

## 1. Modelo derivado de la Psicología Social

Fernández y Carrobles (1981) derivaron de la Teoría de roles su definición de habilidades sociales, introduciendo en su concepción de éstas, el papel que juegan las expectativas dirigidas al propio rol y al rol de los otros.

Para estos autores las habilidades sociales son la "capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás [...] Exigen la captación y aceptación del rol del otro y del otro generalizado y la comprensión de los elementos simbólicos asociados a sus reacciones, tanto verbales como no verbales" (citado en Hidalgo y col., 1999, p.22).

## 2. Modelo del Aprendizaje Social (AS)

Desde el enfoque de este modelo, las habilidades sociales se aprenden a través de experiencias interpersonales directas o vicarias, y son mantenidas y/o modificadas por las consecuencias sociales de un determinado comportamiento. El refuerzo social tiene un valor informativo y de incentivo en las subsecuentes conductas sociales. El comportamiento de otros constituye una retroalimentación para la persona acerca de su propia conducta.

Las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia respecto a sí uno va a ser capaz de entender una determinada situación. Estas expectativas permiten a la persona decidir si se involucra o no en una situación social, si se

mantiene en ella o no y, si se produce algún problema, cuánto perdurará en su esfuerzo.

### 3. Modelo de aprendizaje Social-cognitivo

La conducta social está mediada por diversos factores cognitivos, tales como expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de procesamiento de la información, métodos de resolución de problemas, etc., que mediatizan los procesos de interacción social.

El énfasis de este modelo se encuentra en el entrenamiento en resolución de problemas, el cual postula, que el desarrollo de las intervenciones clínicas y las estrategias de prevención deben centrarse en la facilitación de la competencia social.

D' Zurilla & Goldfried (1973, citado en Hidalgo et al., 1999), han insistido en la necesidad de incluir en los programas de habilidades sociales, un entrenamiento en resolución de problemas.

### 4. Modelo Cognitivo

Parte del supuesto de que las alteraciones emocionales o los patrones de conducta inadecuados, son resultado de lo que pensamos (contenido) y de cómo pensamos (proceso). Aún si el problema parece emocional, de conducta o circunstancial, la mediación cognoscitiva o pensamientos es lo más importante (citado en Darley et al., 1990).

Piaget (citado en Hidalgo y col., 1999), postula una estrecha relación entre lo cognitivo y lo social, siendo lo primero una condición necesaria aunque no suficiente para alcanzar las metas que plantea el desarrollo social.

Bandura (1977, citado en Hidalgo et al., 1999) ha enfatizado la importancia de factores cognitivos en el aprendizaje, demostrando la importancia de ellos en el aprendizaje vicario. El aprendizaje por observación requiere de procesos tales como percepción, atención y memoria, reproducción motora y factores motivacionales que suponen procesos cognitivos complejos de abstracción y simbolización. Uno de los medios más efectivos de aprendizaje de comportamientos complejos, como es la conducta social, es a través de la observación de modelos significativos (citado en Hidalgo y col., 1999).

Spivack & Shure (1974, citado en Hidalgo y col., 1999), plantean que las habilidades sociales están mediadas por procesos cognitivos internos que denominan habilidades socio-cognitivas, éstas se desarrollan a medida que el niño crece e interactúa en su medio ambiente. Dentro de las habilidades socio-cognitivas se describen, distintas habilidades de resolución de problemas interpersonales, las características del estilo atribucional, tanto en relación con la causalidad de los hechos (locus de control) como a la atribución acerca de la intencionalidad de la conducta de los demás y, por último, la habilidad denominada "toma de perspectivas" (Kaplan, 1983; Dodge & Framo, 1982).

Ladd & Mize (1983) definen las habilidades sociales como "la habilidad para

organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia metas personales o sociales que sean culturalmente aceptadas" (citado en Hidalgo y col., 1999, p. 23).

#### 5. Modelo de Percepción social

Argyle (1978) destaca en su modelo de habilidades sociales, lo que ha denominado percepción social refiriéndose a los procesos de selectividad de la información que cada persona realiza en la interacción social y la posterior interpretación (traducción) que hace de dicha información (citado en Hidalgo y col., 1999).

Trower (1980), en esta misma línea afirma la importancia de ciertos "componentes de habilidades sociales"; gestos, sonrisas, tiempo de latencia en la respuesta, y el "proceso de interacción social", que se refiere a la habilidad individual para generar una conducta adecuada a las reglas y metas en respuesta a la retroalimentación social (citado en Hidalgo y col., 1999).

#### 6. Asertividad: Un Modelo de la Psicología Clínica

Se ha utilizado el concepto de asertividad (Wolpe, 1958), libertad emocional (Lazarus, 1971), autoafirmación (Ferstenheim, 19729, etc., con diferentes matices, todos estos conceptos apuntan a un gran conjunto de comportamientos interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que piensa, lo que se siente y las creencias, en forma adecuada al medio, en ausencia de ansiedad. Para ello se requieren naturalmente buenas estrategias

comunicacionales y habilidades sociales específicas.

Wolpe (1958) desarrolló el entrenamiento asertivo, el cual se fundamenta en el principio de inhibición recíproca, considerándose la respuesta asertiva, como una respuesta incompatible con la ansiedad; sin embargo esta última aseveración no ha sido demostrada. (citado en Hidalgo y col., 1999).

Galassi & Galassi (1978, citados en Hidalgo y col., 1999) señalan que la asertividad debe considerar comportamientos interpersonales en diferentes momentos y situaciones de la interacción, como: personas particulares que tienen roles definidos que definen diferentes reglas de comunicación y además en contextos situaciones diversas. Siguiendo este enfoque, distinguen tres dimensiones en el concepto de asertividad; a) dimensión conductual: se refiere específicamente a las áreas de comportamiento interpersonal; b) dimensión personal: la situación interpersonal hace referencia a personas con las que convive el individuo y muchas inadecuaciones en éstas pueden deberse a la falta de percepción social para captar las sutilezas interpersonales en una relación, y c) dimensión situacional: que define el ambiente físico y contextual en que una relación, es una amplia gama de contextos y situaciones en que se da la interacción y el grupo sociocultural que define normas y valores.

Riso (1988), define la conducta asertiva como: "aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad), y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera

más efectiva posible: oposición (decir que no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general) de acuerdo con sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta" (citado en Hidalgo y col., 1999, p. 45).

Yuri & Molina (1982, citado en Hidalgo y col., 1999) consideran que la conducta asertiva se refiere a aquellos comportamientos interpersonales cuya ejecución implica un cierto riesgo social. Es decir, que es posible la ocurrencia de alguna consecuencia negativa, en términos de expectativas y/o de evaluación social inmediata o a más largo plazo.

Hollin & Trower (1986, citado en Hidalgo et al., 1999), desarrollaron un modelo que integra e interrelaciona los diversos factores que intervienen en las habilidades sociales y la asertividad, tomando como base los planteamientos de Argyle. Este modelo comprende tres etapas: la primera es determinar una meta u objetivo interpersonal; la segunda etapa comienza con la percepción de señales del ambiente siguiendo la percepción de señales interpersonales, debe traducir su percepción en planes de acción y realizar una conducta motora. La conducta inicia la tercera etapa de este modelo: la consecuencia en el ambiente, por último, el individuo percibe el resultado de sus acciones, completando así la retroalimentación del sistema. La retroalimentación puede ser percibida como beneficiosa para el objetivo inicialmente propuesto y,

por tanto, la conducta es reforzada. Contrariamente, la conducta puede no ser beneficiosa, siendo castigada y, por tanto, poco probable que se repita.

### Modelos explicativos de la falta de habilidades sociales

#### 1. Modelo de déficit de habilidades sociales

Currán (1977) plantea que dicho déficit se debe a la falta de aprendizaje de los componentes motores verbales y no verbales necesarios para lograr un comportamiento social competente.

Bellack & Morrison (1982) la persona inhábil carece de un repertorio conductual y/o usa respuestas inadecuadas porque no las ha aprendido o lo ha hecho inadecuadamente.

Mc Fall & Twentyman (1973) el entrenamiento asertivo está orientado a enseñar las habilidades conductuales requeridas mediante los procedimientos de ensayo conductual, modelaje, prácticas de respuestas e instrucciones del terapeuta y [retroalimentación y refuerzo social (Bellack & Morrison, 1982)].

#### 2. Modelo de inhibición por ansiedad

Wolpe (1958) plantea que la persona tiene las habilidades necesarias en su repertorio, pero que están inhibidas o distorsionadas por ansiedad a las situaciones sociales.

#### 3. Modelo de inhibición mediatizada

Hidalgo y col. (1999), este modelo plantea como necesario para el cambio

la reestructuración cognitiva, es decir, modificar los esquemas cognitivos, los procesos y los eventos o productos cognitivos. Fue desarrollado por diversos autores, los cuales plantearon, que el modelo de inhibición mediatizada era causado por diversos procesos cognitivos: expectativas y creencias irracionales (Ellis, 1974), autoverbalizaciones negativas e inhibitorias (Schwart & Gottman, 1976), autoinstrucciones inadecuadas (Meichenbaum, 1977), estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación (Alden & Safran, 1978; Alden & Cappe, 1981), expectativas respecto a la conducta asertiva (Eisler, Frederick & Peterson, 1978) y evaluaciones cognitivas distorsionadas (Riso, 1987).

#### 4. Modelo de percepción social

Este modelo atribuye la inhabilidad social a la falta en la discriminación de las situaciones específicas en que un comportamiento social es adecuado o no.

Morrison & Bellack (1981) plantean que existirían personas con dificultades para identificar estímulos interpersonales no verbales y personas poco asertivas que muestran déficits en percepción social.

McDonald, Lindquist, Kramer, McGraff & Rhyne (1975) sugieren que el fracaso en responder asertivamente puede ser el resultado de una percepción incorrecta de la conducta asertiva considera como una expresión de hostilidad.

Bandura, 1968; Bandura, Blanchard y Ritter, 1969, refieren: después de que el observador ve que el modelo sobrevive a la experiencia sin consecuencias negativas, llega a creer que su respuesta de ansiedad carece de bases (citados en

Darley y cols., 1990).

### Entrenamiento en habilidades sociales

Golds Mith y McFall (1975) mencionan que el entrenamiento en habilidades sociales esta dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida, mientras que Curran (1985) lo define como un intento directo y sistemático para enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual, en clases específicas, de situaciones sociales (citados en Caballo, 1995).

Caballo (1995) refiere, que el entrenamiento de habilidades sociales se adhiere a un enfoque conductual de adquisición de la respuesta, se centra en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas e implica el desarrollo de cuatro elementos de forma estructurada, que son:

1. En esta fase se enseñan al paciente conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual de éste, a través de la aplicación de diversas técnicas de la modificación de conducta.
2. Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas, mediante la disminución de la ansiedad de manera indirecta al enseñar al paciente un nuevo repertorio conductual más adaptativo y es incompatible con la respuesta de ansiedad.

3. Reestructuración cognitiva, en donde se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actividades del sujeto. La adquisición de nuevas conductas modifican, a más largo plazo, las cogniciones del sujeto.
4. Entrenamiento en solución de problemas, en donde se enseña al paciente a percibir y procesar la información que éste abstrae de su entorno para seleccionar una respuesta que al ser ejecutada maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulso la comunicación interpersonal.

Lazarus (1971), refiere que el entrenamiento en habilidades sociales empieza con procedimientos de ensayo de conductas en las que se instruye al paciente sobre la manera adecuada de comportarse en situaciones sociales específicas después, pasan a técnicas de representación de papeles en los que el terapeuta toma el papel del otro y guía al cliente mediante un conjunto de respuestas efectivas desde el punto de vista social.

Aunque se han propuesto diferentes clases de respuestas en las habilidades sociales, las que generalmente se han aceptado por Caballo, 1989; Caballo y Buena, 1988a; Caballo, Godoy y Buena, 1988; Caballo y Ortega, 1989 son: iniciar y mantener conversaciones; hablar en público; expresión de amor, agrado y afecto; defensa de los propios derechos; pedir favores; rechazar peticiones; hacer cumplidos; aceptar cumplidos; expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; disculparse o admitir ignorancia; petición de cambios en la conducta del otro, y afrontamiento de las críticas (citados en Caballo, 1995).

Rich y Schroeder (1976, citados en Caballo, 1993) señalan que los procedimientos de entrenamiento pueden incluirse, en términos de su función, en una de la siguiente categorías:

- a. Operaciones de adquisición de la respuesta (p. ej., modelado, instrucciones).
- b. Operaciones de reproducción de la respuesta (p. ej., ensayo de conducta).
- c. Operaciones de moldeamiento (shaping) y fortalecimiento de la respuesta (p. ej., retroalimentación, aleccionamiento por parte del terapeuta o reforzamiento por el grupo).
- d. Operaciones de reestructuración cognitiva (p. ej., manipulación cognitiva).
- e. Operaciones de transferencia de la respuesta (p. ej., tareas para casa) (p.186-187).

### El entrenamiento de habilidades sociales en formato grupal

Hidalgo y col. (1999), realizan un resumen de las ventajas que ofrece el entrenamiento de habilidades en grupo.

Las ventajas del entrenamiento grupal:

1. Crea un ambiente social más complejo y provee una mayor variedad de modelos, al incluir hombres y mujeres con diferentes experiencias, estilos

- de vida, clase social, etc. (Alberti & Emmos, 1970; Pilonis, 1986).
2. Provee oportunidades en vivo, propias de la experiencia grupal que favorecen la adquisición de ciertas habilidades (por ejemplo, solucionar problemas interpersonales que surgen en el grupo (Pilkonis, 1986).
  3. Proporciona un medio protegido, el cual actúa como puente entre el aprendizaje de la habilidad y su ejecución en el exterior (Cornejo & Baranda, 1983).
  4. Constituye una situación social similar a muchos encuentros interpersonales. Esto favorece la consolidación y la generalización de las conductas entrenadas a "settings" extra terapéuticas (Pilkonis, 1986).
  5. Proporciona feedback, refuerzo y apoyo inmediato a la ejecución de la conducta entrenada, los cuales no aparecen necesariamente ligados a la figura de autoridad del terapeuta (Alberti & Emmos, 1970).
  6. Ofrece la posibilidad de decidir entre diferentes tipos de respuesta, sin tener que recurrir únicamente a la que propone el terapeuta (Lange & Jakubowsky, 1976).
  7. La validación consensual que entrega al grupo facilita el rol del terapeuta frente a miembros resistentes y/o descalificadores del tratamiento (Pilkonis, 1986).
  8. Minimiza la intencionalidad del vínculo con el terapeuta, evitando así el

exceso de dependencia hacia este último (Pilkonis, 1986).

10. Maximiza los recursos humanos y materiales (p. 40-41).

Lange y Jakubowski (1976) señalan que hay cuatro tipos básicos de entrenamiento de habilidades sociales: a) Grupos orientados hacia los ejercicios, donde los miembros del grupo participan inicialmente en una serie establecida de ejercicios de representación de papeles y, en sesiones posteriores, dichos miembros generan sus propias situaciones de ensayo de conducta, b) Grupos orientados hacia los temas en los que cada sesión se dedica a un tema determinado y se emplea para ello el ensayo de conducta, c) Grupos semiestructurados, que utilizan algunos ejercicios de representación de papeles junto con otros procedimientos terapéuticos y d) Grupos no estructurados, en los que los ejercicios de representación de papeles se basan totalmente en las necesidades de los miembros de cada sesión (citados en Caballo, 1993).

Existen diferentes programas de entrenamiento de habilidades sociales dependiendo de los objetivos que se plantean en estos, para efectos del presente trabajo se retoman las dos primeras fases del propuesto por Van Dam-Baggen y col. (1986), el cual consta de tres fases; Primera fase: entrenamiento en habilidades sociales básicas, como observar, escuchar, dar y recibir retroalimentación, y en componentes no verbales de la conducta social como el contacto ocular, volumen del habla, etcétera.

Segunda fase: entrenamiento en respuestas sociales específicas como hacer y

rechazar peticiones, hacer y recibir cumplidos, recibir rechazos, Iniciar y mantener una conversación, hacer y recibir críticas, manifestación de expresiones positivas, defender los propios derechos, invitar, pedir información, terminar encuentros sociales y expresar opiniones.

Tercera fase: entrenamiento en habilidades de autocontrol como la autoobservación, el establecer objetivos y subobjetivos realistas y concretos, el establecer patrones realistas y el autorreforzamiento apropiado. También se les enseñaban estrategias de solución de problemas con el fin de enfrentarse a futuros problemas.

### Técnicas utilizadas en el entrenamiento de habilidades sociales

#### a) Modelamiento

Darley y cols. (1990), señalan que el modelamiento deriva del aprendizaje social, "la persona aprende algo mediante la observación, más que por la experiencia" (p.715).

El modelaje o "modeling" deriva del trabajo de Albert Bandura (1969) sobre aprendizaje observacional, consiste en que el participante observe modelos ya sea en forma directa (modeling en vivo), filmada (modeling simbólico) o imaginada (modeling encubierto). La presentación de modelos no sólo muestra el comportamiento de un individuo, sino también el conjunto de situaciones y señales que rodean la ejecución. De esta manera también se observa la relación que

existe entre la conducta y el resto de los estímulos o contexto situacional.

Bandura, 1968; Bandura, Blanchard y Ritter, 1969, refieren: después de que el observador ve que el modelo sobrevive a la experiencia sin consecuencias negativas, llega a creer que su respuesta de ansiedad carece de bases (citados en Darley y cols., 1990).

McFall & Twentyman (1973) mencionan que el modelaje ha probado ser muy útil en los entrenamientos de habilidades sociales; más aún, cuando se lo combina con procedimientos de ensayo conductual.

#### b) Retroalimentación

Riso (1988) menciona que retroalimentación o feedback se refiere a toda aquella información que recibe la persona acerca de su propio desempeño y va acompañada del refuerzo social como manera de mejorar su comportamiento. Señala que debe dirigirse a las conductas positivas, ser contingente y discriminado y tener en cuenta las características de personalidad del individuo (citado en Hidalgo et al., 1999).

Wilkinson y Canter (1982, citados en Caballo, 1995) señalan que la retroalimentación que es proporcionada por los demás integrantes del grupo debe contemplar las siguientes directrices:

En la retroalimentación se deben indicar con anticipación las conductas que se van a retroalimentar, para que el observador se centre en ellas y pueda así retroalimentar de manera adecuada al que ejecuta la conducta, ésta debe

centrarse en la conducta y no en la persona que la ejecuta, debe centrarse en la conducta enseñada en el entrenamiento durante la sesión o sesiones anteriores, de preferencia no brindar información a más de tres conductas en el momento que se da ésta, la información debe ser proporcionada directamente a la persona haciendo hincapié en los aspectos positivos de su ejecución y dar alternativas para mejorar ésta.

#### c) Instrucciones

Consiste en toda la información verbal y no verbal que reciben los individuos acerca de la conducta social adecuada (González et al., 1988, citados en Hidalgo y col., 1999).

Riso (1988), generalmente las instrucciones son entregadas antes de que la persona realice cualquier intento.

#### d) Reforzamiento

Los skinerianos definen el refuerzo como un acontecimiento (estímulo) ambiental que sigue a una respuesta y que aumenta su probabilidad de ocurrencia y estos pueden ser: Primarios, estos no requieren de ninguna historia previa para funcionar como tales, mientras que los refuerzos secundarios necesitan una historia previa de asociación con los primarios para poder actuar como refuerzos.

Se pueden clasificar en reforzadores positivos y negativos, los primeros aumentan la probabilidad de que la conducta emitida anterior a su presentación se

repita y los segundos aumentan la probabilidad de omisión u ocurrencia de la conducta no se presente.

Por su contenido, los reforzadores pueden categorizarse en:

1. Reforzadores comestibles, se refieren a alimentos que son agradables para la persona cuya conducta queremos reforzar.
2. Reforzadores tangibles, se refiere a objetos materiales que resultan agradables para la persona cuya conducta queremos reforzar. Se recomienda la utilización de objetos pequeños y económicos.
3. Reforzadores intercambiables, las fichas son reforzadores que se cambian por acontecimientos u objetos que poseen propiedades de refuerzo para un individuo.
4. Reforzadores de actividad, una actividad que sea preferida o divertida para la persona que se refuerza su conducta puede emplearse como refuerzo.
5. Reforzadores sociales, se refiere a diversas conductas realizadas por otras dentro de un contexto social y que resultan agradables para la persona cuya conducta queremos reforzar, por ejemplo la alabanza, los aplausos o reconocimientos sociales.

Los reforzadores se aplican a través de programas, como son de reforzamiento continuo, el cual implica reforzar toda emisión de la conducta objetivo, el reforzador se presenta el 100% de las veces que se presenta la conducta, o intermitente en el cual no todas las respuestas objetivo son

reforzadas.

El refuerzo se administra de acuerdo con el número de respuestas o con el paso del tiempo y la emisión de la respuesta objetivo. Pueden ser simples, compuestos y complejos, de intervalo o razón fija o variable.

e) Ensayo de conducta

El ensayo de conducta es el procedimiento por medio del cual se representan maneras apropiadas y efectivas de afrontar las situaciones de la vida real que son problemáticas para el paciente. Los objetivos consisten en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas, y por último, se centra en el cambio de conducta en sí mismo y no como una técnica para identificar o expresar supuestos conflictos.

f) Moldeamiento o aproximaciones sucesivas

Con este procedimiento la conducta final se logra establecer reforzando por aproximaciones sucesivas los pequeños elementos que la componen o le dan forma. Se refuerzan respuestas que o bien se parecen a la conducta final o bien incluyen componentes de esa conducta.

g) El encadenamiento

El encadenamiento de respuestas consiste en una secuencia de estímulos antecedentes o discriminativos, respuestas y estímulos consecuentes. A diferencia del moldeamiento, es que, las respuestas se utilizan a menudo para desarrollar una secuencia de conductas discretas, que en conjunto definen la conducta

objetivo.

h) Instigadores

Los instigadores son señales o ayudas que hacen más factible la probabilidad de una respuesta correcta; pueden ser verbales, gestuales, ambientales y físicos. Su aplicación es individual y/o combinados para asegurar la respuesta correcta.

Habilidades sociales y retraso mental

La integración social de individuos con discapacidad, entre ellos, los retrasados mentales han sido una gran preocupación de diversas instituciones gubernamentales y privadas en el ámbito internacional, a fin de proporcionarles oportunidades que coadyuven su adaptación y reinserción social en las diferentes etapas de desarrollo del ser humano, con el objeto de mejorar su calidad de vida en ambientes más satisfactorios y "normales" como son la comunidad donde se relacionan e interactúan y los diferentes escenarios necesarios para un desarrollo pleno del individuo, entendiendo por estos el social, laboral, familiar, personal y educativo.

Existen dos vertientes al respecto, por un lado, se encuentra el Modelo de Competencia Personal y por el otro, el Modelo de Adaptación a la Comunidad.

El modelo de Greenspan, (1979, 1981a, 1981b) "la competencia personal está dividida en tres esferas de conducta: competencia física, competencia

intelectual, y competencia emocional. La competencia intelectual está dividida a su vez en inteligencia práctica, inteligencia conceptual, y conciencia social” (citado por McGrew y Bruininks, en I:C:E. Universidad de Deusto, p. 87).

Sin embargo, aún se continúan realizando investigaciones para lograr la validación del modelo en el nivel más amplio, y por todas las implicaciones que se derivan de las áreas que contemplan en la conducta de competencia personal.

Los Modelos de Adaptación a la comunidad, han presentado también limitaciones por la falta de acuerdo sobre las diferentes variables que se ven implicadas en dicho constructo.

### Aprendizaje Social y delito

Felman (1989) señala “la psicología experimental del aprendizaje es fácilmente aplicable a la tarea de explicar la adquisición, la ejecución y el sostenimiento de los delitos [...] El aprendizaje para delinquir se relaciona con los medios sociales así como experiencias específicas, y consideraremos algo del material disperso concerniente a los medios sociales (p.85).

Según Bandura (1977, citado en Rojano, 1999), en la sociedad moderna hay tres fuentes principales donde el aprendizaje observacional influye en la adquisición de la conducta agresiva, incluyendo la elusión de errores costosos de conexión obvia con la conducta delictiva que son; las influencias familiares, las influencias subculturales y los modelos simbólicos.

Cuando mayor sea la oportunidad para el aprendizaje observacional de la transgresión, habrá más probabilidades de que tales conductas se aprendan. 'El depredador que ha escapado al castigo debido a su delito está presente constantemente; es un ejemplo alentador de éxito para toda su calaña' (Chadwick, 1829, citado en Felman, 1989, p. 95).

Lo que se puede concluir de lo anterior, es el papel que juega el reforzamiento directo de la transgresión al no ser castigada la conducta ni física (como podría ser la reclusión), ni verbalmente (a través de la crítica desaprobadora de la conducta emitida),

Wootton (1959, citado en Feldman, 1989) en una revisión que hizo indica que, en general, " (p. 97), la presencia de un delincuente en la familia está asociada con el incremento de la probabilidad de que haya otro". Refiere que es probable que dentro del ambiente familiar se refuercen positivamente conductas inaceptadas socialmente y que éstas estén dirigidas a individuos ajenos al núcleo familiar, a través del reforzamiento positivo de manera directa y actitudes afectuosas hacia el integrante que emite dichas conductas, pero aún no se han llevado estudios acerca de lo anterior.

Otros estudios realizados en diferentes ambientes sociales sobre la adquisición de la conducta delictiva han sido:

Sperggel, 1964, hizo un estudio con niños de tres áreas geográficas de norteamericanas, las cuales se caracterizaban por la presencia específica de

conductas delictivas, a través de la pregunta "¿Cuál es la ocupación de un adulto de tu vecindario que más te gustaría tener dentro de 10 años?". En las tres áreas la conducta delictuosa de los adolescentes fue interpretada por este investigador, como una forma de demostrar la conformación al modelo de "alguien" observado en la localidad particular.

Otros casos incluyeron ambientes laborales (Clinard, 1952 y Cressey, 1967), políticos (Bronfenbrenner, 1970), étnicos (Grinder, 1961; Grinder y Mc Michel, 1963 y familiares (Bacon et al., 1963), en todos ellos se observa la presencia de un modelo o situación propicia para la emisión de una conducta delictiva (citados en Feldman, 1989).

Así como existe un enfoque del aprendizaje social que argumenta la adquisición y mantenimiento de la conducta delictiva, hay otro punto de vista que argumenta que la enseñanza de conductas pro sociales delimita los actos delictivos a través de la adquisición de conductas de ayuda, en donde el aprendizaje observacional juega un papel importante.

Otro modelo que sostiene la disminución de la conducta delictiva es el paradigma "resocializador", abordado desde el análisis criminológico. Este modelo desde sus fundamentos de la teoría humanista, "asume, con todas sus consecuencias, la naturaleza social del problema criminal" (García y de Molina, 1996, p.274).

Este modelo subraya como objetivo específico y prioritario del sistema la

reinserción social del infractor.

Partiendo de estos enfoques, de la posibilidad de disminuir la conducta delictiva a través de una intervención psicológica que ayude a la readaptación del delincuente y tomando en cuenta las capacidades intelectuales del grupo de internos-pacientes diagnosticados con retraso mental, se considera conveniente la aplicación de un programa enmarcado en el Análisis Conductual como una alternativa viable para lograr la rehabilitación social de éstos.

## ANTECEDENTES

### Tratamiento y programas de intervención con retrasados mentales

A partir de las definiciones que se realizaron del retraso mental se ha despertado el interés por diversos especialistas de brindar alternativas de tratamiento. Kazdin, 1985; Ribes, 1976, Verdugo, 1984a, 1984b, 1985a, 1985b, señalan, que ha sido ampliamente documentado la aplicación, desde hace años de los procedimientos y principios conductuales a la educación de los deficientes mentales, y su contribución al desarrollo de variados programas con diferentes tipos de deficientes (citado en Verdugo, 1997).

En la actualidad, el retraso mental requiere de la intervención de diversos enfoques y disciplinas para brindar un tratamiento integral, en donde la familia juega un papel importante; es importante subrayar que el tratamiento del deficiente mental no busca la "curación" del individuo, sino el incremento de conductas adaptativas en el entorno y la reducción de aquellas conductas que afectan el proceso de aprendizaje y obstaculizan su integración social (Verdugo, 1998).

Uno de los problemas más frecuentemente reportado en la bibliografía relativa a pacientes con retraso mental, es que en su gran mayoría padecen afecciones de tipo emocional y psiquiátricas (síntomas psicóticos, ansiedad y trastornos de conducta), que dificultan aún más su adaptación al entorno. Dichas alteraciones repercuten en su desempeño social, el cual es un factor clave en el proceso de rehabilitación y ajuste a las exigencias medioambientales; partiendo

---

del supuesto que en la medida que se mejora la integración social de los pacientes psiquiátricos con deficiencia mental, tiende a observarse un mejor control de la sintomatología, reduciendo el riesgo de rehospitalizaciones como lo han comprobado Fairweather y cols. (1969, citado en Fraser y col., 1990), que han logrado mejorar tanto la integración social como la dependencia de los servicios hospitalarios. "Las capacidades conductuales por sí mismas no representan una guía adecuada de lo que comprende un desempeño social efectivo, hay que tomar en cuenta las capacidades cognitivas y las emocionales" (Fraser y col., 1990, p. 293).

"Los intentos de acercar a la normalidad a los sujetos deficientes mentales se han abordado desde múltiples perspectivas, que pueden agruparse en tres tipos de tratamiento: médico, psicológico y educativo" (Verdugo, 1998, p. 595).

#### 1. Tratamiento médico

Este tipo de tratamiento tiene dos vertientes, las cuales: son las terapias quirúrgicas que han intentado cambiar el rendimiento intelectual o cambiar la fisiología o anatomía de dichos individuos. Sin embargo, en la actualidad se carece de métodos quirúrgicos que restablezcan la normalidad de las personas que padecen un retraso mental, además de que no todos los pacientes son candidatos a una intervención de este tipo.

Jordan (1976, citado en Verdugo, 1998), refiere "que algunas técnicas de esta índole han mostrado resultados prometedores en la mejora de algunas

patologías, especialmente de los sujetos plurideficientes (físicos, sensoriales, psíquicos" (p. 595).

La otra vertiente se refiere a la terapia química, en la que algunos fármacos actúan sobre el sistema nervioso para modificar la conducta observable. Ingalls (1982), señaló que la quimioterapia consiste en el uso de drogas psicoactivas.

Freeman, 1970; Sprague y Werry, 1971, mencionan que los antiepilépticos y los neurolépticos son los más utilizados y han concluido que no existe ningún fármaco de uso específico con personas con retraso mental y González Mas, 1978, menciona que ningún fármaco aumenta el nivel intelectual o el ajuste adaptativo de estos individuos (citados en Verdugo, 1998).

Flórez, (1994), "la terapéutica farmacológica aplicada a la esfera cognitiva ha supuesto un motivo permanente de frustración. Únicamente en condiciones muy concretas en las que la patología mental es consecuencia directa de una alteración metabólica, esa patología se puede corregir con la adicción o sustitución de un determinado sustrato metabólico" (citados en Verdugo, 1998, p. 596).

De lo anterior se puede concluir que el uso de este tipo de terapias quirúrgicas y químicas debe realizarse con extremada precaución por los efectos colaterales que pueden traer consigo la utilización de ellas.

## 2. Tratamiento educativo

Los primeros programas educativos para deficientes mentales derivan de las contribuciones realizadas por Itard, Seguin, Montessori y Binet.

A partir de 1838, surge el interés por brindar tratamiento a aquellos individuos que padecían un retraso mental, destacando el trabajo de Esquirol publicado en Seguin (1866/1907), quien establece en 1837 la primera escuela dedicada a la educación de los niños retardados.

Binet, en las primeras décadas del siglo XX organizó un programa educativo para entrenar la inteligencia que denominó <ortopedia mental>, para desarrollar aprendizajes relacionados con la percepción (citado en Verdugo, 1998).

En 1977, el Centro de Educación Especial y Rehabilitación de la ENEP-Iztacala, atendió a 16 niños con diferente grado de retraso mental durante tres meses en las aulas de la misma institución académica y un mes en el hogar de los niños; con los que se trabajó repertorios básicos, cuidado personal, lenguaje, conducta social, eliminación de conductas perturbadoras, coordinación motriz, habilidades preacadémicas y prevocacionales, pero estos centros dejaron de funcionar después de este período (citado en Galguera, Hinijosa y Galindo, 1988).

Otra propuesta ha sido los entrenamientos en inteligencia, mejor conocidos como "programas de estimulación precoz" dirigidos a niños de muy corta edad con retraso mental y cuyo objetivo era, en un principio, de promover el desarrollo motriz fundamentalmente y, posteriormente, a medida que los participantes iban creciendo fueron ampliando su rango de aplicación al desarrollo cognitivo y lingüístico, sensorial, académico y social; sin embargo no existe suficiente

información que de cuenta real de los alcances de ésta intervención.

### 3. Tratamiento psicológico

Carl Rogers (1951) autor de la terapia centrada en el cliente, argumentaba que el retrasado no podía manejar conscientemente los impulsos que lo guiaban en su conducta, y que no podía comprender objetivamente los efectos de su propia conducta, ni los de la conducta de los demás, pero que esto de ninguna manera es un obstáculo para el cambio de personalidad y se debe intentar la psicoterapia con los retrasados mentales (citado en Ingalls, 1982).

Entre otras alternativas que se han planteado para tratar psicológicamente a los retrasados mentales están: la terapia de juego, la cual siempre ha sido no directiva, la premisa que fundamenta este método es que la gente tiene en sí misma la capacidad para resolver sus propios problemas, pero que esta capacidad esta bloqueada por las diversas restricciones que la sociedad impone; la terapia por el arte creativo, a través de la música, el baile y la pintura considerando que la ventaja de estas técnicas al no ser directivas, el paciente puede expresarse de forma espontanea e individual, además que éstas pueden ser aplicadas aún en casos severos.

Razo (1993) reporta la utilización del juego como técnica de intervención para el cambio de las habilidades sociales de niños con retraso mental, en la cual concluye que dicha técnica es una alternativa para la integración de este tipo de pacientes, debido a que "genera un aumento en las habilidades sociales y

disminución de conductas incompatibles con la socialización" (p. 69).

El fenómeno de la "integración" propone la oferta escandinava de Bank Mikkelsen en 1969 (referido en Belloch et al, 1996), "la defensa de unos procesos de socialización para las personas que sufren retraso mental y, junto a ello, la defensa de los derechos al disfrute de los bienes sociales y culturales de estas personas" (p. p. 689-690).

Verdugo (1998), dice que existen dos enfoques predominantes que han tratado de solucionar los trastornos de conducta y adaptación: la psicoterapia y la modificación de conducta.

La psicoterapia es un enfoque que integra una serie de técnicas que se utilizan en el ámbito individual y grupal, la cual tiene su origen en una orientación psicoanalítica y procede de las teorías dinámicas de la personalidad de Freud, Rogers y otros.

Sin embargo, Freud estaba convencido de que el psicoanálisis solamente sería efectivo con aquellos pacientes que tuvieran una inteligencia superior al promedio, ya que los retrasados mentales no tendrían la necesaria autocrítica de sus propios sentimientos ni podrían explicarlos fácilmente de palabra.

Thorne (1948) y Heiser (1954), mencionan que la psicoterapia se está emprendiendo con este tipo de clientes con una frecuencia creciente y se han publicado muchos informes sobre los resultados que se han obtenido (citado en Ingalls, 1982).

“De acuerdo con Ingalls (1978), ‘la psicoterapia probablemente puede ser efectiva en algunas ocasiones con algunos sujetos retrasados, pero se cuenta con poca evidencia concluyente sobre su viabilidad como técnica y no existe ninguna investigación que indique que método es superior al otro (p. 294)’” (Verdugo, 1998, p. 598).

En la actualidad, la modificación de conducta constituye el tratamiento psicológico más eficaz para el tratamiento de los deficientes mentales; Bion (1963, citado en Galguera et al., 1988) señala que en el terreno práctico, las técnicas conductuales se han usado para tratar todo tipo de problemas conductuales que presentan estos individuos, utilizando diversas técnicas, las cuales se basan en los principios del condicionamiento clásico y operante, y el aprendizaje social.

Aman, 1987; Beyer, 1988, y Flórez, 1994, (citados en Verdugo, 1998), mencionan que los principales estudios realizados sobre el tratamiento que se lleva a cabo con personas con retraso mental han sido principalmente de orientación conductual y han producido cambios importantes en el ámbito legal y social.

Verdugo (1998), señala: “La mayor aportación de la terapia conductual a los retrasados mentales ha sido la crítica a las creencias de ‘incurabilidad’ e ‘ineducabilidad’ ” (p. 598).

Este tipo de intervención requiere de una evaluación diagnóstica que está íntimamente relacionada con un tratamiento específico, que tiene por objeto

determinar las características de los repertorios conductuales del individuo, sus excesos y deficiencias relacionadas con el ambiente, a fin de derivar al paciente a una intervención precisa. En términos generales, podemos distinguir dos tipos de retardo en el desarrollo que guardan relación directa con dos grandes estrategias de evaluación diagnóstica: uno que identificamos con el nombre de retardo generalizado, en el cual el sujeto presenta problemas en varias áreas del desarrollo, y otro denominado retardo específico, en el que el problema se centra en uno o dos repertorios concretos y tienen que ver con las posibilidades de educabilidad del sujeto.

Este tipo de abordaje está basado en la teoría del Análisis Conductual Aplicado y del Aprendizaje Social, que plantea que la competencia social pobre es a menudo el resultado de deficiencias específicas en habilidades verbales y no verbales que son necesarias para desarrollar una interacción social eficaz.

Como el motivo del presente reporte hace referencia a la rehabilitación social de personas recluidas con diagnóstico de retraso mental se ahondara en las aportaciones que el enfoque conductual ha aportado al respecto.

Quiroga, Rodríguez, Cárdenas, Vite, Mata, Molina y Ayala (1986) publicaron un trabajo de investigación realizado con pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados en México utilizando como técnica de intervención entre otros, un programa de "Aprendizaje social" obteniendo los siguientes resultados: un incremento de las habilidades de interacción interpersonal y de comunicación de

un 37% al inicio a un 87.3% al concluir el tratamiento. Los resultados obtenidos en las cuatro áreas de tratamiento señalan que las técnicas y procedimientos utilizados por este programa, inciden exitosamente sobre aquellas conductas que han sido identificadas por la investigación, como relacionadas con la rehabilitación y permanencia comunitaria del paciente mental crónico hospitalizado (p.49).

Valencia (1999), refiere "el trabajo realizado con pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría, el objetivo del programa era que los pacientes adquirieran habilidades psicosociales respecto a relaciones sociales, etc. y en consecuencia un funcionamiento satisfactorio en la comunidad al finalizar el tratamiento. Respecto al funcionamiento psicosocial se encontraron diferencias significativas al término del programa de tratamiento en los pacientes experimentales quienes lograron un mejor desempeño en las diferentes áreas, así como en el funcionamiento psicosocial global" (p. 31).

Verdugo (1997) propuso una serie de Programas Conductuales Alternativos (PCA), que incluyen un Programa de Habilidades Sociales (PHS), un Programa de Habilidades de Orientación al Trabajo, (POT), y otro de Habilidades de la Vida Diaria (PVD), la metodología de los programas se basó en las propuestas del "Análisis Conductual Aplicado" y la "Teoría del Aprendizaje Social". Dichos programas se han aplicado en situaciones educativas y habilitadoras muy diferentes.

En la actualidad, el PHS y los PCA están siendo aplicados en numerosos

centros educativos y en programas comunitarios de atención a adolescentes y adultos, son una herramienta eficaz para iniciar y mantener la preparación de las personas con dificultades de adaptación.

La evaluación experimental de los programas presentó unos resultados significativamente positivos en comparación con los programas tradicionales de Educación Especial. Con la aplicación de éstos se logro incrementar: a) habilidades socialmente relevantes para la vida adulta del deficiente mental, b) habilidades de tipo práctico y mecánico que facilitan la preparación profesional para desempeñar un trabajo, c) habilidades adaptativas de autonomía personal y competencia social no incluidas en el programa, y d) habilidades intelectuales generales (Verdugo, 1987, citado en Verdugo, 1997).

Inés de Monjas, (1993) propuso una intervención psicopedagógica global para enseñar directa y sistemáticamente habilidades sociales a niños de edad escolar en dos contextos, el colegio y la casa, a través de personas significativas, a los cuales denomino: Programas de Habilidades Sociales de Interacción Social (PEHIS), (citado en Verdugo y col., 1998).

McClennen, Hoekstra y Bryan (1980) publicaron un programa de habilidades sociales para personas adultas con retraso mental grave, cuyos entrenamientos se centraban en habilidades esenciales de la interacción con los otros y que a la vez son un prerrequisito para el entrenamiento de otras habilidades de interacción social más complejas, al cual nombro Habilidades

Sociales para Adultos con Retraso Mental (citado en Verdugo et al., 1998).

### Tratamiento e intervención psicológica con personas recluidas

Sánchez (1990) menciona que antes de 1800 el sistema penitenciario se caracterizó por la ausencia de métodos de tratamiento, sólo existía la represión.

De 1800 a 1900 los métodos técnico-penitenciarios que destacaron fueron los de tipo:

a) Correccionalismo

En los cuales la pena, es un medio racional y necesario para reformar la voluntad injusta del delincuente, reforma que no debe limitarse a la mera legalidad externa de los actos, sino a lograr interna y completa justicia de su voluntad.

b) Sistemas Norteamericanos

Estos sistemas estaban sobre una base religiosa y fundamentados en el sentido de la culpa y expiación de la misma.

c) Sistemas progresivos

Estos fueron desarrollados tanto en Europa como en Australia.

d) Sistemas abiertos

Ellos arrancan de la prisión de Witzwill, en Suiza, con el mayor visionario del penitenciarismo moderno: Kellerhall.

En 1900 aparecen los métodos científico-penitenciarios, entre los que se mencionan:

a) Métodos institucionales

Exigen la internación y la permanencia del delincuente en un establecimiento y su sometimiento a un régimen correccional en el que, tradicionalmente, el trabajo desempeña un nivel importante.

b) Métodos transicionales

Se caracteriza por permitir que el condenado, sometido en principio a un tratamiento institucional, pueda dejar el establecimiento correccional por un breve tiempo, previamente señalado, a fin de atender una actividad constructiva preestablecida.

c) Métodos transinstitucionales

Estos métodos posibilitan la incorporación del condenado a la vida social antes de la extinción de la pena. Su expresión más generalizada es la libertad condicional.

d) Métodos semi-institucionales

Dividen la ejecución de la pena privativa de libertad, desde el mismo momento en que se inicia su cumplimiento, en dos partes, que se desarrollan, sucesiva y cotidianamente, en una institución y en el medio libre.

e) Métodos institucionales discontinuos

Fraccionan la ejecución de la pena, permitiendo que el condenado durante los días laborales realice su vida normal en la sociedad y pase los días feriados y/o sus vacaciones en un establecimiento sometido a un régimen caracterizado

por su austeridad.

f) Métodos no institucionales

En un medio libre se desarrolla en el marco legal de la restricción de la libertad del condenado con supervisión y orientación idóneas, generalmente basadas en los principios y técnicas del servicio social.

El objetivo de la intervención psicológica con delincuentes está encaminado a la prevención, tratamiento y rehabilitación a través del mejoramiento de la calidad de vida, al ofrecer las mismas oportunidades de trabajo, a la población en general, partiendo de la base que la personalidad alcanza su madurez normalmente cuando el individuo se desarrolla en un ambiente favorable.

Gómez (1997) señala: los primeros antecedentes que se tienen en el tratamiento readaptatorio son los efectuados por el Dr. Francisco Martínez Baca en 1891, quién decía "que para lograr el tratamiento adecuado era muy importante el conocimiento psicológico que del delincuente se tuviera" (p. 21).

Luna (1995) considera que el tratamiento del delincuente juvenil o adulto "no es un problema únicamente policial y penal sino de reeducación y readaptación social. Reporta que se está usando con éxito la psicoterapia colectiva y en los casos individuales la reeducación y la readaptación social" (p. 112-113).

El tratar de encontrar explicaciones al comportamiento delictivo ha despertado el interés de varios estudiosos del tema, proponiendo tratamientos

basados en diferentes aproximaciones teóricas, con la finalidad de que influyeran en este tipo de conducta y permitieran en alguna medida la rehabilitación del delincuente; entre los que destacan los trabajos realizados por Valderrama y Jurado en (1987, citado en Gómez, 1997).

Miles (1969) investigó los efectos de la Comunidad Terapéutica Británica en las relaciones interpersonales de un grupo de psicópatas, misma que pareció haber jugado un papel importante en los cambios ocurridos (citado en Gómez, 1997).

En México, Beltrán (1981, citado en Gómez, 1997), trabajo con menores infractores, por medio de la Comunidad Terapéutica, "con el objeto que éstos desarrollaran nuevos valores que les ayudaran a llenar el vacío dejado por la supresión de los anteriores sistemas, eliminando los antiguos y estableciendo nuevas interacciones sociales que reforzaran la seguridad y el valor que como persona poseía a través de tres tipos de acciones a ejercer: la terapéutica, la educativa y la profesional" (p. 25).

Rodríguez (1984, citado en Gómez, 1997), introdujo el método de Comunidad Terapéutica en el penal para menores infractores en Mexicali, B. C. N. en el cual se hizo hincapié "en la creación de situaciones en las que el menor pudiera escoger entre varias pautas conductuales posibles, y sentirse lo suficientemente seguro para expresar y analizar la alternativa elegida, aprendiendo nuevos roles sociales" (p. 27).

Anglicker y Sugarin (1973, mencionados en Gómez, 1997), trabajaron con 50 infractores reincidentes en un estudio longitudinal durante un periodo de 64 meses bajo un tratamiento reeducativo de resocialización. Los resultados mostraron que hubo diferencias cualitativas en el ajuste de personalidad y el propio acto de la transgresión.

El Youth Center Research Project (Proyecto de Investigación en Centros Juveniles), realizó un estudio comparativo en dos centros juveniles que albergaban aproximadamente 400 jóvenes, respectivamente, entre los 15 y los 21 años. Se implementó un tratamiento utilizando dos modelos de intervención, a fin de comprobar sus hipótesis sobre el comportamiento delictivo, etiología de la delincuencia y el modo para cambiar el comportamiento delictivo. En uno de estos centros juveniles se utilizó un programa de análisis transaccional, el cual se llevaba a cabo por contratos en los cuales se especificaban los objetivos que un muchacho se imponía a sí mismo y eran de tres clases: escolares, de pequeño grupo y comportamiento social; el otro programa de intervención que se utilizó en el otro centro juvenil, se aplicaron diversas técnicas de modificación de conducta. El modelo de modificación de conducta abordó tres clases de objetivos de conducta: el primero era el comportamiento conveniente, el cual incluía el comportamiento dentro de la institución, un sistema de microeconomía de fichas destinado a obtener privilegios, bienes y servicios dentro de la institución y un programa de economía de fichas para tratar el sector escolar. Los resultados

obtenidos en ambos modelos de intervención indicaron un descenso eventual en el número de incidentes de mala conducta y una continua reducción en el número de jóvenes remitidos a ambas instituciones hasta un 60 %. Una diferencia significativa en la permanencia en el tratamiento, siendo mayor en el programa de modificación de conducta que en el análisis transaccional, y por último las evaluaciones realizadas a todos los participantes de ambos programas en el aspecto de afabilidad, fue mayor la puntuación obtenida por los integrantes de cada grupo respectivamente, que la lograda por otros jóvenes que no participaron en el tratamiento. Además se encontraron fallas en el procedimiento y administración de los programas, pero la conclusión final de Jesness, con relación a ambos programas fue favorable al observarse una reducción sustancial a la infracción de normas y favorecieron la creación de un ambiente social más relajado y no custodial. (1972-1973, citado en Leitenberg, 1983).

Domínguez (1982, reportado en Gómez, 1997), propuso un programa de rehabilitación conductual para internos de la Cárcel de Villa Obregón, "con el objeto de reducir dentro de la prisión las conductas antisociales y favorecer el funcionamiento adecuado del interno en la Institución, preparándolo para su reinserción a la comunidad exterior a través de la adquisición de habilidades sociales y vocacionales" (p. 25).

De lo anterior, se desprenden los diversos intentos de la Psicología por explicar el comportamiento del delincuente, con el objeto de contribuir con

estrategias de intervención que coadyuven a la prevención, tratamiento y rehabilitación de este tipo de sujetos y promuevan resultados satisfactorios y alternativas de cambio en la calidad de vida y la disminución de conductas delictivas, además de crear nuevos espacios que satisfagan las demandas de la sociedad.

Algo que es muy importante tomar en cuenta es la gran diversidad de diferencias individuales que traen consigo las personas diagnosticadas con retraso mental, lo que genera la necesidad de crear servicios especializados y diversificados en función de las necesidades que cada uno de estos individuos tiene.

#### Tratamiento de personas con retraso mental en reclusión

Estudios más recientes revisados por Woodward (1953 y revisados en 1963) "han indicado una disparidad de no más de 8 puntos de IQ entre delincuentes sentenciados y no delincuentes. Aun esta disparidad tan pequeña puede indicar sencillamente que la torpeza intelectual debilita la ejecución de la actividad delictuosa, como la de cualquier ejecución de habilidad, así como el éxito en las tentativas para eludir la detención y la sentencia (Fildman, 1989, p. 217).

En la actualidad, Holland (1998) refiere que la situación específicamente clínica, es discutida en el ámbito legal y en particular la importancia y perspectiva

de ayuda legal en la decisión de salud. Se trabaja sobre tres áreas el de sanidad, social y todavía causan expectación en la toma de decisiones de los servicios de salud. Otras decisiones de sanidad con adultos deshabilitados intelectualmente y el balance de los adultos autónomos; el manejo de sospechas de abuso o negligencia de la gente hacia los deshabilitados intelectualmente que viven en la comunidad.

Hayes Hammer et al. (2000) señalan que la perversidad de algunos estados ha permitido la pena de muerte en estos individuos; así como el matrimonio entre personas con parientes con retraso mental, han sido una de las series de ocupaciones de los legisladores, parientes y abogados.

Bertram y col. (1968) han realizado diversos estudios con personas que padecen retraso mental y se encuentran en un penal o una institución correccional en Estados Unidos. Los autores reportan los resultados de los estados del sur que determinan una extensa población de retrasados en prisión, las ofensas criminales de la población retardada y los problemas encontrados en aquellas responsabilidades para la distribución de los retardados encarcelados. El intensivo estudio de casos que revelen datos significativos respecto a la impresión y problemas crimino-legales.

Sin embargo, Burchard y sus cols. (1965-1971, citado en Leintenderg, 1983) desarrollaron el Programa de entrenamiento Intensivo (ITP) en el Murdoch Center, una institución estatal para retrasados mentales; este programa estaba

destinado a rehabilitar al adolescente subnormal que presentase una elevada frecuencia de comportamiento antisocial, en el cual participaron unos 70 individuos entre los 12 y 20 años de edad.

La ventaja de este programa, es que englobaba todo el ambiente residencial y, por tanto, el sistema de reforzamiento implicaba una economía de fichas que se administraba tanto por comportamientos personales, sociales, recreativos, profesionales y conductas escolares, en donde las fichas se podían cambiar por una amplia variedad de reforzadores primarios.

Paulatinamente se hacían modificaciones en las contingencias y cuando el residente progresaba y mostraba grados crecientes de comportamiento adaptado, las contingencias de reforzamiento y castigo se iban modificando gradualmente en el sentido de la existencia en la comunidad. Para posteriormente integrarlo a una fase de postratamiento en la comunidad, donde tenía que enfrentarse con responsabilidades y contingencias más realistas, hasta que el paciente obtenía el control sobre su comportamiento.

Sin embargo, a pesar de haber sido una aplicación lógica del modelo conductual a la rehabilitación del subnormal antisocial, resultaba difícil responder a la efectividad del programa, al no haber llevado un control sistemático de las variables particulares de los participantes del programa antes, durante y después de su inclusión al tratamiento.

Un segundo estudio de Burchard y Barrera (1972), fue para analizar los

efectos de las magnitudes diferentes del tiempo fuera y de costo de respuesta. Los resultados indicaron que en cinco muchachos, las mayores magnitudes de costo de respuesta y de aislamiento fueron las más supresoras, pero en el sexto participante se dio lo contrario. De este estudio se dedujeron dos importantes conclusiones: la primera, indica la importancia de definir el castigo en cuanto a su efecto sobre el comportamiento; la segunda, se refiere a las posibles ventajas del procedimiento del costo de respuesta, el cual, aunque no parece ser más eficaz en la supresión del comportamiento indeseable, exige menos tiempo y preparación para administrarlo (citado en Leintenderg, 1983).

**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL  
(CEFEREPSI, CD. AYALA, MORELOS)**

Marco legal para el tratamiento en instituciones de custodia en México

La evolución científica y tecnológica ofrece otras alternativas para el tratamiento del delincuente, un ejemplo de ello como lo señaló Tieghi (1996), es el Artículo I de la Ley Penitenciaria que contempla la necesidad de la readaptación terapéutica, la cual ordena "La ejecución de las penas privativas de libertad tiene por objeto la readaptación social del condenado. El régimen penitenciario deberá utilizar, de acuerdo con las necesidades peculiares de cada caso, los medios de prevención y de tratamiento curativo, educativo, asistencial y de cualquier otro carácter de que pudiera disponerse, de conformidad con los progresos científicos que se realicen en la materia" (p. 584).

Este marco de legalidad para el tratamiento del delincuente se ve reflejado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley de Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados, el Código Penal, la Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-1994), el Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria y la Declaración de los Derechos Humanos del Retrasado Mental, de los cuales a continuación se hará una descripción más detallada de aquellos artículos, fracciones o párrafos que hablan acerca del tratamiento de la población penitenciaria.

---

La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos (2001), en el Artículo 18 hace referencia a lo siguiente: "Los gobiernos de la Federación y de los Estados organizarán el sistema penal, en sus respectivas jurisdicciones, sobre la base del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación como medios para la readaptación social de delincuentes". (p. 11).

La Ley de Normas Mínimas sobre Readaptación Social de sentenciados en el Artículo 6º menciona: El tratamiento será individualizado, con aportación de las diversas ciencias y disciplinas pertinentes para la reincorporación social del sujeto, considerando sus circunstancias personales. Para la mejor individualización del tratamiento y tomando en cuenta las condiciones de cada medio y las posibilidades presupuestadas, se clasificará a los reos en instituciones especializadas, entre las que podrán figurar establecimientos de seguridad máxima, media y mínima, colonias y campamentos penales, hospitales psiquiátricos y para infecciones e instituciones abiertas.

Artículo 7º.- El régimen penitenciario tendrá carácter progresivo y técnico, costará, por lo menos, de períodos de estudio, diagnóstico y de tratamiento, dividido este último en fases de tratamiento preliberacional. El tratamiento se fundará en los resultados de los estudios de personalidad que se practiquen al reo, los que deberán ser actualizados periódicamente.

Se procurará iniciar el estudio de personalidad del interno desde que éste quede sujeto a proceso, en cuyo caso se turnará copia de dicho estudio a la

autoridad jurisdiccional de la que aquél dependa (citado en Rojano, 1999, p.63).

La Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-1994) Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica cuya característica fundamental es la "tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios [...]" (Diario Oficial, p.73).

El Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Psiquiátrica pretende implementar acciones generales de carácter preventivo, tratamiento y de rehabilitación, en la atención del enfermo mental. Bajo el criterio de atención de tercer nivel estarán Centros de Especialidades, captando a la población para su tratamiento y buscando su reincorporación a Centros de segundo nivel (pabellones para población con padecimiento psiquiátrico en cárceles estatales y reclusorios). Una vez logrado un adecuado manejo terapéutico y control de la sintomatología, el primer nivel se da en cárceles municipales, donde se realiza únicamente detección de esta población.

En relación a la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (1971), el cual suscribe la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso en el que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad y donde sean atendidas sus

facultades mentales. (citada en Memorias del CEFEREPSI, 1997, p. 56-57).

Como se observa, el tratamiento de los internos-pacientes del Sistema Penitenciario descansa en diversos estatutos de índole legal cuya función principal es salvaguardar el bienestar físico, social y psicológico de éstos, además de garantizar la readaptación social a través de diversas acciones de intervención terapéutica, en donde la participación del psicólogo juega un papel importante, al coadyuvar junto con el equipo multidisciplinario, al logro de los objetivos para lo cual han sido creados los centros de reclusión no sólo desde el punto de vista de instituciones de custodia, sino para el entendimiento y creación de alternativas de intervención que ayuden a la prevención, tratamiento y rehabilitación del delincuente considerando el gran impacto social, económico, político, etc. que conlleva un acto delictivo.

### Ámbito laboral

Los antecedentes históricos de la apertura de centros de reclusión especializados en el manejo y tratamiento de pacientes con padecimientos mentales en reclusión datan desde 1976 con la inauguración del Centro Médico para los reclusorios del Distrito Federal destinado para enfermos psiquiátricos, el cual en 1982 cierra sus operaciones al haberse convertido en una institución incosteable y con fuerte problemas de hacinamiento. En 1979, se expide el Reglamento de Reclusorios, ordenamiento que complementa el aspecto legal

penitenciario del gobierno de la ciudad y a fines de este año se contó con un reclusorio más, el Preventivo Sur, el cual sobresale por ser el primero y único centro de reclusión que por el momento contaba con un área exclusiva para internos inimputables y enfermos mentales.

El trabajo, motivo de este reporte laboral se realizó en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI), dependiente de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social, hasta ese entonces de la Secretaría de Gobernación y actualmente de la Secretaría de Seguridad Pública. La creación de este Centro, obedece a la necesidad de atender a las políticas y lineamientos marcados por el Plan General de Salud Mental para la Población Penitenciaria, dicha Institución se maneja bajo el criterio de hospital de tercer nivel (Centro de Especialidades), captando a la población penitenciaria de la República Mexicana para su tratamiento y rehabilitación psicosocial. Posteriormente de haber logrado su objetivo de intervención médico-psiquiátrica integral y multidisciplinaria, busca su reincorporación a Centros de reclusión de segundo y primer nivel dependiendo de las necesidades de atención médico-psiquiátrica que requiera cada caso; así como de su situación jurídica del interno-paciente.

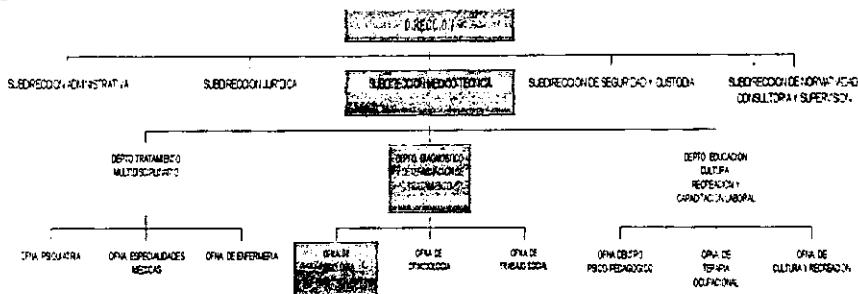
En el "Estudio Nacional de Confirmación de Diagnósticos Psiquiátricos en Centros de Reclusión" realizado por el CEFEREPSI en 1995, fueron detectados 2,190 internos en los cuales se presume la presencia de un trastorno mental serio, en el cual predomina un deterioro en las funciones mentales superiores. Sin

embargo esta institución no cuenta con la capacidad física necesaria para atender a toda la población detectada en el país, ya que su capacidad es para 500 internos-pacientes, por lo que se da preferencia a aquellos sujetos que, dado su estado mental y emocional, manifiestan signos y síntomas que desencadenan un cuadro psicopatológico que requiere atención y tratamiento especializado (atención de tercer nivel), dicha atención está encaminada a la implementación de acciones de control, rehabilitación y hospitalización médica no prolongada, las cuales están a cargo del Comité de Tratamiento y Rehabilitación de esta Institución para su observación y seguimiento.

Cabe mencionar que el interno-paciente permanece en la Institución el tiempo necesario para su rehabilitación y pueda continuar con su proceso jurídico así se notifica a la Dirección General de Prevención y Readaptación Social para que defina su permanencia en este Centro de reclusión o sea remitido a su Centro de procedencia, u obtenga su libertad por haber cumplido su sentencia o medida de seguridad.

Esta institución cuenta con una estructura orgánica, en donde el nivel de autoridad se da en cascada (ver figura uno). Pero para fines de este trabajo se hará una descripción de la Subdirección Médico-Técnica, por ser el área responsable de la administración, implementación y ejecución de los programas de intervención médico-técnica que se realizan con los internos-pacientes albergados en el CEFEREPSI.

Figura 1



La Subdirección Médico-Técnica consta de tres departamentos con personal técnico especializado, el que se describe a continuación:

- Departamento de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento: trabajadores sociales, criminólogos, neuropsicólogos y psicólogos.
- Departamento de Tratamiento Multidisciplinario: psiquiatras, médicos generales, neurólogos, odontólogos, oftalmólogos, radiólogos, laboratoristas y enfermeras.
- Departamento de Educación, Cultura, Recreación y Capacitación Laboral: pedagogos, terapeutas físicos, instructores de educación física y terapeutas ocupacionales, psicólogos y trabajadores sociales.

La oficina de Psicología queda ubicada en el departamento de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento, ésta orienta sus actividades para contribuir con el equipo multidisciplinario en la rehabilitación psicosocial del interno-paciente, a

través de la disminución de la sintomatología psiquiátrica para mejorar las habilidades en el desempeño cotidiano, mejorar el contacto social, disminuir la incidencia de problemas intrainstitucionales (faltas, castigos, agresiones físicas o verbales), así como disminuir la necesidad de uso de sustancias psicoactivas para reintegrar a éstos, en la medida de lo posible, a la vida familiar, laboral y social.

Las funciones sustanciales consisten en la realización de estudios de ingreso, el cual tiene por objeto emitir un diagnóstico presuntivo para la ubicación en módulo (estancia donde es ubicado el interno-paciente de acuerdo a sus características biopsicosociales y criminológicas), en las primeras 48 horas de haber ingresado; posteriormente se realiza un diagnóstico confirmatorio cuya finalidad es emitir un diagnóstico definitivo, canalizar e implementar un plan de tratamiento psicológico en los 20 días subsecuentes a su ingreso y revaloraciones semestrales, que tienen por objeto informar los avances que presenta el interno-paciente, con base en el tratamiento psicológico implementado; estudios para presentación de caso clínico y sesión clínica, así como establecer los programas de intervención terapéutica, de acuerdo a las capacidades cognitivas del interno-paciente,

teniendo las siguientes opciones de tratamiento:

- Psicoterapia de orientación psicoanalítica
- Terapia humanista
- Terapia grupal Cognitivo-conductual

- Análisis conductual aplicado (ACA), que cuenta con los siguientes programas grupales: Resocialización, Repertorios básicos y Hábitos alimenticios.

Para efectos de este informe, se abordará el Programa de Resocialización (ACA), el cual expone la intervención psicológica realizada con un grupo de nueve internos-pacientes diagnosticados con retraso mental con diferente grado de severidad.

## MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

### Método

Se implementó un Programa de Resocialización enmarcado en el Análisis Conductual Aplicado (ACA), que tuvo como objetivo general coadyuvar a la rehabilitación social de los internos-pacientes del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI) albergados en el módulo de cuidados especiales, y como objetivos específicos, mejorar las siguientes habilidades sociales: Contacto visual, contacto físico, comunicación, trabajo en equipo, identificación de compañeros y respuesta afectiva. Los cuales fueron definidos operacionalmente de la siguiente manera:

#### Contacto ocular

El interno-paciente dirige su mirada hacia la otra persona, en la mitad superior del rostro y en el momento que ambas miradas se encuentran se da por hecho el contacto ocular, entre ambas personas.

#### Contacto físico

Se refiere a la distancia entre los internos-pacientes y el terapeuta en el momento de la interacción. Dentro del contacto físico, se incluye el contacto corporal al emitir un saludo, permitir la cercanía física y muestras de afecto entre los integrantes del grupo (abrazos, tomarse de la mano durante la ejecución de la actividad, tocar el hombro o acariciar alguna parte del cuerpo durante la sesión

---

que sea social e institucionalmente permitido).

#### Comunicación

El interno-paciente establece un proceso de intercambio de información que implica la codificación y decodificación de mensajes que provienen de canales verbales y no verbales al interactuar con los demás.

#### Respuesta afectiva

En la conducta del interno-paciente se observa una sincronización y armonía entre su postura corporal que va acompañada del lenguaje verbal y no verbal al expresar sus emociones (amor, afecto, enojo, aceptación y rechazo), al momento de la interacción interpersonal.

#### Trabajo en equipo

El interno-paciente apoya para la realización de la actividad encomendada, permitiendo la cercanía física con sus compañeros de grupo entablando conversación y compartiendo el material asignado para la ejecución de ésta, en situaciones de cooperación y competencia.

#### Identificación de compañeros

El interno-paciente reconoce por nombre y/o apellidos a sus compañeros de grupo.

#### Población

La población que se alberga en esta institución, tiene como característica

principal una nula demanda de tratamiento, su asistencia es involuntaria y son llevados por asistentes psiquiátricos (personal de custodia, cuya función es el traslado de los internos-pacientes a sus diferentes actividades de tratamiento integral y salvaguardar la seguridad e integridad de éste, del personal médico-técnico y las instalaciones).

Las características de la población del módulo de cuidados especiales, es que son internos-pacientes que fueron clasificados de acuerdo al siguiente perfil Retraso mental leve a moderado, Demencia, presentan sintomatología psicótica, deterioro crónico de sus facultades mentales, trastorno amnésico cognitivo no especificado, discapacidad física, pertenecen al grupo de la tercera edad, se encontraron con un estado de salud delicado, dificultad para integrarse al tratamiento integral, su Integración social era deficiente y sus características criminológicas fueron las siguientes:

- Capacidad criminal de media a baja

La capacidad criminal es un factor intrínseco a la personalidad del individuo, que determina su potencial delictivo sin prejuzgar si dicha potencialidad se debe a causas hereditarias o a causas del medio social en donde se desenvuelve. Esta compuesta por cuatro rasgos psicológicos: el egocentrismo, la labilidad, la agresividad y la indiferencia afectiva (CEFEREPSI; 1998).

- Adaptabilidad social media a baja

La adaptabilidad social se define como el grado de idoneidad del delincuente

para adaptarse a la vida social en la que se desenvuelve. No influye directamente en que el delincuente pase al acto criminal o deje de pasar, sino en el "modo" de realizar el delito.

Las cualidades que facilitan o dificultan la adaptación a la vida social son, en su conjunto aquellas que constituyen el modo de ser de una persona. Tales cualidades son: la actividad o pasividad; las aptitudes físicas, intelectuales y morales; la actitud frente al mundo: los diversos instintos, inclinaciones y tendencias; y las motivaciones (CEFEREPSI, 1998).

- Índice de estado peligroso bajo

Es el estado en que se encuentra un enfermo, al que por el peligro que supone se le puede incluso obligar al internamiento en un centro psiquiátrico. Desde el punto de vista criminológico se utiliza este concepto para referirse al individuo que presenta una tendencia al delito fuertemente arraigada en su personalidad. Siendo los componentes del estado peligroso la capacidad criminal y la adaptabilidad social (CEFEREPSI; 1998).

- Riesgo institucional bajo

Se refiere a la capacidad del individuo para dañar la integridad estructural de seguridad, física, metodológica, clínica y social de la institución.

De dicha población, se seleccionó un grupo de nueve internos pacientes de los cuales: seis fueron diagnosticados de acuerdo al DSM-IV con Retraso mental leve, uno con Retraso mental moderado a través de la Escala de Inteligencia para

Adultos Wechsler y dos con Retraso mental de gravedad no especificada, quienes participaron en un Programa de Resocialización (ACA). (Las viñetas clínicas se anexan en el apéndice uno).

### Materiales

Los materiales que se utilizaron en dicho programa fueron: Rompecabezas de 6 a 32 piezas, colores de madera, cassette con música de relajación, grabadora, marcadores para pizarrón blanco, plumones acuacolor, hojas de papel bond tamaño carta, oficio y para rotafolio, diurex, maskin tape, tarjetas con animales y letreros con el nombre de cada uno de los animales, fichas de diferentes colores y formas.

### Técnicas

Las técnicas que se emplearon se dividieron en dos tipos: 1) técnicas grupales y 2) técnicas de terapia para la modificación conductual. Cabe señalar que algunas de las primeras que se mencionaron se ajustaron, modificaron o se realizaron de manera parcial por las características propias de los internos-pacientes.

A continuación se enlistan las técnicas grupales utilizadas en durante la intervención psicológica realizada.

Técnicas de animación

Estas técnicas fueron utilizadas con la finalidad de incrementar la participación, crear un ambiente de confianza y cordial, y promover la integración de los integrantes del grupo. Cada una de ellas fue explicada previamente por el terapeuta y coterapeuta.

- Canasta revuelta

Desarrollo: Se colocó a los integrantes del grupo formando un círculo y se les pidió que eligieran el nombre de una fruta indicándoles que cada vez que escucharán el nombre de la fruta elegida tenían que cambiar de lugar y cuidar de no quedarse sin él o tendrían que coordinar la actividad. Si alguno de sus compañeros que le tocará dirigir la actividad decía "canasta revuelta" todos tenían que cambiar de lugar.

- El pueblo manda

En este ejercicio se asignó a un integrante del grupo para que dirigiera la actividad, el cual daba las indicaciones de lo que los demás integrantes del grupo tenían que realizar. El participante que no seguía la indicación le tocaba dirigir la tarea.

- Saludos

Se colocó a los integrantes del grupo en dos hileras frente a frente los cuales siguieron las indicaciones del interno-paciente que le tocó dirigir la actividad, el interno que no efectuaba el saludo solicitado perdía y le tocaba dirigir la tarea. Los saludos fueron "hola", "jao" y "sayonara".

- Carrera de ida y vuelta

Se dividió al grupo en dos equipos y posteriormente se subdividió en parejas, las cuales tenían que llevar un globo juntando una de sus rodillas con la de su pareja, el equipo que más globos logró llevar al lugar indicado se hizo acreedor al reforzador social (aplausos y felicitaciones), de los demás integrantes del grupo.

- La telaraña

Se colocó a los integrantes del grupo formando un círculo y se les proporcionó una pelota de hule, la cual tenían que enviar a uno de sus compañeros y decirle una característica que permitiera su identificación entre los demás integrantes del grupo.

- Jirafas y elefantes

Se asignó un coordinador inicial de la actividad, el cual se colocó al centro de sus demás compañeros, los cuales formaron un círculo a su alrededor. El coordinador del ejercicio tuvo que señalar a uno de sus compañeros, quién con ayuda de sus compañeros que se encontraban a su lado derecho e izquierdo tenían que formar una jirafa o un elefante utilizando su cuerpo. El que se equivocaba o no realizaba la indicación pasaba a coordinar la tarea.

- Calles y avenidas

Se solicitó la participación de dos de los integrantes del grupo para que uno de ellos fungiera como gato y el otro como ratón, mientras que los demás

integrantes formaron filas de manera vertical y horizontal de manera alternada a fin de que el "gato" no atrapara al "ratón", los integrantes del grupo fueron rotados para que todos tuvieran la oportunidad de realizar el rol de "ratón" o de "gato".

- Las lanchas

En el piso se marcó un rectángulo con maskin tape para simbolizar el mar, se nombró un coordinador inicial del ejercicio, el cual daba las indicaciones a los demás integrantes del grupo los cuales tenían que tomarse de las manos para formar la lancha con el número de tripulantes que indicaba el coordinador, el compañero que se quedaba solo le tocaba dirigir el ejercicio.

- Mar adentro y mar afuera

Se marcó en el piso un rectángulo con maskin tape para simbolizar el mar, se asignó un coordinador inicial de la actividad y los demás integrantes del grupo se colocaron alrededor del rectángulo los cuales siguieron las indicaciones de su compañero que le tocó dirigir el ejercicio, el participante que no seguía la indicación recibida le tocaba dirigir la actividad.

- La cuchara

Se solicitó a los integrantes del grupo que se colocarán formando un círculo y se solicitó a uno de ellos que iniciara el ejercicio repitiendo la siguiente frase "señor (dirigiéndose a su compañero situado a su derecha) que dice este señor (dirigiéndose a su compañero ubicado al lado izquierdo de él y girando su cuerpo para dirigirse nuevamente a su compañero de la derecha) que le pase esta

cuchara a aquel señor (refiriéndose a su segundo compañero que se encontraba a su derecha)". El interno-paciente que se equivocaba se hacía acreedor a un sobrenombre utilizando nombres de frutas cambiando el "señor" por el nombre de la fruta elegida por el interno-paciente. Dicha situación se repetía para que los integrantes del grupo sustituyeran la palabra de "señor" por el nombre de una fruta, entre más errores cometían se les adicionaba otro nombre de fruta, siendo llamados posteriormente por todos los nombres de frutas acumulados. El ejercicio era iniciado por diferentes lugares para evitar el hastío y promover la oportunidad que todos los internos-pacientes tuviera mayor probabilidad de equivocarse y hacerse acreedores a un sobrenombre.

#### Técnicas de comunicación

Se utilizaron con el objeto de resaltar la importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales, así como los elementos que componen el proceso de comunicación.

- Teléfono descompuesto

Se utilizó para resaltar los elementos que intervienen en el proceso de la comunicación cuando el lenguaje verbal se va distorsionando entre el emisor y el receptor.

- Bañando al elefante

Se utilizó para explicar el papel del lenguaje corporal en la comunicación y las relaciones interpersonales.

- Fiesta de animales

A cada integrante del grupo se le proporcionó un papel con el nombre de un animal, indicando que tenían que encontrar a su familia con la sola emisión del sonido característico del animal que les había tocado, no podían hablar y todos tenían que caminar en el interior del aula al mismo tiempo emitiendo el sonido correspondiente. La familia que se formará más rápido se hacía acreedora al aplauso y felicitación de sus compañeros.

- Comunicación sin saber de que se trata

Se solicitó que de manera voluntaria tres integrantes del grupo salieran del salón, mientras que los demás integrantes del grupo tenían que guardar silencio y observar lo que sucedía para posteriormente comentarán lo ocurrido. Uno a uno pasaron los internos-pacientes que habían salido, los cuales se les indicó que continuarán un dibujo a partir de la parte que lograban observar del que había sido iniciado por otro de sus compañeros del interior del salón, al final se destapo el dibujo y se comento lo ocurrido.

- Caras y gestos

Se dividió al grupo en dos equipos y se colocaron frente a frente, alternando cada equipo y los integrantes del equipo se solicitó que con ayuda de láminas de animales y la utilización del lenguaje verbal tenían que describir al animal para que el equipo contrario adivinara del cual se trataba, si adivinaban ganaban puntos que se acumulaban para recibir aplausos y felicitaciones del equipo que quedaba en

segundo lugar.

#### Técnicas de interacción e integración grupal

Se utilizaron estas técnicas para propiciar la identificación y el conocimiento entre los integrantes del grupo, así como promover la expresión afectiva hacia sus compañeros.

- Conversando en grupos

Se colocó al grupo en pequeños grupos de tres internos-pacientes y se les indicó que tenían que dialogar acerca de sus preferencias y costumbres de convivencia en su lugar de origen.

- Amigos y extraños

Se dividió al grupo en parejas, solicitando que buscaran a su compañero con el cual se identificaran más y dialogarán durante unos momentos, posteriormente cambiaran de pareja para poder dialogar con aquel compañero con el que se identificaban menos. Al final se comentó el ejercicio, a fin de brindar retroalimentación al grupo y rescatar su experiencia.

- Grupo en imagen

Se pidió a los integrantes del grupo que cada uno dibujara en una hoja de papel la representación del grupo y posteriormente les comentaría su dibujo al resto del grupo, con el objeto de identificar como cada interno-paciente se sentía con relación al grupo.

- Fut bol

Se dividió al grupo en dos equipos y se solicitó la participación voluntaria de un narrador de un partido de fut bol, quién tenía que dirigirse a sus compañeros por su nombre, el cual al escuchar su nombre tenía que recibir o mandar la pelota según la narración de su compañero. Se fueron turnando los internos-pacientes para que todos pudieran jugar y narrar respectivamente el partido.

- Los 5 sentidos

El ejercicio se realizó en tres fases: de manera individual, en pequeños grupos y después en plenario para que los internos identificaran lo que les gusta a partir de los sentidos de percepción y las cosas que tenían en común con sus compañeros, así como las diferencias entre ellos.

- Fantasía del futuro

Se realizó para promover la expresión verbal de sentimientos personales, utilizando como fondo un cassette de relajación.

- Lazarillo

Promover la confianza y actitud de ayuda entre los integrantes del grupo mediante el desempeño de roles asignados de manera alternada por el terapeuta ( "invidente" y "guía").

- Islas

Este ejercicio se realizó con la finalidad de evidenciar los valores personales de cada integrante del grupo mediante la representación de roles designados por el terapeuta.

- Elaboración de un regalo de manera gesticular

Promover la respuesta afectiva positiva hacia sus compañeros de grupo mediante el lenguaje corporal.

- Variante de dos renglones

Este ejercicio consistió en la elaboración de una frase que expresara un afecto positivo hacia cada integrante del grupo.

- Volar y sobrevivir

Este ejercicio se utilizó con el objeto de promover actitudes de ayuda y observar la dinámica de comunicación entre los integrantes del grupo.

- Juego del gato

Este ejercicio se realizó para que los participantes trabajaran de manera individual en una situación de competencia, ya que ganaban puntos si lograban formar en línea horizontal, vertical o diagonal la señal elegida.

- Supervivencia en el desierto

Este ejercicio se utilizó con el objeto de promover actitudes de ayuda y observar la dinámica de comunicación entre los integrantes del grupo.

- Destrucción y construcción del mundo

Este ejercicio se utilizó con el objeto de promover actitudes de ayuda y observar la dinámica de comunicación entre los integrantes del grupo.

- Cantando

Este ejercicio se realizó con el objeto de promover la interacción de los

integrantes del grupo, mediante la interpretación de una canción conocida por los integrantes del grupo. Este ejercicio implicó la participación de los internos-pacientes que les gustaba cantar y los demás realizaron sonidos de instrumentos musicales como acompañamiento de sus compañeros que interpretaron la melodía.

#### Técnicas para trabajo en equipo

Estas técnicas se utilizaron con la finalidad de favorecer el trabajo en equipo, en donde los internos-pacientes tenían que compartir material, permitir la cercanía física.

- Armado de rompecabezas de 6 a 32 piezas
- Asociación de figuras y letreros por pares
- Asociación de figura y letrero correspondiente
- Clasificación de figuras por categorías predeterminadas por el terapeuta
- Elaboración de diseños con fichas de colores

Para mayor detalle del procedimiento y material necesario de estas técnicas se recomienda consultar el material bibliográfico de Alejandro Acevedo Ibáñez (1992-1993, tomo uno, dos y tres), y de Laura Vargas (1986).

Las técnicas de modificación de conducta que se emplearon fueron: el moldeamiento por aproximaciones sucesivas, el modelamiento, el reforzamiento vicario, el reforzamiento social verbal y no verbal (felicitaciones, aplausos especiales, aplauso general para el grupo), con un programa de reforzamiento

social de intervalo fijo y parcial de manera simultánea, la retroalimentación, la incitación verbal, el ensayo de conducta y el reforzador social negativo de manera fija (desaprobación de conducta socialmente no adecuada de manera verbal, mediante el abucheo).

### Escenario

El Programa de Resocialización se llevó a cabo en un aula de aproximadamente cuatro metros de ancho por seis metros de largo (del área denominada rehabilitación) acondicionada con sillas con paleta y mesas de trabajo.

### Criterios de evaluación

La evaluación de cada uno de los repertorios sociales se realizó de acuerdo a los siguientes criterios: contacto ocular, el contacto físico, la comunicación, la respuesta afectiva, el trabajo en equipo y la identificación de compañeros de grupo, en las cuales se estableció un parámetro de calificación descriptivo, que va de total a nulo en cada una de dichos criterios.

**CONTACTO VISUAL**

**TOTAL:** El individuo dirige y mantiene la mirada con su interlocutor tanto en la emisión como en la recepción de mensajes.

**PARCIAL:** El individuo dirige y mantiene la mirada con su interlocutor únicamente durante la emisión o la recepción del mensaje.

**NULO:** El individuo no dirige ni mantiene la mirada con su interlocutor durante la emisión y recepción de mensajes.

**CONTACTO CORPORAL**

**TOTAL:** El individuo permite el contacto físico y la cercanía corporal en el momento de la interacción tanto, cuando él saluda y como cuando lo saludan.

**PARCIAL:** El individuo permite el contacto físico y la cercanía corporal durante la interacción únicamente en el momento que es saludado o cuando él saluda.

**NULO:** El individuo no permite el contacto físico ni la cercanía corporal cuando lo saludan ni al saludar.

**COMUNICACIÓN**

**TOTAL:** El individuo toma la palabra para iniciar la emisión de sus mensajes y la retoma para mantener y finalizar una conversación.

**PARCIAL:** El individuo toma la palabra para la emisión de su mensaje, pero no la retoma para responder, mantener y finalizar una conversación.

**NULA:** El individuo no toma la palabra para iniciar, mantener y finalizar una conversación.

<b>RESPUESTA AFECTIVA</b>
<b>TOTAL:</b> El individuo expresa sus diferentes estados de ánimo correspondiendo el tono de voz, la expresión corporal y su mensaje con cada uno de ellos.
<b>PARCIAL:</b> El individuo expresa sus diferentes estados de ánimo, pero su tono de voz, la expresión corporal y su mensaje no corresponden con éstos.
<b>NULA:</b> El individuo mantiene un mismo tono de voz y expresión corporal para expresar sus diferentes estados de ánimo.

<b>TRABAJO EN EQUIPO</b>
<b>TOTAL:</b> Apoya a sus compañeros en la realización de la actividad de manera espontánea y se relaciona con ellos durante la misma.
<b>PARCIAL:</b> Realiza de forma individual parte de la tarea, relacionándose de forma ocasional con sus compañeros de equipo. Además requiere de instigación para efectuar la conducta.
<b>NULO:</b> Se mantiene al margen durante la actividad, sin apoyar a sus compañeros y únicamente los observa trabajar.

IDENTIFICACIÓN DE COMPAÑEROS DE GRUPO
TOTAL: El individuo reconoce y se dirige a sus compañeros de grupo por su nombre o apellido durante las sesiones de tratamiento.
PARCIAL: Ocasionalmente el individuo reconoce y se dirige a sus compañeros por su nombre o apellido.
NULA: El individuo no reconoce ni se dirige a sus compañeros de grupo por su nombre o apellido.

La parte del Programa de Resocialización (ACA) que se reporta en el presente trabajo constó de 106 sesiones, que se desarrollaron con una periodicidad de dos sesiones semanales de una hora cada una, durante 53 semanas, de diciembre de 1998 a febrero de 2000.

Para la implementación de este programa se retomó el Entrenamiento de Habilidades Sociales básicas (EHS) propuesto por Lange y Jakubowski (1976, citado en Caballo en 1993), en su Formato grupal en las modalidades de:

- Grupos orientados hacia los ejercicios

Los internos-pacientes participaron inicialmente en ejercicios de representación, previamente determinados por el terapeuta, de los repertorios sociales evaluados, para posteriormente ser representados de manera más espontánea por cada uno de ellos.

- Grupos orientados hacia los temas

En esta parte los integrantes del grupo recibieron información acerca de los criterios evaluados y ensayaron las conductas esperadas en cada uno de ellos, recibiendo retroalimentación de la ejecución realizada.

Se dividió en las siguientes etapas:

- Primera fase: Implementación de un programa piloto
- Segunda fase: Implementación del Programa de Resocialización que se subdividió en las etapas de:
  - Primera etapa: Recolección de datos de los criterios evaluados
  - Segunda etapa: Aplicación de las técnicas para la adquisición y mantenimiento del repertorio social planteado: contacto ocular, contacto físico, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros.
  - Tercera etapa: Seguimiento

### Procedimiento

Primera fase: Implementación de un programa piloto

Como antecedente se implementó en 1998 un programa piloto con un total de 17 internos-pacientes coordinado por dos psicólogos adscritos a la oficina de Psicología del Departamento de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento con el apoyo del Departamento de Educación, Cultura, Recreación y Capacitación

laboral. En este programa piloto se asignó al grupo actividades de: Terapia ocupacional, educación física, viveros, académicas y de tipo lúdico.

A raíz de las observaciones directas realizadas por estos psicólogos, en septiembre de ese mismo año, se efectuó la propuesta por parte de la oficina de Psicología de la implementación del Programa de Resocialización (ACA), subdividiendo el grupo de 17 internos-pacientes en dos grupos para un mejor control del mismo, a partir del repertorio conductual de socialización de cada uno de los integrantes del grupo.

- Segunda fase: Implementación del Programa de Resocialización que se subdividió en las etapas de:

- Recolección de datos de los criterios evaluados

En las primeras 12 semanas se trabajó el programa con la intervención psicológica de un Terapeuta y un Coterapeuta, durante las cuales se llevó el control de asistencia de los participantes, se registró la conducta de los integrantes del grupo, se supervisó la adecuada ejecución de éstas. La finalidad de esta etapa del tratamiento fue incrementar la tolerancia a permanecer en un mismo espacio físico y compartir material para la realización de diferentes tareas.

En este lapso se utilizó el moldeamiento de dichas conductas mediante un programa de reforzamiento social de tipo verbal y no verbal de intervalo fijo y parcial de manera simultánea. Los reforzadores empleados fueron la

felicitación y el aplauso, tanto del terapeuta, coterapeuta como de sus compañeros que participaron en el programa.

Durante estas semanas los ejercicios realizados por los internos-pacientes fueron básicamente la elaboración de rompecabezas de 6 a 18 piezas, copiado de diseños elaborados por el terapeuta con fichas de diferentes colores e identificación y colocación de tarjetas de animales por pares. Para estas actividades el grupo era dividido en pequeños grupos de 3 a 5 participantes por equipo.

Esta primera fase de la intervención psicológica, fue cuando se plantearon los objetivos específicos del Programa de Resocialización (ACA), los cuales no se establecieron por escrito en la propuesta inicial del mismo.

- Segunda etapa: Aplicación de las técnicas para la adquisición y mantenimiento del repertorio social planteado: contacto ocular, contacto físico, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros.

A partir de la semana 13 y hasta la 53, la intervención psicológica de la que suscribe fue como terapeuta. Se implementaron diferentes técnicas grupales de animación, comunicación, interacción e integración grupal y trabajo en equipo.

Las técnicas grupales se aplicaron de manera intercalada y de forma azarosa. En esta etapa de la intervención psicológica las sesiones fueron efectuadas generalmente colocando a los internos-pacientes alrededor de las

mesas de trabajo, posteriormente y como fue avanzando el programa se fue propiciando cambios en el uso del espacio del aula, en ocasiones se colocaban las sillas para formar una media luna, en otras se colocaron las mismas de manera que se formará un círculo, se dividió al grupo en equipos de trabajo de tres a cinco participantes, se promovió que pasarán al frente del grupo para expresar sus opiniones, se permitió que los internos-pacientes que les gustaba cantar lo hicieran al inicio o al final de la sesión, también se utilizó música de relajación para propiciar un ambiente agradable. El programa de reforzamiento social fijo se brindó al finalizar cada una de las sesiones, mientras que el parcial sólo se otorgó en algunas ocasiones al momento que se presentaba la conducta deseada; fuera éste positivo o negativo.

- Tercera etapa: Seguimiento

El seguimiento se llevó a cabo mediante un registro observacional directo durante la aplicación del Programa de Resocialización (ACA), el cual es representado en las siguientes tablas.

TABLA 1 Concentrado de datos; estado inicial

Nº.	Dictamen		ANTES DE LA INTERVENCIÓN																	
			CRITERIOS A EVALUAR																	
	C. I.	Según el DSM-IV	C. V.			C. C.			C.			R. A.			T. E.			I.C.G		
T			P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	
1	65	R. M. L.																		
2	53	R. M. L.																		
3	67	R. M. L.																		
4	-	R.M GNE																		
5	69	R. M. L.																		
6	-	RMGNE																		
7	44	R. M. M.																		
8	75	R. M. L.																		
9	73	R. M. L.																		

**Dictamen según el DSM-IV**

R. M. L. = RETRASO MENTAL LEVE

R. M. M. = RETRASO MENTAL MODERADO

RMGNE= RETRASO MENTAL DE GRAVEDAD NO ESPECIFICADA

CLAVE DE CRITERIOS A EVALUAR

Clave de calificación

C. V. CONTACTO VISUAL

T= TOTAL

C. C. CONTACTO CORPORAL

C. COMUNICACIÓN

P= PARCIAL

R. A. RESPUESTA AFECTIVA

T. E. TRABAJO EN EQUIPO

N= NULA

I.C.G. IDENTIFICACIÓN DE COMPAÑEROS





Como resultado de la intervención psicológica realizada, mediante la implementación del Programa de Resocialización (ACA), se pudo observar una modificación conductual en los criterios evaluados del repertorio social de los internos-pacientes que participaron en éste, tales como: contacto visual, contacto físico, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros.

También indicaron otras ventajas y desventajas, las primeras denotaron un decremento en la frecuencia de ocurrencia de conductas disruptivas y aislamientos conductuales y las segundas se vieron reflejadas al no lograrse la generalización de dichos repertorios conductuales a otros escenarios donde se desempeñan los internos-pacientes, debido a que no se llevó un registro sistemático de los criterios evaluados fuera de las sesiones de tratamiento.

## RESULTADOS

### Resultados

Se utilizó la estadística descriptiva para la representación gráfica de las frecuencias y porcentajes de los resultados obtenidos de la implementación de un Programa de Resocialización (ACA), a un grupo de nueve internos-pacientes diagnosticados con retraso mental en diferente grado de severidad, del módulo de cuidados especiales del CEFEREPSI, para su rehabilitación social.

### Descripción de los datos

La Tabla 4 da cuenta de las características demográficas, clínicas y criminológicas del grupo de internos-pacientes.

La comparación del estado inicial y evolución de los criterios del repertorio social evaluado del grupo de internos-pacientes que participó en el Programa de Resocialización (ACA), se muestra en la Gráfica 1 y en las Gráficas 2, 3 y 4 se ilustra la comparación del estado inicial y la evolución alcanzada en los criterios del repertorio social evaluado durante la implementación de dicho programa aplicado al grupo de internos-pacientes, de acuerdo al diagnóstico de Retraso mental leve, moderado y de gravedad no especificada respectivamente.

También se presenta el control de inasistencia y los motivos de ésta, mediante la comparación de porcentajes según el diagnóstico de Retraso mental

---

de diferente grado de severidad, así como el control de asistencia considerando el diagnóstico de los participantes. (Ver Gráficas 5 y 6).

En el apéndice uno se ilustran los casos clínicos de los internos-pacientes que participaron en el Programa de Resocialización (ACA), mientras que en el apéndice dos se presentan las Gráficas 7 a 15, en donde se muestra el estado inicial y la evolución alcanzada por cada uno de los participantes, de los criterios del repertorio social evaluados, durante la implementación del programa antes mencionado.

TABLA 4 Características demográficas, clínicas y criminológicas del grupo de internos-pacientes

Características								
Demográficas							Area Clínica Diagnóstico	Area Criminológica Delito
Participante	Datos generales							
	A	B	C	D	E	F		
1	33	M	S	PI	1	S	Retraso mental leve	Violación y robo con violencia
2	44	M	S	PI	LC	C	Retraso mental leve	Homicidio calificado
3	29	M	S	A	ALI	T	Retraso mental leve	Violación y lesiones

A Edad	B Sexo	C Estado civil	D Escolaridad	E Ocupación	F Procedencia
en años	M Masculino	S Soltero	A Analfabeta PI primaria incompleta PC Primaria completa	1 Ayudante de mecánico LC Labores del campo ALI Actividad laboral inestable	S Sonora C Colima T Tabasco

TABLA 4 Características demográficas, clínicas y criminológicas del grupo de internos-pacientes

Características									
Demográficas							Area Clínica		Area Criminológica
Participantes	Datos generales						Diagnóstico		Delito
	A	B	C	D	E	F			
4	57	M	S	PI	LC	M	Retraso mental de gravedad no especificada		Homicidio calificado
5	59	M	S	A	LC	SLP	Retraso mental leve		Parricidio
6	31	M	S	PI	AM	G	Retraso mental de gravedad no especificada		Tentativa de violación

A Edad en años	B Sexo M Masculino	C Estado civil S Soltero	D Escolaridad A Analfabeta PI Primaria incompleta PC Primaria completa	Ocupación AM Ayudante de mecánico LC Labores del campo	Procedencia M Morelia SLP San Luis Potosí G Guerrero
-------------------	-----------------------	--------------------------------	---	--	---

TABLA 4 Características demográficas, clínicas y criminológicas del grupo de internos-pacientes

Características								
DEMOGRAFICAS							Area Clínica Diagnóstico	Area Criminológicas Delito
Participante	Datos generales							
	A	B	C	D	E	F		
7	43	M	S	A	C	EDO.M	Retraso mental moderado	Homicidio, robo de infante, violación y portación de arma de fuego
8	37	M	S	PC	LC	SLP	Retraso mental leve	Homicidio
9	28	M	S	S	LC	V	Retraso mental leve	Homicidio y lesiones

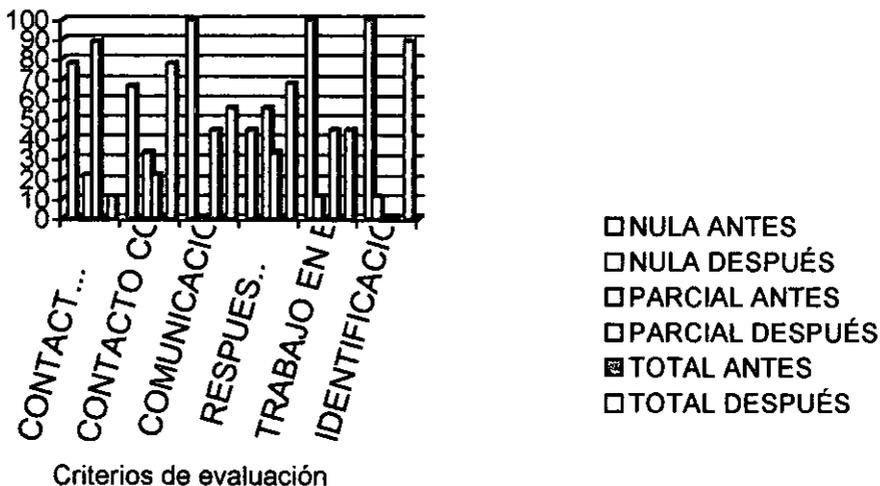
A Edad en años	B Sexo M Masculino	C Estado civil S Soltero	D Escolaridad A Analfabeta PI Primaria incompleta PC Primaria completa S Secundaria	E Ocupación C Comerciante LC Labores del campo LD Labores domésticas	F Procedencia EDO. M Estado de México SLP San Luis Potosí V Veracruz
-------------------	-----------------------	-----------------------------	---	---	---

La Tabla 4 muestra las características demográficas, clínicas y criminológicas de los participantes del Programa de Resocialización (ACA), en ésta se observa que el promedio de edad de los internos-pacientes que participó es de 40 años; el 100% es del sexo masculino y su estado civil es de soltero, la preparación académica de un 33% son analfabetas, un 45% tienen primaria incompleta, un 11% tienen la primaria completa y un 11% tienen secundaria. La actividad laboral predominante en la población que participó en el programa, es de actividades del campo con un 56%, en un 22% la actividad laboral es de ayudante de mecánico, un 11% de actividades comerciales de manera ambulante y en un 11% su desempeño laboral es por períodos cortos en diversas actividades antes de cometer el delito. El lugar de procedencia de un 22% es del área centro del país, el 33% del sureste, 22% del noroeste, un 11% del norte y 11% del suroeste de la República Mexicana.

Un 74% del grupo de internos-pacientes fue diagnosticado con Retraso mental leve, un 12% con retraso mental moderado y un 14% con retraso mental de gravedad no especificada.

En relación con el delito el 56% se encuentra recluido por un solo delito y el 44% está privado de su libertad por dos o tres delitos de los cuales, el 67% está recluido por el delito de homicidio (un 33% en grado de parentesco, y un 67% por haber privado de la vida a otra persona con la cual no tienen ningún parentesco), un 22% por violación y un 11% por intento de violación

Comparación del estado inicial y la evolución de cada uno de los criterios evaluados durante la intervención



Gráfica 1. Muestra el estado inicial y la evolución obtenida en cada uno de los criterios del repertorio social evaluados en el grupo de internos-pacientes que participaron en el Programa de Resocialización (ACA).

En la Gráfica 1 se muestra la comparación de los porcentajes obtenidos por el grupo de internos-pacientes durante la aplicación del Programa de Resocialización (ACA), en la cual se hace referencia al estado inicial y la evolución alcanzada por éste. En dicha gráfica se denota que la calificación de nulo aparece en todos los criterios evaluados del repertorio social en el estado inicial y posteriormente de la aplicación del programa solo se presenta en dos de estos criterios, que son trabajo en equipo e identificación de compañeros.

La calificación de parcial se presenta en contacto visual, contacto corporal y respuesta afectiva en el estado inicial y después de la intervención se manifiesta además de los anteriores en los criterios de respuesta afectiva y trabajo en equipo.

En relación con la calificación de total en el estado inicial no se presenta en ninguno de los criterios del repertorio social evaluados y aparece en todos los criterios después de la aplicación del programa.

**TABLA 5** Distribución de frecuencias obtenidas en los criterios evaluados del repertorio social de acuerdo al diagnóstico emitido con el DSM-IV

Dictamen		ESTADO INICIAL												EVOLUCIÓN																							
		CRITERIOS A EVALUAR												CRITERIOS A EVALUAR																							
Total participantes	Según el DSM-IV	C. V.			C. C.			C.			R. A.			T. E.			I. CG			C. V.			C. C.			C.			R. A.			T. E.			I. CG		
		T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N	T	P	N
6	R. M. L.	0	1	5	0	1	5	0	0	6	0	4	2	0	0	6	0	0	6	5	1	0	5	1	0	3	3	0	4	2	0	3	3	0	6	0	0
1	R. M. M.	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
2	RMGNE	0	1	1	0	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0	2	0	0	2	2	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0

**Dictamen según el DSM-IV**

R. M. L. = Retraso mental leve    R. M. M. = Retraso mental moderado    RMGNE = Retraso mental de gravedad no especificada

**CLAVE DE CRITERIOS EVALUADOS**

C. V. Contacto visual

C. C. Contacto corporal

C. Comunicación

C. Comunicación

R. A. Respuesta afectiva

T. E. Trabajo en equipo

I. C. G Identificación de compañeros

En esta tabla se muestra la distribución de las frecuencias obtenidas en cada uno de los criterios del repertorio social evaluados en el grupo de internos-pacientes que participaron en el Programa de Resocialización (ACA), según el diagnóstico emitido de acuerdo con el DSM-IV. Se observa la comparación de frecuencia de cada uno de los criterios en el estado inicial y la evolución de cada uno de ellos.

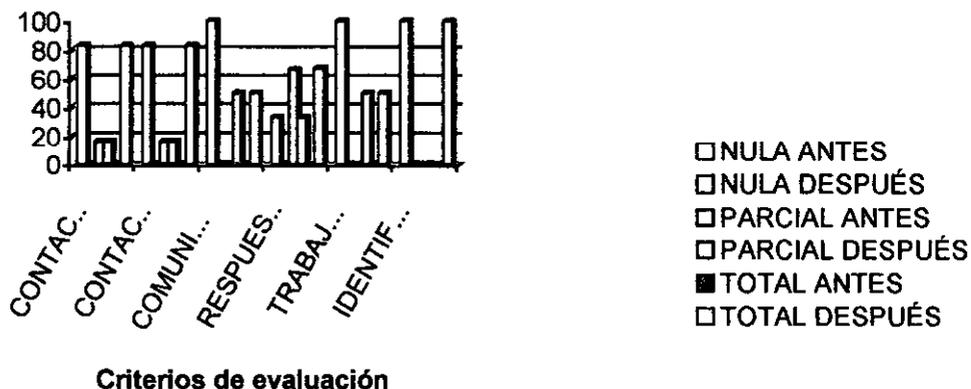
En la Tabla 5 se muestra un concentrado en el cual se comparan las frecuencias obtenidos antes y después de la intervención del Programa de Resocialización (ACA).

En esta tabla se observan los cambios en cada uno de los criterios evaluados en los diferentes parámetros. El parámetro de nulo se encontraba presente en los seis criterios evaluados antes de la intervención, posterior a ella sólo se encontró en dos de ellos, que son trabajo en equipo e identificación de compañeros.

El rubro de parcial se encontraba presente en contacto visual, contacto corporal y respuesta afectiva, después de la intervención se presentó además de en éstos, en respuesta afectiva y trabajo en equipo.

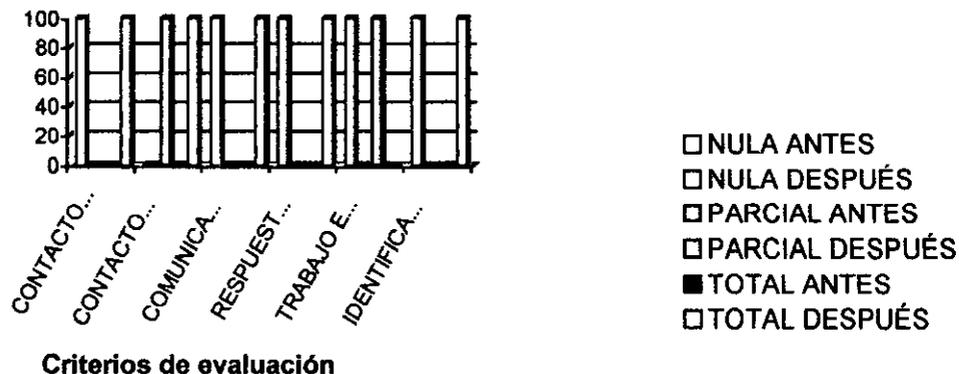
El rubro de total no estuvo presente en ninguno de los criterios evaluados antes de la intervención, mientras que después de la intervención se observó en todos los criterios evaluados.

Comparación del estado inicial y evolución de cada uno de los criterios del repertorio social de los internos-  
pacientes diagnosticados con retraso mental leve



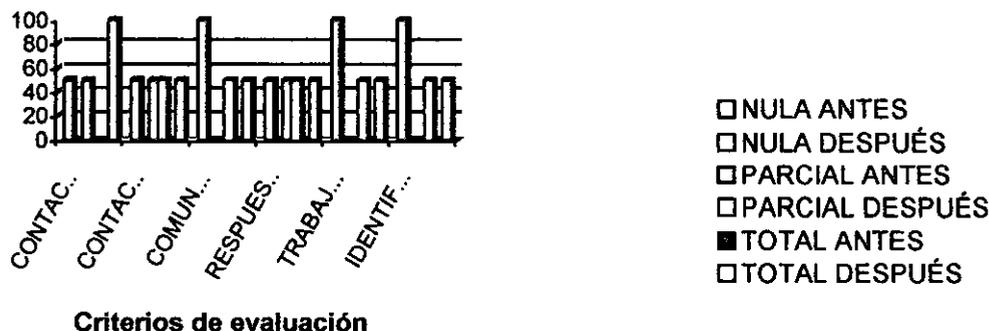
Gráfica 2. Muestra el estado inicial y la evolución obtenida en cada uno de los criterios del repertorio social evaluados durante la intervención psicológica, en el grupo de internos-pacientes diagnosticados con retraso mental leve, que participaron en el Programa de Resocialización (ACA).

Comparación del estado inicial y la evolución de los criterios del repertorio social evaluados en la intervención psicológica, realizada con internos-pacientes diagnosticados con retraso mental moderado

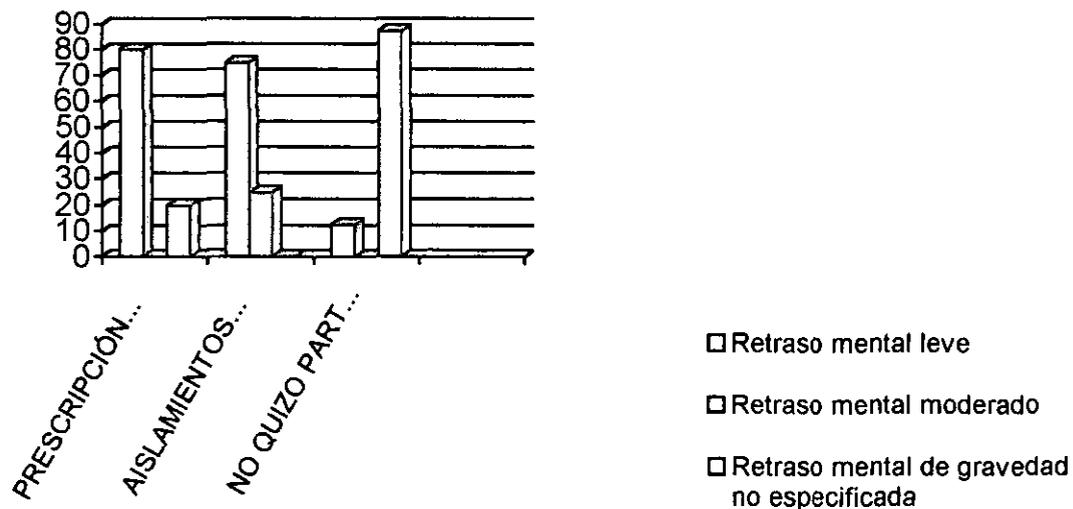


Gráfica 3. Muestra el estado inicial y la evolución obtenida en cada uno de los criterios del repertorio social evaluados durante la intervención psicológica, en el grupo de internos-pacientes diagnosticados con retraso mental moderado, que participaron en el Programa de Resocialización (ACA).

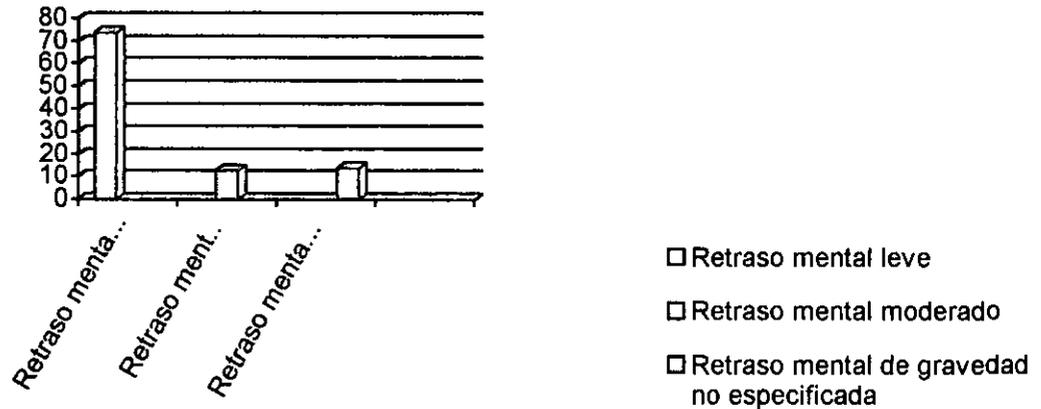
Comparación del estado inicial y la evolución en los criterios del repertorio social evaluados durante la intervención psicológica, realizada con internos-pacientes diagnosticados con retraso mental de gravedad no especificada



Gráfica 4. Muestra el estado inicial y la evolución obtenida en cada uno de los criterios del repertorio social evaluados en el grupo de internos-pacientes diagnosticados con retraso mental de gravedad no especificada que participaron en el Programa de Resocialización (ACA).

**Control de inasistencias**

Gráfica 5. Muestra el porcentaje de los motivos de inasistencia, de acuerdo al diagnóstico emitido.

**Control de asistencias**

Gráfica 6. Muestra el porcentaje de asistencias, de acuerdo al diagnóstico de los internos-pacientes que participaron en el Programa de Resocialización (ACA).

### Análisis y evaluación

Los resultados obtenidos con la implementación del Programa de Resocialización (ACA), denotan un cambio conductual favorable en los criterios del repertorio social evaluados en el grupo de internos-pacientes que participaron en dicho programa.

Se encontró que los participantes diagnosticados con retraso mental leve y moderado obtuvieron un cambio conductual en todos los criterios evaluados durante la intervención psicológica efectuada; los cuales fueron calificados en el parámetro de nulo a parcial en el estado inicial y posteriormente se ubicaron en el parámetro de total. Los criterios de contacto visual, contacto corporal e identificación de compañeros de grupo mostraron un cambio similar tanto en los internos-pacientes diagnosticados con retraso mental leve, como en los de retraso mental moderado. Los criterios de comunicación, respuesta afectiva y trabajo en equipo tuvieron un impacto significativo en los participantes diagnosticados con retraso mental leve obteniendo un porcentaje mayor en el parámetro conductual calificado como total.

Con relación a los internos-pacientes diagnosticados con retraso mental de gravedad no especificada, sólo el criterio de contacto visual presentó un cambio significativo al ubicarse en el parámetro de total después de la intervención; los demás criterios del repertorio social evaluados presentaron cambios que se

mantuvieron en el parámetro de parcial.

Por otro lado, se observó que la asistencia a las sesiones de tratamiento jugó un papel importante en la adquisición y mantenimiento del repertorio conductual de los criterios evaluados durante la intervención psicológica, al presentar una mayor de incidencia en el porcentaje de ausencias en los internos-pacientes diagnosticados con retraso mental de gravedad no especificada, observándose que el motivo principal de éstas fue por no mostrar interés en participar en el Programa de Resocialización (ACA). En los participantes diagnosticados con retraso mental leve y moderado los principales motivos de sus inasistencias fueron por prescripción médica y aislamientos conductuales.

Asimismo, se observa un impacto en la adquisición y mantenimiento de los criterios del repertorio social evaluados en los internos-pacientes diagnosticados con retraso mental leve, quienes se beneficiaron de una manera significativa al presentar una mayor asistencia a las sesiones del Programa de Resocialización (ACA).

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a través de la implementación del Programa de Resocialización (ACA), en el que participó un grupo de nueve internos-pacientes del CEFEREPSI, diagnosticados con retraso mental leve, moderado y de gravedad no especificada respectivamente, indican una relación entre la nosología y la posibilidad de beneficiarse del tratamiento psicológico para lograr la rehabilitación social de éstos; observándose que en la medida que disminuye la sintomatología y mejora la funcionalidad de los participantes se adquieren y mantienen nuevos repertorios de socialización, sin embargo la falta de sistematización en el procedimiento de intervención psicológica y la participación parcial del equipo multidisciplinario dificulta la generalización del repertorio conductual a los diferentes escenarios donde se desempeña el interno-paciente.

A diferencia de lo que plantean Caballo, 1993; Quiroga y col., 1986; Valencia, 1999 y Verdugo, 1997; en relación con las áreas que contemplan las habilidades sociales y el proceso de resocialización, en el presente trabajo sólo se consideran las relaciones interpersonales y de comunicación evaluadas a través de los criterios de contacto visual, contacto corporal, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros.

Dicho programa sólo contempla la adquisición y mantenimiento de la conducta en las sesiones de tratamiento. La generalización a los diferentes

---

ambientes en los que interactúa el grupo de internos-pacientes que participaron en el programa no ha sido posible llevarla a cabo por la falta de personal capacitado en la aplicación de los reforzadores de las conductas evaluadas en el programa, además de la falta de difusión hacia el personal que interviene con los integrantes de dicho grupo.

Por otro lado, el registro de los criterios evaluados no se llevó a cabo de manera sistemática, en cuanto a: la frecuencia de ocurrencia, duración, intensidad, latencia, topografía, magnitud y exactitud de la respuesta.

Sin embargo, con la intervención psicológica realizada se han logrado cambios conductuales en cada uno de los criterios evaluados durante la intervención psicológica observándose una disminución en los aislamientos conductuales en el grupo de internos-pacientes que participaron en el "Programa de Resocialización (ACA)", así como en el desempeño social e intrainstitucional.

Es importante buscar alternativas de intervención cada vez más especializadas para una población que en sí misma reúne una serie de características clínicas, criminológicas y jurídicas las cuales se interrelacionan para crear una población que demanda servicios de salud muy específicos. La presente intervención no pretende dar una solución al problema, pero sí pretende contribuir de alguna forma al aportar la experiencia adquirida en el desempeño profesional del psicólogo poniendo en práctica otras opciones que beneficien al retrasado mental que se encuentra privado de su libertad.

En este sentido es necesario llevar nuevas investigaciones para pasar de la teoría a la práctica, en donde los objetivos principales sean el acercamiento profesional y humano con el individuo que padece retraso mental en algún grado de severidad e implica la comprensión adecuada del interno-paciente, su padecimiento y el ambiente que lo rodea en una institución de custodia.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados se puede concluir que los datos obtenidos indican que la implementación de un programa de intervención psicológica con internos-pacientes diagnosticados con retraso mental leve, moderado y de gravedad no especificada permite cambios significativos en el total de criterios evaluados en comparación a los resultados obtenidos antes de la intervención, ya que de un rubro nulo en la mayoría de criterios evaluados antes de la intervención en el total de participantes cambio a un rubro de total en la mayoría de criterios evaluados y en el total de internos-pacientes que se incluyeron en el "Programa de Resocialización (ACA)". Pero, no se ha logrado la generalización de dichas conductas en todos los escenarios en los que se desenvuelven los internos-pacientes.

Los resultados también coinciden con los obtenidos por algunos autores reportados en el apartado de antecedentes, entre los que destaca Verdugo, 1997; Verdugo, 1998 y Verdugo y col. 1998, quienes se han preocupado por proponer programas especializados para la atención de personas con discapacidad mental y crear alternativas que coadyuven a se reinserción social de manera integral y mejorando la calidad de atención y de vida hacia dicha población.

Un aspecto importante de este trabajo, es poder contribuir con el tratamiento de personas que se encuentran recluidas desde una perspectiva

---

integradora y psicológica mediante un programa fundamentado en los principios del aprendizaje social y la terapia conductual.

En este sentido, se considera que el programa puede ser ajustado a otro tipo de participantes que padecen un deterioro en sus habilidades sociales y cognitivas, con las modificaciones necesarias para llevar un registro, control y reforzamiento de conductas establecidas en este programa que se llevo a cabo en el CEFEREPSI, e incluso puede aplicarse con población de otros módulos de dicho centro.

## APÉNDICE UNO

### Historias de casos

A continuación se expone el caso clínico de cada uno de los internos-pacientes que participaron en el Programa de Resocialización (ACA).

#### Caso uno

Al iniciar el programa el interno-paciente no dirigía su mirada hacia su interlocutor en el momento de la interacción, ni permitía la cercanía física para emitir un saludo, se caracterizaba por mantener la cabeza inclinada hacia el piso, se mantenía al margen de las actividades que se realizaban durante la sesión, requería de constante instigación verbal para que ejecutara o presentara la conducta que se le solicitaba, generalmente, permanecía callado, cuando se solicitaba su opinión y/o se le hacía una pregunta se concretaba a decir "sabe", "no", "sí"; sin presentar cambios en expresión facial. En las actividades grupales únicamente observaba a sus compañeros de equipo o de grupo dependiendo de la actividad a llevar a cabo, requería de constante instigación verbal para lograr su participación en las diferentes sesiones. Cabe mencionar que los primeros siete meses de la intervención el paciente presentaba sintomatología psicótica, que al remitir, paulatinamente se observó cambios en su desempeño en el grupo, comenzó a identificar a sus compañeros de grupo, realizaba de manera individual

---

parte de la tarea que se asignaba en la sesión, ocasionalmente dirigía su mirada hacia su interlocutor durante la sesión, tomaba únicamente la palabra para responder o dar la información solicitada, tanto a sus compañeros como al terapeuta. Se observó un decremento en la instigación verbal para lograr su participación, su respuesta afectiva tuvo ligeros cambios en su expresión facial. durante sus interacciones inició a presentar risa social, al igual que al recibir el reforzador social. Los cambios obtenidos hasta el momento, que se reportan, de los indicadores han sido de manera parcial; sólo se logro un cambio total en el indicador de identificación de compañeros.

#### Caso dos

Al inicio del tratamiento el interno-paciente dirigía de manera eventual su mirada hacia el interlocutor, permitía la cercanía física al saludar y despedirse al terminar la sesión, sin embargo se mantenía callado, su discurso era concreto con pobre contenido informativo, generalmente se disgregaba al tomar la palabra para responder o al entablar una conversación, en las tareas grupales permanecía al margen de la actividad, al instigar su participación tomaba todo el material y no permitía que sus compañeros lo tomaran, cuando se le solicitaba que compartiera el material optaba por observar a sus compañeros, silbaba durante la sesión sin relacionarse con sus compañeros de grupo, se sentaba en un lugar apartado del grupo, se observaban ligeros cambios en su expresión facial al

expresar sus emociones, conforme fue integrándose al grupo se logró que dirigiera su mirada hacia su interlocutor durante la interacción, permitiera la cercanía física durante la sesión e identificara a sus compañeros de grupo, sin embargo únicamente tomaba la palabra cuando se le daba la indicación y realizaba de manera individual parte de la tarea asignada compartiendo el material con sus compañeros.

### Caso tres

Al inicio del tratamiento el interno-paciente no mantenía contacto visual con su interlocutor, generalmente se mantenía aislado del grupo, en silencio, su participación en las actividades que requerían compartir material, o la cercanía física con otra persona no eran de su agrado, ocasionalmente solicitaba al terapeuta que no estuviera cerca de él, separaba su silla de la de sus compañeros, trabajaba solo, en ocasiones sólo tomaba parte de la tarea pero no se integraba al grupo, paulatinamente se logró que durante sus intervenciones tomara la palabra para conversar con sus compañeros, sus respuestas afectivas demostraban entusiasmo y agrado por las actividades, se incrementó de manera total todos los indicadores evaluados durante el tratamiento, en ocasiones cantaba durante o al finalizar la sesión, en otras ocasiones se integró con otros compañeros del grupo para complacer a los demás integrantes cuando les solicitaban que cantarán, empezó a presentar risa social al momento de recibir el

reforzador social, ayudaba a sus compañeros a realizar las actividades asignadas y los identificaba ya por nombre a unos y a otros por apellido. Hubo un decremento en la instigación verbal para lograr su participación observándose un cambio significativo en su desempeño durante las sesiones.

#### Caso cuatro

Al inicio y durante el tratamiento el interno-paciente se caracterizó por su renuencia a participar, sólo asistió a un 30% de las sesiones programadas, generalmente se mantenía aislado del grupo, ante la instigación para que participara en las tareas se tornaba agresivo verbalmente, coprolálico, justificaba sus inasistencias por problemas de tipo orgánico (dificultad para controlar sus esfínteres), sin embargo mostraba agrado al recibir el reforzador social por su asistencia, las veces que se logro su participación no compartía el material, o se limitaba a observar a sus compañeros trabajar, pero siempre quería cantar para finalizar la sesión situación que se le permitió por un tiempo, al instigar para lograr su asistencia y participación en las sesiones se molestaba y decía "ya no voy a venir", en ocasiones se lograba su participación con ayuda de otro interno, el cual le decía "venga tío vamos a trabajar".

#### Caso cinco

Al inicio del tratamiento el interno-paciente se caracterizó por mantenerse

aislado del grupo, no mantenía contacto visual con su interlocutor, ni tomaba la palabra, sin embargo cuando se le instigaba se observaba una ligera sonrisa y respondía en tono de voz bajo de manera concreta, conforme fue avanzando el programa su participación se fue incrementando, apoyaba a sus compañeros a realizar las tareas en equipo, permitía la cercanía de sus compañeros, al emitir un saludo o despedirse, en ocasiones cantaba al inicio o final de la sesión cuando sus compañeros se lo solicitaban, pero sólo entablaba conversación con instigación verbal o para proporcionar la información solicitada.

#### Caso seis

Al inicio de la intervención el interno-paciente se mantenía aislado, presentaba sintomatología psicótica, la cual era remitida por períodos cortos, por lo que su desempeño durante los primeros seis meses fue oscilante, al lograrse la estabilización se incremento su participación, empezó a identificar a sus compañeros, a tomar la palabra para expresar sus opiniones o para proporcionar la información solicitada, entablaba conversación con sus compañeros durante la sesión y mantenía y dirigía la mirada durante la interacción, así como permitir la cercanía y contacto físico de sus compañeros y del terapeuta.

#### Caso siete

Al inicio y durante la intervención el interno-paciente se caracterizó por

cantar en las sesiones de tratamiento, pero no mantenía ni dirigía la mirada hacia su interlocutor, era necesario instigar verbalmente de manera constante para lograr su participación en las actividades asignadas, al dirigirse a las personas indiscriminadamente a los varones les decía "si pa" y al sexo femenino "si ma", en el transcurso del tratamiento fue identificando a los compañeros y a los terapeutas, aunque continuaba agregando la forma de dirigirse a los sexos con los que se relacionaba, en ocasiones a sus compañeros les decía "si manito", como muestra de cariño, a uno de los internos le decía "tío" y en ocasiones apoyaba para que este último se integrara al grupo. Su participación en las actividades grupales requería de instigación verbal para integrarse al equipo, ya que generalmente, tomaba parte de la tarea para realizarla de manera individual.

#### Caso ocho

Al inicio del tratamiento el interno-paciente permanecía aislado del grupo, no entablaba conversación con ninguno de sus compañeros, ni mantenía el contacto visual y físico durante la sesión, o presentaba cambios en su expresión facial al expresar sus emociones, su tono de voz era bajo y sólo respondía ante la instigación verbal, al ir avanzando el programa su participación fue incrementando, logrando que se integrara al grupo, entablara conversación con sus compañeros durante las sesiones, en ocasiones le pedía a uno de sus compañeros que le cantara alguna canción y al concluir éste le daba las gracias,

en ocasiones comentaba que le "gustaba que su compañero le cantaré, porque no le cobraba e incluso en el módulo también lo complacia". En las actividades grupales apoyaba a sus compañeros, compartía el material y sus expresiones faciales denotaban agrado a través de risa social, su cabeza la mantenía de frente y le gustaba compartir experiencias de su comunidad cuando vivía en libertad.

#### Caso nueve

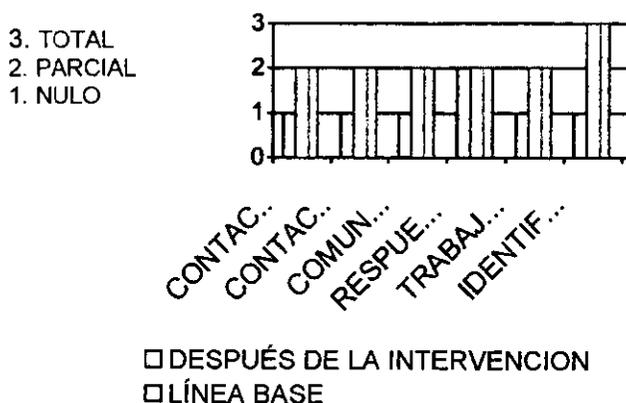
Al iniciar el tratamiento este interno-paciente se caracterizó por mantenerse aislado del grupo, requería de constante instigación verbal y guía para realizar las tareas asignadas, no mantenía el contacto visual, ni permitía el contacto físico, generalmente permanecía en silencio, en varias ocasiones fue reportado por tirarse en el piso, defecar en los pantalones y tomar agua sucia del patio cuando se encontraba en el módulo, su discurso era monosilábico y sólo a la instigación, conforme fue avanzando el programa se incrementó su participación de manera total en todos los indicadores evaluados durante la intervención.

## APÉNDICE DOS

Descripción gráfica de la evolución de cada uno de los participantes delPrograma de Resocialización (ACA)

## GRÁFICA 7 EVOLUCIÓN POR CASO

## Caso uno

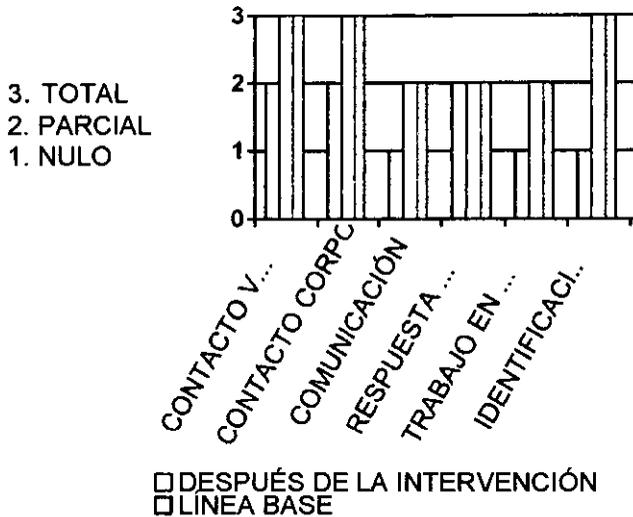


La gráfica 7 muestra los cambios obtenidos en cada uno de los criterios del repertorio social evaluados antes y después de la intervención en el caso uno.

Se observa un cambio del estado inicial calificado como nulo a parcial en contacto visual, contacto corporal, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo y sólo un cambio de nulo a total en el criterio de identificación de compañeros.

## GRÁFICA 8 EVOLUCIÓN POR CASO

Caso dos

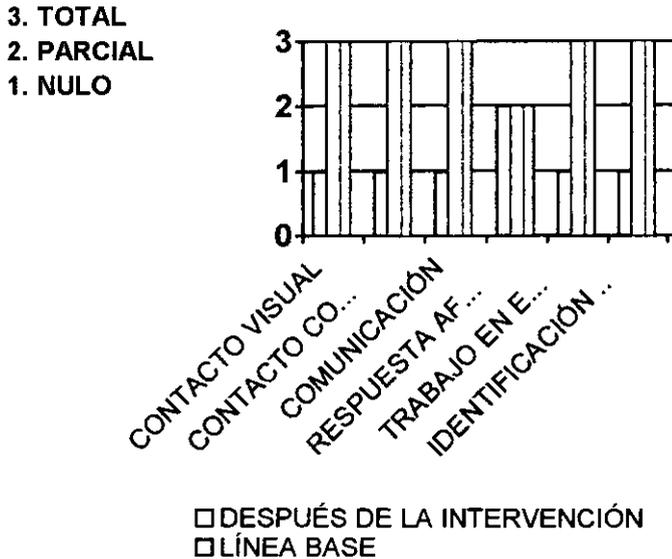


La gráfica 8 muestra la evolución del caso dos antes y después de la intervención psicológica.

Se observa un cambio conductual calificados como nulo a parcial en los criterios de comunicación y trabajo en equipo; el criterio de respuesta afectiva no presenta ningún cambio, en los criterios de contacto visual y contacto corporal cambio de parcial a total, y por último, el criterio de identificación de compañeros cambia de nulo a total.

## GRÁFICA 9 EVOLUCIÓN POR CASO

Caso tres



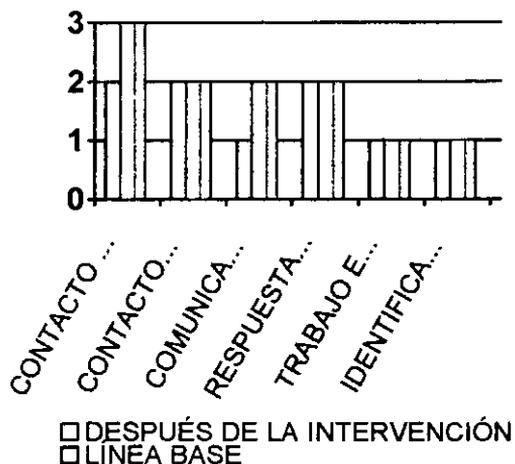
La gráfica 9 muestra la evolución que se logró en el caso tres, antes y después de la intervención psicológica.

En los criterios de contacto visual, contacto corporal, comunicación, trabajo en equipo e identificación de compañeros calificados en el estado inicial como nulo pasaron a total, mientras que la respuesta afectiva se mantuvo en parcial.

## GRÁFICA 10 EVOLUCIÓN POR CASO

Caso cuatro

3. TOTAL  
2. PARCIAL  
1. NULO

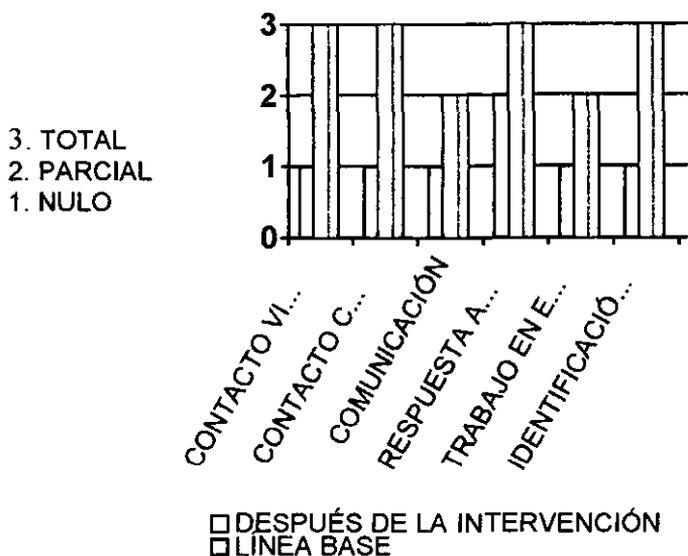


La gráfica 10 muestra los cambios obtenidos en los criterios evaluados antes y después de la intervención en el caso cuatro.

Se observa que los criterios de contacto corporal, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros no presentaron ningún cambio, mientras que el criterio de contacto visual cambió de parcial a total y comunicación de nulo a parcial.

## GRÁFICA 11 EVOLUCIÓN POR CASO

Caso cinco

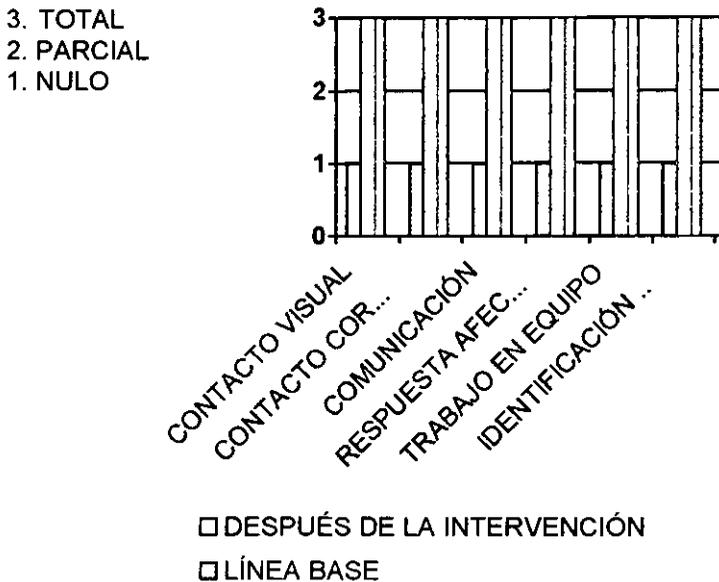


La gráfica 11 muestra los resultados obtenidos en el caso cinco antes y después de la intervención psicológica.

En este caso se puede observar un cambio conductual en todos los criterios del repertorio social evaluados. Los criterios de contacto visual, contacto corporal e identificación de compañeros calificados en el estado inicial de nulo paso a total, mientras que comunicación y trabajo en equipo de nulo a parcial, y por último, respuesta afectiva de parcial a total.

## GRÁFICA 12 EVOLUCIÓN POR CASO

Caso seis



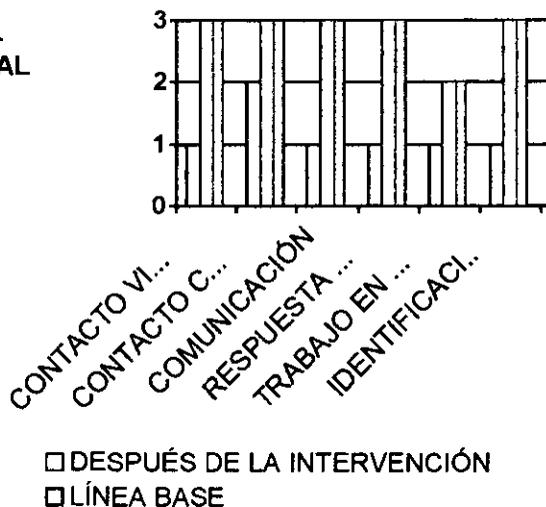
La gráfica 12 muestra los resultados obtenidos antes y después de la intervención psicológica en el caso seis.

Se observa un cambio conductual en los criterios del repertorio social, tales como: de contacto visual, contacto corporal, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros; los cuales fueron calificados en el estado inicial de nulo a total.

## GRÁFICA 13 EVOLUCIÓN POR CASO

Caso siete

3. TOTAL  
2. PARCIAL  
1. NULO



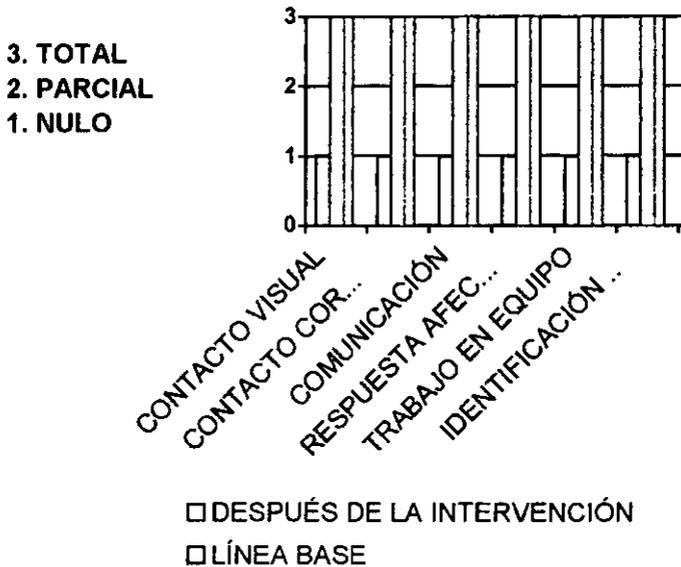
La gráfica 13 muestra los resultados obtenidos antes y después de la intervención en el caso siete.

Se observa un cambio conductual calificado de nulo a total en los criterios del repertorio social, tales como: de contacto visual, comunicación, respuesta afectiva e identificación de compañeros.

En el criterio de contacto corporal de parcial a total y en el criterio de trabajo en equipo de nulo a parcial.

## GRÁFICA 14 EVOLUCIÓN POR CASO

Caso ocho

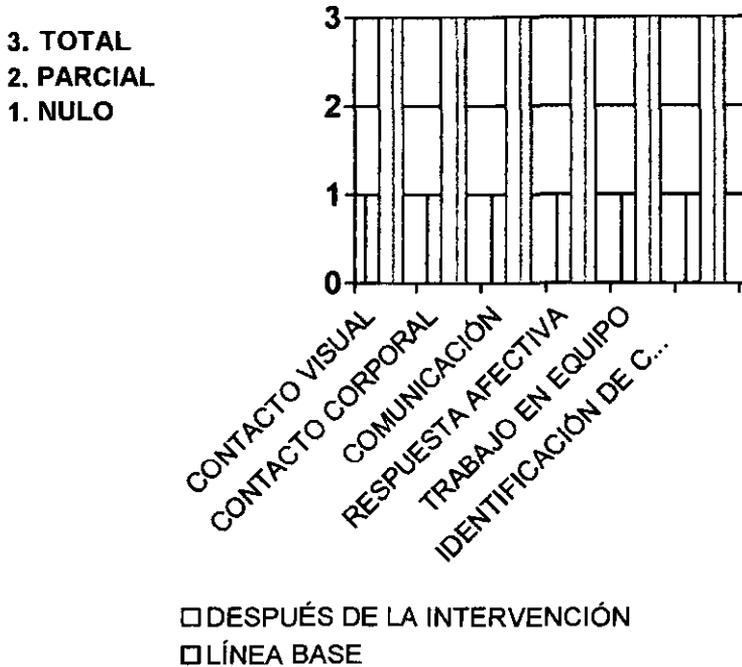


La gráfica 14 muestra los resultados obtenidos antes y después de la intervención psicológica, en el caso ocho.

Se observa un cambio conductual en los criterios del repertorio social calificados de nulo a total en todos éstos, los cuales fueron: contacto visual, contacto corporal, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros.

## GRÁFICA 15 EVOLUCIÓN POR CASO

Caso nueve



La gráfica 15 muestra los resultados obtenidos antes y después de la intervención psicológica, en el caso nueve.

En los criterios de contacto visual, contacto corporal, comunicación, respuesta afectiva, trabajo en equipo e identificación de compañeros se observa un cambio conductual en los criterios del repertorio social evaluado de una calificación de nulo a total

## REFERENCIAS

- Acevedo, I. A. (1991-1992). Aprender jugando 60 dinámicas vivenciales. Tomo I, II y III. (2ª. Edición). México; Limusa.
- Asociación Norteamericana de Psiquiatría (1995). Manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV). España: Masson.
- Belloch, A, Francisco, S. (1996). Manual de psicopatología. Vol. 2. España: Mc Graw Hill/Interamericana de España, S. A.
- Bertram, S. By, M. D., y Courtless, T. (9, March, 1968). The Mentally Retarded in penal and Correctional Institutiins. American Journal Psychiat. Vol. 124. pp. 1164-1170.
- Caballo, E. V., Buela, C. G. y Carrobles, J. A. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Caballo, V. E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Caballo, V. E. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. (3ª. Edición). Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S. A.
- Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (1995). Estudio Nacional de Confirmación de Diagnósticos Psiquiátricos en Centros de Reclusión. México: Dirección General de Readaptación Social.
-

- Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (1997). Manual de funciones y procedimientos de la Subdirección Médico-técnica. México: Dirección General de Readaptación Social.
- Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (1997). Memorias del CEFEREPSI. México: Dirección General de Readaptación Social.
- Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (1998). Aspectos criminológicos. México: Dirección General de Readaptación Social.
- Código Penal para el Distrito Federal. (2000). México; Editorial Sista S. A. de C. V.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2001). México; Editorial Sista S. A. de C. V.
- Darley, J., Glucksberg, S. y Kinchla, R. (1990). Psicología. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S. A.
- Diario Oficial. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Publicada el 16 de noviembre de 1995. México.
- Dirección General de Prevención y Readaptación Social. (1994) Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria. Secretaría de Gobernación.
- Fraser, N. W. y Douglas H. B. (1990). Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. México: Limusa.
- Feldman, M. P., (1989). Comportamiento criminal: un análisis psicológico. (1ª.

- Edición en español). México: Fondo de Cultura Económica, S. A. de C. V.
- Galguera, I., Hinojosa, G. y Galindo, E. (1988). El retardo en el desarrollo Teoría y práctica. (2° edición) México, D. F.: Trillas, S. A. de C. V.
- García, A. y de Molina, P. (1996). Criminología una introducción a sus fundamentos teóricos para juristas. (3° edición) Valencia: Tirant lo blanch.
- Gómez F., R. (1997). El tratamiento psicológico en el Centro Preventivo de Readaptación Social de Ecatepec. Tesis no publicada,. Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Hayes, H. J., Holloway, J., DePrado, D. y Weiss, K. J. (2000). Transitioning individuals with mental retardation and developmental disability: The Other Sister. Journal of the American Academy of Pssychiatry & the Law. (Abstract). Vol. 28 (2). pp. 202-205.
- Hidalgo, C. C. y Abarca, M. N. (1999). Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales. (3ª edición) México, D. F.: Alfaomega Grupo Editor, S. A. de C. V.
- Holland, A. (1998). Common legal issues in clinical practice. (Abstract). Chichester, England UK: American Ethnological Press. xii.
- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. (1996). Acciones terapéuticas y rehabilitación. Dirección General de Salud Pública en el D. F. México.
- Ingalls, R., P. (1982). Retraso mental la nueva perspectiva. México, D. F.: Manual Moderno, S. A.

- Leitenberg, H. (1983). Modificación y terapia de conducta. (3ª. Edición). España: Ediciones Morata, S. A.
- Luna A., R. Y. (1995). El enfermo mental ante la ley. Tesis no publicada, Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Organización Mundial de la Salud.
- Quiroga, A., H., Rodríguez, B., Cárdenas, L. G., Vite, S. A., Mata, M. A., Molina, A. J. y Ayala, V. H. (Enero-junio. 1986). Programas de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México: descripción, resultados y perspectivas. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 3 No. 1. pp. 44-58.
- Razo R., L. G. (1993). Cambios en las habilidades sociales de niños con retraso mental, a través del juego. Tesis no publicada, Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Rojano, G. L. (1999). El desarrollo de habilidades sociales en población penitenciaria. Tesina no publicada, Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Sánchez, G. A. (1990). Manual de conocimientos básicos para el personal de centros penitenciarios. (3ª. Edición). México: Comisión Nacional de

Derechos Humanos.

Tieghi, O. N. (1996). Tratado de criminología. (2ª edición). Buenos Aires: Editorial Universidad.

Valencia, C. M. (Enero-junio. 1986). Formulación de principios para el tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico hospitalizado. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 3 No. 1. pp. 37-43.

Valencia, M. (abril de 1999). Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental. Vol. 22, No. 2. pp. 31-40.

Vargas, L. (1984). Programa coordinado de Educación Popular Alforja. Panamá: El equipo Alforja.

Verdugo, A. M. A. y Bermejo, B. G. (1998). Retraso mental Adaptación social y problemas de comportamiento. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.

Verdugo, A. M. A. (1998). Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. (2ª edición). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.

Verdugo, M. A. (1997). P. H. S. Programa de habilidades sociales programas conductuales alternativos. Salamanca (España): Amarú Ediciones.

Villa, S. A. (1998). Discapacidad y conducta adaptativa. Bilbao: I.C.E. Universidad de Deusto.