



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
PLANTEL IZTACALA

BREVE ESTUDIO ACERCA DEL RETARDO EN EL DESARROLLO:  
DEFINICION, CAUSAS, DIAGNOSTICO, ESTRATEGIAS Y  
TECNICAS DE INTERVENCION, Y PREVENCION.

001  
31921  
C6  
.1983-1



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
Rosa del Castillo del Valle



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 mis padres,  
con mucho cariño.

A mis hermanos.

A la memoria de la Profesora  
Esperanza Garcilazo de Méndez.

A los asesores de este estudio,  
Angel Luis León.  
Concepción Yrizar.  
Manuel Escobedo.

Un amigo puede compararse  
con la obra maestra de la naturaleza.

(R.W.Emerson)

A quien así se considere.

Agradezco la colaboración de Carlos Gerardo Campos Aguilar en el diseño original de este estudio, así como el apoyo recibido en el dictado de los borradores por parte de Margarita y Patricia y particularmente a mi mamá por el descifrado del manuscrito y por todo su apoyo.

Finalmente y en forma muy especial, dedico este trabajo y agradezco profundamente a J. Vidal Vargas Solís, por su amplio y valioso apoyo, así como por su importante aportación de material bibliográfico.

"Entre las muchas formas de crueldad que puede experimentar un niño, la más intangible de todas y de la que somos más responsables los adultos, es la que podríamos calificar de crueldad oficial u organizada, aquella que se comete inintencionalmente, por ignorancia, por insensibilidad y, sobre todo, por pasividad; ésto es, lo que ocurre por ejemplo, cuando falta legislación o cumplimiento de la misma; instituciones e interés en crearlas; o bien, cuando por insuficiencia de ellas, o en general de servicios sociales y de rehabilitación, se deja de brindar protección y ayuda a seres que sin ellas, no tienen posibilidad alguna de desarrollarse sanamente y, a veces, ni siquiera de sobrevivir" (Dr. Miguel Foncerrada M.).

## INDICE

Introducción.	pág. 3
<b>IZT. 1000169</b>	
I. Definición de:	
a) desarrollo biológico,	
b) desarrollo psicológico,	
c) retardo en el desarrollo, y	
d) sujetos con requerimientos de educación especial y rehabilitación, en términos funcionales.	pág. 18
II. Factores de tipo social, cultural-familiar, cultural-educativo, económico, alimenticio y biológico-orgánico, que inciden en el retardo y su proliferación.	pág. 35
III. Diagnóstico para la terapia: utilidad de las definiciones en términos de repertorios conductuales.	pág. 48
IV. Aportaciones de la Modificación de Conducta a la Educación Especial y Rehabilitación.	pág. 62
V. Estrategias y técnicas de intervención: una alternativa de cambio e intervención a nivel masivo, a través del entrenamiento a no-profesionales y paraprofesionales.	pág. 90
VI. Prevención del retardo en el desarrollo.	pág. 118
Breviario.	pág. 127
Conclusiones y consideraciones finales.	pág. 149
Bibliografía.	pág. 161

## INTRODUCCION

Junto al agua fría,  
en la senda clara,  
sombra dará algún día  
aquel arbolillo en quien nadie repara.

(A. Machado)

### Introducción.

"Estrictamente considerada, la provincia especial de la psicología podrá juzgarse como la descripción de la conducta del individuo en conjunto y la explicación de dicha conducta de acuerdo con los factores y circunstancias ambientales. La psicología se ocupa de registrar y medir la conducta humana y sus diferentes aspectos y de relacionar las cantidades así medidas a variables del medio pretérito y presente" (Skinner, 1975). De acuerdo a este mismo autor, la conducta no es solamente el resultado de actividades más fundamentales, a las que debe encaminarse nuestra investigación, sino un fin en sí misma, cuya esencia e importancia quedan demostradas con los resultados prácticos de un análisis experimental. Es posible predecir y controlar la conducta, es posible modificarla, es posible elaborarla de acuerdo con ciertas condiciones, y todo ello sin responder a las preguntas explicativas que han conducido a los investigadores al estudio del hombre interior. El Análisis Experimental de la Conducta ha demostrado claramente el valor teórico y práctico de abandonar una forma simple de hablar de la conducta y ha demostrado las ventajas de otra descripción distinta de la emoción y de la inteligencia (Skinner, 1975).

→ Dentro de todos los modelos conductuales un primer supuesto, es que, el objeto de estudio de la psicología es la conducta más que los procesos intrapsíquicos hipotéticos fundamentales, que no están en alguna forma, disponibles al escrutinio científico. Dentro de estos modelos, la conducta es usualmente definida como cualquier cambio observable y mensurable en un organismo (Ollendick y Cerny, 1981). Para Ribes (1982), el objeto de estudio de la psicología es, evidentemente, la conducta, pero a diferencia de otros conductistas, para él, la conducta es la interacción del organismo con alguna otra cosa: conducta es interacción. En su opinión, a los psicólogos lo que debería interesarles, son los cambios que tienen lugar en las interacciones de los organis-

mos con el medio. Por otra parte, la característica principal del Análisis Experimental de la Conducta, es que considera a ésta en su relación con el medio ambiente como el objeto de estudio de la psicología; a diferencia de Ribes (1982), para quien "la conducta constituye, como interacción construída entre los organismos individuales y el medio ambiente, el =contenido teórico específico= de la psicología" (p. 123).

Es fácil hacer caso omiso de una contribución importante realizada por el Análisis Experimental de la Conducta, que se deriva de la metodología científica en la que se apoya el análisis. Comúnmente, los psicólogos se han encontrado en posición subordinada, cumpliendo el papel de buscadores de datos, en vez del de tomador de decisiones. Como ninguna otra ciencia, la psicología ha tenido que luchar contra el peso del folklore, la superstición y el error y nada tiene de sorprendente que los psicólogos hayan apreciado sobremedida lo objetivo y las verdades de hecho. Para saber lo que un hombre vé, oye, hace o dice, han controlado el ambiente estimulante y han registrado su conducta con la mayor precisión posible, y la han cuantificado con inventarios, cuestionarios y pruebas. Para descubrir que es lo que tiende a hacer o a decir han muestreado sus opiniones o creencias. Esta objetividad sin duda es valiosa, pero ha asignado al psicólogo, solamente un papel de apoyo (Skinner, 1971, en: Bijou y Ribes, 1977).

El análisis experimental de la conducta, no es cosa de simple medición. Y es algo más que una cuestión de corroborar hipótesis. Constituye un ataque empírico a las variables manipulables de las cuales es función la conducta. En consecuencia, le presta al modificador de conducta un poder excepcional (Skinner, 1971, op. cit.).

Es importante tener presente que las técnicas de modificación de conducta, que "han recibido la denominación genérica de análisis conductual aplicado" (Ribes, 1977) y

que son la parte aplicada de la Psicología Experimental, derivando sus métodos "principalmente del análisis de la conducta animal y humana en el laboratorio, análisis en el que ocupan un lugar prominente las técnicas de condicionamiento operante y pavloviano" (Galindo, Galguera, Hinojosa, Taracena, Bernal y Padilla, 1980). En el paradigma operante básico, un reforzamiento o recompensa se hace contingente sobre una respuesta particular que es emitida por un organismo, lo cual incrementa la probabilidad de que la respuesta se vuelva a presentar. Cualquier cosa que incrementa la posibilidad de una respuesta precedente es por definición un reforzador (Ollendick y Cerny, 1981).

La aplicación de los principios conductuales analíticos constituye un proceso en que ciertos principios de la conducta se aprovechan para el mejoramiento de conductas específicas; si una conducta es importante desde el punto de vista de una sociedad dada, un análisis conductual común tendrá como objetivo mejorarla, lo que implica la valuación simultánea de los cambios notados tratando de descubrir si se deben verdaderamente al proceso de aplicación; "en pocas palabras, la aplicación de los principios conductuales analíticos es un proceso de investigación para estudiar la conducta destinada a realizar descubrimientos: lleva implícitos su autoevaluación y su autoexamen, lo que además, constituye su característica exclusiva" y además, "la evaluación de un estudio que quiere ser un análisis conductual aplicado es, pues, un poco diferente de la evaluación de un análisis de laboratorio. Es obvio que el estudio debe ser aplicado, conductual y analítico; además, tiene que ser tecnológico, sistemático y conceptualmente efectivo, y además es necesario que muestre alguna generalidad" (Baer, Wolf y Risley, 1976).

Al realizarse investigaciones de tipo aplicado, generalmente, la relación existente entre la conducta, los estímulos y el sujeto en estudio es muy estrecha. El nombre de aplicado, está dado por el interés que la sociedad expresa

por los problemas que se estudian, y no en sí por los procedimientos que se utilizan en la investigación. "En la aplicación conductual, la conducta, los estímulos, el organismo o ambas cosas que se estudian, se estudian por su importancia para el hombre y la sociedad, más que por su valor para la teoría" (Baer y cols., 1976). De acuerdo a Ribes (1977) "las técnicas de modificación de conducta han recibido la denominación genérica de análisis conductual aplicado", el cual es objetivo y funcional y hace referencia como primera instancia a descripciones de acontecimientos mensurables y cuantificables, evitando citar procesos inferidos, que más que aportar algo al fenómeno observado, desvían el análisis de lo que es el interés principal. La objetividad del análisis exige siempre la más clara especificación física posible de los estímulos del medio y de las conductas del organismo; también de acuerdo a este mismo autor, al ser funcional el análisis, relaciona la conducta con los estímulos o viceversa, de manera que la relación se formula en forma de una función, de aquí que la conducta se vuelve una función de los estímulos previos y de las consecuencias ambientales, sin olvidarse que en un análisis funcional, es necesario que se impongan ciertos controles para que se pueda probar la existencia de dicha relación las veces que se requiera. Sin embargo, para Deitz (1978, cit. en: Ribes, 1982) "...los modificadores de conducta eran los que tomaban los hallazgos de las investigaciones en los campos del condicionamiento operante o el análisis conductual y los empleaban en situaciones particulares... Los analistas conductuales aplicados, por otra parte, eran investigadores adiestrados con un interés mayor en la investigación que en la aplicación... Las variables dependientes de los analistas conductuales aplicados debían tener importancia social, pero el propósito de la ciencia era el análisis de las variables independientes". La distinción entre análisis conductual aplicado y modificación de conducta subrayaba, de este modo, dos diferencias:

1) la vinculación de una metodología de la investigación aplicada con supuestos teóricos y filosóficos, sustentados en la ciencia básica, y 2) el análisis prestado a la investigación de las variables determinantes de los problemas de naturaleza aplicada, más que a la aplicación misma y sus efectos. Aún cuando para Ribes (1977 cit. en: Ribes, 1982) "ésto no pasó de ser un buen deseo, pues por múltiples razones -y quizá parcialmente por la predeterminación tecnológica del paradigma de la triple relación de contingencia- se desplazó el interés de la investigación hacia los efectos de la aplicación más que a sus fundamentos". "En pocas palabras, la investigación aplicada y tecnológica se divorcia de sus orígenes y de sus propósitos iniciales, transformándose en una práctica profesional pragmática dirigida al logro de efectos específicos, al margen de la fundamentación teórica y metodológica de los procedimientos empleados" (Ribes, 1982).

Tomando en cuenta el interés del presente trabajo y el área dentro de la cual se va a desarrollar, es importante considerar algunos puntos referentes a la Educación Especial. En primer lugar, diremos que se entiende como educación especial la educación que, dentro del sistema educativo del país, se dá a las personas que, por causas variadas, difieren de quienes se denominan "normales" en los aspectos intelectual, físico, emocional, social y funcionamiento de su sistema nervioso central, y a las cuales debe brindarse, por lo tanto, servicios específicos, profesorado especializado, métodos, estrategias, equipos y materiales educativos que se ajusten a sus características y necesidades. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (en Conferencia celebrada en México, 1970), "rehabilitación es la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, psicológicas, educativas, sociales y ocupacionales, para preparar y readaptar al individuo desventajado o retardado, con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional, social y productiva, a la que ha de agregar el calificativo de

integral para entenderla cabalmente (Manrique y Scioville). A pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento, el objetivo de la rehabilitación aún no se cumple en México, debido a: 1) el número de sujetos que requieren el servicio y las necesidades de éstos sobrepasan las posibilidades de atención ofrecidas por el Estado; 2) las instituciones privadas, en su mayoría, son inaccesibles a personas con pocos recursos económicos (Guevara, 1980).

**B** El fin de la Educación Especial, (como el de todos los niveles y tipos de educación en Cuba, por ejemplo), se extiende más allá de la escuela, para vincularlo con la comunidad y lograr una verdadera formación integral de todos los educandos. Sus objetivos son de carácter formativo, instrumental y práctico; orientan la integración del individuo a la vida social, de acuerdo a sus posibilidades y habilidades específicas con igualdad de derechos y deberes. Estos objetivos en síntesis son:

- 1) desarrollar en los deficientes físicos, mentales e inadaptados sociales, las capacidades psíquicas y físicas al máximo de sus posibilidades, por medio de técnicas especiales;
- 2) crear hábitos de vida y desarrollar las destrezas y habilidades que les permitan la autonomía para enfrentarse con éxito a las tareas cotidianas;
- 3) propiciar las condiciones que garanticen la formación politécnica, vinculando la enseñanza con la producción y la escuela con la vida, dando oportunidad al alumno de obtener una preparación básica para el trabajo productivo, familiarizándolo con el manejo de herramientas y equipos que permitan la formación de aptitudes y hábitos laborales;
- 4) enseñar la apreciación de los valores estéticos, en todas las manifestaciones del arte y la cultura;
- 5) lograr el disfrute de la participación individual y colectiva en juegos, deportes y otras situaciones recreativas;
- 6) propiciar que los educandos puedan incorporarse a la vida

social y laboral, creando una conciencia del deber social que se manifiesta en el amor al trabajo, a las tradiciones patrióticas y al internacionalismo proletario.

En el capítulo 2, se explicarán con detalle algunos de los rótulos que más se emplean al hablar de aquellas personas que se alejan de la "normal", en cualquier grado o aspecto, sin embargo, aquí citaremos dos de los términos más usados, así como la diferencia existente entre los mismos. Hay autores que distinguen entre el individuo con una incapacidad (disability) y el disminuido (handicapped). Un daño de estructura o función objetivamente definido es una incapacidad (la pérdida de visión en un ojo, de audición en un oído, por ejemplo, son incapacidades, pero pueden no convertir al individuo en un disminuido). Para ser "disminuido", es preciso que se hayan acumulado los efectos de la incapacidad y que las consecuencias personales y sociales tengan un efecto perjudicial sobre el nivel de funcionamiento del individuo (Wright, 1960, en: Telford y Sawrey, 1973). Una incapacidad =disminuye= a un individuo cuando la falta de la aptitud o de la característica hace que la persona sea menos capaz, menos adecuada o menos valiosa o que la cultura o él mismo crea que tiene ese defecto. "La mayor parte de la gente no tiene prejuicios contra los grupos de disminuidos, mientras que sí los tiene contra grupos minoritarios raciales o religiosos. Sin embargo, puede existir discriminación sin que haya prejuicio. La conducta que se discrimina negativamente con base en experiencias de primera mano no puede considerarse prejuicio. La discriminación social con base en la experiencia ajena o vicaria que produce respuestas que son opuestas a las que produciría la experiencia de primera mano es la que se denomina prejuicio (Zajonc, 1968, cit. en Telford y Sawrey, op. cit.). Una incapacidad consiste en un daño objetivamente definido de la estructura o de la función. El ser disminuido es un estado que resulta de la suma total de las limitaciones personales y sociales

que surgen de la incapacidad. No existe una relación biunívoca entre estar incapacitado y ser disminuído (Telford y Sawrey, op. cit.).

En base a la definición de rehabilitación que aquí se ha planteado, consideramos importante mencionar, dado que para ésta intervienen diferentes disciplinas, qué es la multidisciplina así como la interdisciplina. De acuerdo a Ribes (1979), un trabajo multidisciplinario, tiene como característica el planteamiento de los niveles de acción conjunta y coordinada de conceptos, metodologías y técnicas de distintas disciplinas en un mismo campo de problemas, sin que pierdan la identidad original que las configura como disciplinas, diferenciándose de los trabajos interdisciplinarios, en los cuales el problema radica en la formulación de un nuevo objeto de estudio, teórico y práctico, y en la re-integración y re-ordenamiento de conceptos, metodologías y técnicas de las disciplinas intersectadas para configurar orgánicamente un nuevo campo de acción y conocimiento; siendo ambos tipos de trabajos, de gran importancia, ya que como se verá más adelante, en el caso concreto del aspecto psicológico, y particularmente del desarrollo, no es adecuado ni posible, marcar una división y aislar al individuo de manera que no reciba influencias del medio físico y social que lo rodean, lo cual nos lleva lógicamente, en el caso del desarrollo infantil, a pensar además de en la psicología, en disciplinas tales como la biología, la medicina junto con sus diferentes especialidades y en la sociología, entre otras áreas, para realizar según el caso de que se trate trabajos de forma multi o interdisciplinaria, o en otros casos incluso intradisciplinarios, es decir, vinculando las diferentes áreas de una misma disciplina.

Cuando como psicólogos abordamos lo referente a las características biológicas (anatómicas, fisiológicas, genéticas, etc.), entramos en contacto con la medicina y la biología; cuando tratamos las características del ambiente,

concretamente en lo concerniente a las condiciones sociales, políticas y económicas en que se encuentra la sociedad de la que forma parte el entorno inmediato del individuo, ingresamos al terreno de las ciencias sociales. En ambos casos, es necesario recurrir a la otra disciplina para entender cabalmente el fenómeno dentro de su dimensión biológica o sociológica (Galindo, 1981). El marco del subdesarrollo, obliga a concebir al psicólogo como un profesional de alto alcance social, destinado a la solución de necesidades humanas en colectividad; orientado a la conformación de la infraestructura humana que requiere el país como sostén de sí mismo. El psicólogo acrítico, apolítico, sin ideología, es un profesional predispuesto a traicionar el avance de la psicología como profesión y a fortalecer el status quo en que existen las necesidades psicológicas del mexicano. Al psicólogo como profesional, como ingeniero de la conducta o como técnico del desarrollo humano, le corresponde sin escapatoria o justificación, ser el primero en darse cuenta de la magnitud o trascendencia de la evasión de la responsabilidad social de los profesionales en el tercer mundo. Si enmascara su propia responsabilidad y sigue los modelos de otros, el psicólogo en México será enjuiciado históricamente como una clase de inepto al que se le confió o tal vez detentó (retuvo sin derecho) el conocimiento, la tecnología y los fines para desarrollar lo más típicamente humano: su psiquismo (Fonseca, 1973).

Para Ribes (1982), lo psicológico se dá en un nivel organizativo que intersecta lo biológico y lo social, pero que no es reductible a ninguno de ellos. La conducta como interacción del organismo total y su ambiente (físico, biológico y/o social) modificable en y por el transcurso de su historia individual, se constituye en lo psicológico. Su especificidad histórica lo distingue de lo biológico, que se plasma en la filogenia, y de lo social, construído en lo colectivo. La conducta no es movimiento, ni cambio interno

aislado, es movimiento y cambio interno copartícipe de una interacción. La conducta es la interacción.

En años recientes y como consecuencia de la influencia recíproca de las ciencias biológicas y la de la conducta, se ha configurado una nueva área interdisciplinaria denominada medicina conductual. La medicina conductual, abarca, no solamente aspectos vinculados a la aplicación de técnicas dirigidas al campo de la salud, sino también la investigación experimental de problemas biomédicos desde la perspectiva que ofrece el análisis experimental de la conducta. La medicina conductual constituye la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y su aplicación "clínica" (Ribes, 1979, en: Bayés, 1979).

Otro de los puntos importantes a tomar en cuenta, es la prevención. Prevenir, "significa atacar las condiciones que dan origen a un problema antes de que éste aparezca" (Ribes, 1975), aunque en la actualidad aún no sea posible hablar de una verdadera prevención del retardo, en el sentido estricto de la definición aquí planteada, por el amplio número de factores que intervienen en su determinación y porque además en muchas ocasiones son difíciles de controlar, sí es posible hablar de prevención a nivel de una detección temprana del retardo, por medio de "la identificación de anomalías biológicas, así como la determinación de ambientes inadecuados. La importancia de concentrar la acción preventiva en los aspectos ambientales radica en su manipulabilidad y en la posibilidad de revertir y acelerar los cambios necesarios para atacar el retardo. Las anomalías biológicas desafortunadamente, son irreversibles en la mayoría de los casos lo que limita severamente su alteración" (Ribes, 1975).

"No hay duda -y nos place reconocerlo aquí- que los médicos son los profesionales de elección para combatir o prevenir aquellos trastornos - enfermedades, debemos decir,

que tienen una etiología orgánica identificable, sea ésta la acción de un agente patógeno que se halla introducido en el medio interno, un traumatismo o accidente en la gestación o el parto, o algún tipo de anomalía transmitida genéticamente. Es también evidente que los recientes avances en Bioquímica y Genética, junto al aumento de la calidad de la asistencia ginecológica y obstétrica y las campañas de profilaxis en aquellos casos en los que se conoce la existencia de un alto riesgo de que cursen con retardo en el desarrollo -por ejemplo: vacunación antirrubéólica sistemática de la población femenina de ciertas características, exámenes médicos prematrimoniales para localizar la sífilis materna, control de las mujeres encinta, Rh-negativas, etc.- están permitiendo obtener reducciones notables en sus tasas de prevalencia" (Bayés, 1979). Recordemos, sin embargo, que los casos de clara etiología solo suponen entre el 25% y el 50% de los diagnósticos efectuados.

Junto a la prevención específica que se acaba de mencionar, también es posible llevar a cabo una prevención no específica consistente en el mejoramiento general de las condiciones de vida de las capas más desfavorecidas de la población, ya que son muchos los autores que señalan la existencia de una correlación positiva entre factores socio-económicos y el retardo en el desarrollo (por ej.: Birch y Gussion, 1970; Budler y Bonham, 1963; Illsey, 1967; Simpson, 1968; Toro, 1973; Zazzo, 1969). Pero no obstante, la consecución de este mejoramiento -de unas condiciones higiénicas, de alojamiento, alimenticias, información sexual, etc. adecuadas desde un punto de vista sanitario- no es ya, en nuestra opinión una tarea esencialmente médica, sino política, y por ello, compete a todos los ciudadanos (Bayés, 1979).

El médico es el profesional cuya misión consiste en preparar físicamente al organismo para que éste pueda aprovechar todas las oportunidades y posibilidades que pueden ofrecerle los ambientes en que tendrá que desenvolverse. En

esta labor, el paciente es, en general, un sujeto pasivo que se coloca en manos de un médico. El psicólogo, es el profesional cuya misión consiste en "crear" el medio ambiente -social y no social- para que el organismo pueda aprender los comportamientos apropiados. En palabras de Sapon (1979), acepta la responsabilidad de manipular el ambiente de tal forma que el organismo lleve a cabo las conductas deseadas. En esta labor, los familiares, educadores y el propio afectado, debidamente asesorados por el psicólogo, tendrán una participación eminentemente activa (Bayés, 1979). Ribes (1979) llega a proponer como objetivo último de la actuación del psicólogo, su "desprofesionalización", es decir, que el ejercicio profesional psicológico óptimo en las áreas aplicadas consiste precisamente en proporcionar a los miembros no profesionales de la comunidad, la formación necesaria para que pueda llegar a resolver autónomamente, sus propios problemas conductuales. Objetivo que se encuentra, precisamente, en el polo opuesto de la ideología de la clase médica occidental.

Para este mismo autor (1982), "en el caso concreto de la psicología, la desprofesionalización significa: a) transferir conocimiento directamente a los usuarios que necesitan del mismo sin la mediación de otros profesionales, convirtiéndolos en autoprestatarios de servicios; y b) delegar en los usuarios los criterios para definir el uso de dicho conocimiento, al margen de las instituciones sociales que determinan su selección y forma de aplicación.

Dentro de la desprofesionalización, existen dos modalidades complementarias, en términos de la eficacia de una estrategia profesional y de la eficiencia de dicha estrategia. "La eficacia de una acción profesional implica no sólo la modificación de los efectos sociales definidos como problema, sino la transformación de las condiciones identificadas como determinantes o responsables de dicho problema. La desprofesionalización se enmarca así en la dimensión profe-

sional prevención-corrección. En tanto se transfiere información a los usuarios de servicios profesionales, se anticipan las condiciones generadoras de problemas que dependen en cierta medida de la propia acción de los usuarios, y de esa manera se previene su aparición. La prevención, es así considerada, forma eficaz de acción profesional y paradójicamente se alcanza mediante una desprofesionalización, aún cuando sea parcial, de dicha acción especializada". Por otro lado, "la eficiencia de una acción profesional hace referencia, fundamentalmente, a la relación costo-beneficio en términos del número y tipo de beneficiarios de una inversión social canalizada a través de servicios institucionales. La desprofesionalización, en tanto significa desplazar la impartición de parte de los servicios a los propios usuarios, reduce los costos profesionales a la vez que aumenta la cobertura de dichos servicios" (Ribes, 1982).

El conductismo, a diferencia de las teorías psicológicas formuladas como un todo acabado, constituye una filosofía de la ciencia psicológica, y como toda filosofía de la ciencia genuina, no es más que la reflexión sobre el propio desarrollo teórico y empírico de la disciplina. Como filosofía de la ciencia, el conductismo irrumpió en la escena psicológica dotando a esta disciplina de un objeto propio de conocimiento. La conducta, cualesquiera sea la conceptualización que se le haya venido dando a lo largo de este siglo, constituyó el objeto de estudio que le daba especificidad como disciplina científica a la psicología. Y es por ello, que la psicología científica quedó marcada por el conductismo. Aún aquellos que se declaran anticonductistas tienen que aceptar que sus argumentos giran en torno a la demostración de que la psicología estudia "algo más" que la conducta, y que este "algo más" forzosamente debe tener en consideración, como indicador empírico inevitable a la conducta (Ribes, 1981).

Por último, se puede decir que, "la teoría moderna de

la conducta, tanto en su nivel conceptual como en el metodológico, se basa fundamentalmente en el paradigma del condicionamiento, ya sea en la versión pavloviana o en la variante instrumental u operante", y es importante tener presente que para la construcción de una tecnología científica, se requiere disponer de una ciencia básica cuyo cuerpo teórico y metodológico posea ciertas características, como son:

- a) la superación del concepto de causalidad fundado en la relación lineal de variables independientes y dependientes;
- b) visualizar las interacciones entre el organismo y el ambiente en forma de complejas relaciones de interdependencia; y
- c) considerar las diferentes cualitativas entre la conducta animal y la humana, y determinar las características paradigmáticas que han de permitir la formulación de una teoría del comportamiento humano, sin la cual es ilusorio pretender construir una tecnología (Ribes, 1982).

Por último y antes de entrar de lleno al desarrollo de los tópicos aquí citados, diremos que el objetivo del presente estudio es, realizar un análisis de aquellos factores sociales, económicos, culturales y biológicos que influyen en la frecuencia de aparición del fenómeno denominado retardo en el desarrollo, y con base en aquel, hacer un planteamiento de la posibilidad de realizar programas de rehabilitación que puedan ser aplicados a nivel masivo, basándose en las aportaciones que la Psicología a través de la Modificación de Conducta, ha hecho a la Educación Especial, así como plantear las alternativas con que actualmente se cuenta en el campo de la prevención.

## CAPITULO I

Porque cada ser  
por insignificante que parezca  
forma parte del milagro  
más grande de todos: VIVIR.

(D.R.)

I. Definición de: a) desarrollo biológico; b) desarrollo psicológico; c) retardo en el desarrollo y d) sujetos con requerimientos de Educación Especial y Rehabilitación, en términos funcionales.

Al distinguir entre los objetos de estudio de la biología y la psicología, se ha señalado que la biología se interesa por la estructura anatómica y el funcionamiento fisiológico de las partes del cuerpo. Es decir, la biología se ocupa de las glándulas, los músculos, los huesos y de los mecanismos unificadores del cuerpo como son los sistemas nervioso, circulatorio y endócrino, y de las interrelaciones entre estas partes y sistemas. En contraste, la psicología está interesada en las interacciones del organismo completo, integral, con los eventos ambientales (Bijou y Baer, 1977).

De acuerdo a Kantor (1959) (cit. en: Bijou y Baer, 1977), cuando comparamos a la biología con la psicología encontramos que en la primera los cambios y transformaciones evolutivas están interconectadas con una forma o entidad sustantiva. Es decir, con un organismo, mientras que en la psicología los procesos evolutivos están conectados solamente con actos. En la biología los cambios conductuales presentes son funciones de estructuras morfológicas o anatómicas. En las actividades psicológicas el organismo que ejecuta la actividad no es estructuralmente tan importante como las interacciones mutuas que ejecutan en conexión con otras cosas. (subrayado de Bijou y Baer).

Las interacciones biológicas y psicológicas tienen efectos recíprocos. Muchos eventos biológicos pueden constituir variables con influencia en los cambios psicológicos. Sin embargo, los eventos biológicos no deben considerarse como la única causa de la acción psicológica. Sino que, deben considerarse como eventos que se combinan con eventos físicos y sociales para determinar la acción psicológica. Además, los mecanismos del desarrollo biológico no son idénticos a los del desarrollo psicológico. Por otro lado, las

interacciones, pueden ser también en otra dirección, es decir, los eventos psicológicos también pueden influir en los eventos biológicos. De esta forma, vemos que las condiciones que influyen en el funcionamiento psicológico, incluyen variables que son comúnmente denominadas biológicas, en tanto que las condiciones que influyen en el condicionamiento biológico incluyen variables "psicológicas" (Bijou y Baer, 1977).

— "El desarrollo biológico se refiere a cambios ordenados en la estructura (anatomía) y en el funcionamiento (fisiología), éste último incluye circulación, respiración, alimentación, metabolismo y actividades neuromusculares. El desarrollo psicológico se refiere a los cambios progresivos de la conducta de un organismo biológicamente cambiante en relación con una sucesión de eventos ambientales que en su mayor parte, son producto de la cultura" (Bijou y Baer, 1980).

Claramente, la actividad biológica comienza en el momento en que se origina el individuo, es decir, en la fecundación. También es verdad que la conducta psicológica empieza antes del nacimiento, pero ¿en qué momento?. Carmichael (1951) (en: Bijou, 1980) dice: comúnmente el principio de la conducta y por lo tanto el punto de partida de la psicología es colocado en el momento en que empieza la actividad neuromuscular iniciada en el receptor. Se supone que este momento es el punto en que se realizan las actividades del organismo, que involucran los órganos de los sentidos y el sistema nervioso, así como también los músculos. De acuerdo a diferentes estudios que se realizan, y a los registros de los centros de rehabilitación, entre otros, existe un gran número de niños y adultos que difieren a nivel mental, físico, emocional o conductual del resto de la población y requieren de ayuda especial para realizarse en su potencial óptimo. Para estas personas se han utilizado varios términos, siendo de uso más común "impedido"; término que describe las circunstancias de las personas que están en desventaja al mostrar las reacciones y patrones de con-

ducta "normal" de la sociedad, por su inhabilidad física, mental o emocional, o una combinación de éstas. Aquellas personas que presentan algún impedimento de tipo "temporal", no son consideradas como impedidas. Términos como "deterioro" o "incapacitado" son aplicados a quien tiene un desorden físico pero que tiene una adaptación adecuada.

↳ Comúnmente, el retardo es considerado como un deterioro en el funcionamiento intelectual. También se le toma como un desarrollo incompleto o como un estado de incompetencia social o intelectual. Usualmente, estos términos se refieren a la conducta. Como ejemplo, se tiene la definición de Cameron y Margaret (1951). Definen el retardo como el comportamiento que es más apropiado para niveles más tempranos de la vida del individuo (en: Bijou y Baer, 1979). Desde un punto de vista conductual el retardo debe conceptualizarse como un problema funcional (Bijou, 1963). Se define el retardo, como una desaceleración del desarrollo de un individuo comparado con la norma del grupo al que pertenece. El grado de retardo nos indica únicamente la diferencia en desarrollo y probablemente la generalidad de los comportamientos afectados. Por lo común, en el caso del individuo con retardo marcado es evidente la existencia de una lesión o disfunción biológica, aún cuando no exista una relación casual directa en las esferas conductuales afectadas (Ribes, 1975). El retardo está considerado como una desviación en el desarrollo psicológico y, por consiguiente, se utilizó el término desarrollo en vez de retardo mental. Las diferencias entre el desarrollo normal y el retardado, radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo pasado y presente. El desarrollo normal, cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio, se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas.

do, desde el punto de vista del análisis del comportamiento, se concibe como una descripción del comportamiento de la persona, el cual, como cualquier otro comportamiento, es función de su historia genética y personal. De acuerdo a Kantor (1959, en: Bijou y Baer, 1979), un individuo retardado es aquel que tiene un repertorio conductual limitado, el cual se deriva de interacciones del individuo con sus contactos con el medio, lo que constituye su historia. Desde este punto de vista, la tarea del investigador conductual es estudiar las condiciones observables que pueden producir conducta retardada y no mentalidad retardada. De X -

Desde el punto de vista que se presenta aquí, la conducta retardada es una función de condiciones biológicas, físicas y sociales consideradas consideradas como variables independientes. Aún cuando tradicionalmente la conducta retardada tiene como causa variables hipotéticas o biológicas que, a su vez, son determinadas por la herencia pero modificables, dentro de ciertos límites, por eventos ambientales, físicos y sociales (Bijou y Baer, 1979).>|

En su forma extrema, la concepción cuantitativa del retraso mental, dice que los retrasados son intelectualmente inferiores a los "normales" en cierta cantidad dada que se indica en términos amplios por medio de un "test" (prueba), por el rendimiento escolar y la adecuación social, y que son esencialmente normales en aspectos no relacionados con la adecuación intelectual. Sus personalidades, caracteres, características físicas y características sociales son normales, excepto en algunos aspectos que pueden afectarse como consecuencia de su deficiencia mental; o, al menos, sus desviaciones de lo normal en los aspectos antes indicados, no son necesariamente parte de sus deficiencias intelectuales (Telford y Sawrey, 1973). Los comportamientos específicos que se indica que definen el retardo, o el comportamiento =poco adaptativo=, son de importancia capital no como indicadores de patología sino como base para diseñar un programa de enseñan-

DESARROLLO  
PSICOLÓGICO

za, reeducativo o compensador (Bijou, 1973).

↳ Desde el punto de vista conductual desarrollado a partir de autores como Bijou (1975) y Ribes (1976), el desarrollo psicológico debe ser entendido como la adquisición sucesiva de nuevos repertorios conductuales, o formas de conducta cada vez más complejas cualitativa y cuantitativamente, por parte del individuo, en función de factores orgánicos, físicos y sociales. De ahí que Bijou haya sugerido el concepto de retardo en el desarrollo para sustituir el de retardo mental de la psicología tradicional y para explicar las deficiencias de la conducta infantil. A partir de estos planteamientos, se ha ampliado el concepto de retardo en el desarrollo para explicar todos los casos de excepcionalidad de la psicología tradicional: mental, física, sensorial y social (aunque la excepcionalidad social, como se entiende tradicionalmente, entraña muchos puntos de controversia). Aún cuando se supone que, los individuos excepcionales aprenden, perciben, piensan y se adaptan al ambiente en forma diferente a los demás, no se les puede entender en términos de los principios de aprendizaje, pensamiento, percepción y ajuste que se derivan del estudio de personas "normales" y se aplican a éstas (Telford y Sawrey, 1973). (De acuerdo a Galindo (1981), el concepto de retardo en el desarrollo hace énfasis en la conducta como objeto de estudio y no en entidades hipotéticas como la mente, el intelecto o procesos internos inferidos a partir de la conducta misma. Evidentemente, hay un problema en lo que se va a entender cómo conducta, la conducta, es la interacción que se establece entre el organismo (en este caso el individuo en desarrollo), y su ambiente tanto mediato como inmediato. La conducta de todo individuo, muestra diversas modalidades cualitativa y cuantitativamente diferentes, que van presentándose con una complejidad creciente a lo largo del desarrollo del individuo. Ahora bien, el desarrollo psicológico es una serie secuencial de cambios que va sufriendo la conducta del individuo a lo

4 h. 10. 10. 10. 10.

4

largo del tiempo, con la intervención de factores biológicos, ambientales y la historia de las interacciones pasadas del individuo. Por tanto, el desarrollo psicológico se entiende como una serie de cambios de la conducta, en la que el individuo entiende como una serie de cambios de la conducta, en la que el individuo adquiere o sufre la aparición de nuevas formas de comportamiento que son cada vez más complejas y cualitativamente diferentes a las anteriores, pero que incluyen, no obstante, a las formas de conducta anteriores (Galindo, 1981).

Uno de los planteamientos del concepto de retardo en el desarrollo supone que la llamada conducta desviada obedece a las mismas leyes que la conducta normal o el desarrollo normal, por tanto, la diferencia entre una y otra está en el grado en que la primera se aparta de la que ha sido establecida por un grupo social dado (Galindo, 1981).

Quando existe una deficiencia en el equipo orgánico del individuo, su relación con el ambiente físico y social se vé radicalmente alterada, y esta alteración se manifiesta en una desviación del desarrollo. Mientras mayores son las deficiencias orgánicas, mayor es la desviación. Entre las deficiencias orgánicas comprendemos a las lesiones y las disfunciones, pero también la presencia de enfermedades y de desnutrición y sus secuelas. Cuando el individuo vive en contacto con condiciones físicas y sociales indeseables, se produce igualmente una desviación del desarrollo psicológico. Entre más se aparten estas condiciones de lo deseable, la desviación será más grande. Las deficiencias ambientales incluyen a las relaciones interpersonales (familiares y comunitarias) indeseables, pero también a condiciones más globales, como la miseria y la marginalidad. Esta desviación del desarrollo, es a lo que se llama "retardo en el desarrollo" (Galindo, 1981). Este concepto abarca a todos los individuos impedidos que comprende el término de "excepcionalidad", entendida como una deficiencia, como son

Los casos de los problemas específicos de aprendizaje, deficiencias en el lenguaje, perturbaciones emocionales, deficiencias típicas de individuos ciegos, sordos, paráliticos.\*

Al definir el retardo, es necesario formar categorías o hacer clasificaciones, las cuales solamente deben ser utilizadas "cuando la clasificación permita el desarrollo de un programa educacional que cubra las necesidades del niño" (en: Blackhurst y Berdine, 1981); tradicionalmente, se ha dividido al retardo en tres categorías genéricas: educables, entrenables y custodiables (Ribes, 1975), por su parte Smith (1971, en: Blackhurst y Berdine, 1981), los denomina retardados mentales educables, entrenables y severos - profundos. Por estas mismas clasificaciones, se ha planteado la existencia de dos grandes grupos, que abarcan a todos los demás: retardo generalizado y retardo específico (Ribes, 1975); en el primer caso, puede abarcar a formas de conducta de naturaleza diversa en forma general, sobre todo a aquellas formas de conducta de naturaleza más compleja cualitativamente. La mayoría de los casos llamados tradicionalmente "retardo mental profundo" caen en esta categoría; el segundo tipo de retardo, es cuando solo se observa en un área del desarrollo del individuo (por ejemplo: conducta verbal, conducta académica, conductas motoras) (Galindo, 1981).

Si se parte de un criterio funcional, el retardo se clasifica con base en los repertorios conductuales afectados, ya sea en forma de excesos o un inadecuado control de estímulos por su carencia o deficiencia. La educabilidad, entrenabilidad o custodiabilidad del retardado, así como la profundidad o superficialidad de su estado, será consecuencia de la amplitud y el tipo de repertorios afectados por la condición de retardo, así como de la posibilidad de arreglar las condiciones ambientales favorables para su rehabilitación (Ribes, 1975).

Se considera que los niños excepcionales, son aquellos que tienen características físicas, mentales, conductua-

les, o sensoriales que difieren de los de la mayoría de los niños, de manera que requieren de educación especial y servicios relacionados para desarrollar al máximo su capacidad. Esta categoría incluye niños que tienen problemas de comunicación, audición, daños visuales, inhabilidad o incapacidad física, retardo mental, problemas de aprendizaje, desórdenes conductuales, impedimentos múltiples, alta inteligencia y talentos únicos (Blackhurst y Berdine, 1981). ←

Para ser considerado como "retardado mental", un niño debe ser incapaz de demostrar conductas basadas en el funcionamiento intelectual que es apropiado para la edad de esa persona o su situación social (Salvia, 1978, en: Blackhurst y Berdine, 1981). En otras palabras, los "retardados mentales" son incompetentes en conductas que su sociedad cree son indicativas de funcionamiento intelectual. La conducta adaptable, puede ser definida como la "efectividad o grado con el cual un individuo satisface el normal de independencia personal y responsabilidad social esperada para su edad y grupo cultural" (Grossman, 1977, en: Blackhurst y Berdine, 1981). El mentalmente retardado, tiene problemas educacionales, médicos, psicológicos, por lo cual requiere los servicios de maestros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales" (Blackhurst y Berdine, 1981). De acuerdo a estos mismos autores, existen diferentes tipos de retardo mental: el tipo "absoluto", que consisten en individuos marcadamente deficientes en sus potencialidades cognitivas, emocionales y por deducción, en sus "impulsos mentales" que los mantendrían como anormales en cualquier cultura existente. Una persona clasificada dentro de este grupo, será igualmente desvalida y "enferma - adaptable" en una sociedad de sabios que en una sociedad de salvajes. No son solamente deficientes intelectualmente, sino, deficientes en varias =esferas mentales=. El tipo "relativo" se refiere a personas cuyas limitaciones están definitivamente relacionadas a las normas de cultura particulares que las circundan. Más simple, en sociedades

centradas menos intelectualmente no tendrían problema en alcanzar y retener igualdad de ambiciones realizables. Algunos deben igualmente ser capaces de ganar superioridad por la ventaja que tienen sobre otros que son medidos por pruebas de inteligencia. Pueden incluso, en diferentes sociedades conseguir empleos en fábricas, granjas, etc., pero por supuesto, en empleos más complejos en los cuales requieran un lenguaje o habla compleja, saber historia, geografía, etc., no podrán. Es preferible hablar de estas personas como "intelectualmente inadecuadas" mejor que "deficientes mentales" (Kanner, 1957). Un tercer tipo, es "aparente inteligencia subnormal", en el cual existen potencialidades para la adquisición o reproducción de información previamente ensayada, que no ha sido realizada completamente por falta de oportunidad o por impedimentos físicos, o bien, por inhabilidades específicas curables, bloqueo educacional temporal o inadecuación de la persona que administra la prueba (Kanner, 1948).

➔ Desde el punto de vista conductual, un individuo con "retardo mental", es aquel que tiene un repertorio limitado de conductas moldeadas por eventos que constituyen su historia (Bijou, 1966). En su definición Bijou enfatiza en conductas observables y pone poca atención a procesos mentales que no son observables. Los educadores que se ajustan a la definición conductual, enfatizan el entrenamiento de niños retardados para adaptarse y hacer frente a su medio con las habilidades que ellos poseen (Blackhurst y Berdine, 1981). Para algunas personas, la definición conductual presenta algunos problemas, ya que no describe el punto en el cual las limitaciones en el repertorio de conductas de una persona, indica que ella es retardada (Neisworth y Smith, 1978). Para la Asociación Americana de Deficiencia Mental, "retardo mental, se refiere a un promedio general significativamente menor al funcionamiento intelectual existiendo concurrentemente con deficiencias en conducta adaptativa y manifestado durante

el período de desarrollo" (Grossman, 1977). Las diferencias en las características del aprendizaje entre niños con desarrollo normal y con retardo en el desarrollo son: a) la tasa de adquisición de habilidades; b) la generalización y transferencia de las habilidades adquiridas; c) prestar atención a las tareas a desarrollar (Blackhurst y Berdine, 1981).

Los terapeutas de la conducta reconocen que el aprendizaje pasado, debe afectar la conducta presente, pero que estas experiencias anteriores no pueden ser cambiadas o removidas. La eliminación de la conducta problema, elimina la "patología". "El aprendizaje (el establecimiento y el mantenimiento de conductas nuevas) es un concepto clave para entender el retardo. La ausencia de repertorios conductuales o la presencia de repertorios inadaptativos se explican, no apelando a una deficiencia conductual hipotética ni a un impedimento orgánico, si no considerando que, dadas ciertas condiciones extraordinarias biológicas, físicas o sociales, el individuo no ha aprendido aquello que la comunidad requiere de todos sus miembros para vivir en sociedad" (Galindo y cols., 1980)▲

Se ha hablado de conductas problema, pero ¿cuándo se considera que una conducta es problemática? De acuerdo a Ollendick y Cerny (1981), es cuando: a) la topografía de la conducta no es eficiente; b) las características cuantitativas de la conducta pueden ser excesivas o deficientes; o c) la conducta ocurre en situaciones inadecuadas. La topografía de la conducta se refiere a sus características externas o forma. La conducta se considera excesiva o deficiente por tres dimensiones bipolares: 1) la frecuencia, 2) la intensidad, 3) la duración (bipolares ya que se está hablando de excesos y deficiencias). En situaciones inadecuadas, algunas conductas se consideran como "patológicas". Debe notarse, que no solo son inadecuadas las conductas por la situación en que se presentan, sino también por otras variables del desarrollo, como por ejemplo la edad.

Tradicionalmente, además de las definiciones hasta ahora citadas en el presente estudio, se ha hablado de otras, como demencia o locura, incompetencia social, enfermedad mental, impedimentos e inhabilidades. La demencia o locura, es un estado de desarrollo mental incompleto de una clase y grado tal que el individuo es incapaz de adaptarse al ambiente normal de sus compañeros (por ejemplo, en la escuela, familia, etc.) de manera que pueda mantener una existencia independiente de supervisión, control o asistencia externa (Tredgold, 1937, en: Blackhurst y Berdine, 1981). Dentro de la incompetencia social, observamos seis criterios, que por su presentación o implementación han sido generalmente considerados esenciales para una definición y concepto adecuados. Estos son: 1) incompetencia social, 2) propio de deficiencia mental o "subnormalidad", 3) el que ha sido impedido en el desarrollo, 4) el avance que se obtiene en la madurez, 5) es de origen constitucional, y 6) es esencialmente incurable (Doll, 1941). La enfermedad mental se relaciona con ciertas formas de comportamiento que son perturbadoras o peligrosas para los demás. La conducta puede ser perturbadora o peligrosa por naturaleza propia o por las circunstancias en que se produce. No es correcto llamar a este tipo de conductas "atípicas", ya que un "genio", es atípico aunque presumiblemente sano. Aparecen problemas con la enfermedad mental tan pronto como el individuo evidencia una conducta que, por su carácter o por las circunstancias en que se dé, provoca ciertas molestias. Una cuestión es explicar dicha conducta, y otra, modificarla. Impedimentos, son el resultado de las interacciones de una persona con su medio, por tenerse un deterioro o inhabilidad. Deterioro se refiere a una enfermedad o tejido defectuoso, e inhabilidad se refiere a la reducción de una función o a la falta de una parte particular del cuerpo o de un órgano en especial. Un niño con deterioros o inhabilidades puede ser impedido en algunas situaciones pero no en otras (Blackhurst y Berdine, 1981). También se habla de

niños "anormales" o "desviados" cuando algunas de sus conductas se apartan por un amplio rango de lo que socialmente es definido como conducta aceptable. Esto puede ocurrir por dos razones: 1) el niño frecuentemente falla para adquirir cierta conducta que está considerada como socialmente deseable; 2) los niños suelen adquirir otras conductas que están consideradas como socialmente indeseables (Sheppard y Willoughby, 1975). La psicología experimental, hace una descripción precisa de la conducta a estudiar. Las técnicas psicológicas resultan peculiarmente aptas para aportar el registro más claro posible de manifestaciones de la conducta, junto con una rigurosa demostración de las relaciones con factores causales. La conducta del individuo mentalmente desequilibrado acostumbra a ser, tan francamente perturbadora o peligrosa, que se tiene por innecesaria una tal estimación precisa, pero es posible que esta conducta difiera de la que podría llamarse normal por el simple hecho de ocupar una posición extrema en una continuidad (Skinner, 1975).

En la práctica, las conductas son llamadas anormales<sup>4</sup> o desviadas con base en diferencias cuantitativas en la frecuencia de ocurrencia así como por diferencias cualitativas tales como si la conducta está presente o ausente. Las conductas que ocurren muy frecuentemente, duran mucho o son muy intensas, son consideradas como excesos, y las que son infrecuentes, breves o con poca intensidad, son conductas deficientes (o deficiencias conductuales) (Sheppard y Willoughby, 1975). Generalmente se considera que el individuo con alguna forma de incapacidad, por su(s) inhabilidad(es) no puede aprovechar las oportunidades que la sociedad "normal" le proporciona, sin ver que en realidad ésta no le dá realmente las condiciones necesarias para un mejor desarrollo y adaptación al medio. En parte, de aquí ha surgido el uso del término "individuo excepcional", el cual se refiere generalmente a las personas que difieren del promedio en un grado tal que la sociedad considera que necesitan de educación especial y

tratamiento social o vocacional (Telford y Sawrey, 1973). Para el tratamiento de los casos descritos, junto con las Técnicas de Modificación de Conducta (en el caso concreto de instituciones como los Centros de Educación Especial y Rehabilitación, dependientes de la E.N.E.P. Iztacala), se hace uso de las técnicas empleadas por la Educación Especial, que es la instrucción individual diseñada para responder a las características únicas del niño que tiene necesidades que no pueden ser satisfechas por el curriculum de la escuela normal. La educación especial está planeada para cada niño de acuerdo a un programa educacional individualizado que se ha desarrollado para ese niño. Los programas de educación especial, deben ser diseñados para cada niño en particular, participando los maestros que van a llevar a cabo el programa, cuando menos uno de los padres del niño, y si es posible, éste también. Se deben tomar en cuenta, para el diseño de los programas:

- a) nivel de ejecución educativa del niño;
- b) metas a lograr en un año escolar, incluyendo objetivos a corto plazo;
- c) explicación específica de educación especial y servicios relacionados que se van a dar al niño y la "posible" participación del niño en ambientes escolares regulares;
- d) la fecha proyectada para el inicio del servicio y la duración aproximada (en forma anticipada) del servicio;
- e) criterios objetivos, procedimientos de evaluación y programas para determinar cuando menos una vez al año si los objetivos instruccionales han sido cumplidos. De aquí que es importante tener presente, que no para todos los niños se pueden desarrollar los mismos programas y menos aún tomar los mismos parámetros para la evaluación (Blackhurst y Berdine, 1981), ya que no se debe olvidar que la conducta de cada niño es diferente. Cuando esto ocurre, se limita la observancia de estas diferencias individuales y no se presta atención a conductas específicas, ni se enfoca la aten-

ción a donde corresponde (Sheppard y Willoughby, 1975).

Por otro lado, se entiende por rehabilitación, la aplicación coordinada de un conjunto de medidas correctivas para adaptarse o preparar al individuo inválido, para que alcance mayor proporción de capacidad funcional, social y productiva (Ibarra y cols., 1973, cit. en: Guevara, 1980); lo cual lo llevaría a lo que se llama "normalización", que se define como la filosofía de que todas las personas impedidas deben tener oportunidad de obtener una existencia tan cercana a lo normal como sea posible, poniendo a disponibilidad de ellos, patrones y condiciones de la vida diaria las cuales sean tan cercanas como se pueda a las normas y patrones del común de la sociedad (Ninje, 1969, en: Blackhurst y Berdine, 1981).

\* Para concluir este punto, diremos que, como se ha citado a lo largo del texto, aún cuando existe un gran número de términos relacionados con el retardo en el desarrollo, que desde nuestro punto de vista, así como por nuestra formación, éste es el más aceptado para denominar a través del desarrollo del presente trabajo a aquellas personas que tienen cierto tipo de impedimentos o inhabilidades, y al mismo tiempo que existen rótulos y existen definiciones es importante tener presente que más que precisar el nombre de un problema específico de un niño en particular, lo verdaderamente importante o necesario, es conocer cuál es el problema, hasta donde sea posible sus causas, las condiciones reales del sujeto (repertorios conductuales existentes, deficiencias, etc.) para en esta forma poder planear un programa de rehabilitación o educación especial, de acuerdo a las técnicas que más adelante serán explicadas (Cap. 5). Cabe mencionar, que aún cuando se ha hecho mención de diversos términos con los cuales se rotula a las personas con algunas de las características citadas, que los señala como diferentes o fuera de lo "normal", estas denominaciones no deben tener más que un carácter de apoyo, ya sea a nivel adminis-

trativo dentro de una institución. o bien para "facilitar" el trabajo de programación, desde el punto de vista que al hablarse por ejemplo, de un niño con problemas motores, al conocerse este rótulo que engloba ciertas características específicas, sabremos, aún cuando en algunos casos en forma relativa solamente, cuales son los repertorios con que cuenta un niño, así como cuales deben ser implementados por medio del programa que se elaborará con este fin.

Para que se presente un caso de retardo en el desarrollo, pueden estar involucrados tanto factores de tipo biológico, como factores de carácter psicológico, aún cuando pueda deberse el problema originalmente solo a algún tipo específico de factores, pero sin olvidar que aún cuando como ya fué indicado, la biología estudia partes específicas (aunque no por ésto en forma aislada necesariamente) del organismo, y la psicología se enfoca a las interacciones del organismo íntegro con el medio ambiente que lo rodea, es difícil precisar una distinción y división tajante entre factores de una y otra clase, así como también debe tenerse presente la existencia y participación en muchos casos de los factores de tipo socio-económico-cultural (Cap. 2).

Es básicamente importante saber que para que haya un buen desarrollo psicológico y por lo tanto no se presente un caso de retardo a este nivel, el desarrollo biológico debe ser igualmente adecuado, a pesar de que lo ideal y deseable sería un desarrollo biológico óptimo en todos los niños en desarrollo. Sin embargo, no se debe olvidar que como se verá en el siguiente capítulo, existe una amplia diversidad de factores, tanto de tipo biológico, como social, económico, psicológico, etc. que dan lugar al retardo en el desarrollo, de acuerdo a autores como Ullman y Krasner (1969), el 75% de los casos de retardo es producido por factores de tipo cultural, en tanto que solo el 25% se debe a causas orgánicas.

Por otra parte, debemos considerar que antes de hablar

de retardo o de utilizar cualquier otro rótulo de los ya citados para denominar a una persona, se debe hacer también una evaluación de su medio ambiente o contexto en que se desarrolla, ya que muchas veces no se hace una evaluación adecuada de este aspecto y se clasifica como deficiente en algún área específica o retardado en general a un sujeto, bajo condiciones totalmente distintas a aquellas en que se ha desarrollado y bajo las cuales se encuentra perfectamente dentro del rango de normalidad. Además, junto con la existencia de problemas de retardo por causas como las ya citadas, también se presentan muchos casos de niños con conductas "problema", las cuales se manifiestan como excesos o deficiencias, conductas que se presentan en situaciones inadecuadas, la topografía no corresponde a la "norma" o bien, afectan a las personas que rodean a aquella que presenta la conducta perturbadora, por lo cual también se recurre a la educación especial con el fin de modificar la conducta problema.

En un análisis funcional del retardo lo fundamental es identificar los repertorios existentes, definir los repertorios terminales requeridos, identificar las variables ambientales y orgánicas que puedan facilitar el desarrollo de los repertorios elegidos y evaluar en forma permanente el progreso que se obtiene a través de la programación cuidadosa de todos los elementos señalados. <El término retardo se considera únicamente como un concepto descriptivo más no explicativo. Hablar de retardo es simplemente reconocer que un individuo presenta una deficiencia conductual relativa a una norma establecida para el grupo social respectivo (Ribes, 1975).>

## CAPITULO II

Es completamente evidente  
que toda actividad del organismo  
está regida por leyes.

(I.P.Pavlov)

II. Factores de tipo social, cultural-familiar, cultural-educativo, económico, alimenticio y biológico-orgánico que inciden en el retardo y su proliferación.

"Ya es normal, casi una trivialidad, atribuir el desarrollo de la conducta como un todo a tres fuentes: el medio actual, la historia total de estimulación ambiental pasada y la herencia del niño" (Bijou y Baer, 1979).

El retardo en el desarrollo constituye un problema en el que inciden factores biológicos, conductuales y sociales. La forma en que estos elementos determinantes interactúan no es simple del todo clara y por consiguiente es difícil especificar con precisión el peso relativo de cada uno de ellos en la presentación del retardo (Ribes, 1975). La conducta del sujeto retardado, como la de cualquier otra persona, se encuentra inmersa dentro de un contexto social particular que sufre transformaciones que afectan o influyen en su conducta, produciéndose condiciones en muchas ocasiones desfavorables, como son la desnutrición, ignorancia, delincuencia, desempleo, etc., que son en muchos casos determinantes del retardo en el desarrollo. Otro factor importante, es la altración genética o biológica que determina si un sujeto es retardado o no, y que no se contrapone a los factores de carácter socio-económico-cultural (Velasco, 1978).

Al hacer un análisis del papel de los factores ambientales en la conducta, se encuentra que los mecanismos etiológicos observados son iguales a los hallados en el caso de los factores hereditarios. Pero, primero se debe hacer una distinción entre dos clases de influencias ambientales: a) aquellas que producen efectos orgánicos que a su vez pueden influir en la conducta, y b) las que funcionan como estímulos directos para reacciones psicológicas. Entre los factores ambientales, la segunda clase más importante, son los conductuales, que en contraste con los orgánicos son, por definición, influencias directas. El efecto inmediato de di-

chos factores ambientales es siempre un cambio conductual. Diversas perturbaciones prenatales y paranatales se relacionan de manera significativa con la ocurrencia de problemas mentales y psiquiátricos en el niño. Una importante fuente de dichas irregularidades en el proceso del parto y del nacimiento se encuentra en la deficiencia de la dieta materna y en otras condiciones asociadas con un bajo rango socioeconómico (estudio de Pasamanick y cols., 1956, cit. por Anastasi, 1958, en: Bijou y Baer, 1979).

Aún cuando las leyes que gobiernan la conducta son consideradas como aplicables tanto a las conductas adaptables como a las no o maladaptables, no todas las leyes de la conducta han sido descubiertas. Los principios conductuales científicamente bien establecidos, revelan que la conducta generalmente es determinada por la interacción del organismo y las variables ambientales. Existen cuatro tipos principales de variables orgánicas que ayudan a determinar la conducta: a) factores genéticos; b) factores constitucionales; c) factores fisiológicos; y d) experiencias de aprendizaje pasado. Entre los factores de tipo genético se encuentran la fenilcetonuria, desórdenes metabólicos que pueden producir entre otros problemas, Síndrome de Down, etc. (Achenbach, 1974). Las variables constitucionales también incluyen ciertas predisposiciones a la conducta desde el punto de vista biológico: nivel de actividad, ritmo de los procesos del cuerpo, distracciones, aproximación o retirada a un estímulo nuevo, adaptabilidad, persistencia, intensidad de respuesta, umbral de sensibilidad y estado de ánimo (Thomas, Chess y Birch, 1968, 1970, en: Ollendick y Cerny, 1981). Según estos mismo autores, al estar estas características basadas en la estructura del sistema nervioso del niño, variarían por las características individuales y la edad.

Se considera una variable como ambiental, cuando ocurre fuera del organismo, y orgánica cuando ocurre "dentro de la piel". Las variables ambientales también pueden denomi-

narse "ecológicas" y existen fuera e independientemente del organismo; éstas incluyen tanto cambios en el ambiente físico, como cambios en el ambiente social. Los científicos conductuales algunas veces escogen para enfocarse en variables orgánicas o ambientales para estudiar el impacto de una clase particular de variables en la conducta. Los clínicos, por su parte, intervienen con el individuo "íntegro", que vive en ambientes muy complejos. Por lo regular, los dos tipos de variables interactúan al formar los patrones conductuales, y si se quiere que los programas de tratamiento sean efectivos, deberá tomarse en cuenta esta interacción. Los dos tipos de variables deben ser conceptualizados en un continuo bipolar que va de lo inaccesible a lo fácilmente accesible, en este orden: genéticas, constitucionales, aprendizaje pasado, fisiológicas y variables ambientales. Los fracasos o descuidos para reconocer esta dimensión de "accesibilidad" así como los efectos interactivos de estos grupos de determinantes conductuales han resultado en un grave error entre ambos, terapeutas conductuales y no-conductuales (Ollendick y Cerny, 1981).

En la evaluación de variables orgánicas, se debe atender también a los factores fisiológicos que pueden contribuir a la presentación de conductas no adaptativas, pueden ser efectos directos y colaterales de drogas psicoactivas, el nivel general de energía del paciente, estados de fatiga y otros factores fisiológicos y constitucionales que deben influir en la conducta (Golfried y Davidson, 1976). La historia genética (que tiene que ver con los estados de la mente, los sentimientos y otros atributos del hombre interior que figuran en explicaciones tradicionales de la conducta humana y quedan relegados en favor de circunstancias antecedentes de esta historia) de momento está fuera de control, pero la historia ambiental, tanto pasada como presente, se puede complementar y modificar, que es lo que se consigue con una auténtica tecnología de la conducta. Modificación



IZT. 1000169

de la conducta, es modificación del medio, aunque ésto no sea aceptado por todos (Skinner, 1975).

En el campo de la enfermedad mental es importante considerar muchas formas de conducta que son el producto del uso del castigo como medida de control. En muchas ocasiones, el castigo actúa activando ciertas circunstancias aversivas a las que el organismo puede escapar o eludir a través de muy diferentes tipos de conducta. Entre estas respuestas de evitación o de huida suelen encontrarse las perturbadoras o peligrosas, respuestas características de la enfermedad mental. Hablando en términos puros, no son contribuciones a la etiología de la enfermedad mental, sino simplemente a la investigación de aquella etiología. Al explorar las causas de la conducta característica de la enfermedad mental, las contribuciones técnicas de la psicología suelen combinarse con los métodos y conceptos de otras disciplinas. Cuando se investigan, por ejemplo, los factores hereditarios entre las causas de la enfermedad mental, debemos combinar los métodos y conceptos de la genética con los de la psicología experimental. En la misma forma, si van a investigarse las causas orgánicas, se necesita combinar los métodos y los términos de la fisiología con los de la psicología experimental. Permanece una buena parte de esta relación al estudiar los efectos endocrinológicos y farmacológicos. En cada caso, el psicólogo va más allá de las variables que acostumbran a tenerse por características de su campo concreto. Su contribución particular consiste en aportar, por así decirlo, una línea de base (o un punto) sobre la cual es dable observar los efectos de las variables genéticas, orgánicas y otras. Los factores causales que importan en la comprensión de la enfermedad mental aparecen, sin embargo, entre las variables independientes a las que el psicólogo es característico se dirija. Las formas de conducta características de la enfermedad mental pueden ser puramente el resultado de una historia de reforzamiento, de unas

circunstancias desusadas de privación o saciedad, como también de una situación excitante desde el punto de vista emocional (Skinner, 1978). Este mismo autor (1975), plantea que Freud hablaba de la existencia de un determinante interno ("personalidad", "espíritu", etc.) capaz de verificar un cambio espontáneo en la actuación o de originarla. Para explicar la conducta de este determinante interno, señaló causas externas de la historia ambiental y genética del individuo. El propio Freud señaló que no todo en la vida mental de un individuo era accesible a la observación directa, que necesariamente había muchos hechos del aparato mental que eran inferidos. Las variables ambientales a que Freud hacía referencia, por ser representadas como parte de la vida mental, muchas veces pasaron inadvertidas. El mundo físico del organismo fué convertido en experiencia consciente e inconsciente, y estas experiencias después volvieron a ser transmitidas al combinarse y cambiarse en procesos mentales. "En tanto la vida mental del individuo se utilice como la usó Freud para representar e implicar una historia ambiental, se procederá de manera inadecuada y desorientadora" (Skinner, 1975).

El retardo conductual se presenta, como ya se ha mencionado, implicado con factores de tipo orgánico y social. Por lo común, en el caso de individuos con retardo marcado es evidente la existencia de una lesión o disfunción biológica, aún cuando no exista una relación causal directa con las esferas conductuales afectadas. Igualmente, en muchas de las ocasiones es relativamente sencillo identificar factores sociales y ambientales que contribuyen al retardo en el desarrollo. Estos factores coinciden en la presentación de un repertorio deficitario tanto en cantidad como en calidad de las conductas requeridas. Al hablar de retardo en el desarrollo se hace hincapié en la naturaleza funcional y en la múltiple determinación del problema, evitando esquematizar su interpretación en la forma de causas simples, ya

Intra

sea de tipo orgánico o social. El individuo que sufre retardo presenta el problema por factores múltiples, y de ninguna manera pueden explicarse algunos de los aspectos deficitarios de su comportamiento bajo la premisa de que su presentación se debe al retardo. (La existencia de la deficiencia conductual y el desarrollo desacelerado son sinónimos del retardo). Vincular el problema a una anomalía biológica en forma unívoca tampoco es conveniente, pues los factores orgánicos son solo parte de la constelación de determinantes que contribuyen a la existencia del retardo (ver fig. 1). Los determinantes ambientales más conspicuos en la determinación del retardo conductual son, a saber, a) la carencia de reforzadores positivos, b) el reforzamiento de conductas indeseables, y c) el empleo inadecuado de estimulación aver-siva (Ribes, 1972).

La conducta retardada o nó, es determinada por cuatro factores básicos:

- 1) los determinantes biológicos del pasado,
- 2) los determinantes biológicos actuales, ✓
- 3) la historia previa de interacción del sujeto con el medio,
- 4) las condiciones ambientales momentáneas (Ribes, 1976).

Este mismo autor, al igual que Bijou, no nos habla de retardo mental o de deficiencia mental, sino de retardo en el desarrollo, y ambos consideran que estos cuatro factores son, los determinantes de dicha conducta. Los determinantes biológicos del pasado, son los factores genéticos, prenatales y perinatales; los determinantes biológicos actuales, el estado nutricional, fatiga, drogas, etc.; la historia previa de interacción, es la historia previa del reforzamiento; las condiciones ambientales momentáneas, se refieren a los acontecimientos discriminativos, reforzantes y disposicionales (Ribes, 1977). (Independientemente de que exista un factor biológico, el retardo también es causado por las condiciones físicas y sociales en las que se ha desarrollado el individuo, y con frecuencia, únicamente por ellos.)

Factores biológicos, socioculturales y psicológicos que influyen en el desarrollo intelectual.\*

### Biológico.

- =Organización neuronal intrínseca.
- =Deficiencia enzimática bioquímica.
- =Percepción (neurofisiológica).
- =Trastornos motores.
- =Trastornos sensoriales:
  - visuales,
  - auditivos,
  - cinestésicos, etc.
- =Vías del lenguaje.
- =Convulsiones.
- =Otras invalideces somáticas.
- =Combinación de estos factores.

### Sociocultural.

- =Patrones de educación infantil.
- =Nivel económico.
- =Hogar.
- =Local urbano - rural.
- =Subcultura:
  - grupo minoritario,
  - prejuicios,
  - facilidades educativas,
  - oportunidades de empleo.
- =Atención médica.
- =Servicios sociales.
- =Combinación de estos factores.

Adaptación  
Psicosocial

### Psicológico.

- =Depauperación sensorial.
- =Interacción materno-infantil:
  - insuficiencia,
  - distorsión,
  - discontinuidad.
- =Percepción (psicológica).
- =Patrones de adaptación.
- =Capacidades cognitivas.
- =Ansiedad.
- =Autoconceptos.
- =Combinación de estos factores.

(Fig. 1)

\*Tomado de Solomon y Patch (1972, p.312), original de Richmond y Custman: J. Med. Educ. 29:23, Mayo 1954).

Las condiciones físicas se refieren al tipo de estimulación a la que ha sido sometido el sujeto (el número y la calidad de los objetos que lo rodean, las condiciones generales de vida, etc.) y las sociales abarcan el modo como se le ha criado, la atención que ha recibido, el tipo de interacciones que ha mantenido con sus familiares o con quienes se han encargado de su educación, etc., en el caso del retardo, el carácter extraordinario de uno o varios de estos factores determina la conducta retardada (Galindo y cols., 1980).

La interacción entre el individuo y su ambiente es dinámica y está determinada por: 1) las características biológicas (anatómicas, fisiológicas, genéticas, etc.) del individuo y 2) las características del ambiente, que pueden dividirse y estudiarse en varios niveles; al menos es posible definir dos: a) el inmediato, que corresponde al entorno físico, familiar y comunitario en el que se desenvuelve cotidianamente el individuo y b) el global, que corresponde a las condiciones sociales, políticas y económicas en que se encuentra la sociedad de la que forma parte el entorno inmediato del individuo; y 3) la historia de las interacciones pasadas del individuo (Galindo, 1981).

Entre las deficiencias orgánicas comprendemos a las lesiones y las disfunciones, pero también la presencia de enfermedades y de desnutrición y sus secuelas. Cuando el individuo vive en contacto con condiciones físicas y sociales indeseables, se produce igualmente una desviación del desarrollo psicológico. Las deficiencias ambientales incluyen a las relaciones interpersonales (familiares y comunitarias) indeseables, pero también a condiciones más globales, como la miseria y la marginalidad. A esta desviación del desarrollo, es a lo que se llama retardo en el desarrollo. Es obvio, que el retardo en el desarrollo va a producirse en mayor o menor grado, con mayor o menor generalidad, como consecuencia de:

1) La amplitud de la deficiencia orgánica, o el grado de de-

terio de las condiciones físicas y sociales, o ambas cosas;

2) El momento en que ocurre la deficiencia orgánica, o el momento en que sobrevienen las condiciones ambientales deficitarias, durante el desarrollo (la edad del individuo);

3) El hecho de que la deficiencia se compense o no mediante un entrenamiento diferencial e intensivo (educación especial);

4) El momento en que se empieza a aplicar ese entrenamiento diferencial e intensivo. De ahí la importancia de la investigación de técnicas de tratamiento eficaces. El retardo en el desarrollo, generalizado o específico, se produce como consecuencia de la interacción de las variables mencionadas, pero difícilmente podemos señalar a una de ellas como causa directa. Evidentemente, el hecho de subrayar al ambiente como factor importante en la producción del retardo en términos conductuales tiene implicaciones directas para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de esos problemas (Galindo, 1981). Dentro de las causas biológicas del retardo, están las irregularidades genéticas, como son: defectos de genes dominantes, de genes recesivos, errores cromosómicos, problemas durante la gestación (ej. rubeola materna), y problemas durante el nacimiento y después de éste.

Algunos de los terapeutas conductuales más radicales, han rechazado completamente el papel de los determinantes internos de la conducta, y se han enfocado solamente a las variables ambientales en su búsqueda por incrementar la predicción y el control. Golfried y Davidson (1976), argumentan que, este enfoque es apropiado en algunos casos, pero la completa indiferencia hacia variables intraindividuales pone una seria limitación en los problemas que se pueden tratar clínicamente. Los procedimientos de evaluación tradicionalmente se han dirigido a medir un grupo relativamente estable de variables disposicionales que pueden explicar

y predecir la conducta. Estos conceptos disposicionales fueron vistos como útiles no solo en la descripción del funcionamiento de la personalidad, sino también como un intento de modificar la estructura de la personalidad, por lo tanto produciendo el cambio de la conducta. Esto es, lo que se preguntan los que son básicamente clínicos: "¿qué hay en la estructura de la personalidad del cliente que le está causando ciertos problemas?". Aún cuando alguna vez los básicamente clínicos y teóricos de la personalidad han empezado a reconocer el papel significativo del medio ambiente como un determinante importante de la conducta, considerando el papel de los eventos estímulos antecedentes, se puede marcar una diferencia entre aquellos que dan lugar a respuestas emocionales o autónomas y aquellos que funcionan como discriminativo para la ocurrencia de respuestas instrumentales no-adaptativas. Los terapeutas de la conducta operan bajo el supuesto de que existen algunas situaciones externas que producen la conducta (Golfried y Davidson, 1976).

Concluyendo, se puede ver que el retardo en el desarrollo, así como los diferentes problemas y enfermedades de tipo mental, pueden tener su origen en diferentes formas y por causas muy diversas, como son, factores de tipo biológico, los cuales pueden dañar al organismo incluso desde antes del nacimiento, ya sea por enfermedad de la madre, ingestión inadecuada de medicamentos o deficiente alimentación durante el embarazo; daño originado durante el parto, por ejemplo, falta de oxígeno durante el nacimiento (anoxia), mal uso de instrumentos quirúrgicos (fórceps), etc.; factores socio-económicos, los cuales propician ambientes inadecuados para el buen desarrollo del niño, por desnutrición, condiciones insalubres, falta de oportunidad para asistir a la escuela, poca atención familiar, ya que en muchos casos ambos padres trabajan, etc., factores que al conjugarse, dañan el desarrollo biológico y por lo tanto el desarrollo psicológico se ve igualmente afectado, por el vínculo existente entre ambos

conclusiones

como fué explicado en el primer capítulo.

*concl.* Generalmente, los niños aprenden a comportarse de acuerdo con lo que las personas que tienen algún significado para ellos consideran como "correcto" y "bueno"; los niños no nacen con dichas conductas. El aprendizaje se realiza como una consecuencia de miles de respuestas reforzadas material y socialmente, y la exposición a las contingencias naturalmente reforzantes y castigantes del medio. Por diferentes razones algunos niños no reciben el tipo o la frecuencia de reforzamiento que moldea la conducta de la mayor parte de los niños que se presentan ante las demandas corrientes del medio social. Otros niños, debido a los efectos físicos o sociales de determinadas incapacidades u otras circunstancias fortuitas actualmente poco exploradas, no se hallan bajo el control de las contingencias que ocurren de manera natural en el medio, por lo que su conducta no puede desarrollarse en la misma forma, surgiendo de aquí los diferentes niveles de retardo en el desarrollo (Bijou y Baer, 1979).

Los factores que determinan y afectan, ya sea favorable o desfavorablemente la conducta de un individuo, como los que ya han sido citados, pueden reunirse en dos grandes grupos: 1) variables ambientales o ecológicas, y 2) variables orgánicas, incluyéndose dentro del primer rubro todos aquellos factores que tienen lugar fuera del organismo y que se manifiestan tanto por cambios en el ambiente físico, como por cambios en el ambiente social; y en el segundo grupo, factores fisiológicos y genéticos, así como los efectos ya sea directos o colaterales de drogas psicoactivas.

Por último veremos, que además de éstas causas, en el caso de conductas perturbadoras y peligrosas, pueden influir otra clase de factores, como sucede en el caso de personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, a quienes como medio de control, se les expone a eventos castigantes, lo cual dá lugar a la activación de circunstancias

aversivas, ya que el sujeto trata de huir o evitar dicha situación, como se podrá verificar aún en la actualidad en muchos de los llamados "hospitales para enfermos mentales" e instituciones semejantes. De aquí que antes de solicitar que un paciente, ya sea niño o adulto, sea internado en centros de este tipo para su "tratamiento", es fundamentalmente importante realizar un diagnóstico, de modo que pueda ser evaluado su estado, determinar la etiología, en los aspectos que sean necesarios para decidir el tratamiento, y así poder tomar una decisión correcta sobre la forma en que se deberá proceder para la rehabilitación o programación del medio más adecuado de tratamiento del sujeto (educación especial), como se verá en el siguiente capítulo.

### CAPITULO III

Los pacientes que nos consultan acerca de sus sufrimientos y su enfermedad o incapacidad, tienen derecho a sentirse molestos porque les apliquemos una maldita etiqueta clasificatoria. Nuestra función consiste en ayudar a estas personas y no en añadirles motivos de sufrimiento.

(K. Menninger)

III. Diagnóstico para la terapia: utilidad de las definiciones en términos de repertorios conductuales.

(El concepto de diagnóstico fué utilizado y desarrollado por las ciencias médicas, a partir de ahí se ha pretendido extrapolar su lógica y procedimientos a otras disciplinas como la psicología. Sin embargo, en la ciencia de la conducta no puede operarse con la misma lógica que en la medicina (descripción de signos, síntomas y etiología para determinar el origen y carácter de la enfermedad), porque la naturaleza del fenómeno es diferente; en psicología el concepto de diagnóstico guarda una acepción e implicaciones diferentes, ya que la conducta no es un síntoma ni las anomalías conductuales son una enfermedad) (Ullman y Masner, 1975, cit. en: Zarzosa, 1979). De cualquier forma, incluso en los casos de etiología orgánica identificable, si a pesar de las medidas de prevención, ha sobrevenido la enfermedad y la misma ya ha sido correctamente diagnosticada, si ésta no puede ser combatida o neutralizada a través de procedimientos médicos -porque no se conocen todavía los medios para ello- tal diagnóstico carece ya, para efectos prácticos, de utilidad específica alguna para la persona afectada, como no sea en el aspecto profiláctico de nuevas enfermedades si el organismo, debido a la dolencia sufrida, se encuentra debilitado o desprotegido en comparación con los sujetos normales. (Los diagnósticos médicos poseen escaso o nulo valor pronóstico sobre los comportamientos concretos que podrá llegar a efectuar el individuo afectado. Por otro lado, aún cuando la enfermedad pueda ser combatida médicamente, si la misma ha empezado a actuar hace ya algún tiempo, no hay duda de que el organismo dañado ha podido establecer, debido a su anomalía, relaciones defectuosas con el medio que, probablemente, no podrán ser neutralizadas con armas estrictamente médicas) (Bayés, 1979).

Para el clínico tradicional, los síntomas constituyen los signos de un conflicto intrapsíquico que debe identi-

carse antes de emprender cualquier intervención. Estos "síntomas" constituyen para el clínico conductista, una muestra de la conducta total del individuo sin hacer referencia a un conflicto interno. El análisis conductual tiene como objetivo describir de una manera tan específica y objetiva como sea posible los repertorios de conducta del individuo en las situaciones pertinentes a los problemas presentados (Ladoucer, Bouchard y Granger, 1977).

De acuerdo a Paul y Bernstein (1973, cit. en: Ladoucer y cols. op. cit.), existen tres fuentes de información que sirven para establecer un análisis conductual independiente del contenido: 1) la auto-evaluación o los informes subjetivos que permiten evaluar, entre otras cosas, la influencia de ideas o cogniciones en el problema presentado; 2) la actividad fisiológica periférica que permite precisar la naturaleza de las deficiencias fisiológicas del individuo; 3) la observación de la ejecución o de los aspectos motores que determinan los diversos componentes del problema.

"Entre las técnicas de observación directa, las entrevistas se convierten frecuentemente, en la principal herramienta del análisis conductual. Sirven, en general, para recoger información a la vez sobre las conductas somatomotoras y sobre el aspecto cognitivo-afectivo (lo que piensa el cliente, qué siente en las distintas situaciones concretas, etc.). En la entrevista se organizará la información recogida de la siguiente manera: cuáles son las conductas, cuáles los antecedentes y sus consecuencias y cuáles son las variables orgánicas implicadas" (Meyer, Liddell y Lyons, 1977, en: Ladoucer y cols., op. cit. 1977).

Se ha indicado que una máxima cantidad de información es obtenida cuando una diversidad de procedimientos son empleados, en lugar de uno solo, incluyendo observación conductual "naturalista", ya que es capaz de aportar información válida y suficientemente confiable para iniciar el tratamiento; todos estos procedimientos pueden ser empleados,

que, como y porque

ow  
Conduc

Entrev

por la confiabilidad y validez de los datos que aportan, así como por la amplitud y variedad de estos datos acerca del problema de conducta del niño, lo cual nos dará la pauta para determinar las intervenciones que son probables para un mejoramiento funcional de los repertorios conductuales del sujeto. Aún cuando esta amplia aproximación consume tiempo y puede demorar la iniciación del tratamiento, vemos que una evaluación conductual completa es indispensable para una intervención satisfactoria. El plan específico de evaluación a ser empleado depende de la naturaleza de la cuestión a que se refiere y del personal, tiempo y recursos disponibles para el clínico (Ollendick y Cerny, 1981).

Las aproximaciones tradicionales a la evaluación de la personalidad, generalmente se enfocan al entendimiento de las características fundamentales de la personalidad o rasgos. En contraste, la aproximación conductual a la evaluación de la personalidad incluye más de una muestra directa de las respuestas del individuo en varias situaciones de su vida; en estas técnicas se incluye la observación del individuo en varias situaciones de su vida, una simulación de las situaciones de la vida real tendiente al juego de roles, medidas fisiológicas y auto-reportes de cómo se comporta el paciente en situaciones específicas (Golfried y Sprafkin, 1974, en: Golfried y col., 1976) (ver fig. 2).

En las investigaciones de laboratorio, las respuestas son registradas automáticamente, realizándose un registro a nivel funcional, es decir, cuantitativo de estas respuestas, este registro automático, permite saber que no habrá parcialidad en el registro, a diferencia del registro en el análisis conductual aplicado, en donde el registrador es humano y esto permite que haya prejuicios o predisposición por parte del evaluador (Kazdin, 1978), realizándose en muchas ocasiones, además de un registro a nivel funcional, un registro a nivel topográfico, ya que dependiendo de los objetivos del programa, no sólo importará si se presenta la conducta o no

Comparación de las estrategias de evaluación conductual y tradicional.

Supuestos.	<u>Evaluación Conductual.</u>	<u>Evaluación Tradicional.</u>
1. Concepto de personalidad.	Ambiente (f) conductual.	Causas fundamentales (f) de la conducta.
2. Interpretación de "pruebas".	Conducta como "muestra o prueba".	Conducta como señal.
3. Situaciones muestreadas. Funciones primarias.	Variadas y específicas. Descripción en términos analíticos - conductuales. Selección del tratamiento. Evaluación del tratamiento.	Limitadas y ambiguas. Descripción en términos psicodinámicos. Rotulación diagnóstica.
Aspectos prácticos.		
1. Relación con el tratamiento.	Directa.	Indirecta.
2. Tiempo de evaluación.	Continuo con el tratamiento.	Antes del tratamiento.

(Fig. 2)

(Tomado de: Ciminero, A.R. Behavioral Assessment: an Overview. p.4)

se presenta, sino también la forma en que ésta se presenta (topografía de la respuesta), de aquí que no solo importará el aspecto cuantitativo, sino también el cualitativo. En el análisis conductual aplicado, el diagnóstico se efectúa en términos estrictamente funcionales, independientemente de la causa o causas orgánicas y ambientales del retardo, y es fundamental señalar los determinantes actuales que controlan el retardo en el desarrollo. La modificación de conducta requiere exclusivamente establecer los factores o elementos que constituyen la triple relación de contingencia; además, en las condiciones que así lo requiera, se tendrá que señalar la existencia de eventos disposicionales (determinantes biológicos presentes). El diagnóstico tradicional es de tipo estructural, agrupa una serie de fenómenos según su semejanza formal y les pone rótulos; a veces, cuando es posible indicarlo, se agrega a dicho rótulo una etiología o causa orgánica (mongolismo, idiocia fenil pirúbrica, cretinismo, etc.). Otras clasificaciones descansan primordialmente en distinciones de tipo topográfico. En el diagnóstico funcional la clasificación no se efectúa de la misma manera. Es importante indicar cuales son los factores que controlan o producen el fenómeno que se clasifica, independientemente de la forma particular de este fenómeno; así, para el diagnóstico funcional del retardo en el desarrollo, es necesario:

- 1) efectuar un análisis de los repertorios que posee el sujeto,
- 2) averiguar cuales son los factores ambientales que lo controlan,
- 3) saber ante que reforzadores responde, y
- 4) señalar cuales son las conductas que habrán de ser establecidas,

se carece por completo de rótulos, pues no interesa darle un nombre al problema, sino determinar sus causas funcionales:

- 1) en el desarrollo de todo retardo está implícita una deficiencia, y es importante determinar la conducta actual del sujeto, esto es, el repertorio de entrada;
- 2) investigar a que se debe la existencia de la deficiencia: a) a un daño

biológico y b) a causas ambientales; 3) el retardo en el desarrollo puede deberse a que el sujeto posee conductas que lo alejan de las formas positivas de estimulación social (Ribes, 1977).

\* → (Tradicionalmente, en el campo médico, se entiende por diagnóstico el poner una etiqueta o un nombre a la persona diagnosticada, esto es, se tiene una taxonomía de enfermedades, cada una con sus síntomas, sus posibles causas y sus medidas terapéuticas. Por esta razón el diagnóstico médico es una parte indispensable en la práctica curativa de las enfermedades, ya que determina los procedimientos que habrán de seguirse. La sintomatología es inherente a la actitud clasificatoria o taxonómica de las enfermedades físicas o mentales; es decir, supone que cada trastorno tiene manifestaciones visibles (los síntomas y signos) que sin ser la enfermedad en sí, la indican o señalan) (Galindo y cols., 1980).

(Primeramente se ha hablado de "enfermedades mentales" es decir, que un trastorno de la conducta (entiéndase irregularidad o anormalidad estadísticamente hablando) se considera como enfermedad, y se hace énfasis en lograr un diagnóstico o rotulación adecuada. Aún después de hecho esto, el diagnóstico rara vez determina el tratamiento que se ha de dar al paciente; el tratamiento que tradicionalmente se dá a cada individuo depende, más que del diagnóstico, de qué tan bien responde a alguna de las diversas formas terapéuticas que son ensayadas con él. La consideración de que alguien cuyo comportamiento se aparta de las normas del grupo al que pertenece es un enfermo, se ha extendido a las personas con retardo en el desarrollo.)

\* → El diagnóstico conductual se fundamenta principalmente en dos puntos: 1) un enfoque conductual hacia el estudio del comportamiento humano; 2) la aplicación en humanos de principios y relaciones funcionales que rigen la conducta de una gran variedad de organismos. Como características de un diagnóstico conductual se pueden señalar las siguientes

tes: a) se elabora con base en la observación directa; b) su resultado no es una etiqueta, sino un conjunto de cuantificaciones de la conducta y descripciones de las condiciones en las que se observó ésta; c) es confiable, ya que dos evaluadores debidamente preparados llegarían a cifras y resultados muy similares. El diagnóstico conductual más que un medio de clasificar, es una medida de la ejecución de una persona en un momento determinado, medida con la cual pueden compararse los cambios producidos por los procedimientos de rehabilitación o terapia (Galindo y cols., 1980). Este mismo autor nos dice que, debe tenerse presente que evidentemente, no es posible evaluar totalmente la conducta de una persona, es decir, no se pueden presentar todas las posibles situaciones estímulo y observar el comportamiento subsiguiente. Tanto los diagnósticos de tipo conductual como cualquier otro tipo de diagnóstico, tienen la limitación de observar solo ciertos aspectos del comportamiento que son considerados como importantes, por lo tanto solo parte de las situaciones estímulo son presentadas a la persona que se va a evaluar. El diagnóstico, ampliamente considerado, es una serie de aseveraciones que el evaluador hace acerca del diagnosticado como resultado de su interacción con él. Para que estas aseveraciones sean confiables, válidas y útiles, el evaluador planea y controla las interacciones que tiene, sujetándose a ciertas reglas y criterios.

Para Kanfer y Saslow (1965), existen tres preguntas que el diagnóstico debe intentar responder: 1) ¿cuál patrón conductual específico requiere cambios, ya sea en su frecuencia de ocurrencia, en su intensidad, en su duración o en las condiciones bajo las cuales ocurre?; 2) ¿bajo cuáles condiciones fué adquirido este patrón y cuáles factores lo mantienen actualmente?; 3) ¿cuáles son los mejores medios prácticos para producir los cambios deseados en este individuo?. De estas tres preguntas se puede desprender que el diagnóstico siempre tiene por fin, la evaluación inicial de

los patrones conductuales, tanto a nivel cualitativo, como cuantitativo, así como de aquellas condiciones que determinan y mantienen dichas conductas, para que a partir de este análisis, se pueda determinar el programa o tratamiento que se implementará para la mejor adaptación posible de la persona diagnosticada al medio ambiente en el cual normalmente se desarrolla.

Una parte primordial del diagnóstico debe ser una descripción de las características más importantes del medio en que la persona ha de continuar viviendo; otra parte importante es la detección de la que puede llamarse "relaciones funcionales viciadas", las cuales impiden la adquisición de conductas más adaptativas o deseables. El diagnóstico de tipo funcional, contiene tanto una descripción detallada de los repertorios comportamentales que posee el individuo, así como su actual frecuencia de emisión, como indicación de los procedimientos que deben iniciarse, bien para conseguir la aparición de comportamientos inexistentes, bien para refinar, aumentar, disminuir, mantener o hacer desaparecer comportamientos ya adquiridos (Bayés, 1979). El diagnóstico, debe realizarse recurriendo directamente a la conducta del individuo y al ambiente en que ella ocurre. Lo que interesa es un diagnóstico, es: 1) si una determinada forma de conducta es manifestada o no por el individuo, 2) en qué condiciones y con qué modalidades se presenta (o no se presenta) y, por último, 3) si la ausencia o presencia de esa forma de conducta es considerada o no una deficiencia, según las normas establecidas por la familia del individuo, por el sistema escolar o por el grupo social.

Ahora bien, según nos señalan Bijou y Grimm (1978), se deben distinguir por lo menos tres modalidades del diagnóstico conductual que son:

- 1) evaluación antes de la intervención,
- 2) evaluación durante la intervención, y
- 3) evaluación después de la intervención.

Antes de la intervención, nos interesa averiguar: a) cuáles son las áreas problemáticas (forma de conducta y condiciones en que se presenta), b) porqué son consideradas problemáticas, c) cuáles conductas deben presentarse y no se presentan, y d) con que topografía y en qué condiciones precisas se presentan o que forma adoptan que no deberían adoptar, o por el contrario, qué forma no adoptan estas conductas, cuando por diversas situaciones deberían adoptarla. Para recopilar esta información, se puede recurrir a tres instrumentos: 1) la entrevista con padres (o maestros), 2) historias clínicas o escolares, y 3) evaluación conductual directa, que se divide en general y específica. La entrevista, tiene por objeto delimitar en forma global los problemas que presenta el individuo a juicio de sus familiares, y proporciona una primera imagen del caso, aunque ésta debe ser tomada con cuidado, ya que a menudo revela ciertos prejuicios o malentendidos del padre (o maestros), más que los problemas reales; aún cuando la información es importante. Las historias clínicas o escolares, permiten la elaboración de una historia del desarrollo del individuo; estas informaciones son algunas veces imprescindibles para comprender el estado actual del caso, sobre todo en los problemas académicos o en aquellos en los que interviene un deterioro orgánico. La evaluación conductual directa es la parte medular del diagnóstico ya que implica la observación de la conducta del sujeto por parte del psicólogo, en condiciones bien determinadas. Estas condiciones son generalmente una serie de situaciones - estímulo previstas con antelación, que constituyen una serie de reactivos elaborados para evaluar expresamente una forma de conducta (quizá para un individuo en especial); no obstante, a veces la evaluación consiste en observar la ocurrencia de la conducta en un ambiente no estructurado, que puede ser el hogar del individuo (Galindo, 1981).

Al realizar el diagnóstico, lo indicado es ponderar

\* 2  
C. V. V.

conducta  
21

cuales son las tácticas más adecuadas para compensar o superar esta deficiencia en el comportamiento, en términos de las posibilidades protéticas que el ambiente del individuo particular permite. De este modo el diagnóstico del retardo es concebido exclusivamente como una identificación detallada de las deficiencias conductuales del individuo y el pronóstico no se vé afectado en forma fatalista por la naturaleza del daño orgánico presente o por la historia social del individuo, sino por el contrario, depende en forma directa de las posibilidades de arreglar un ambiente que facilite el desarrollo menoscabado hasta el momento. Un diagnóstico de tipo conductual establece dos formas de retardo: el retardo generalizado, que como ya se mencionó, se caracteriza por abarcar repertorios amplios y numerosos y el retardo específico que, se concentra solo en uno o dos tipos de conducta. La identificación temprana de las formas específicas de retardo debe efectuarse a nivel de la escuela elemental o de situaciones laborales o familiares de modo que pueda intervenir en el momento preciso para compensar la deficiencia particular de que se trata. La detección debe ser realizada por los maestros, padres de familia o personal de supervisión laboral (Ribes, 1975).

La conexión entre el diagnóstico y la rehabilitación debe ser estrecha, el primero pierde significación cuando no se encuentra vinculado con el segundo, pues cuando el diagnóstico no proporciona una guía eficaz para la rehabilitación, pierde su valor. El diagnóstico pretende evaluar y analizar el grado de complejidad y la naturaleza de las conductas de un sujeto con retardo en el desarrollo, la clase, naturaleza y complejidad de los estímulos a los que responde; en otras palabras, el análisis de las diferentes funciones estímulo - respuesta. Dicho análisis debe ser lo suficientemente minucioso para permitir ubicar al sujeto dentro de un continuo de conductas y de funciones estímulo respuesta cada vez más complejas y a partir de ahí elabo-

rar una programación fundamentada y sistemática de repertorios cada vez más complejos. El diagnóstico preparado con fines terapéuticos consiste en un análisis minucioso y la consecuente organización sistemática de factores conductuales anormales; por ejemplo, un diagnóstico efectivo puede revelar el total de principios psicológicos básicos implicados y la contribución de cada uno a la conducta normal. Para la realización de un diagnóstico conductual se requiere de un marco teórico e instrumentos metodológicos de análisis de la conducta, que ayudan a desglosar los elementos involucrados en un episodio conductual y a tener criterios de complejidad de los mismos y derivado de lo anterior, estrategias de rehabilitación y criterios evaluativos. También se señala la importancia de una rehabilitación que tome en cuenta el entorno global del individuo para no producir "rehabilitaciones" irrelevantes o impertinentes de acuerdo al contexto en que se desarrolla el sujeto, conductas que solo pueden resultar útiles en la interacción terapeuta-cliente.

Concluiremos este punto, retomando los principales tópicos tratados a lo largo del mismo. Inicialmente, reafirmaremos, como se ha planteado, que el diagnóstico conductual difiere del diagnóstico médico, en cuanto a que no aporta determinados signos y síntomas que nos permitan precisar la etiología del problema, y es altamente importante que se realice antes de pensarse en cualquier forma de tratamiento o intervención, por la información que nos aporta, la cual bien analizada tiende a llevar al psicólogo a decidirse por aquella opción de tratamiento que será la más adecuada para propiciar la mejor adaptación del sujeto al contexto en el cual se desarrolla, brindándole además la alternativa, principalmente en el caso de niños, de que por esta adaptación pueda incluso, llegar a incorporarse a los sistemas normales de educación. Para obtener estos datos, puede hacerse uso de diferentes técnicas, que no se citarán ahora, por no ser el interés central de este estudio, notándose no obstante,

C  
\*1

que una vez que el clínico, o quien está en contacto con el sujeto a diagnosticar, maneja estas técnicas y las vincula, unas con otras, la información obtenida será mucho más amplia, además de poderse contar con unos datos más válidos y confiables, lo cual nos brindará una evaluación conductual completa que es indispensable para lograr una intervención satisfactoria. Una vez que se está realizando la intervención, el registro de conductas puede desarrollarse a dos niveles dependiendo del objetivo del programa, estos niveles son el cualitativo, en donde se tomará en cuenta la topografía de la respuesta, y el cuantitativo, en el cual el registro es a nivel funcional, tomándose nota del número de veces que la conducta se presenta, sin que sea básica la topografía específica de la misma.

Por otro lado, no se debe olvidar, que el diagnóstico no va a indicar cuál es el tratamiento adecuado a seguir, aportará datos acerca de las condiciones del sujeto, conductas existentes, repertorios faltantes que debería presentar y medio en que se desarrolla, de donde en la mayoría de los casos se le asigna un rótulo, que como ya se ha indicado solo debe ser funcional a nivel administrativo y no emplearse como una etiqueta de identificación de un sujeto en particular; el tratamiento adecuado será aquel que al aplicarse muestre resultados positivos en la conducta del sujeto de acuerdo a los objetivos del programa y comparando los resultados de las evaluaciones durante el tratamiento con los resultados del diagnóstico conductual inicial, y comparando también estos datos con los obtenidos en la evaluación que se realiza una vez finalizada la intervención, así como con aquellos que se obtienen en el seguimiento que en algunos casos también se lleva a cabo.

~~Resulta sumamente importante tener estructurados los elementos que permitan no solo diagnosticar, sino evaluar el avance y velocidad del sujeto que está siendo rehabilitado, ya que con esto se puede obtener retroalimentación en~~

\* 2

los siguientes puntos: a) lo acertado del diagnóstico, b) la sensibilidad y calidad del mismo, y c) lo adecuado de los procedimientos de rehabilitación. Es por todo lo anterior que diagnóstico y evaluación van estrechamente ligados. Ribes (1975) menciona que "...a diferencia de los esquemas tradicionales de diagnóstico, en el análisis conductual aplicado el diagnóstico se efectúa en términos estrictamente funcionales. Independientemente de la causa o causas orgánicas y ambientales del retardo, es fundamental señalar los determinantes actuales que controlan el retardo en el desarrollo. La manipulación de dichos factores permite suplir las deficiencias e ir estableciendo conductas cada vez más complejas", más adelante añade el mismo autor: "...así, para el diagnóstico funcional del retardo en el desarrollo es necesario efectuar un análisis de los repertorios que posee el sujeto, averiguar cuales son los factores ambientales que los controlan, saber ante que reforzadores responden y lo más importante de todo, señalar cuales son las conductas que habrán de ser establecidas. Se carece por completo de rótulos pues no interesa darle un nombre al problema, sino determinar sus causas funcionales..." En un diagnóstico conductual general, casi siempre se agrupan en áreas las diferentes conductas que se pretende evaluar, lo cual obedece a una necesidad organizativa del diagnosticador (Zarzosa, 1979), con el fin de poder hacer más eficaz la selección y aplicación de las técnicas de intervención, que en el caso concreto de los Centros de Educación Especial y Rehabilitación dependientes de la E.N.E.P. Iztacala, se basan en la Modificación de Conducta, cuyas aportaciones en esta área, se verán en el siguiente capítulo.

## CAPITULO IV

El lenguaje de los hechos  
es más elocuente que el de las palabras.  
(I.P. Pavlov)

#### IV. Aportaciones de la Modificación de Conducta a la Educación Especial y Rehabilitación.

Un importante antecedente del conductismo y la modificación de conducta, es el trabajo de tres fisiólogos rusos: Ivan M. Sechenov, Ivan P. Pavlov y Vladimir M. Bechterev. Estos investigadores utilizaron métodos objetivos en la investigación y avanzaron el curso de la investigación en neurofisiología. La contribución metodológica más grande de los fisiólogos rusos, fué su interpretación mecanicista de procesos subjetivos, así como sobre conducta. Insistían en la aplicación de métodos objetivos de fisiología a problemas de psicología (Kazdin, 1973).

El reconocimiento de Sechenov de la importancia de los reflejos en la conducta lo hizo ser el pionero del condicionamiento y la reflejología. Su contribución principal fué heurística, porque su proposición acerca del papel que juegan los reflejos en relación a la conducta fué hipotética.

La contribución de Pavlov, fué la investigación objetiva de los reflejos condicionados, desde el punto de vista de un fisiólogo. Estudió varios procesos asociados con el desarrollo y eliminación del reflejo condicionado; algunos de los procesos más conocidos incluyen extinción, generalización y diferenciación (Kazdin, 1978).

Por su parte, Bechterev en 1907, fundó el Instituto Psiconeurológico, con departamentos para casos mentales, alcohólicos, epilépticos y pacientes de neurocirugía. Al mismo tiempo estableció otros para conducta "psicológica anormal", psicología del desarrollo, deficiencias infantiles, desórdenes antisociales, problemas del habla, del oído en niños, y niños con retardo. Estos trabajos fueron simultáneos a los de anatomía y fisiología del sistema nervioso central y a los de reflejología (Gerver, 1933, en: Kazdin, 1978).

La psicología funcionalista estudiada por Watson, es-

taba relacionada con el análisis de las operaciones de la conciencia. El funcionalismo desarrolló en reacción al estructuralismo, una escuela de la psicología dedicada a describir los elementos o componentes del pensamiento, más que las operaciones de los procesos del pensamiento. Tanto el estructuralismo como el funcionalismo, emplearon la introspección como su método de investigación. La introspección incluía cuidadosamente la "observación de las propias creaciones mentales conscientes", tales como pensamiento e imágenes. La "revuelta" conductista marcada por Watson, fué contra el objeto de estudio, así como contra el método de investigación.

Watson al continuar sus estudios con animales (en la Universidad Johns Hopkins) más se convencía de que la psicología animal era una ciencia objetiva que podía funcionar independientemente de las bases mentalistas. El mismo pensó, que las investigaciones de psicología humana podían beneficiarse con la objetividad alcanzada en estudios con animales. La posición de Watson se basaba en dos puntos metodológicos; el primero, la psicología no debería considerar más a la conciencia como su estudio propio. El estudio de la conciencia llevaba a discusiones irresolubles acerca de la naturaleza de eventos "mentales" tales como sensaciones, imágenes, pensamientos. Planteaba que la psicología debía estudiar la conducta observable. Debía estudiar estímulos ambientales y respuestas que ellos evocan. El segundo punto, la introspección como método de "observación" psicológica debería abandonarse ya que no permitía el estudio objetivo de la psicología. Proponía que se siguiera un camino semejante al de los experimentos animales. Sugirió que el método elaborado por Pavlov y Bechterev para el condicionamiento de los reflejos podía reemplazar a la introspección y establecer a la psicología como una ciencia objetiva. Eventualmente, el condicionamiento vino a ser, más que un método de estudio, un concepto central para explicar los

mecanismos de la conducta compleja (Watson, 1924).

Importantes teóricos como Thorndike, Hull, Tolman, Guthrie, Mowrer y Skinner aportaban sus posiciones individuales dentro del amplio campo del conductismo. Ellos contribuyen a la evolución de técnicas específicas de modificación de conducta. Por lo tanto, las controversias que surgieron acerca de la naturaleza del aprendizaje tienen sus raíces en la aplicación de técnicas basadas en sus teorías. Thorndike, al igual que Watson, descartó los eventos mentales y la conciencia como tópicos de la psicología. Tolman (1896-1961) difería de Watson principalmente en dos puntos: 1) Tolman estudiaba con mayor interés el nivel molar que el molecular en términos de conexiones estímulo-respuesta. Insistía en el estudio del organismo "completo", más que en actos individuales específicos; 2) la noción de conducta "dirigida". Un organismo aprende un medio para un fin. Decía que los organismos no aprendían respuestas específicas. La modificación de conducta ha inferido sobre los aspectos de la teoría de Hull para explicar y generar técnicas de cambio de conducta. Las ideas de Mowrer fueron importantes para la teoría del aprendizaje, y su aplicación a la psicología clínica y la psiquiatría. Su aportación al aprendizaje fué el combinar el condicionamiento y el aprendizaje de ensayo y error para explicar la conducta de escape. Su enfoque sobre las reacciones emocionales tuvo inmediatas implicaciones para la psicopatología. Técnicas específicas de cambio de conducta se formularon en la idea de que el miedo es adquirido y mantenido de acuerdo a la teoría de "dos factores"; original de Mowrer (en: Kazdin, 1978). Skinner, quien se enfocó hacia el aprendizaje en una forma similar a Thorndike, dió los fundamentos experimentales de la modificación de conducta, y tuvo más impacto que cualquier otro teórico del aprendizaje en la modificación de conducta. Mientras Skinner y Lindsley trabajaban los métodos operantes con pacientes psicóticos, Sidney W. Bijou, probaba el condiciona-

miento operante con niños (tanto normales como retardados), además de ésto, su trabajo tiene importancia para la búsqueda de un método experimental que permitiera la investigación de diversas manipulaciones de contingencias. Bijou se enfocó más al retardo mental (1963, 1966) y psicología del desarrollo en general (1959). Las primeras aplicaciones del condicionamiento a la psicopatología, personalidad y terapia fueron las bases de la modificación de conducta.

Por otro lado, es importante también notar, que también otros investigadores, como por ejemplo Freud, hablaron del origen de la conducta, él en particular se refirió a los procesos de aprendizaje, sin tratarlos operacionalmente, sino como la adquisición de ideas, sentimientos, y emociones que más tarde expresaría o manifestaría la conducta. Puesto que Freud no desarrolla nunca una concepción clara de la conducta del organismo y no abordó nunca muchos de los problemas científicos peculiares de aquella materia, no es de extrañar que interpretara momentáneamente la naturaleza de la observación de su propia conducta (auto-observación). La conducta del individuo se atribuye a hechos de su historia genética y ambiental; y debido a ciertas prácticas culturales el individuo llegará a describir algo de esta conducta y algunas de estas relaciones causales. Cabe decir que es consciente de lo que puede describir e inconsciente de lo demás. La estrategia metodológica de Freud, impidió la incorporación del psicoanálisis al cuerpo de la ciencia propiamente dicha (sus entidades claves no eran cuantificables en el sentido que las entidades de la ciencia por lo general son cuantificables)(Skinner, 1975).

A veces, "especialmente entre los psicoanalistas se dice que los hombres "interiores" son personalidades organizadas cuyas actividades acaban por conducir a la conducta del organismo sometido a la observación. La práctica más corriente consiste en diseccionar al hombre interior y tratar por separado sus rasgos, percepciones, experiencias, hábi-

tos, ideas, etc. De este modo se abandona una matriz observable en favor de otra inferida. Fué el propio Freud quien insistió en que los procesos mentales podían producirse sin "participación consciente" y que, dado que no eran siempre directamente observables el conocimiento que de ellos teníamos debía ser por inferencia. Una gran parte del proceso psicoanalítico se ocupa del proceso de la inferencia. En el análisis de la conducta es posible ocuparnos de todos los procesos mentales como inferencia, se diga o nó que son conscientes. La redefinición resultante (llámese operacional si se quiere) omite oportunamente la dimensión mentalista. Sin embargo, al propio tiempo se pierde la fuerza explicativa. Las entidades o hechos internos no "causan" la conducta, ni tampoco son "expresados" por la conducta. Como máximo, actúan como mediadores, pero las relaciones causales entre los hechos terminales interpuestos están inadecuadamente representados por los medios tradicionales. Los conceptos mentalistas tal vez tuvieron algún valor heurístico en un estadio del análisis de la conducta, pero hace tiempo que se ha tenido por más provechoso abandonarlos. En un esquema explicativo aceptable, las causas últimas de la conducta deben encontrarse fuera del organismo (Skinner, 1975). Freud consideraba a la conducta como variable dependiente del aparato mental, relegándola a la situación de una forma de expresión de las actividades del aparato mental o síntoma de un trastorno oculto".

La modificación de conducta se inició a finales de los años 50's e inicios de los 60's. Las características que se aplican más ampliamente, a las aproximaciones incluidas bajo el rubro de modificación de conducta son: 1) se enfoca más a lo común que a los determinantes históricos de la conducta; 2) enfatiza los cambios de la conducta abierta (observable) como el principal criterio por el cual el tratamiento será evaluado; 3) especifica el tratamiento en términos objetivos, para hacer posible la réplica del estudio;

4) se apoya en la investigación básica en psicología como una fuente de hipótesis acerca del tratamiento y las técnicas específicas de terapia; y 5) específica en definir, tratar y medir los problemas del objetivo en la terapia (Kazdin, 1978).

La modificación de conducta está relacionada con cómo los organismos se adaptan en relación al medio ambiente. Se enfoca a cómo las conductas se desarrollan, son mantenidas y pueden ser alteradas o más simplemente, cómo son aprendidas las conductas. Aún cuando el estudio científico del aprendizaje, la base de muchos estudios de modificación de conducta, es un desarrollo relativamente reciente y una fuerte asociación con la investigación conducida en la tradición metodológica del conductismo (Kazdin, 1978). El surgimiento de la modificación de conducta, refleja la transición del trabajo experimental en aprendizaje a aplicaciones clínicas de los hallazgos de laboratorio.

La relevancia clínica del condicionamiento verbal se sugirió en estudios con "poblaciones clínicas" demostrando que los cambios en la conducta verbal afectan cambios en conductas sintomáticamente importantes. Wolpe, contribuyó con la psicología al emplear procedimientos de laboratorio, generando un principio para explicar estos procedimientos y derivando "nuevas" técnicas de terapia basadas en este principio. Estableció un puente directo entre la investigación en laboratorios animales y nuevos tratamientos clínicos (Kazdin, 1978).

La metodología propuesta para un estudio descriptivo de campo está fundada en tres supuestos: 1) los primeros datos de la psicología son las interacciones observables de un organismo biológico y eventos ambientales, pasados y presentes; 2) los conceptos teóricos y leyes se derivan de conceptos empíricos y leyes, los cuales en su momento son derivados de los datos sin analizar; 3) estudios descriptivos de campo describen interacciones entre eventos conductuales y

ambientales; los estudios en el campo experimental proveen información en sus relaciones funcionales. Los elementos de un campo descriptivo de investigación, usan frecuentemente medidas consistentes en: a) especificar en términos objetivos la situación en la cual se conduce el estudio; b) definición y registro de eventos conductuales y ambientales en términos observables y c) medición de la confiabilidad observable. Los estudios descriptivos de campo siguiendo los procedimientos sugeridos aquí, pueden revelar nuevas relaciones en los ambientes ecológicos usuales y pueden también proporcionar sugerencias estimulantes para estudios experimentales. Por otro lado, los estudios en el campo experimental usando medidas de frecuencia pueden producir hallazgos que puedan probablemente sugerir la necesidad de describir nuevas interacciones en situaciones naturales específicas.

Se ha sostenido que el progreso en las ciencias conductuales puede ser mejorado enfatizando más en estudios descriptivos. Esto puede ser cierto, pero uno puede desear especular en porqué los valores descriptivos de conducta no han sido enfatizados.

Si las medidas de frecuencia de ocurrencia de eventos ambientales y conductuales fueran usadas tanto en estudios descriptivos, como en el campo experimental, los datos y conceptos empíricos podrían hacerse congruentes. La medida de frecuencia es preferible a la de duración, intensidad y latencia, por varias razones (Skinner, 1953). Primero, esta medida fácilmente muestra cambios durante períodos cortos y largos de observación. Segundo, especifica la cantidad de conducta exhibida (presentada) (Honig, 1966). Finalmente, y tal vez más importante, es aplicable a conductas operantes a través de las especies. Por esto, una metodología basada en la frecuencia de los eventos puede ser útil para ambos, estudios experimentales y descriptivos en sujetos humanos e infrahumanos.

Los estudios descriptivos pueden revelar relaciones

interesantes entre los datos sin analizar que pueden proporcionar sugerencias estimulantes para las investigaciones experimentales. Por otro lado, los estudios en el campo experimental, pueden probablemente producir aspectos que valen la pena para investigaciones descriptivas planteando a la necesidad de observación nuevas combinaciones de clases conductuales en situaciones específicas. Los "psicólogos ecológicos" pueden mostrar en términos de frecuencia de eventos, las prácticas de una cultura, subcultura, o una actividad institucional de una subcultura; investigadores experimentales trabajando con el mismo grupo de datos, términos y conceptos empíricos pueden intentar demostrar las condiciones y procesos, los cuales se establecen y mantienen en las interrelaciones observadas.

Antes de considerar los procedimientos para conducir un estudio descriptivo usando medidas de frecuencia, se deben explicitar tres fundamentos: 1) para la psicología como una ciencia natural, los primeros datos son las interacciones observables entre un organismo biológico y los eventos ambientales, pasados y presentes. Estas interrelaciones constituyen el material a ser registrado. 2) los conceptos y leyes en psicología se derivan de datos sin analizar. Los conceptos teóricos se desarrollan a partir de conceptos empíricos y éstos de los datos sin analizar; las leyes interaccionales teóricas están derivadas de leyes empíricas y las leyes empíricas de las relaciones entre los datos sin analizar. 3) Los estudios descriptivos proporcionan información solamente en eventos y su ocurrencia. No proporcionan información en las propiedades funcionales de los eventos o la relación funcional entre estos mismos eventos. Los estudios experimentales proporcionan esta clase de información.

Hay avances al considerar los procedimientos involucrados en conducir una investigación dentro del campo descriptivo. Estos incluyen: a) especificaciones de las situaciones en las cuales un estudio es conducido; b) definicio-

nes de eventos ambientales y conductuales en términos observables; c) medidas de confiabilidad observables; y d) procedimientos para reunir, analizar e interpretar los datos.

Existen dos formas para registrar los eventos conductuales en situaciones de campo: 1) consiste en marcar la incidencia de respuestas (y en muchas situaciones su duración); 2) registrando la frecuencia de ocurrencia y no ocurrencia dentro de un intervalo de tiempo. Algunas veces la frecuencia y duración son registradas (Lovaas, Freitag, Gold y Kassorla, 1965 b, en: Bijou, Peterson y Ault, 1968).

Skinner discutió, la etiología y tratamiento de los desórdenes psiquiátricos desde un punto de vista conductual. Muchos de sus comportamientos se anticiparon al desarrollo formal de la modificación de conducta y aplicación de técnicas operantes a problemas clínicos. Puso en tela de juicio la tradicional observación intrapsíquica de la conducta anormal y su enfoque al tratamiento de eventos mentales. De acuerdo al mismo Skinner (1953 a), la conducta es el punto importante para la terapia, más que el síntoma que se presenta. Describió los signos efectos de la psicoterapia en términos de principios operantes. Notó que los cambios terapéuticos probablemente resultaban de contingencias de reforzamiento específicas manejadas por el terapeuta. (Eventualmente, evitación y escape de estímulos "emocionales" una vez asociados con castigo son extinguidos, porque el terapeuta no es un agente de castigo). Por medio de la manipulación directa de contingencias, el terapeuta ayuda al paciente a reestructurar su propio medio para alterar estímulos que adversamente afectan la conducta. La extensión de Skinner de los principios operantes a la conducta humana, en particular a conductas clínicas relevantes, sugirió la utilidad de una aproximación conductual al modelo intrapsíquico (Kazdin, 1978).

La metodología de la investigación aplicada se basaba en el análisis experimental de la conducta. Baer, Wolf

y Risley (1968), definieron análisis conductual aplicado de acuerdo a criterios esenciales (explícitos) y metodológicos. El análisis conductual aplicado, se concentró en conductas socialmente importantes, tales como aquellas relacionadas con enfermedades mentales, educación, retardo, cuidado o crianza de los niños y crimen. "El análisis conductual aplicado es el proceso de aplicación algunas veces tentativa de principios de conducta para el mejoramiento de conductas específicas y simultáneamente evaluando si hay o no cambios, si son verdaderamente atribuibles al proceso de aplicación, y si es, a qué partes del proceso. En pocas palabras, análisis conductual aplicado es un autoexamen y autoevaluación, investigación dirigida al descubrimiento de un procedimiento para estudiar la conducta" (Baer y cols., 1968).

Sin embargo, el trabajo aplicado, debe ser experimental y analítico. El análisis conductual aplicado debe determinar si los eventos manipulados son responsables del cambio de la conducta. La investigación aplicada usualmente no puede gozar del mismo grado de control que los laboratorios de investigación básica, porque las represiones sociales del medio ambiente y las peticiones del tratamiento deben oponerse a repetidas demostraciones de que la conducta pueda incrementar y decrementar como una función de las contingencias (Baer, 1968, cit. en: Kazdin, 1978). El análisis conductual aplicado debe evaluarse por criterios experimentales y terapéuticos. "Si la aplicación de técnicas conductuales no produce grandes efectos de valor práctico, la aplicación debe abandonarse" (Baer, 1968).

La modificación de conducta en un futuro también hará un uso más amplio del control ejercido por el medio habitual, así como de la privación y saciedad, del condicionamiento de nuevos reforzadores y del diseño explícito de repertorios instructivos (de los cuales constituye un ejemplo la imitación). Resulta difícil ver cuales son las contingencias de reforzamiento que prevalecen en la vida diaria y

comprender, a partir de ellas, la conducta que generan. En algunos casos, no es posible mantener una fácil distinción entre investigación básica e investigación aplicada, puesto que las dos pueden utilizar los mismos métodos y equipos similares, y aportar resultados semejantes; sin embargo, existe algo importante que las diferencia y es, la razón que impulsa a investigar y a apoyar la investigación. Tanto una como la otra a lo largo de sus diversas investigaciones, han aportado hallazgos importantes en forma recíproca; en muchos estudios, suele ser necesario ocuparse de más variables que las que dicta la conveniencia, por lo que no son factibles unas prácticas de laboratorio simplificadas. Como consecuencia, se hacen unos descubrimientos que la práctica experimental normal situaría, en cierto sentido, fuera de su alcance, (ésto puede ser considerado como una aportación de la modificación de conducta al análisis experimental de la conducta). Una contribución en la otra dirección -de básica a aplicada- se describiría tradicionalmente, como la "confianza" en que actualmente se preparan contingencias para la resolución de problemas prácticos (Skinner, 1975).

La mayor parte de las mejoras obtenidas en el terreno de la tecnología proceden de lo que se considera esencialmente investigación básica. La modificación de conducta es un ejemplo. Sus orígenes residen en un análisis experimental relativamente "puro".

A medida que comenzó a establecerse una distinción entre condicionamiento operante y respondiente o entre conducta emitida y provocada cambió la función del estímulo controlador y surgieron problemas. El experimentador no tenía control ninguno sobre la primera instancia de una respuesta operante; no podía sino quedarse a la espera de que apareciese. Parecía seguirse que las formas complejas de la conducta que ocurrían raras veces, caso de que ocurrieran, se encontraban esencialmente fuera del alcance del condicionamiento operante. Sin embargo, subsistía la posibilidad

de que las partes componentes de un esquema complejo pudieran surgir separadamente y que fuera posible elaborar paso a paso unos patrones más amplios.

Muy poca de la "ciencia conductual" actual es verdaderamente conductual, porque siguen floreciendo formas de explicación precientífica, si bien la modificación de conducta constituye una notable excepción. Fácilmente se pasa por alto una contribución práctica de un análisis experimental, del cual se deriva la metodología científica sobre la que se basa el análisis. De aquí que el discernimiento, el sentido común, o la facultad de tomar decisiones se niega, a los científicos de las disciplinas sociales, cosa que probablemente sea un resabio del nombre autónomo precientífico. No se apoya en la concepción de la conducta humana que surge de un análisis experimental y este hecho explica la característica única de modificación de conducta directamente implicada en la toma de decisiones y en el control. Una vez especificados los objetivos a los que hay que aplicar la "sabiduría y el sentido común", podemos ir directamente al planteamiento de unas contingencias que sean relevantes. El análisis experimental de la conducta es más que una medición, más que una hipótesis para realizar unas pruebas, es un abordaje empírico de las variables manipuladas de las que la conducta es una función. En consecuencia, el modificador de la conducta desempeña un papel excepcional (Skinner, 1975).

Los efectos reforzantes o fortalecedores de la conducta, que hacen más probable su repetición, han sido estudiados a fondo en el análisis experimental de la conducta operante. El reforzamiento no social, en el mejor de los casos, obtiene como resultado un niño incivilizado, un niño ajeno a todo cuidado humano. La gente que convive en grupos es sensible a cierto tipo de valores por estar sujeta a cierto tipo de consecuencias, su conducta es moldeada y mantenida porque sus efectos son buenos o malos para los demás.

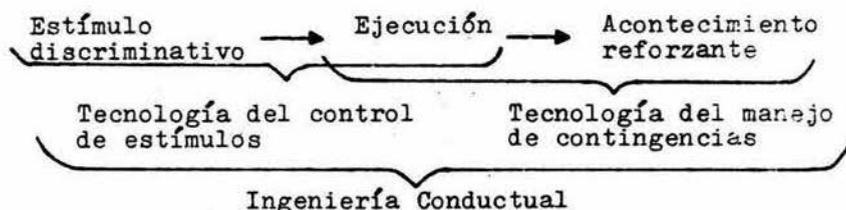
Decimos que la conducta de los demás es buena o mala según sus efectos sobre nosotros y adoptamos una conducta más positiva aún, o reforzamos dicha conducta cuando sus consecuencias son reforzantes para nosotros y la castigamos cuando sus consecuencias son aversivas para nosotros. Bandura (1974), considera que si las consecuencias cambian la conducta de un individuo, la conducta en turno, alterará subsecuentemente las consecuencias, y por este constante "dar y quitar" entre el individuo y el medio, argumenta que enfatizar los determinantes externos sin reconocer el poder del individuo para influir en los eventos, es insuficiente (esto se demuestra con el proceso llamado auto-control).

Lo que se necesita es conocimiento técnico de los efectos del medio sobre la conducta humana. Por fortuna, las formas en que los reforzadores pueden hacerse contingentes respecto de la conducta se han estudiado en profundidad y sus resultados han sido puestos al servicio de una tecnología de modificación de la conducta que se ocupa del diseño de contingencias eficaces de reforzamiento. De aquí que se haga uso de la ingeniería conductual, la cual significa "arreglar el ambiente de un modo tal como para obtener la conducta que se desea" (Ulrich, 1967, en: Homme, de Baca, Cottingham y Homme, 1968<sup>+</sup>), o, de manera más general, la ingeniería de la conducta es la aplicación de las leyes del comportamiento a problemas prácticos. También puede deducirse que la ingeniería conductual es un mezcla de las dos tecnologías: la del manejo de contingencias y la del control de estímulos, cuya diferencia puede apreciarse en la Fig. 3. Si se analiza cuál es la función de la ingeniería conductual, se puede ver que el ingeniero conductual debe precisar: a) qué conducta desea exactamente que ocurra; b) qué estímulos van a controlarla; y c) qué reforzadores hay. "La tecnología del manejo de contingencias se ocupa del manejo de reforzadores, y la tecnología del control de estímulos se ocupa de

+En la obra de: Ulrich, Stachnik y Mabry, 1976.

disponer los estímulos en una forma tal que lleguen a tener un adecuado control. Por lo general es la sociedad como un todo la que decide qué conductas deben ocurrir, pero puede que haya llegado el momento en que la propia ingeniería conductual tenga algo que decir al respecto (Homme y cols., 1968).

Las relaciones entre la tecnología del manejo de contingencias, la tecnología del control de estímulos y la ingeniería conductual pueden resumirse relacionándolas con la contingencia de tres términos, que gráficamente puede representarse de la siguiente manera:



(Fig. 3)

De este esquema, puede deducirse entonces, que la aplicación de la ingeniería conductual, radica en el adecuado manejo que el ingeniero conductual tenga sobre ambas tecnologías, es decir, la del control de estímulos y la del manejo de contingencias, para así poder desarrollar y mantener aquella conducta deseable dentro del repertorio de un sujeto determinado. Una ciencia de la conducta precisa de la investigación y ésta necesariamente implica seres humanos. Pero ¿en qué condiciones será ético forzar o inducir a la gente a servir como "material de experimentación"? Generalmente se considera como importante el hecho de que los participantes en una investigación tengan conocimiento de todas las posibles consecuencias, para dar posteriormente su consentimiento, cosa que evidentemente es imposible en el caso de psicóticos o de "retrasados". Se considera necesario entonces el consentimiento de aquellos a quienes han

sido confiados para su custodia. Y, por desgracia, ésta es cosa que suele ser difícil de conseguir. No obstante, todo aquel que se preocupe del bienestar de los que viven bajo el cuidado de otros, debería de insistir en que estos seres contribuyesen a la investigación. Los psicóticos y retrasados tienen la oportunidad de contribuir a un mundo donde otras personas como ellos pueden vivir mejor. De este modo participarían de otro rasgo comúnmente admirado de la conducta "normal": verse controlados por consecuencias remotas relacionadas con el bien de los demás (Skinner, 1975).

Las técnicas de terapia conductual diseñadas para cambiar procesos cognitivos, un aspecto relativamente nuevo de la modificación de conducta tiene una orientación sorprendentemente diferente al análisis conductual aplicado (Kazdin, 1978).

No hay duda de que existen diferencias fundamentales entre el condicionamiento operante y los modelos de aprendizaje basados en el conocimiento (cognición) de conducta humana, en términos de auto-control y procesos cognitivos en relación con la conducta. Por ejemplo, dentro de la teoría del aprendizaje social, se dá un crédito mayor a las consecuencias externas y su influencia en la conducta. En forma semejante, el condicionamiento operante no sostiene que los individuos respondan pasivamente a eventos ambientales. Quienes proponen el condicionamiento operante han reconocido implícitamente la interacción entre un individuo y su medio exterior, lo cual ilustra la relación recíproca que Bandura discutía. Otros seguidores del condicionamiento operante, han reconocido que cuando el medio afecta la conducta de un individuo, el individuo probablemente cambiará en forma tal que afectará el medio ambiente (ej. la conducta de otros) (Goldiamond y Dyrud, 1968, en: Kazdin, 1978).

Es razonable suponer que una tal ciencia experimental habrá de producir finalmente una tecnología capaz de modificar y mantener cualquier esquema dado en conducta casi

a voluntad. Supongamos que es posible demostrar que un organismo con una determinada historia genética y unas condiciones orgánicas determinadas es inducido a adoptar los tipos de conducta que caracterizan la enfermedad mental mediante la manipulación de unas variables ambientales. Entonces, para demostrar un tipo de causa de enfermedad mental no habrá sino que demostrar que unas variables ambientales comprobables pudieran ser operativas en una determinada persona que muestra signos neuróticos, psicóticos o anormales. Otra extensión tecnológica de esta ciencia experimental consistiría en cambiar la conducta del enfermo mental, dentro de las directrices a las que solemos referirnos como terapéuticas, mediante la manipulación de ciertas variables ambientales (Skinner, 1975). Este mismo autor nos dice que, "de continuar la psicología experimental por la dirección emprendida, es lógico esperar que demuestre cómo algunas de las características conductuales de la enfermedad mental pueden generarse y cómo pueden corregirse". Es importante tomar en cuenta también, que la psicología para no salir de su campo tradicional, puede trabajar únicamente con variables ambientales, pero al existir otros factores etiológicos que se encuentran fuera de su campo, resultará práctica útil explorar los factores ambientales antes que nada para ver si las manifestaciones conductuales en cuestión siguen siendo atribuibles a causas orgánicas y genéticas. Los métodos y conceptos de la psicología experimental son precisos en la investigación de factores genéticos, fisiológicos, endocrinológicos y farmacológicos de la causación de la conducta neurótica y psicótica, por mucho que se precisen también los métodos y técnicas de otras disciplinas (Skinner, 1975). La psicología experimental defendía la precisión contra la observación casual; la valoración experimental contra la impresión general; el hecho contra la opinión. En psicología como en toda ciencia, el meollo del método experimental se encuentra en contacto directo de lo estudiado. Cuando



se dice: "vamos a ensayar un experimento", se quiere decir: "hagamos algo y veamos que pasa". El orden es importante; primero hacemos una cosa y después vemos que pasa. Dicho en términos más formales: manipulamos ciertas "variables independientes" y observamos su efecto sobre una "variable dependiente". En psicología, la variable dependiente a la que se mira para encontrar un efecto es la conducta. Adquirimos un control sobre ella a través de las variables independientes, que se encuentran en el medio. Estas las manipulamos cuando estimulamos un organismo, cuando alteramos las condiciones de la motivación del aprendizaje, etc.

Las teorías se basan en hechos, son afirmaciones acerca de organizaciones de hechos. Guste o no, a determinados psicólogos experimentales, la psicología experimental está comprendida de manera propia e inevitablemente con la elaboración de una teoría de la conducta. La teoría es esencial para la comprensión científica de la conducta como materia. La contribución más importante que hoy puede hacer la psicología, es una teoría viable de la conducta en el sentido actual, un concepto del hombre que concuerda con todos los hechos de la conducta humana y que se ha demostrado de una manera concluyente en el laboratorio experimental. Únicamente una teoría eficaz y progresiva de la conducta provocará el cambio de actitud que permita aplicar los métodos de la ciencia a las cuestiones humanas en todos los campos (Skinner, 1975). IZT 1000169

La aplicación de los principios conductuales a niños con problemas, tiene una larga tradición dentro de la psicología conductual (Holmes, 1936; Jones, 1924 a y b; Mowrer, 1938; Watson y Rayner, 1920; Weber, 1936, entre otros) sin embargo, el enfoque a los niños, como población específica con necesidades particulares, es un desarrollo relativamente nuevo en terapia clínica conductual. Una tradición que comenzó con el tratamiento de "miedos" en niños (Jones, 1924 a y b) rápidamente cambió su enfoque al tratamiento de desór-

denes conductuales en adultos. Los tratamientos de desórdenes de conducta infantil se reportaron antes del desarrollo "popular" (1960) de la terapia conductual; no fué sino hasta que las técnicas operantes fueron usadas para tratar la conducta "disfuncional" en niños severamente "perturbados" (ej. Ferster y DeMeyer, 1962; Wolf, Risley y Mees, 1964) que la terapia conductual con niños alcanzó gran aclamación (Ross, 1980). Después de estos trabajos, se reenforzó la atención en los problemas de niños y los ambientes que los educan o crían, especialmente familiares y escuela. Los terapeutas de la conducta nuevamente están enfocando su atención a las necesidades específicas de los niños y continúan desarrollando e investigando técnicas productivas para el remedio y con esperanzas, la prevención de desórdenes de conducta infantil, tópico que no profundizaremos en este momento, ya que se tratará en otro capítulo más adelante.

La distinción entre terapia conductual y otros tipos de terapia, algunas veces es difícil de especificarse. Algunos autores definen la terapia conductual por las técnicas conductuales empleadas (ej.: London, 1972); otros la definen como un sistema fundado en los principios de la psicología del aprendizaje (ej. Wolpe, 1976 a); otros más la definen como una aproximación metodológica al cambio conductual (ej. Yates, 1975), Franks y Wilson (1978) la definen como "una aproximación, una prescripción metodológica, una forma de ordenar datos acerca del ser humano, para llevar hacia cambios terapéuticos". Esta última definición, aún cuando es un tanto global, puntualiza que los terapeutas de la conducta dan a la situación de terapia una aproximación de tratamiento común que se distingue por dos rasgos generales. Primero, la aproximación de tratamiento conductual está firmemente fundamentada en la metodología científica, y segundo, confía en modelos conductuales para proveerse de herramientas útiles para darle sentido a los datos obtenidos en el ambiente de terapia (Ollendick y Cerny, 1981).

Graziano (1975, 1978) ha sugerido que la terapia conductual es la aplicación de los principios de modificación de conducta a "poblaciones clínicas" como contraposición a sus aplicaciones en ambientes escolares y otras situaciones no clínicas. Esta definición introduce una importante serie de variables terapéuticas, especialmente parámetros de población, que no son con frecuencia explícitamente reconocidas entre los conductistas pero son, no obstante, cruciales en la aplicación de técnicas de cambio conductual. Terapia conductual infantil, es terapia conductual aplicada a niños y adolescentes (Franks y Diamant, 1979). Su esencia es que presenta una perspectiva conceptual de la conducta infantil, ésto es, un modelo de conducta que se basa en metodología empírica y que se enfoca en el ajuste de desórdenes de niños y adolescentes. La terapia conductual infantil descansa firmemente en principios comunes, modelos y procedimientos de psicología conductual y se especializa en la aplicación de estos modelos y procedimientos para la adaptación de los problemas de niños. Es importante aclarar, sin embargo, la terapia conductual con ninguna población representa solamente un modelo de conducta humana, representa un amplio número de modelos conductuales, todos los cuales vienen a estar incluidos bajo un rubro común porque están de acuerdo con los mismos supuestos y principios de la psicología conductual (Ollendick y Cerny, 1981). Para estos autores, los conductistas generalmente reconocen tres clases o modalidades principales de conducta: respuestas motoras, respuestas fisiológicas y respuestas cognitivas. Las respuestas motoras, son por ejemplo, las relacionadas con la musculatura de un organismo, caminar, hablar, comer, rascár, etc. Las conductas fisiológicas, son conductas internas como resultado de una función de cambio en la actividad del sistema nervioso, como son: respiración, ritmo cardiaco, presión sanguínea, temperatura de la piel, fluido sanguíneo, transpiración y cambios en la actividad eléctrica del cerebro,

etc. Aunque estas respuestas no son directamente observables, pero con medibles por equipos electrónicos o mecánicos. Las respuestas llamadas cognitivas son: el pensamiento, la imaginación, percepción, sueño y otras. Estas respuestas son internas, eventos privados, son difíciles de medir y observables independientemente de auto-reportes. Las conductas que son el foco de interés del terapeuta de la conducta son usualmente conceptualizadas como respuestas que ocurren como una función de algún evento antecedente. La tradición conductual rotula a estos eventos antecedentes como "estímulos". Un estímulo debe definirse formalmente como cualquier cambio medible en el medio o en el organismo que tiene un efecto en una conducta especificada.

Desde que es obvio que es más fácil la manipulación de variables ambientales, que cambiar las variables genéticas, la mayoría de clínicos aplicados prefieren empezar con intervenciones ambientales. Esto no significa, que se desconozcan o se sea insensible a la intervención en otras áreas, sino a que por la efectividad, es lógico que se empiece por lo más accesible. Otro de los errores que frecuentemente se comete, es que si la intervención en una clase de determinantes conductuales es satisfactoria en alterar la conducta, se demuestra que la causa de la conducta era atribuible a esa variable particular. Solamente estudios longitudinales, no terapia o estudios exitosos, proporcionan bases definitivas en favor o en contra de factores etiológicos en los desórdenes conductuales. Los terapeutas de la conducta prefieren describir los eventos conductuales en términos de estímulos y respuestas, no porque ellos vean al mundo de la conducta humana en términos de secuencias de estímulos y respuestas, pero sí porque lo que se piensa acerca de la conducta en éstos términos deja una definición objetiva y explícita de las conductas. En la terapia conductual se insiste en que cualquier cosa que se observe o cualquier estrategia de intervención que se emplee debe definirse empíricamente y quedar

abierta para confirmación las veces que sea necesario. "Desde que los terapeutas conductuales dieron una orientación científica a la situación clínica y desde que intentaron incorporar la metodología empírica dentro de los esfuerzos de la rutina clínica, estuvieron muy cerca de la realización del modelo científico "prácticamente" respaldado por la Asociación Americana de Psicología (A.P.A.) (en la conferencia de Boulder; Raimy, 1950). Quienes practican el conductismo tienen una profunda apreciación de la investigación que está disponible en áreas relacionadas de psicología y medicina y "usan" esta información para elaborar programas de cambio conductual que sean viables. Aún cuando la terapia conductual no se distingue por un limitado grupo de técnicas clínicas, se apoya en un grupo un poco limitado de modelos de conducta derivados científicamente para proveer razonamientos para tratamientos de intervención. La terapia conductual reconoce diferentes tipos de procesos de aprendizaje y procedimientos variables que son útiles en el estudio de la conducta. Los cambios conductuales que se basan en un modelo singular o en un intento de igualar el objetivo problema específico con técnicas particulares es insuficiente por dos razones: 1) el determinante antecedente y consecuente de la conducta problema puede variar, y 2) las estrategias de tratamiento apropiadas para un cliente en particular pueden también cambiar. Es decir, los problemas pueden ser topográficamente iguales pero diferir en lo que los determinó y por lo tanto son vulnerables al cambio por una o más entre varias técnicas de cambio conductual. Un problema particular puede ser conceptualizado desde diferentes perspectivas o modelos; y la elección de un modelo depende del juicio (o criterio) del clínico así como su aptitud no solo para un cliente particular; pero también en relación al punto de acceso para un procedimiento de tratamiento.

No solo son necesarios el conocimiento y la experiencia con técnicas específicas, sino también el entendimiento

de los modelos sobre los que estas técnicas están basadas. La familiaridad con los modelos de cambio conductual también incrementa la posibilidad de que nuevas técnicas creativas puedan ser desarrolladas, así como que provean una estructura dentro de la cual puedan ser evaluadas. Los modelos conductuales describen la relación entre los eventos empíricos que se dirigen hacia efectos conductuales específicos. Cuando una relación entre los eventos antecedentes y consecuentes descritos en un modelo han sido demostrados para predecir un evento o conducta firmemente, la relación es llamada una "ley". Los modelos no especifican un mecanismo por el cual el cambio de la conducta ocurre. Un mecanismo de cambio de conducta es una inferencia, trabajando supuestos acerca de las variables que intervienen para medir entre los procedimientos empíricos especificados por el modelo y el resultado producido por los procedimientos (Shahar y Travinski, 1979, en: Ollendick y Cerny, 1981). La importancia de los modelos, es que especifican las leyes "empíricas" de la conducta. Los científicos conductuales han tenido la leve esperanza de que un modelo de aprendizaje es suficiente para predecir todos los tipos de aprendizaje. Muchos conductistas reconocen que la conducta puede ser predecible por varios modelos diferentes o por una combinación de modelos. La familiaridad con un grupo (ya trabajado) de modelos conductuales permite a los terapeutas elaborar un programa de tratamiento consistente en un grupo de procedimientos que son planeados para conductas objetivo específicas. Un procedimiento de terapia es un protocolo que específicamente describe los pasos en la ejecución de una técnica de terapia (Sahar y col., op. cit.). Los modelos no solo guían al clínico en el desarrollo de programas de tratamiento, sino que también prescriben los criterios por los cuales los programas pueden ser evaluados (Ollendick y Cerny, 1981).

Es importante conocer, qué papel es el que desempeñan las técnicas de modificación de conducta dentro de la

educación, en algún tiempo, por los éxitos obtenidos con estas técnicas, se llegó a pensar, que éstas bastaban para resolver cualquier problema de tipo educativo, e incluso hay quienes llegaron a pensar que la educación podía reducirse a esas técnicas. De acuerdo a Galindo (1981), éste ha sido un grave error, y su primera consecuencia, es el desencanto de muchos psicólogos conductuales que, después de una serie de éxitos, tropezaron con dificultades insalvables, cuando trataron de abordar con herramientas tan específicas problemas de raíz social. Las técnicas de modificación de conducta tienen dos grandes ventajas: 1)son eficaces, dentro de un rango más o menos conocido de problemas entre los que se cuentan los de educación especial, y 2)son sencillas, es decir, no es necesario ser especialista para aplicarlas. Las aplicaciones de estas técnicas tienen su especificidad y sus resultados son óptimos en circunstancias determinadas; por tanto son una herramienta valiosa. "El carácter sistemático y el rigor de estas técnicas, en lo que se refiere a la definición del problema, la definición de los objetivos de la enseñanza y los procedimientos de intervención, análisis, registro y graficación son, en mi opinión, grandes aportaciones del análisis conductual a la educación especial, independientemente de las ventajas ya mencionadas, de las propias técnicas". El hecho de que las técnicas de modificación de conducta sean eficaces y fáciles de aplicar tiene una gran trascendencia si pensamos en las condiciones sociales y económicas de nuestros países (Galindo, 1981). Las características principales de los programas de educación especial, en términos generales son: a)deben participar en su diseño maestros, padres y de ser posible el niño; b)deben ser diseñados para cada niño en particular, ya que no debe olvidarse la importancia de la individualidad del niño; c)deben tomar en cuenta el nivel de ejecución educativa del niño, dato que se obtiene por medio de la aplicación de un diagnóstico; d)se deben especificar objetivos a

corto, mediano y largo plazo; e) deben indicar con precisión los servicios que se darán al niño, así como si es posible que éste pueda integrarse a los cursos "regulares" de educación; f) deben especificar la duración aproximada del servicio; y g) deben indicar cuales serán los criterios objetivos y procedimientos de evaluación para saber si se han cumplido los objetivos programados.

Es importante tener presente, que en el tratamiento de problemas de conducta, además de intervenir psicólogos, se ha contado con la participación de médicos, ya que en muchas ocasiones, son los primeros profesionales consultados cuando se detecta que un niño tiene algún "problema", pero se debe tomar en cuenta, que se entiende por actuación médica, aquella que se materializa, en: tratamientos farmacológicos o quirúrgicos, establecimiento de dietas especiales, diseño de prótesis orgánicas, etc. Entendemos por actuación psicológica aquella que se materializa en: establecimiento de repertorios conductuales, definición operacional de objetivos, programación y secuenciación, diseño de prótesis ambientales, etc. En la mayoría de los casos en que tienen que efectuarse tanto acciones médicas como psicológicas, la actuación médica precederá, normalmente, a la psicológica. En muchos casos en los que se haya podido detectar una lesión o anomalía orgánica, será conveniente establecer, probablemente, controles médicos preventivos de tipo periódico (Bayés, 1979).

Para concluir, se puede ver que, las aportaciones del análisis conductual son producto de los fundamentos teóricos del mismo, que analizan la conducta científica y funcionalmente, y de los cuales se derivan: el desarrollo de una tecnología conductual; la implementación de la ingeniería conductual y el diseño de ambientes protéticos, para favorecer la rehabilitación y la adecuada interacción del individuo con su ambiente; el perfeccionamiento de la retroalimentación y su uso en el remedio de diversas enfermedades,

y la programación de la desprofesionalización, mediante el entrenamiento a paraprofesionales. Las aportaciones del análisis conductual son dadas tanto para fines de diagnóstico, como para rehabilitación y evaluación y concretamente son:

- 1) determinación del nivel inicial de conducta motora de la conducta "inteligente" que el sujeto posee sin inferencia de "disturbios mentales". Ello se realiza mediante pruebas conductuales donde el interés se centra en las habilidades del sujeto, para programar a partir de ellas el desarrollo de otras conductas cada vez más complejas;
- 2) considerar la conducta motora e "inteligente" como un producto del funcionamiento del equipo biológico de respuestas del individuo, como las consideran los médicos, pero también como producto de la interacción del individuo con su ambiente, lo cual indica que modificar el ambiente puede ayudar a modificar la conducta motora o cualquier otra. Esto es, la conducta motora es una operante susceptible de modificación;
- 3) elaborar un diagnóstico individualizado que permita pronosticar los avances del sujeto con base en sus repertorios conductuales, independientemente del disturbio que sufra;
- 4) ayudar con la elaboración de un programa individualizado de terapia física que permita el planteamiento y secuenciación de pasos sucesivos en el programa de rehabilitación, en función del grado de complejidad y conductas precurrentes, que ayuden y tiendan al establecimiento del repertorio conductual deseado;
- 5) analizar el ambiente social - natural del sujeto para programar conductas funcionales dentro de este ambiente, que le permitan al sujeto y quienes lo rodean, vivir en una forma mejor, mediante el favorecimiento de interacciones positivas;
- 6) el establecimiento de un sistema de observación y registro, que permita evaluar el avance del sujeto, para no limitar dicha evaluación al criterio de quién o quienes apliquen la terapia. Tal diseño de evaluación deberá conside-

rar: definiciones operacionales de cada una de las conductas a establecer; descripciones precisas del avance conductual del sujeto a lo largo del tratamiento; establecimiento de criterios de avance cuantitativo y cualitativo; establecimiento de criterios de cambio de condiciones de manera cuantitativa y cualitativa para los casos de "estancamiento" o retroceso en el programa; sistemas de registro y observación que cubran aspectos de cantidad y calidad de cada conducta a establecer, y por último, descripciones precisas y explicaciones de los fines de cada técnica que el terapeuta introduzca;

7) dar acceso a la familia del impedido al programa de rehabilitación para lograr objetivos como son la aceptación del individuo dentro del núcleo familiar, el ahorro de recursos económicos en el programa, la posibilidad de maximizar el avance del sujeto dentro del programa, entre otros;

8) considerar la conducta como operante y susceptible de modificar en función de la modificación de eventos antecedentes y consecuentes relacionados con ella y programar así los estímulos que puedan favorecer respuestas adecuadas y el reforzamiento consistente y sistemático a ser aplicable contingentemente a los avances del sujeto, mediante un programa adecuado, que incluya los elementos metodológicos descritos en el punto 6); puesto que en el análisis conductual es evidente una tecnología, con los elementos que Willeims (1974) señala: "la tecnología es la aplicación sistemática de principios probados científicamente para la solución de problemas reales o prácticos. En estos términos el análisis conductual aplicado o modificación de conducta es una tecnología conductual por excelencia..., donde... el paradigma básico de tratamiento y la manipulación de la investigación básica -manejo de contingencias- es la misma que la del tratamiento";

9) programación de materiales de ayuda dentro del programa, que maximicen en su efectividad, y la utilización de apar-

tos necesarios, en la cantidad suficiente y las etapas pertinentes tanto para desempeñar funciones dentro del programa de rehabilitación como para su uso en el hogar. Esto último, centrándonos en los planteamientos del análisis conductual, que enfatiza que la conducta es el resultado de la interacción del individuo con su ambiente y que por ello la conducta puede ser deficiente en aquellas ocasiones en que la persona sufre alguna desviación, o el medio ambiente no proporciona la estimulación adecuada para que se presente un desarrollo "normal" (Guevara, 1980).

Estas aportaciones del análisis conductual, son las que nos darán las bases para programar una estrategia de intervención tendiente al cambio conductual de sujetos con algún tipo de deficiencia, como se explicitará en el siguiente capítulo.

## CAPITULO V

Alguna vez se abrirán  
las grandes alamedas  
por donde pase el hombre libre  
para construir una sociedad mejor.

(S. Allende)

V. Estrategias y técnicas de intervención: una alternativa de cambio e intervención a nivel masivo, a través del entrenamiento a no-profesionales y paraprofesionales.

"La conducta del retardado se encuentra limitada solamente por nuestro esfuerzo y habilidad para aplicar, de forma contingente, las infinitas consecuencias potencialmente disponibles para mejorarla" (Throne, 1972, en: Rayés, 1979).

Los programas de educación especial, deben ser diseñados para cada niño en particular, participando los maestros que van a llevar a cabo el programa, cuando menos uno de los padres, y si es posible el niño. Se deberán tomar en cuenta:

- a) nivel de ejecución educativa del niño,
- b) metas a lograr en un año escolar, incluyendo objetivos a corto plazo,
- c) explicación específica de educación especial y servicios relacionados que se van a dar al niño y la "posible" participación del niño en ambientes escolares regulares,
- d) la fecha proyectada para el inicio del servicio y la duración aproximada (anticipada del servicio),
- e) criterios objetivos, procedimientos de evaluación y programas para determinar cuando menos una vez al año si los objetivos programados para un sujeto en particular dentro de la institución han sido logrados. Es importante tener presente que no para todos los niños se pueden desarrollar los mismos programas y menos aún tomar los mismos criterios o parámetros de evaluación (o al hacer un diagnóstico), ya que se debe tomar en cuenta que existen diferencias de tipo cultural, lo cual nos indica que si aplicamos el mismo diagnóstico en diferentes medios, niños que quedan dentro de la norma de acuerdo a su grupo cultural, serán excepcionales (ya sea por arriba o por abajo de la norma) de acuerdo a otras culturas (Blackhurst y Berdine, 1981).

Seguramente las deficiencias de habilidades difieren

~~de edad a edad, así como difieren de situación a situación.~~ Similarmente otros estudios recientes han reportado el uso de entrenamiento auto-institucional y procedimientos de relajación indirectamente controlada con niños de 2 a 4 años. Parece ser poco probable que estos procedimientos son desarrolladamente apropiados para estos niños. Mientras que la resolución de este problema debe descansar en fundamentos empíricos, más que en especulaciones sobre el desarrollo tales como las presentadas aquí, se debe tener cuidado del uso indiscriminado de procedimientos que "parecen" ignorar aspectos del desarrollo del niño.

Los modelos que a continuación se presentarán, se seleccionaron por autores como Ollendick y Cerny (1981), para ser considerados a la hora de planear programas de intervención, por: a) haber demostrado ser productivos en generar técnicas terapéuticamente efectivas; b) se ha observado que son históricamente importantes; y c) se ha encontrado que han tenido innovaciones en alguna forma particular.

y = Modelo de Condicionamiento Clásico. Condicionamiento clásico, Pavloviano o respondiente. La utilidad básica de este modelo está en predecir la forma natural y relativamente automática en que ocurren, las respuestas reflexivas (de reflejo) que pueden ser inducidas bajo control de estímulos, (prediciendo en que forma tan natural y relativamente automática ocurren las respuestas de reflejo, que pueden estar bajo control de estímulos). La investigación con el paradigma de condicionamiento por Pavlov y sus sucesores, ha producido un número de leyes que especifican las relaciones entre las variables en el paradigma. La descripción de Pavlov de un proceso simple de aprendizaje ha tenido un tremendo impacto en el curso de la psicología. Primero, provee una descripción netamente empírica de un proceso simple de aprendizaje. Segundo, los términos usados en el paradigma fueron fácil y aparentemente definidos. Finalmente, el paradigma de condicionamiento clásico ha dado un modelo bá-

sico sobre el cual se han formulado varios modelos conceptuales para entender emociones y motivaciones humanas.

γ = Modelo de condicionamiento instrumental. Thorndike (1911, 1931, 1932), sugirió que un paradigma de aprendizaje diferente era necesario para entender conductas complejas. Él formó el término "aprendizaje instrumental" para descubrir el aprendizaje del tipo "prueba y error" que él observó en organismos. Sugirió que el aprendizaje instrumental era un problema de conectar la respuesta correcta al estímulo, y entonces se convirtió en el primer psicólogo de "E-R". Thorndike insistió en que el aprendizaje era un asunto de hacer un vínculo correcto de E-R, el cual quedaba "dentro" o "fuera" de los patrones de conducta del organismo dependiendo de las consecuencias de la respuesta. De aquí derivó su "ley del efecto" (de varias respuestas presentadas en la misma situación, aquellas que son acompañadas por una satisfacción, estarán más firmemente conectadas, por lo tanto es más probable que vuelvan a ocurrir; aquellas que están acompañadas por una situación desagradable, tienen un contacto con esa situación más débil, y por lo tanto es menos probable que vuelvan a ocurrir. (Thorndike, 1911)). Simultáneamente con esta ley, propuso otras como: a) ley del ejercicio, predice el fortalecimiento de conexiones E-R aprendidas con la práctica y el debilitamiento de esas conexiones con la terminación de la práctica. b) ley de aptitud, establece que cuando un organismo está altamente motivado para ejecutar una respuesta particular, el completar las respuestas satisface al organismo. Un corolario de esta ley, es que forzará a un organismo fatigado o saciado a ejecutar una respuesta, lo cual es fastidioso para este organismo. El modelo de condicionamiento instrumental dió las bases a las técnicas de cambio conductual fundadas en principios de reforzamiento positivo y práctica. El modelo de condicionamiento operante desarrollado por Skinner intenta clarificar distinciones entre los mode-

los de condicionamiento clásico e instrumental (Kazdin, 1978). El modelo de condicionamiento instrumental estableció los fundamentos históricos para el desarrollo del modelo de condicionamiento operante.

El Modelo de condicionamiento operante. También se le llama condicionamiento skinneriano. El modelo de condicionamiento operante enfatiza el papel activo que juega el organismo al obtener recompensas para él mismo. Skinner (1953) distingue claramente dos tipos de respuestas, respondientes y operantes. Respondientes son aquellas conductas producidas por estímulos específicos y en las cuales el organismo juega un papel más o menos pasivo; ésto es, la presentación de estímulos elicítadores no está bajo el control del organismo (ej. salivación, contracción de pupilas, etc.). Las respuestas operantes, no son producidas por un organismo en respuesta a un estímulo particular. Las respuestas operantes son emitidas por un organismo operantemente en forma "espontánea"; entonces el organismo toma un papel activo en la producción de la conducta, y la conducta en alguna forma opera en el ambiente para generar alguna consecuencia, (ej. abrir una cortina para tener más luz, presionar una palanca para obtener comida, etc.). En general una operante puede ser definida como cualquier conducta que es afectada por sus consecuencias. Skinner mantiene que el mayor porcentaje de conductas orgánicas son conductas operantes. Respondientes son medidas en términos de magnitud de la respuesta ante la que se discrimina, operantes son medidas en términos de frecuencia, velocidad o latencia de la respuesta. Las respondientes son aprendidas por condicionamiento clásico y las operantes son aprendidas por condicionamiento instrumental. El modelo operante vincula procedimientos para el desarrollo de respuestas específicas (por un proceso llamado "moldeamiento" y el mantenimiento de conductas por el cuidadoso y selectivo uso de programas de reforzamiento. En suma, el modelo tiene en cuenta el uso

del aprendizaje de generalización y discriminación con el objetivo de inducir respuestas operantes bajo el control selectivo de estímulos específicos; ésto es, delinea procedimientos que pueden ser usados para sugerir respuestas. La conceptualización de Skinner (1953) sobre los procesos operantes así como sus procedimientos han tenido un tremendo impacto en la dirección y desarrollo de la psicología, especialmente psicología aplicada. Originado del trabajo detallado de Skinner en condicionamiento operante, y por ser los fundamentos de su trabajo un método científico que vino a ser conocido como el "análisis experimental de la conducta". Esta metodología experimental más el paradigma de condicionamiento operante ha proporcionado una base conceptual para algunas de las técnicas de tratamiento más productivas desarrolladas para cambiar la conducta.

=Modelo de reducción de impulso. El componente más característico de todos los modelos de aprendizaje que reducen el impulso, es la inclusión de variables "intervinientes", es decir, impulsos, para predecir la dirección y fuerza de la respuesta aprendida. Una variable interviniente es un componente inferido que es propuesto para ser afectado por variables antecedentes y que en su momento afecta respuestas subsecuentes.

De acuerdo con Bergamann y Spence (1941) las definiciones operacionales de los componentes psicológicos deben satisfacer dos requisitos: 1) la definición debe ser verificable por dos o más observadores, ésto es, la definición debe tener confiabilidad intersubjetiva; y 2) la definición debe ser usualmente relacionada con el fenómeno en cuestión, ésto es, debe ayudar en la predicción de la conducta. Con respecto a las definiciones operacionales de los componentes psicológicos, deben elaborarse dos puntos adicionales. El primero, es más fácil encontrar un referente empírico para un componente que mostrar que el componente es útil en predecir conducta. (La utilidad de un componente es una

cuestión empírica y por lo tanto comprobable). El segundo, debe notarse que diferentes definiciones operacionales definen diferentes componentes aún cuando los componentes pueden compartir un nombre o rubro común. Hull (1940, 1943, 1957, 1952) propuso que el reforzamiento (reducir el impulso) era un elemento esencial en el proceso de aprendizaje. Hull hace énfasis en la importancia del reforzamiento para la probabilidad de la ejecución de la respuesta y su "elegante" uso de variables intervinientes en predecir conducta han sido contribuciones valiosas para las técnicas de cambio conductual, por ejemplo las técnicas de saciedad.

=Modelo de aprendizaje de dos factores. Mowrer (1947, 1960) centró su atención en el hecho de que en los diferentes modelos de aprendizaje descritos, no se tomaba muy en cuenta el aprendizaje de respuestas de evitación. El modelo de condicionamiento clásico dice que asociando un estímulo neutro con un estímulo aversivo incondicionado (choque eléctrico) una respuesta de evitación podía desarrollarse; este modelo también decía que las presentaciones continuas del estímulo neutro solo llevarían a la extinción de la respuesta de evitación. Sin embargo, las respuestas de evitación, son altamente resistentes a la extinción (Solomon, Kamin y Wynne, 1953, p. ej.). El modelo de Hull, (reducción del impulso) falló también respecto a estas respuestas, ya que se planteaba que el aprendizaje ocurría porque la terminación del estímulo nocivo incondicionado reforzaba la respuesta de evitación. Así mismo, los modelos basados en la ley del efecto no pueden intervenir eficientemente con el aprendizaje del escape, desde que se supone que las consecuencias agradables (reforzamiento) son necesarias para la adquisición y mantenimiento de una nueva conducta y las consecuencias aversivas (castigo) llevan a la eliminación de las respuestas que le preceden. Sin embargo, en condicionamiento de evitación, una nueva respuesta, es decir, la respuesta de evitación, fué introducida en el repertorio con-

ductual del organismo. Con el fin de conciliar estas aparentes paradojas en el aprendizaje de evitación, Mowrer (1947) propuso un modelo de aprendizaje de dos factores. El primer factor, aprendizaje "seña" se basa en el condicionamiento clásico; el segundo factor, aprendizaje "solución" se basa en el condicionamiento instrumental. La reconceptualización del miedo o respuesta de evitación en términos del modelo de dos factores ha guiado a los clínicos en el desarrollo de varias técnicas clínicas muy útiles incluyendo inundación (Mallenson, 1959; Polin, 1959), implosión (Stamfl y Levis, 1967; London, 1964), y desensibilización sistemática (Wolpe, 1958).

=Teoría del aprendizaje social. La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969, 1977 a y b, 1978 a y b; Bandura y Walters, 1963; Rolter, 1954; Staats, 1975) representa uno de los más viables y extensos modelos de descripción de conducta y predicción en la psicología moderna. Se ha decidido mantener el nombre de "teoría social del aprendizaje" en contra de "modelo de aprendizaje social", porque el primero no es solamente el nombre más común asociado con este modelo particular de aprendizaje, sino porque más que los modelos previamente discutidos, intenta integrar datos biológicos, ambientales y cognitivo-conductuales. Porque de su función potencial de integración, la teoría del aprendizaje social es más compleja y más general en su alcance que los otros modelos. Es en cuanto a la predicción de la conducta que sí es más exacto que los modelos previos, y esto es una cuestión empírica que debe ser completamente explorada. Esta teoría se distingue más claramente de otros modelos de conducta en cuatro puntos básicos: 1) el papel del reforzamiento en la regulación de la conducta; 2) el aprendizaje vicario; 3) el papel de las variables cognitivas en el aprendizaje; y 4) el determinismo recíproco entre estos factores. Modelamiento es un componente mayor en la teoría del aprendizaje social; es un proceso de aprendizaje vicario por el

cual las conductas son aprendidas como un resultado de la observación de la ejecución de un modelo respecto a una conducta objetivo. Los términos aprendizaje vicario, aprendizaje por imitación, aprendizaje observacional y copia, son usados para este tipo de adquisiciones de conducta. La teoría de Bandura (1969; 1977 a y b; 1978 a y b) del aprendizaje social emplea un modelo mediacional de contigüidad cognitiva que distingue entre aprender una respuesta per se y ejecución de la respuesta. "Durante este período de exposición, el estímulo de modelamiento induce en los observadores respuestas perceptuales que están secuencialmente asociadas y centralmente integradas en las bases de la estimulación por contigüidad temporal" (Bandura, 1969, p. 133). Bandura (1977 a), ha sugerido que el reforzamiento puede servir como antecedente así como consecuente, como función dentro del modelamiento. Consecuentemente, conceptualiza al reforzamiento más como "regulador" y menos como "controlador" de conducta como se sugiere en algunos de los modelos de aprendizaje basados en el reforzamiento. El aprendizaje observacional en sí mismo, es una función de cuatro procesos principales: ① procesos de atención, los cuales incluyen características de la situación de modelamiento, así como características del observador; ② proceso de retención, por ejemplo, habilidades simbólicas y verbales cognitivas; ③ proceso de reproducción motora, ésto es, todas aquellas variables que sostienen la reproducción integrada de la respuesta; y ④ procesos motivacionales, los cuales proporcionan los incentivos y los factores reguladores de la ejecución conductual. Por ejemplo, la persuasión verbal que es un procedimiento ampliamente usado para convencer a los niños de que deben seguir ejecutando una conducta (Ollendick y Cerny, 1981).

Las técnicas operantes son derivadas de los principios de reforzamiento, castigo y extinción, y su combinación.

+Terapia a pacientes externos (consulta externa): los

pacientes asisten al tratamiento en el cual las intervenciones son dirigidas, descritas e implementadas. El terapeuta usualmente juega un papel mayor en la administración de contingencias que deben controlar la conducta del cliente fuera del tratamiento. (Se aplica a pacientes que tienen problemas de obesidad, tabaquismo, alcoholismo, etc.).

4) Intervenciones en el ambiente natural: el terapeuta ayuda a establecer un programa con el cual el cliente recibe reforzamiento o castigo como consecuencia para alterar la conducta y explica la manera en que el programa necesita conducirse para que se efectúe el cambio. En el hogar, se entrena a los padres (o familiares) para que administren el programa de reforzamiento al niño (Patterson, 1971; Walther, 1976, ej.).

Las técnicas más comunes para programar el mantenimiento de respuestas y transferencia del entrenamiento, incluyen:

- 1) entrenar a los individuos en el ambiente natural para expandir y continuar un programa conducido en un ambiente de entrenamiento,
- 2) substituir reforzamiento que "ocurre naturalmente" (ej. atención de los padres) por conductas que inicialmente mejoraban por el uso de consecuencias extrínsecas,
- 3) desvaneciendo gradualmente las contingencias para que el paciente ejecute las conductas deseadas por períodos prolongados sin contingencias específicas,
- 4) desarrollando la conducta en presencia de diversos estímulos (ambientales y experimentales) para que un amplio rango de estímulos controle la conducta o el paciente desarrolle un patrón generalizado de respuestas,
- 5) programando reforzamientos intermitentes para que la conducta se mantenga aún cuando las consecuencias sean entregadas con poca frecuencia o sean totalmente eliminadas,
- 6) incrementar la demora entre las consecuencias y la conducta para que el paciente eventualmente no reciba consecuen-

Desde  
1991  
↓

cias mientras continúa la ejecución de la conducta, 7) establecer técnicas de auto-administración, con lo cual el individuo se entrega sus propias consecuencias, se auto-instrucciona o monitorea su propia conducta. Muchas veces estas técnicas se combinan para mantener el cambio de la conducta.

En casos clínicos se han dado muchas explicaciones de porqué muchos pacientes no responden a programas particulares: falta de uso de reforzadores poderosos, no reforzamiento de aproximaciones sucesivas, y la incomprensión del paciente de la relación existente entre la ejecución de la respuesta y sus consecuencias. Para ayudar a ésto, se han desarrollado técnicas que pueden mejorar la ejecución en programas operantes: ①. preparar la respuesta, iniciar la respuesta que de otra forma tendrá baja frecuencia, ubicando al sujeto en una situación que permita que la respuesta sea reforzada con frecuencia; ②. reforzar muestreo; dar una muestra al sujeto del evento designado para ser reforzador (alimento, alguna actividad, etc.); ③. reforzar exposición (o situación); significa exponer al sujeto ante otras personas que están siendo reforzadas por el mismo evento, para apreciar más el valor del reforzador; ④. variación del reforzador; se asocia con el incremento de la ejecución para individuos que no responden a las contingencias como son presentadas originalmente; ⑤. uso de contingencias individualizadas; puede incrementar la tasa de respuestas, cuando el paciente no responde a contingencias generales diseñadas para la aplicación con poblaciones grandes; ⑥. división de consecuencias; (por ejemplo: economía de fichas), para la eficacia de la intervención, al entrenar a las personas que van a administrar las consecuencias, es importante hacer una buena selección y entrenamiento de estas personas (paraprofesionales y no-profesionales).

Los agentes del cambio conductual, pueden ser o participar en dos formas, 1) aquellos que accidentalmente en el

medio natural agravan o contribuyen a la presentación de las conductas desviadas que se desea alterar (Patterson y Reid, 1970), 2) reforzar sutilmente contingencias que inadvertidamente pueden desarrollar patrones de conducta indeseable y gradualmente incrementar los niveles de severidad. En el entrenamiento de personas que administraran las contingencias es importante la sensibilización hacia la operación de principios operantes en la interacción cotidiana (Kazdin, 1978).

En los Centros de Educación Especial y Rehabilitación (dependientes de la ENEP-Iztacala) se manejan fundamentalmente cuatro procedimientos para establecer conductas, los cuales son: el reforzamiento positivo, el moldeamiento por aproximaciones sucesivas, el reforzamiento negativo y el modelamiento (imitación). Para mantener las conductas ya adquiridas, se recurre al reforzamiento intermitente y al establecimiento de las funciones reforzantes de las consecuencias socio-culturales. Para eliminar conducta, se recurre a la extinción, al tiempo fuera, al castigo, al reforzamiento de conductas incompatibles (RDO), al costo de respuestas y la sobrecorrección (Fox y Azrin, 1973; Ribes, 1976). El objetivo de estos programas es lograr la independencia del retardado en cuestiones de cuidado personal, eliminar la estimulación aversiva que genera y recibe en su medio, lograr su integración al medio familiar y social, y pugnar en los casos en que ésto sea posible, por su vinculación al sistema ordinario.

Estos centros cuentan con sus propios programas diseñados de acuerdo a las necesidades particulares de cada comunidad en que se encuentran establecidos, y los programas son los siguientes: a) programas de repertorios básicos. Estas conductas son los prerrequisitos para los demás repertorios; generalmente se incluye dentro de la categoría de los "profundos" a aquellos niños que carecen de estos repertorios; este entrenamiento, es, pues, imprescindible en

estos casos. b) programas de habilidades sociales y de adaptación. Estos programas se aplican a aquellos sujetos que presentan los repertorios básicos (considerados "intermedios") y que tienen problemas en los campos sociales, verbal, de cuidado personal y de coordinación motora. Tienen como finalidad adaptar al individuo a su medio social y facilitar su desarrollo ulterior. c) programas académicos. La finalidad de este entrenamiento, es dotar al niño de las habilidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en el sistema educativo ordinario; no obstante, en algunos casos se considera prioritario enseñar al sujeto ciertas habilidades (como contar, manejar dinero, reconocer personajes y lugares de interés público, etc.) que son importantes en la vida cotidiana, ya que no ha de asistir a la escuela primaria por diversas razones. d) programas para la eliminación de conductas problemáticas. En general, lo que se pretende con estos programas es garantizar o hacer más probable una interacción social positiva del niño retardado, eliminando sus conductas inadecuadas y dándole alternativas de respuestas adaptativas (Galindo y cols., 1981).

Estos programas, se basan en los principios de modificación de conducta, siendo los puntos más importantes para esta estrategia práctica, como lo mencionan Anderson y Faust (1977): a) formular las metas educativas como objetivos... (conductuales); b) analizar la tarea implícita en cada objetivo en destrezas y conceptos componentes; c) diseñar la instrucción para enseñar los componentes e integrarlos; d) enseñar; e) evaluar el aprovechamiento del alumno; y f) revisar la instrucción y enseñanza de los estudiantes que no lograron los objetivos por primera vez (Galindo y cols., 1981).

Dentro de estos centros de rehabilitación, quizá lo más importante, es que se trabaja con lo padres o familiares de los individuos retardados; los programas de entrenamiento de padres están relacionados con los proyectos de in-

esto

intervención masiva y con el problema de la prevención. Las formas de intervención se dividen en dos tipos: directa e indirecta. La intervención directa, es aquella que se lleva a cabo, con individuos o grupos e implica el trabajo directo del terapeuta (o el maestro) con el o los individuos retardados. La intervención indirecta, es una forma de trabajo en la que los padres fungen como terapeutas de sus hijos. Los padres o en su defecto otros familiares son entrenados específicamente para resolver los problemas del niño o adolescente. Esta forma de intervención implica la creación de programas educativos para padres, lo cual implica una serie de problemas adicionales para el psicólogo, como es el diseño de formas de registro y graficación para padres analfabetos.

Más adelante se indicarán los pasos a seguir para la elaboración de un programa de rehabilitación, así como las alternativas que se han implementado en los centros citados. Ahora, para dar mayor fundamentación a estas alternativas, hablaremos de la desprofesionalización como forma de intervención.

En los países capitalistas dependientes, el psicólogo debe desarrollar técnicas y objetivos que trasciendan el valor de cambio impuesto a la profesión por el sistema y busquen resolver los problemas generados por prácticas sociales inadecuadas desde la perspectiva de una sociedad nueva y sin relaciones de explotaciones. Una de las formas de llevar a cabo esta nueva perspectiva social del ejercicio profesional, es planteándolo como práctica tendiente a la desprofesionalización. Esto significa socializar el conocimiento profesional, transfiriéndolo a sectores de la población marginados de la posibilidad de acceder a él y a su empleo. Desprofesionalizar el trabajo intelectual representa una ruptura de la división social del trabajo siempre y cuando esta transferencia social del conocimiento se dirija a los sectores explotados en el esquema del sistema pro-

ductivo, y se plantee la posibilidad de que la técnica y el conocimiento profesional se utilicen para los fines que define este sector explotado como clase social, incluyendo el proceso mismo de concientización como parte integral de esta desprofesionalización (Ribes y Talento, 1980). Desprofesionalización es la transferencia de conocimientos a otras personas que pueden ser paraprofesionales y no-profesionales, de acuerdo a la modificación de conducta (Vargas, 1981).

Un paraprofesional, es alguien que trabaja con personas que tienen grado, certificado o una licencia profesional; puede ser paraprofesional el asistente médico, el técnico en psicología, el asistente de un maestro o tutor, etc. (O'Leary, 1973, p. 164). Otra consideración es, "una persona que trabaja con o al lado de otra persona que tiene grado, licencia o certificado profesional" (pág. 189); agregando una característica importante que consiste en el nivel técnico en el cual está entrenado (Carbonari, 1973).

En el caso de un no-profesional, se considera como aquellas personas que son entrenadas en la aplicación de técnicas de modificación de conducta, pero no de una manera técnica, es decir, al no-profesional se le entrena a la resolución de problemas inmediatos y estos pueden ser los padres o mediadores que se encuentran en la comunidad. Por lo tanto la diferencia sustancial entre un no-profesional y un paraprofesional, es que el segundo tiene una preparación más técnica en tanto que el primero, solo es entrenado a resolver problemas inmediatos sin profundizar de una manera técnica (comunicación personal, Damián y Vargas, 1982).

Así que la importancia de realizar un entrenamiento a para y no-profesionales radica en las siguientes consideraciones:

- 1) es muy económico (O'Leary, 1973),
- 2) existe la posibilidad de selección de las mismas comunidades o lugares donde el psicólogo se inserta a trabajar,
- 3) ofrece la ventaja de poder investigar variables más com-

plejas, que no se han tomado en cuenta o que en muchas ocasiones se pasan por alto,

- 4) puede existir un incremento de participación por parte del profesional, lo cual implica posibilidades de cambio en el proceso de estructuración del sistema educativo, y
- 5) por lo tanto, permitiría la reestructuración del sistema mismo, ya sea de educación normal y/o educación especial y su vinculación con otras instituciones de tipo normativas (por ej. la comunidad). Una función de la desprofesionalización dentro de la educación, ya sea normal o especial, es que pretende atender a una amplia gama de población que requiere del servicio que se puede ofrecer dentro de la psicología conductual (modificado de Vargas, 1981).

Por desprofesionalización de la psicología se entiende que los miembros de la comunidad adquieran los medios propios de esta disciplina de manera informal, con el fin de aplicarla a los diferentes problemas psicológicos que les aquejan (Ribes y cols., 1980, p. 308).

Una de las razones de la desprofesionalización dentro de la modificación de conducta es su objetivo de establecer terapias de forma tal que sean replicables y fácilmente aplicadas por otros (Kazdin, 1978). Desprofesionalizando las funciones de rehabilitación, se logrará el acceso a una población cada vez más amplia (Galindo y Taracena, 1980). Desde un punto de vista educativo, se requiere de la capacitación del personal paraprofesional para enfrentarse a la ardua tarea de diseñar situaciones protéticas en etapas tempranas del desarrollo, que impidan el deterioro progresivo y por el contrario, que fomente el avance del individuo en el largo y complejo proceso de adquisición de nuevas conductas a nivel social (Ribes, 1975).

Los Centros de Educación Especial y Rehabilitación dependientes de la ENEP-Iztacala, tienen dos objetivos fundamentales: 1) poner al estudiante en contacto con la realidad social, dotándolo de los medios necesarios para resol-

ver los problemas de rehabilitación que enfrentará en su práctica profesional dentro de la comunidad, y 2) proporcionar a la comunidad un servicio de asistencia social destinado principalmente a la rehabilitación de niños retardados. De estos dos objetivos principales, se puede derivar o generar un tercero, aunque no por eso menos importante, que es la investigación, la cual entre otras funciones, tiene la de reforzar a los dos primeros objetivos. La población que se atiende en estos centros se compone fundamentalmente de niños que están considerados como retardados en el desarrollo por presentar deficiencias en las áreas de repertorios básicos, cuidado personal, interacción social, lenguaje o conductas académicas.

El CEER se caracteriza por tener una forma de organización adaptable a diversas situaciones, solo se requiere de instalaciones con ciertas características mínimas: una zona de cubículos o una sala grande que pueda dividirse con mamparas, a fin de trabajar individualmente con los sujetos, al menos dos salas que fungirán como salón de juegos y como salón de clases, y por último, un patio de juegos. (Estos centros son formados con la vinculación de la universidad y la comunidad, en donde la universidad cumple con sus funciones de docencia e investigación sirviendo a la comunidad y trabajando dentro de ésta, en vez de encerrarse en las aulas). "Esta situación de enseñanza tiene una ventaja más: a la larga, habrá de permitirnos hallar explicaciones y métodos propios, adecuados a nuestra realidad social; de lograrlo, dejaremos de depender exclusivamente de la información proveniente de otras sociedades más desarrolladas, información que a menudo entraña una forma de concebir la sociedad y las necesidades del individuo, que es incompatible con nuestra visión del mundo" (Galindo y col., 1980, en: Ribes y col., 1980).

Por los numerosos determinantes que confluyen en el retardo, las circunstancias normales que disponen la adqui-

sición y desarrollo de nuevas formas de comportamiento no son suficientes. El retardo puede ser compensado o aminorado mediante el diseño de condiciones particulares, ajustadas a las carencias y características especiales de cada individuo, que faciliten el surgimiento de las conductas requeridas o su sustitución por algunas otras que le permitan un desenvolvimiento autosuficiente y adecuado en el medio social. Es por ello, que la modificación del retardo en el desarrollo significa concentrarse más bien en la alteración y el diseño del ambiente que en la conducta per se del retardado. El enfoque puede definirse como educativo y protético (Lindsley, 1964, en: Rites, 1975).

Dentro de la desprofesionalización, la función del padre puede ser mantener lo que ha aprendido el niño con el maestro o terapeuta, o aplicar él mismo nuevos programas de rehabilitación; ésto a su vez, puede suceder en el centro de entrenamiento (CEER), o en el propio hogar. En pocas palabras, se tienen actualmente programas para el entrenamiento de los padres: como elemento complementario de la intervención del maestro o terapeuta, y b) como terapeuta del caso, con asesoría intermitente del psicólogo. En el primer caso, el padre trabaja en el hogar. En el segundo, la intervención del padre tiene lugar en una institución o en el hogar; ambas formas son interesantes, pues se está iniciando la aplicación de dos formas de trabajo que pueden dar lugar a dos estrategias para atacar el problema del retardo en el desarrollo a escala masiva. Una, es la fundación de Centros de Rehabilitación en los que los padres fungen como administradores y a la vez como terapeutas de sus hijos, bajo la supervisión intermitente de un especialista. Otra, es un servicio de consulta externa en el que los padres reciben primero un entrenamiento específico para el problema de su hijo y luego aplican sus conocimientos en el hogar, también bajo la supervisión intermitente de un especialista (Hinojosa, Galindo y Galguera, 1981). Ambas formas de in-

1083

intervención -directa e indirecta- son importantes por su resonancia social, y se llevan a cabo por medio de los diferentes programas de rehabilitación, cada uno de los cuales tiene sus propias especificidades, sin embargo, hay características que son comunes a todos ellos:

- 1) La definición de un objetivo general en términos de conductas precisas y, en el mejor de los casos, cuantitativamente. El objetivo general tiene que desglosarse necesariamente en objetivos particulares, también definidos conductualmente, cuyo cumplimiento implica el cumplimiento de una parte del objetivo general.
- 2) Un análisis de la tarea. Para que el educando llegue al objetivo planteado, tenemos que dividir el proceso de aprendizaje en pasos o unidades, lo más pequeños posibles. El tamaño de los pasos depende de los componentes de la conducta a enseñar, pero también del avance del rehabilitado; por tanto, los pasos pueden variar durante el entrenamiento.
- 3) La definición de conductas precurrentes. Esto implica señalar muy precisamente qué debe saber un individuo para poder aprender lo que queremos enseñarle; por ejemplo, para aprender a hacer cuentas, el niño debe saber contar, reconocer los números, reconocer numerosidades, etc.
- 4) Los procedimientos. A elegir entre las posibilidades que ofrece la modificación de conducta para establecer, mantener o eliminar conducta: moldeamiento, modelamiento, imitación, reforzamiento positivo, tiempo fuera, sobre-corrección, etc.
- 5) Las formas de evaluación. Una pre-evaluación, una post-evaluación y un seguimiento son condiciones necesarias. En el mejor de los casos debe haber un registro continuo que permita observar gráficamente los resultados de la intervención día a día.
- 6) Las formas de registro y graficación. La conducta tratada debe ser definida precisamente, de tal manera que pue-

da ser registrada su ocurrencia con el fin de presentarla gráficamente.

- 7) Los procedimientos motivacionales. Todo programa debe exigir, antes de su aplicación, un reconocimiento de las formas más eficaces para controlar la conducta del individuo a tratar.

Estos programas tienen todos estos elementos, según las leyes investigadas por el análisis conductual aplicado al retardo en el desarrollo y sancionadas por el uso, desde hace más de veinte años (Galindo, 1981).

Una de las tareas más importantes en la enseñanza tanto de niños sin problemas como de los que sufren retardo en el desarrollo, es la redacción de objetivos; de ello depende prácticamente toda la labor de enseñanza. Este tema ha sido tratado por diversos autores: Anderson y Faust (1977), Mager (1973), Popham y Baker (1973). De acuerdo con Vargas (1972), la utilidad de los objetivos para la enseñanza se puede resumir en tres puntos: 1) ayudan a seleccionar las experiencias de aprendizaje; 2) ayudan a comunicar a otros lo que se pretende lograr; 3) ayudan a evaluar sistemáticamente los logros de los sujetos enseñados con la forma de evaluación más adecuada.

Un objetivo correctamente redactado debe reunir los siguientes requisitos: a) estar redactado en términos de la actividad del alumno y no de la del profesor; b) estar redactado en términos observables; c) especificar un criterio o nivel de ejecución aceptable (es decir, se debe especificar dentro de que límites ha de darse la conducta, o que nivel de complejidad debe tener). Además, cada objetivo debe referirse a una sola conducta y debe evitarse el uso de palabras innecesarias. Cuando se diseña una secuencia instruccional (un programa o un curso) es conveniente asegurarse de que los objetivos sean importantes para la vida del sujeto a quien se va a aplicar, y que tengan para él una aplicación práctica inmediata; de esta manera se propi-

cia una correcta y fácil generalización, así como el mantenimiento del repertorio enseñado.

Un programa debe especificar también que tipo de repertorios conductuales son necesarios para aprenderlo, es decir, qué cosas debe ser capaz de hacer el sujeto antes de aplicarle el programa; ésto es lo que se llama "repertorio de entrada", el cual establece un prerrequisito indispensable para la buena marcha de la secuencia instruccional, y el instructor debe cuidar que el sujeto presente este repertorio antes de aplicar cualquier programa.

La definición del objetivo, así como el análisis de las tareas (descripción de las habilidades en forma detallada), deben ajustarse a la práctica cotidiana del sujeto y a las condiciones en que éste ha de realizar la conducta. Para ésto, es necesaria una medición del estado en que se encuentra el sujeto al que se va a aplicar el programa, es decir, se evalúa si posee el repertorio, en qué medidas y en qué condiciones. Esto es lo que se llama una línea base o preevaluación, según el caso. La línea base y la preevaluación tienen una función doble: por un lado nos indican con precisión cuál es la deficiencia conductual y en qué condiciones se dá, lo cual ha de llevarnos a la definición del objetivo y al análisis de las tareas; por otro lado, nos proporcionan una medida con la cual se compararán los resultados del entrenamiento.

La definición del objetivo, el análisis de las tareas y la medición previa dependen en gran parte del tipo de programa que se va a aplicar, por lo cual hemos de aclarar que existen por lo menos dos tipos de programas: a) aquellos que intentan establecer un repertorio específico inexistente y b) los que intentan modificar una conducta ya existente. Se presentan a continuación ciertas normas generales que de acuerdo a Galindo y cols. (1980), deben seguirse para aplicar los diferentes programas de rehabilitación:

1) identificación de reforzadores. Antes de empezar cualquier

intervención con un sujeto determinado, es necesario identificar los eventos que funcionan como reforzadores para ese caso específico.

- 2) reforzadores. Se pueden emplear dos clases de reforzadores: los primarios (como la comida) y los sociales (como las caricias y la aprobación social). En todos los programas, el entrenamiento debe incluir una parte de intermitencia de reforzamiento (para el reforzador material, no así para el social) que pase gradualmente desde un RF2 hasta un programa de intervalo variable.
- 3) repertorios de entrada. Todos los programas especifican las conductas precurrentes para aprenderlo: lo que debe saber hacer el sujeto para aprender el programa. Es condición necesaria para aplicar cualquier programa que el instructor averigüe con anticipación si el sujeto muestra o no estos repertorios.
- 4) línea base o preevaluación. Es la primera fase de todo programa anterior al entrenamiento. En ninguna de las dos se administran reforzadores en el transcurso de la evaluación, ni tampoco estímulos de apoyo. Ambas sirven como punto de partida para el entrenamiento y para evaluar el progreso del sujeto en el programa.
- 5) entrenamiento. Esta parte de la secuencia instruccional consta de una o de varias fases, según el programa. Es ésta la parte en que se alteran las condiciones para que se dé el cambio conductual; por tanto, se aplican todas las contingencias necesarias para producirlo; estímulos de apoyo y reforzadores.
- 6) evaluación final. Terminando el entrenamiento, se repite la evaluación inicial, ya sea en el ambiente natural o en condiciones arregladas de antemano, o se aplica una prueba similar a la preevaluación. En los programas académicos, la evaluación final debe contener reactivos diferentes de los de la preevaluación.
- 7) sondeos. Generalmente son semejantes a las evaluaciones.

1320

sirven para evaluar el estado de progreso del sujeto durante la aplicación del programa o para averiguar si es posible avanzar más rápidamente. Consisten en presentar al sujeto los reactivos de la evaluación final u otros en condiciones similares que se aplican durante el entrenamiento, según lo especifique el programa. Es obvio que en el sondeo no se aplican reforzadores ni estímulos de apoyo.

- 8) seguimiento. Consiste en seguir registrando la conducta del sujeto después de terminado el programa, durante uno o dos meses; los registros se hacen cada ocho o quince días, según el caso. Esto nos ha de informar si el repertorio establecido se mantiene, es decir, si el programa ha tenido éxito.
- 9) generalización. Se habla de generalización cuando una respuesta adquirida en unas condiciones se presenta en otras condiciones diferentes.
- 10) programas correctivos. En caso de que el sujeto cometa muchos errores en el programa, debe investigarse si es por falta de algún repertorio de entrada (en cuyo caso se suspende el programa para entrenar al sujeto en el mismo) o si es porque el programa no se acomoda a las necesidades particulares del sujeto, en cuyo caso se aumentan los estímulos de preparación o los instigadores, se hace más gradual el desvanecimiento, se disminuye el tamaño de los pasos y se hacen todas las modificaciones necesarias para facilitar la ejecución correcta y la obtención del reforzador. Debe investigarse también si están aplicándose correctamente las contingencias y si el supuesto reforzador realmente funciona como tal.
- 11) estímulos de apoyo. Cuando la respuesta que se va a reforzar no aparece, se hace más probable su aparición recurriendo a los instigadores (estímulos adicionales que se presentan después del estímulo que debe controlar la respuesta) o a los preparadores, es decir, estímulos adi-

cionales que se presentan antes del estímulo que debe controlar la respuesta. Estos estímulos pueden ser físicos o verbales. Todo estímulo de apoyo debe desvanecerse progresivamente, dando una ayuda cada vez menor hasta que la conducta se presente por sí sola.

- 12) registro y graficación. Para cada programa hay una forma específica de registrar y graficar los datos.

Además de los programas de rehabilitación, con los fundamentos que aquí se han especificado, es importante también tener presente, que la profesión médica sí tiene ingerencia en la rehabilitación de niños con retardo en el desarrollo, por dos razones principalmente: 1) usualmente el médico es el primer profesional de quien se espera que haga algo en un caso de retardo. También es el médico quien en el momento del parto puede detectar las anomalías físicas que participan en el retardo en el desarrollo. 2) en algunos casos existen condiciones patológicas que impiden o retardan el desarrollo. La rehabilitación es, entonces, un trabajo conjunto de médicos y de especialistas en retardo, ya sean psicólogos o educadores especiales (Galindo y cols., 1980).

Como ya se mencionó con anterioridad, existen sujetos que requieren programas de educación especial así como sujetos que requieren de programas de rehabilitación, dependiendo del problema particular que presenten (retardo en el desarrollo, ceguera, impedimentos físicos, etc.) cuando se ponen en práctica programas de capacitación profesional, el joven deficiente podrá encontrar un empleo normalmente remunerado y que le aportará ante todo, la seguridad de que puede considerarse una persona "como todo el mundo", condición necesaria para su integración social y su equilibrio psíquico. La formación profesional de los jóvenes deficientes plantea muchos problemas, en primer lugar, esta formación no puede dispensarse en centros de formación profesional ordinarios. En efecto, estos centros quedan fuera de su al-

cance debido a la vez a: la inadaptación de los oficios que en ellos se enseñan, a los métodos que practican y al nivel escolar que se exige, y también a su concepción arquitectónica. La formación debe asumir una nueva orientación; hasta el momento requería esencialmente una capacitación de orden técnico; en lo sucesivo, habrá que completar inculcando unos conocimientos generales y un espíritu muy abierto en los deficientes que, con esta formación, estarán en condiciones de dominar unas situaciones y un instrumental cada vez más complejos (Ammar, Belajouza, Maaouia, Nasraoui).

Ribes (1979) llega a proponer como objetivo último de la actuación del psicólogo, su "desprofesionalización"; es decir, que el ejercicio profesional óptimo en las áreas aplicadas consiste precisamente en proporcionar a los miembros no profesionales de la comunidad la formación necesaria para que puedan llegar a resolver, autónomamente sus propios problemas conductuales. Objetivo que se encuentra precisamente en el polo opuesto de la ideología de la clase médica occidental (en: Bayés, 1979).

Finalmente y para concluir diremos que, al programar se un entrenamiento, debe tenerse presente el hecho de que el ambiente en que va a tener lugar el tratamiento, es diferente al ambiente natural del sujeto, por lo tanto, debe preverse que los logros alcanzados en el programa deben ser generalizables hacia el medio del sujeto, previéndose también que la forma de reforzar o el tipo de reforzadores sea viable "natural" dentro de este ambiente, programándose también su desvanecimiento gradual, para llegar incluso a la supresión total del reforzamiento manteniéndose la conducta deseada.

Se puede ver que cada vez es más importante contar con mayores recursos a todos los niveles, es decir, tanto económicos, como humanos para cubrir las necesidades de educación especial y rehabilitación que se presentan en la población infantil, básica aunque no exclusivamente, por lo

que como aquí se ha visto, es importante y necesario contar con la participación tanto de no-profesionales como de paraprofesionales, que regularmente son las personas que tienen el contacto más estrecho con el sujeto que participa en un programa de rehabilitación, que para ser verdaderamente eficaz debe ser diseñado para cada niño en particular.

Estos no-profesionales o paraprofesionales, en centros de rehabilitación como los dependientes de la ENEP-Iztacala por ejemplo, generalmente son los padres, hermanos mayores o algún otro familiar del niño, quienes reciben el entrenamiento correspondiente con el fin de que el psicólogo tenga una intervención en forma indirecta con el niño, ya que se diseñan los programas en forma tal que los familiares pueden fungir como terapeutas de sus propios hijos o familiares, apoyándose en programas y formas de graficación y registro diseñadas especialmente para ellos, ya que no debe olvidarse que en muchos casos, tomando en cuenta el medio socio-económico-cultural en que están ubicados los centros, los familiares del niño pueden ser analfabetos, lo cual obliga al psicólogo a diseñar y emplear materiales que dichas personas puedan manejar sin problema por su desconocimiento de la lecto-escritura. Este entrenamiento a para y no-profesionales, tiene como fin la desprofesionalización de la psicología, es decir, la transferencia informal de conocimientos de la disciplina a los miembros de la comunidad; de este modo, la necesidad de incorporar a los paraprofesionales y no-profesionales en la aplicación del análisis conductual, surgió de lo interno de la disciplina, fundamentada en las siguientes razones:

- 1) el cambio de conducta es, en la mayoría de los casos, específico a la situación y personas que lo implementan. El cambio producido en condiciones diferentes a la situación natural en la que debe darse la nueva conducta, y en interrelación exclusiva con el profesional responsable, se limita con frecuencia a las circunstancias relativamente

arbitrarias de dicha interacción profesional y muestra una corta permanencia. Por razones metodológicas, se requiere que la técnica sea aplicada en la situación natural y que los encargados de hacerlo sean las personas que forman parte de la interacción que define el problema a resolver. En el caso de instituciones, esta acción corresponde a los paraprofesionales mientras, que en el trabajo con familias y grupos comunitarios, el hincapié es en los no-profesionales (Tharp y Wetzel, 1969);

- 2) el número de profesionales requeridos y el costo que representarían, obliga a diseñar procedimientos y criterios para que los propios no-profesionales y los paraprofesionales ya existentes apliquen las técnicas de cambio conductual. Este aspecto, más que ligado a razones metodológicas, lo está a motivos de eficientización profesional; y
- 3) la especificidad histórico-individual de las características y significación funcionales de los repertorios y ambientes, imposibilita la normatividad, en cuanto a contenido, de las técnicas de cambio conductual, y favorece que, con el concurso de los paraprofesionales y no-profesionales involucrados en la situación que define el problema a resolver, se facilite la identificación de los elementos que hagan más factible la aplicación eficaz de un determinado procedimiento. La identificación de "reforzadores" y otros aspectos relacionados, constituye un ejemplo de cómo los no-profesionales y paraprofesionales se han incorporado al análisis conductual aplicado, con la función de suplir pragmáticamente deficiencias teórico-metodológicas del esquema general de acción profesional (Ribes, 1982).

Por otro lado, al reducirse la participación directa del psicólogo surge la posibilidad de que éste, pueda insertarse y participar más profundamente en la estructuración de los sistemas de educación tanto normal como especial, así como la atención a un sector más amplio de po-

blación que requiere el servicio.

La intervención del padre (o en general del no-profesional o paraprofesional), puede ser a dos niveles principalmente, uno, como complemento para mantener los logros alcanzados por la intervención directa del psicólogo y el otro, directamente como terapeuta, contando siempre con la asesoría del psicólogo responsable del caso. Con esta forma de trabajo, es decir, a través de la desprofesionalización, que va unida a la formación de centros administrados por los propios padres y al servicio de consulta externa, se tiende al trabajo aplicado a nivel masivo. Esta forma de trabajo, finalmente, también permite al psicólogo participar junto con los médicos y otros profesionales de disciplinas afines en la investigación de los factores que inciden en el retardo en el desarrollo, con el fin de llegar al estudio y desarrollo de técnicas o medios de prevención de este tipo de problemas, con el objeto de que algún día, se puedan prevenir, más que remediar los casos de retardo.

## CAPITULO VI

Es buscando lo imposible, como el hombre  
ha realizado siempre y reconocido lo posible  
y aquellos que sabiamente se han limitado  
a lo que parecía posible,  
no han dado jamás un paso.

(Mijael Bakunin)

## VI. Prevención del retardo en el desarrollo.

Los terapeutas de la conducta, han enfocado su atención a las necesidades específicas de los niños y continúan desarrollando e investigando técnicas productivas para el remedio y con esperanzas, la prevención de desórdenes de conducta infantil (Ollendick y Cerny, 1981).

Generalmente se plantean procedimientos para resolver problemas conductuales después de que ocurren, y no para prevenir su ocurrencia. Por ésto, se hará un enfoque hacia lo que Kaplan (1970) llama prevención secundaria y terciaria. Programas de prevención terciaria son designados para reducir o eliminar problemas conductuales en individuos que ya han experimentado tales problemas. Programas de prevención secundaria, son diseñados para reducir la ocurrencia de problemas conductuales específicos por medio de la reducción de su duración. Tales programas son dirigidos a niños que muestran signos tempranos de conducta problemática y el objetivo de la intervención es reducir la duración de los problemas por medio de tratamiento rápido.

Los programas de prevención primaria están dirigidos, valga la redundancia a prevenir problemas conductuales antes de que aparezcan. Su énfasis está puesto en la identificación de aquellas condiciones que aparecen en relación al desarrollo de problemas conductuales e identificando aquellas condiciones específicas que provocan conductas más saludables. Por lo tanto, la prevención primaria se enfoca al diseño de actividades que pueden prevenir la ocurrencia de problemas conductuales (Price, Bader y Kelterer, 1980, en: Ollendick y Cerny, 1981).

(Jason (1980), propone cuatro tipos de programas de prevención primaria:

- 1) dirigidos a niños que comúnmente presentan conducta apropiada, pero que tienen el "riesgo" de desarrollar problemas conductuales. Niños cuyos padres son esquizofrénicos, depresivos o antisociales (ej. Garmezy, 1971; Robins,

- 1966) o que experimentan la separación, muerte o divorcio de sus padres; o niños con impedimentos físicos.
- 2) se enfocan a la prevención de conductas objetivo cuidadosamente definidas, tales como fobia a la escuela, conductas de adicción, y conductas de "género opuesto". En estos programas, un esfuerzo considerable es dirigido hacia la definición de condiciones antecedentes y consecuentes que probablemente resulten en esas conductas.
  - 3) están orientados a proporcionar experiencias a los niños para facilitar su transición dentro de situaciones potencialmente importantes (ej. asistir a la escuela por primera vez).
  - 4) dirigido al desarrollo de capacidades adaptativas en modalidades afectivas (reconocimiento afectivo, sensibilidad), cognoscitivas (habilidad de solución de problemas) y conductuales (habilidades de interacción social). Claramente, el énfasis aquí es sobre la formación y fortalecimiento de la "promoción de habilidades de salud".

De acuerdo al mismo Jason, los procedimientos basados en los principios de aprendizaje clásico, operante y vicario pueden ser usados para la prevención primaria, así como para la secundaria y terciaria. Las técnicas operantes, han sido usadas también para preparar a los padres para eventos importantes y para "inmunizar" a los niños contra futuros eventos potencialmente importantes. Por ejemplo, habilidades para el "manejo" de niños (Matese, Shorr y Jason, 1980; Patterson, 1971; Sirbu, Cotler y Jason, 1978). Los procedimientos cognitivos y de modelamiento también han sido empleados como estrategia de prevención primaria (ej. Melamed y Siegel, 1975), en sus investigaciones en la prevención de la ansiedad asociada con hospitalización y cirugía utilizaron procedimientos de modelamiento (en: Ollendick y Cerny, 1981).

Para cualquier persona que estudie los problemas de retardo, debe ser evidente que la única forma real de resolver el problemas, es impedir que éste exista. De acuerdo a

Galindo (1981), hay dos formas de entender la prevención: a) evitar la ocurrencia del retardo, y b) evitar la agudización del retardo.

Evitar la ocurrencia es un problema social y económico fundamentalmente. La pobreza, la marginación social y por ende la desnutrición y la falta de servicios médicos y educativos, son la fuente verdadera de los factores orgánicos y ambientales que dan lugar al retardo en el desarrollo. No en balde las condiciones sociales y culturales son causa de 75% de los casos llamados "retardo mental" (Ullman y Krasner, 1975), ni es por accidente que algunos autores (Telford y Sawrey, 1973, y Ribes, 1978) consideran como retardados potenciales o sujetos de la educación especial a los individuos que se desarrollan en las condiciones de privación ambiental de las comunidades marginadas.

Desgraciadamente, aún hay pocos estudios al respecto, pero algo que sí puede establecerse, es que la solución del problema implica cambios sociales, políticos, educativos y económicos, lo cual evidentemente no está en manos del psicólogo. Sin embargo, el problema también compete a éste, que puede hacer una aportación dentro de su nivel científico, sin que ésto signifique que se olvide de la fuente real. El psicólogo puede cumplir varias tareas para impedir la ocurrencia del retardo:

- 1) difundir masivamente sus conocimientos sobre las causas sociales del retardo, para hacer conciencia en la comunidad.
- 2) crear problemas educativos (sobre aspectos de la crianza, higiene, profilaxis, etc.) para ser aplicados masivamente y sobre todo en comunidades marginadas.
- 3) colaborar con otros especialistas en ambas tareas.

En todos los casos, la investigación y la publicación de sus resultados son de primordial importancia.

Evitar la agudización del retardo en el desarrollo significa intervenir en la educación del retardado, lo más

temprano posible, de tal manera que se impida el efecto en cadena y la creciente que se produce al alterarse uno de los factores que inciden en el desarrollo. También en este caso, el problema de la prevención rebasa al ámbito de lo psicológico, solo que aquí la tarea del psicólogo es más clara; al psicólogo le compete crear e investigar: a) programas de rehabilitación eficaces; b) programas de rehabilitación susceptibles de aplicarse masivamente, y c) estrategias de intervención masiva (Galindo, 1981).

En los casos de retardo generalizado, con algunas excepciones aisladas como es el caso del autismo infantil, existe un daño o disfunción orgánica visible, que señala a una estrategia preventiva de doble naturaleza: médica por una parte y educativa por la otra. La prevención del retardo generalizado, desde un punto de vista estrictamente médico, exige de un programa de salud pública extenso, informativo, educativo y que altere directamente condiciones sociales empobrecidas, en que se preven todos los factores genéticos, prenatales, perinatales y postnatales, que pueden contribuir a la aparición del retardo, como condición general deficitaria. En el retardo específico, las deficiencias pueden ser carencias totales de una forma muy particular de conducta (por ejemplo, lectura) o puede muchas veces consistir en una disminución en la velocidad con que se adquiere esa conducta o conductas. En la mayoría de estos casos, no existe una contribución biológica claramente reconocida, aún cuando existen a menudo suposiciones al respecto. La tarea preventiva se conduce pues, con las tareas correctivas, aún cuando también incluye la preparación y adiestramiento de personal paraprofesional en el diseño de ambientes o programas protéticos a nivel especial.

Tomando en cuenta lo que significa "prevención", es decir, atacar las condiciones que dan origen a un problema antes de que este aparezca, ¿es posible hablar de prevención en el caso del retardo en el desarrollo? Las posibili-

dades de prevenir la aparición del retardo son bastante limitadas, pues el número de factores que intervienen en su determinación es elevado, y en muchas ocasiones difícil de controlar. Es así que con mucho quizá sea más conveniente hablar de detección temprana del retardo. Los factores biológicos desencadenantes del retardo son de difícil previsión, y solo pueden establecerse en la mayoría de los casos cuando el retardo se hace presente. Los factores sociales, que se vinculan a la restricción y empobrecimiento del ambiente, aún cuando de más fácil investigación son también poco susceptibles al cambio y alteración, por vincularse a aspectos de la organización social que rebasan los límites de cualquier profesión o actividad dirigida a la salud y educación. Aún así, es posible plantear, idealmente, la conveniencia de informar, de la manera más amplia y precisa, sobre los desencadenantes biológicos y sociales del retardo y de las maneras en que puede prevenirse su acción (especialmente durante el período de gestación en la mujer y en los primeros meses de vida del niño). Esta acción, aún cuando indispensable, es de alcances limitados.

La tarea preventiva debe dirigirse a la programación de ambientes que eviten la presencia de los factores antes mencionados, de modo que, aún cuando, como en el caso del retardo generalizado, existan factores biológicos envueltos, la detección de los mismos y su compensación inmediata a través del diseño de sistemas protéticos adecuados se facilite. Es así que, desde un punto de vista conductual la prevención del retardo abarca dos grandes grupos de tareas: 1) el diseño de ambientes institucionales, educativos y de trabajo, y 2) el adiestramiento extendido a un gran número de paraprofesionales y no-profesionales de la ciencia del comportamiento, es decir, médicos, enfermeras, profesores, educadoras y miembros de la familia (Ribes, 1975).

Con respecto a la prevención en el área del retardo, la medicina ha sido la disciplina que más se ha avoca-

do a esta tarea (véase Solomon y Patch, 1972). Un aspecto importante es el diagnóstico médico, pero tomando en cuenta que la mayor incidencia no es de tipo biológico, en la prevención se deben incluir otros aspectos tales como:

- 1) la detección temprana del retardo en el desarrollo y la atención inmediata.
- 2) el entrenamiento de los padres.
- 3) el entrenamiento de los maestros, y
- 4) un análisis de las condiciones socio-económicas que propician el retardo (Galindo y cols., 1980).

De los estudios médicos, se desprenden algunas medidas preventivas del retardo, como son:

- 1) vacuna contra la rubeola a las madres gestantes,
- 2) procedimientos quirúrgicos para corregir hidrocefalia,
- 3) amniocentesis para detectar problemas cromosómicos en el feto,
- 4) uso de medicamentos para controlar los efectos de enfermedades infantiles,
- 5) transfusiones sanguíneas a bebés con problemas, en el factor Rh y vacunación a madres sensibles al mismo factor,
- 6) leyes que prohíban el uso de ciertas pinturas en los juguetes y muebles de bebé,
- 7) dietas para tratar la "fenilquetonuria" y "galactosemia",
- 8) mejorar la nutrición materna y cuidar la salud prenatal,
- 9) asesoría genética para personas que pueden transmitir defectos genéticos, y
- 10) enriquecimiento de ambientes deteriorados (Blackhurst y Berdine, 1981).

Es también evidente que los recientes avances en bioquímica y genética, junto al aumento de la calidad de la asistencia ginecológica y obstétrica y las campañas de profilaxis en aquellos casos en los que se conoce la existencia de un alto riesgo de que cursen con retardo en el desarrollo, están permitiendo obtener reducciones notables en las tasas de prevalencia. Junto con esta forma de prevención,

es posible llevar a cabo otra forma no específica, consistente en el mejoramiento general de las condiciones de vida de las capas más desfavorecidas de la población, ya que son muchos los autores que señalan la existencia de una correlación positiva entre factores socio-económicos y retardo en el desarrollo (Birch y Gussow, 1970; Butler y Bonham, 1963; Illsey, 1967; Simpson, 1968; Toro, 1973; Zazzo, 1969). Pero no obstante, la consecución de este mejoramiento -de unas condiciones higiénicas, de alojamiento, alimenticias, información sexual, etc. adecuadas desde un punto de vista sanitario- no es ya, esencialmente una tarea médica, sino política y, por ello, compete a todos los ciudadanos. Algunos trabajos, como el informe Aberdeen (Birch, Richardson, Baird, Horobin e Illsey, 1970) por ejemplo, señalan que mientras que los porcentajes de retardados ligeros varían enormemente de acuerdo con las clases sociales y son mucho más elevados en las clases más pobres, no ocurre así con los retardos graves, los cuales se distribuyen al azar, entre todos los estratos sociales. Lo cierto es que, incluso en el caso de que nuestros conocimientos se encontraran mucho más avanzados de lo que están, seguirán apareciendo casos de retardo en el desarrollo, ya que el error, el accidente y la ignorancia pueden ser disminuídos pero no evitados por completo (Bayés, 1979). De acuerdo al mismo autor, será preciso impulsar decisivamente una política de investigación médico-biológica, tanto para descubrir posibles agentes etiológicos en algunos de los casos hasta ahora inexplicados como para poner a punto tecnologías capaces de aplicar los conocimientos adquiridos a la prevención y la terapéutica. Además de las campañas médicas de profilaxis de todas aquellas enfermedades conocidas -como, por ejemplo, la fiebre tifoidea- que pueden desembocar en retardo en el desarrollo y las medidas de acción preventiva durante la gestación y el parto que puedan proporcionarse, conseguiremos combatirlo con éxito en la medida en que:

- 1) poseamos un buen conocimiento de las leyes naturales que gobiernan el aprendizaje humano;
- 2) definamos sin ambigüedades los comportamientos que calificamos de retardados, anómalos o deficientes;
- 3) sepamos identificar correctamente, en cada caso, las variables ambientales concretas, cuya alteración puede influir en el mantenimiento, disminución o aumento de estos comportamientos, o hacer más probable la aparición de comportamientos nuevos;
- 4) tengamos los conocimientos, los medios y las condiciones para introducir en dichas variables los cambios necesarios;
- 5) partiendo de la realidad existente y de los objetivos conductuales que queramos conseguir, sepamos secuenciar nuestros programas de actuación, rectificándolos siempre que sea necesario, en función de los datos empíricos que vayamos obteniendo; y
- 6) hagamos públicos nuestros resultados de forma tal que puedan ser replicados por otros profesionales.

(Por último, Ribes (1975), menciona que un punto muy importante dentro de la prevención del retardo, es más que nada la detección temprana del problema, la cual se puede llevar a cabo tanto por los médicos al momento del nacimiento, como por los padres en el hogar, así como por los maestros en los primeros años escolares.

El desarrollo de las estrategias basadas en el aprendizaje para la prevención primaria de problemas conductuales en niños, se está incrementando. La prevención primaria aún está en espera de alcanzar verificación empírica (Ollendick y Cerny, 1981). También es importante educar al público respecto a las causas del retardo mental y los métodos preventivos, lo cual constituye uno de los mayores retos que enfrenta el educador especial (Blackhurst y Berdine, 1981).

## BREVIARIO

Si queremos aprovecharnos como hombres de nuestro conocimiento, es preciso que añadamos a nuestro conocimiento de la naturaleza el conocimiento de la sociedad humana.

(Bertold Brecht)

### Breviario.

"La costumbre de buscar una explicación de la conducta en el interior del organismo ha tendido a oscurecer las variables de que disponemos para un análisis científico. Estas variables se encuentran fuera del organismo, en su medio ambiente inmediato y en su historia. Tienen un status físico al que están adaptadas las técnicas comunes y hacen posible explicar la conducta al igual que, en ciencia, se explican otras materias. Estas variables independientes son de muchas clases y sus relaciones con la conducta son a menudo sutiles y complejas, pero no podemos pretender dar una explicación adecuada de la conducta sin analizarla. Las variables externas de las cuales la conducta es función, proporcionan lo que podemos llamar un análisis causal o funcional. Nos proponemos predecir y controlar la conducta del organismo individual. Esta es nuestra "variable dependiente", el efecto del que vamos a averiguar la causa. Las "variables independientes" -las causas de la conducta-, son las condiciones externas de las que la conducta es función. Las relaciones entre ambas -las =relaciones causa-efecto= de la conducta-, son leyes científicas. Una síntesis de estas leyes, expresada en términos cuantitativos, proporciona un cuadro completo del organismo como un sistema de conducta" (Skinner, 1977).

Al decirse que la conducta anormal y desviada está gobernada por los mismos principios de aprendizaje que la conducta normal, debe tenerse presente que esta afirmación no debe tomarse como una negación de la posible importancia de daños o desórdenes genéticos o fisiológicos en la explicación de las conductas anormales o desviadas. Algunos niños no aprenden conductas apropiadas como consecuencia de deficiencias genéticas, daño fisiológico o por contingencias inapropiadas o insuficientes. Cuando esto ocurre, los terapeutas tienen que "remediar" esta deficiencia conductual. Se puede requerir de un reajuste de las contingencias exis-

tentes en el medio del niño, o de la introducción de nuevos antecedentes, consecuencias y contingencias (Sheppard y Willoughby, 1975).

La contribución de Bijou a la investigación y tratamiento de los problemas y deficiencias conductuales en niños quizá se pueda resumir en tres puntos:

- 1) Su influencia a través del análisis funcional, de tres aspectos relacionados entre sí: retraso mental, desarrollo infantil e inteligencia (Bijou, 1963; Bijou, 1968 a y Bijou, 1969). De estos análisis se ha derivado un renovado concepto del retraso mental en el que las deficiencias conductuales se consideran como función de una serie de variables de tipo biológico, físico o social.
- 2) Su interés en el desarrollo e integración de una metodología para el análisis experimental de la conducta infantil, tanto en el medio natural como en el laboratorio (Bijou y Baer, 1966; Bijou, Petterson y Ault, 1968; Bijou, Petterson, Harris, Allen y Johnston, 1969 y Bijou y Petterson, en prensa).
- 3) Su influencia en el desarrollo de una tecnología para la educación especial (Bijou, 1968 b, Bijou, 1968 c y Bijou, 1970).

En México, las disposiciones tomadas para los casos de niños con algún tipo de deficiencia han sido:

- a) en el caso de deficiencias o problemas conductuales severos, tanto el gobierno como instituciones particulares han abandonado casi cualquier tipo de tratamiento, excepto el médico y más bien se han encargado de satisfacer las necesidades básicas de los pacientes, y
- b) en el caso de deficiencias y problemas leves de conducta, el criterio principal ha sido utilizar los mismos procedimientos usados en la enseñanza de niños normales, pero a un ritmo más lento. Esto, probablemente es consecuencia del difundido concepto de que los "retrasados mentales" no asimilan a la misma velocidad que los niños normales

(López, 1977).

Las características principales del retardo mental son un desarrollo biológico retrasado, adaptación social inmadura e insuficiencia para desarrollar la capacidad para tipos más elevados de procesos de ideación. La alteración leve de los procesos de la ideación puede ser el único síntoma del retardo cultural o familiar (Solomon y Patch, 1972).

Los impedimentos físicos difieren de los trastornos de personalidad en que los primeros no dependen del propio individuo ni los fomenta el medio social. Aunque la incapacidad del lisiado no sea imputable a él mismo ni a los demás, el impedimento sí tiene implicaciones para el desarrollo de la personalidad. Las reacciones de los demás hacia esta incapacidad constituyen un determinante poderoso de la manera como el niño se percibe a sí mismo y también de las limitaciones que impone a sus actividades. Si bien cada persona se considera única, el lisiado corre el peligro de ver que su singularidad es esencialmente negativa. Esta barrera para el desarrollo la reconocen en toda su extensión lo mismo los padres que los educadores de niños lisiados (Rees, 1945, en: Sarason, 1978).

Además de su defecto físico, el lisiado puede tener otras tendencias a la desadaptación. Los efectos fisiológicos de su incapacidad pueden exacerbar sus posibles tendencias neuróticas o psicóticas generalizadas y conferirles dirección. Uno de los factores que determinan la manera como la incapacidad afectará a la personalidad del niño, es triba en si ésta es de nacimiento o se presentó en el desarrollo por causa de un accidente o una enfermedad (Cruikshank y Johnson, 1967, cit. por: Sarason, 1978). En el último caso, el nivel preexistente de adaptación personal y social son factores primordiales para determinar la reacción del niño al daño sufrido. Hay casos en que una condición física pasajera, como una operación o una enfermedad prolongada pueden desencadenar una regresión psicológica que

persistirá largo tiempo después de que el niño haya vuelto a la normalidad. "A veces se distingue incapacidad de impedimento. La incapacidad es una condición médica; y, el impedimento, efecto de tal condición. El grado en que el impedimento de un niño sea explicable en términos de su condición física plantea una incógnita a la que frecuentemente tienen que enfrentarse educadores y padres" (Neff y Weiee, 1965, en: Sarason, 1978). Se han ensayado diversas técnicas para reducir los efectos incapacitantes de las insuficiencias físicas, y entre ellas están la orientación personal y la psicoterapia, los métodos de reforzamiento y otros derivados de las teorías del aprendizaje, así como las experiencias especiales educativas y de entrenamiento.

"Pero sea pasajera o permanente esa incapacidad, deben hacerse todos los esfuerzos por aumentar al máximo la eficacia personal. El niño debe adquirir =conciencia= de sus limitaciones y, al mismo tiempo, de la posibilidad realista de superarlas. Los terapeutas especializados en rehabilitación pretenden ayudar al incapacitado para que en la medida de lo posible supere sus impedimentos. Esta clase de especialista no está entrenado para curar enfermedades físicas, sino para ayudar a que el niño acepte, "sin amargura" su impedimento; para incrementar al máximo su desarrollo social y educativo y también para ayudarlo a prepararse para el futuro. Los especialistas en rehabilitación suministran planes ocupacionales realistas, entrenamiento y colocación para los incapacitados" (Sarason, 1978).

Según la terminología de la Asociación Americana de la Deficiencia Mental, "el retraso mental se refiere al rendimiento intelectual general por debajo del promedio, que se origina durante el período del desarrollo y se asocia con una conducta adaptativa deficiente" (Heber, 1961, cit. en: Sarason, 1978).

"Al teorizar sobre el retardo en particular y la psicopatología en general, se trata la relación que hay entre

la "mente" y el "cuerpo". En esta formulación, el término "mental" se refiere a las interacciones conductuales que existen entre el individuo y eventos ambientales. Las características anatómicas del cuerpo y su funcionamiento fisiológico son considerados como una parte de dichos eventos ambientales, ya que proporcionan condiciones determinantes, junto con las sociales y físicas, fuera de los límites corporales. En otras palabras, las condiciones biológicas, sociales y físicas se interrelacionan y se combinan para determinar el curso del cambio en la conducta, ya sea progresivo o regresivo" (Bijou y Baer, 1979).

Por otro lado, al hablar del desarrollo psicológico es importante tener presente que el "estado indiferenciado del encéfalo del infante humano lo hace depender de otros durante un largo tiempo. Durante esta dependencia prolongada, los factores del medio desempeñan un papel crucial para determinar si el individuo desarrolla toda su potencia intelectual. El potencial intelectual es un reflejo del legado biológico; la función intelectual es la suma de la interacción de ese legado y los factores ambientales. Después de la primera infancia y la niñez, los factores complejos culturales y socio-económicos pueden resultar en un nivel inferior de funcionamiento intelectual" (Solomon y Patch, 1972).

La frecuencia de la deficiencia mental diagnosticada en los niños de edad preescolar es menor que la frecuencia en la edad escolar. La cúspide de la frecuencia de deficiencia mental durante los años escolares es una reflexión de: 1) el fracaso de algunos niños para desarrollar funciones intelectuales más elevadas, 2) el hecho de que el sistema educativo hace hincapié en ciertas formas de pensamiento abstracto, y 3) el efecto acumulativo de factores ambientales que afectan a la inteligencia (Solomon y Patch, 1972).

De acuerdo a Stern y McDonald (1965, en: Ullman y Krasner, 1969, p. 138), "no se han encontrado bases fisio-

lógicas para la mayor parte de los grandes grupos de enfermedades mentales" (cit. por Fernández y Carrobles, 1981). Nada hace suponer que los trastornos conductuales (una vez eliminadas las auténticas "enfermedades" del sistema nervioso) puedan ser consideradas desde el modelo médico, es decir, desde una perspectiva etiológica-física o biológica.

De acuerdo a Bayés (1979) "también sabemos qué condiciones ambientales producen alteraciones del medio interior (así pues), otras condiciones ambientales pueden producir, por sí mismas, efectos neurofisiológicos y bioquímicos que cambien o neutralicen las alteraciones anteriores". Para autores como Ullman y Krasner (1965) y Yates (1979) ésto puede ser la base para señalar que la razón del acaparamiento, por parte de los médicos psiquiatras, del diagnóstico y tratamiento de los trastornos conductuales -al menos durante largo tiempo- se ha debido a la falta de conocimientos psicológicos de estos profesionales, al menos, de los impartidos tradicionalmente en los estudios de medicina. La formación predominantemente médica del psiquiatra, ha provocado el tratamiento médico de una serie de trastornos conductuales que, pueden ser abordados desde las condiciones ambientales que los mantienen, es decir, pueden ser explicados y tratados desde un "modelo psicológico".

Los criterios y objetivos de la clasificación psiquiátrica son fundamentalmente tres: etiológico, pronóstico y de tratamiento (Frank, 1975; Zubin, 1967; Kanfer y Saslow, 1965). Es decir, la nosología de las enfermedades "mentales" desde una perspectiva médica, debería implicar una etiología común para cada agrupamiento, un tratamiento específico para cada subcategoría, así como una ayuda en el establecimiento de un pronóstico. (No obstante, ya que de la mayor parte de los trastornos conductuales no se conoce su etiología orgánica, los más importantes objetivos de la clasificación psiquiátrica están en el establecimiento del pronóstico y tratamiento de los mismos (O.M.S. 1976)) (en:

Fernández y Carrobles, 1981).

"Strauss (1933-34) distingue insuficiencias mentales de origen =endógeno= y =exógeno=. De acuerdo a este mismo autor, "el niño que presenta una lesión cerebral (o exógena) es el niño que antes, durante o después del parto ha sufrido una lesión o ha padecido una infección cerebral. Tras esa lesión orgánica, pueden presentarse o no deficiencias del sistema neuro-motor. Un niño de este tipo puede presentar perturbaciones de la percepción, del pensamiento y del comportamiento emocional, por separado o conjuntamente". El término de =endógeno= engloba, para Strauss, todas aquellas deficiencias mentales que no presentan ningún síntoma de lesión cerebral" (Chiva, 1978).

Para conocer el nivel de desarrollo psicológico de una persona, dentro de la terapia de la conducta es preciso recurrir a la evaluación conductual, que es indudablemente uno de los tópicos con crecimiento más rápido en el campo contemporáneo de esta forma de terapia, y que se encuentra aún en discusión (Ciminero, Calhoun y Adams, 1977). "Evaluación conductual es la identificación y medición de unidades de respuestas significantes (intencionadas) y las variables que las controlan (tanto ambientales como orgánicas) con la finalidad de entender y alterar la conducta humana" (Hersen y Bellack, 1981).

La ciencia positiva estableció claramente que observar es medir los hechos y sus relaciones funcionales, sin que este énfasis en lo cuantitativo pretenda negar las diferencias cualitativas de los hechos. Dicho con otras palabras, una observación, para el positivismo, no es simplemente percibir algo. Que un hecho sea percibido, es sólo una condición o prerrequisito de su carácter científico, pero por ello solo no constituye la observación. Precisamente en este sentido, la observación constituye un momento del método científico. La observación en este sentido es igualmente un paso necesario, tanto en los estudios de cam-

po como en la experimentación. Las diferencias no se refieren tanto a una contraposición observación-experimentación como a las técnicas de realizar la observación. Porque lo importante es sólo que de alguna manera hay que medir el hecho que se registra, si es que pretendemos que el hecho tenga carácter científico.

Quando se trata de evaluación conductual, lo importante son las técnicas observacionales. Porque, posiblemente, en muchos casos, el éxito o fracaso de las terapias dependerá del uso adecuado de las técnicas observacionales. Saber, con una exactitud suficiente, lo que ocurre, es la base para poder establecer las auténticas relaciones funcionales y, con ello hacer posible la evaluación y las modificaciones conductuales necesarias (Fernández, 1981, en: Fernández y Carrobles, 1981).

La evaluación conductual surge dentro de la terapia o modificación de conducta, teniendo como objetivos fundamentales, la identificación de unidades de conducta problema y de las variables que la controlan o mantienen. El interés que recientemente se le ha dado es por su utilidad en la elección, éxito y valoración del mismo tratamiento (Fernández, 1981, en: Fernández y Carrobles, 1981).

En la evaluación tradicional, se incluyen el psicodiagnóstico realizado con base en pruebas psicométricas, proyectivas o subjetivas. A diferencia, la evaluación conductual supone aquel modelo que pretende el análisis objetivo de los comportamientos relevantes de un sujeto, y a los niveles de complejidad necesarios (es decir, comprende tanto sus respuestas motoras como fisiológicas y cognitivas), así como la detección de las variables, tanto orgánicas como ambientales, que provocan o mantienen tales comportamientos. El comportamiento no puede ser explicado sin tener en cuenta tanto variables orgánicas como variables de la situación, así como, y aún en mayor medida, la interacción entre ambos grupos de variables (Bowers,

1973, cit. en: Fernández y Carrobles, 1981).

En la evaluación conductual, la respuesta de un sujeto depende tanto de las condiciones biológicas del organismo, como de las variables ambientales presentes en ese momento. El evaluador y terapeuta de la conducta, no busca un "diagnóstico" o una "etiqueta" para el problema que presenta el cliente, sino que su objetivo principal consiste en especificar cuáles son las conductas relevantes, en qué condiciones ambientales se emiten y qué consecuencias se derivan de ellas (Sidman, 1973), partiendo del principio de que los fenómenos que han de ser clasificados son las conductas y no los sujetos humanos, y que el mejor criterio para hacerlo es aquel en que "los psicólogos de manera =cuasiformal= han utilizado en el estudio de la conducta" (Adams, Doster y Calhoun, 1977, cit. en: Fernández y Carrobles, 1981).

Uno de los mayores usos de la evaluación conductual ha sido dentro del ambiente clínico, en donde una de las primeras metas ha sido determinar aquellas variables que mantienen un patrón particular de conducta maladaptativa y cualquier característica del cliente que tenga implicaciones para la selección e implementación del procedimiento de terapia de conducta más apropiado. Un segundo uso potencial de la evaluación conductual, es la selección del propósito o utilidad. La tercera aplicación, se encuentra vinculada dentro del contexto de investigación. La estrategia de evaluación conductual usada en investigación clínica, típicamente se ha enfocado a la conducta abierta, reportes subjetivos y medidas fisiológicas directas (Golfried y Sprafkin, 1974; Lang, 1968). La observación conductual puede conducirse en ambientes naturales, puede involucrar situaciones arregladas de antemano que simulan cercanamente eventos de la vida real (ej. dar indicaciones verbales antes de una audiencia), o pueden incluir una situación más hipotética (ej. usar juego de roles para medir

asertividad). De acuerdo a Golfried (1976), Golfried y Kent (1972), Mischel (1968) y Wiggins (1973), la evaluación conductual se caracteriza por tener relativamente pocos supuestos inferidos, permaneciendo cerca de lo observable (Golfried y Linehan, 1977).

La aproximación conductual está vinculada con la relación entre conducta y contextos ambientales específicos y, por lo tanto, hacen un intento para muestrear esas situaciones adecuadamente (Golfried y D'Zurilla, 1969). Este interés para este muestreo adecuado de varias situaciones ha sido interpretado como demostración de la importancia de la validez contenida en la evaluación conductual (Golfried y Kent, 1972, cit. en: Ciminero y cols., op. cit.).

Dentro de la evaluación existen, o hay dos tipos de aproximaciones, "señal" y "muestra", la primera, supone que la respuesta debe ser interpretada como una manifestación de algunas características fundamentales de la personalidad; en tanto que la segunda, asume que la prueba conductual constituye un subgrupo de las conductas actuales de interés.

Otra diferencia frecuentemente notada entre la evaluación conductual y tradicional es la relación entre evaluación y tratamiento (ej. Bandura, 1969; Golfried y Pomeranz, 1968; Kanfer y Phillips, 1970; Petterson, 1968; Stuart 1970). Hay poca relación entre la evaluación tradicional y el tratamiento; la primera conexión entre estas dos actividades es indirecta en cuanto a que la evaluación puede llevar hacia un diagnóstico que en su momento puede sugerir una técnica particular de tratamiento. Sin embargo, Stuart (1970), ha argumentado que el diagnóstico resultante de métodos tradicionales de evaluación no predice correctamente lo que en el tratamiento debe ser implementado. En contraste con la aproximación tradicional, dos funciones primarias de la evaluación conductual, son, la selección de una técnica de tratamiento y la subsecuente evaluación de los efectos del tratamiento. Si la evaluación conductual es satis-

factoria en la selección y evaluación del tratamiento, la utilidad clínica ciertamente quedará demostrada (Ciminero y cols., 1977).

Una aproximación analítico-conductual que es útil en la valoración de la efectividad del tratamiento ha sido referida como el análisis funcional de la conducta. Peterson (1968), resume este procedimiento de la manera siguiente: "las características principales del método son: 1) observación sistemática de la conducta problema para obtener una línea base de la frecuencia de la respuesta; 2) observación sistemática de las condiciones de estímulo siguientes y/o precedentes a la conducta, con especial interés en las indicaciones discriminativas antecedentes y reforzadores consecuentes; 3) manipulación experimental de una condición que parece funcionalmente, por ésto casualmente, relacionada con la conducta problema, y 4) fomentar observación para registrar cualquier cambio que pueda ocurrir en la conducta" (p. 114, en: Ciminero y cols., 1977).

Dentro del contexto de los fundamentos teóricos, la evaluación conductual tiene cuatro propósitos o metas principales: 1) identificar las conductas objetivo y métodos apropiados de medición; 2) determinar las variables controladoras ambientales y orgánicas, 3) seleccionar una estrategia de intervención que tenga una alta probabilidad de buen éxito; y 4) evaluar la efectividad de esa intervención (Hersen y Bellack, 1981).

La evaluación del retraso mental debe tener como objeto el potencial de ser modificado por el aprendizaje. No se trata ya de una mera y estática enumeración de las capacidades manifiestas del sujeto, tal y como tradicionalmente se ha venido realizando. La valoración de la inteligencia del "retraso mental" no debe estar relacionada con las diferencias interindividuales, sino más bien intraindividuales. Se trata de realizar un estudio lo más exhaustivo y completo posible de cada individuo particular, desde el

punto de vista de que la velocidad y seguridad con que se produzca en el sujeto el aprendizaje, en la situación de pruebas; indicará su capacidad intelectual. La evaluación del potencial de aprendizaje, al igual que los otros métodos de evaluación conductual en deficientes, tiene un claro objetivo: valorar las áreas que pueden ser modificadas y los procedimientos más adecuados para lograr una apropiada modificación, teniendo la evaluación del potencial de aprendizaje una incidencia directa y específica en las áreas cognitivas deficientes que presenta el sujeto retrasado (Fernández y Carrobbles, 1981).

Al realizar una evaluación de la conducta de un niño, es importante incluir una averiguación de los elementos reforzantes para el niño en lo que se refiere a reforzadores materiales, sociales y de respuestas prepotentes. Al respecto, Tharp y Wetzel (1969) indican que "se utilizan estos datos al aplicar un programa de cambio conductual dentro del ambiente natural. Otro elemento que no se señala directamente es el referente a una evaluación del repertorio conductual con el que cuenta el niño desviado y que es de particular importancia al trabajar con sujetos que presentan deficiencias en su desarrollo, ya que la conducta desviada de un sujeto podría estar fundada en deficiencias observables en su repertorio y no directamente en su mantenimiento por el ambiente social. Inclusive la creación de repertorios como el imitativo o el de control instruccional puede facilitar grandemente la aplicación de un programa de cambio conductual. La evaluación del repertorio de estos niños debe hacerse con fundamento en programas ya establecidos para la creación de los repertorios deficitarios; señalar en qué punto del programa se encuentra el niño desviado, a partir de ahí, iniciar el tratamiento. Wahler, opina que la técnica básica de tratamiento para modificar la conducta desviada de los niños consiste en manejar la atención y el reforzamiento social de modo tal que sean contingentes

respecto de aquellas respuestas adecuadas, pero no de las inconvenientes" (en: Peralta, 1977).

Al abordar más concretamente el aspecto de la debilidad mental, Chiva (1978) recuerda que el diagnóstico de esta debilidad puede hacerse bien, basándose en una larga observación de la conducta, bien, constatando una desviación precoz del desarrollo o una lesión física inicial que haga la presencia posterior de una evaluación normal altamente improbable.

Si se pretende realizar una modificación de conducta eficaz, es necesario que la evaluación conductual no olvide que es necesario distinguir y analizar las respuestas emocionales, provocadas por estímulos no contingentes, que se superponen a las conductas aparentes, causando su desadaptación. Es necesario también el estudio de las respuestas emocionales concomitantes a toda conducta, fruto del reforzamiento positivo o aversivo con que ésta se establece, y que son enormemente dependientes de los programas de refuerzo con que las operantes se establecen (Fernández y Carroles, 1981).

Para escoger el tratamiento a aplicar, se pueden seguir dos puntos claves, 1) elegir el tratamiento basándose en las respuestas específicas exhibidas por un cliente (tal vez dentro de un síndrome o patrón de respuestas), 2) utilizar las variables controladoras identificadas para determinar el tratamiento adecuado (Hersen y Bellack, 1981). Al establecerse un programa de cambio conductual para un niño, también debe tomarse en cuenta la conducta del mediador, así como las contingencias que éste proporcionará al niño. De acuerdo con esto, se puede decir que un buen programa de modificación de conducta en los ambientes naturales será aquel que especifique un planteamiento cuidadoso de las contingencias proporcionadas, tanto a los mediadores como al niño que presenta la conducta desviada o "blanco" del programa (Peralta, 1977).

Antes de referirnos a las técnicas de intervención, se considera importante reafirmar que "la característica fundamental de los estudios de campo, consiste en que el investigador se acerca a los sujetos y observa la conducta de ellos en situaciones normales, en lugar de meterlos al laboratorio para estudiarla. Al igual que en los estudios de laboratorio, manipulan una variable independiente para medir los efectos que causa en una dependiente y al mismo tiempo controlar las variables extrañas con el fin de evitar cualquier confusión. La diferencia principal entre los experimentos de laboratorio y de campo, reside en la situación. El éxito que se obtiene con cualquiera de ellos depende de la pericia del investigador para controlar las variables extrañas" (Craig y Metze, 1982).

"No todas las innovaciones que se observan en la modificación de conducta se pueden atribuir al análisis fundamental, y reglas tradicionales empíricas para el moldeamiento y el mantenimiento de la conducta, que usan los nuevos principios, han surgido mucho antes de que se hubiese efectuado una investigación fundamental. No obstante, el análisis es importante para interpretar y explicar el efecto de un método, cualquiera que sea el origen de éste. Es difícil advertir las contingencias de reforzamiento que prevalecen en la vida cotidiana y, por consiguiente, comprender la conducta que originan" (Skinner, 1969, en: Skinner, 1971).

El análisis conductual aplicado llegó a ser un área muy atractiva, por una parte, por la presión social en las universidades para que se impartiera un entrenamiento centrado en la capacitación de psicólogos profesionales capaces de afrontar los problemas y ofrecer soluciones en los campos de la educación, la salud y otros. El análisis conductual aplicado se ha desarrollado como extrapolación de los conceptos y procedimientos originados en el laboratorio animal y aplicado, a las complejas situaciones sociales e institucionales (Ribes, 1977). Sin embargo, debe recordar-

se que las extrapolaciones indican vacíos teóricos y empíricos, y aunque los parámetros que determinan el comportamiento animal se aplican al comportamiento humano, éstos no son suficientes. Las interacciones de parámetros en el comportamiento humano son cualitativa y cuantitativamente más complejas que en el caso animal, y "la extensión de principios" es un deficiente sustituto de los conceptos teóricos y del conocimiento empírico surgido del estudio directo de la conducta humana. La investigación tecnológica se aleja cada vez más de la investigación básica y la brecha entre ambas crece, a pesar de que el lenguaje que describen las prácticas en ambos campos es aparentemente similar. Los conceptos han perdido su significado original y se emplean sin rigor y fuera de contexto, violando las condiciones empíricas que definen su utilidad teórica. La investigación básica está divorciada de los problemas tecnológicos y la tecnología se ha convertido en pragmatismo. No se encontrarán soluciones adecuadas si la naturaleza de la teoría y la necesidad de investigar la conducta humana como condición para desarrollar la tecnología no se estudia críticamente (Ribes, 1980).

La modificación de conducta intentó ser la parte aplicada de la ciencia de la Psicología, sin embargo tomó otros niveles, como un término descriptivo, podría ser utilizado para referirse a casi todas las aproximaciones de cambio conductual. El término ha sido sin embargo, tomado con un significado mucho más específico, como ya se ha mencionado, su connotación y uso es para describir la aplicación sistemática de principios de aprendizaje al cambio de la conducta humana. La modificación de conducta está estrechamente ligada con el amplio campo del análisis experimental de la conducta. Ambas comparten bases en metodología, supuestos y datos empíricos. Sin embargo, mientras el análisis experimental de la conducta está relacionado con el establecimiento de relaciones funcionales entre el medio y la con-

ducta, para explicar ésta, la modificación de conducta tiene su interés en la aplicación de estas relaciones funcionales a los problemas de cambio conductual.

La modificación de conducta tiene características distintivas, que ayudan a definirla, éstas son:

- 1) se enfoca hacia el organismo individual como una unidad de estudio;
- 2) un amplio interés con un gran rango de conductas socialmente significativas;
- 3) enfatiza en la evaluación rigurosa de los procesos de cambio de conducta;
- 4) fuerte evidencia de cómo es la efectividad de estos procedimientos.

Si los modificadores de conducta están afirmando correctamente respecto a que modificaciones de conducta acertadas, y mantenimiento del cambio conductual, constituyen un tratamiento exitoso, entonces, problemas nuevos de conducta, no deben aparecer una vez que el problema de conducta ha sido eliminado (Sheppard y Willoughby, 1975). De acuerdo a Ullman y Krasner (1969, cit. en: Sheppard y col. op. cit.),

1) el individuo puede de hecho aprender nuevos problemas de conducta después de que los problemas "viejos" han sido eliminados, como consecuencia de su interacción con el medio. No existe ningún método terapéutico el cuál haga inmune al individuo de futuras influencias ambientales; 2) el individuo pudo haber aprendido varias conductas problema (existe una jerarquía de conductas problema, se elimina una, y "aparece" la siguiente, etc.). Por lo tanto, se debe trabajar con una jerarquía completa en forma secuencial.

Es frecuente que en el caso de investigación de la modificación de conducta, una vez que la conducta es adquirida quede bajo el control de contingencias existentes en el ambiente, las cuales mantienen la conducta. Cuando un niño ha aprendido conductas desviadas, los procedimientos de modificación pueden ser usados para debilitar las conduc-

tas desviadas y para fortalecer conductas positivas que sean incompatibles. Es importante tener presente que si el niño vuelve al ambiente en que las contingencias son reforzantes para la conducta desviada, las conductas positivas se extinguirán; de aquí que, una de las primeras leyes de la modificación de conducta debería ser: un cambio de conducta será permanente, solo cuando existan contingencias permanentes que mantengan el cambio, para ésto, hay dos alternativas, una, cambiar las contingencias existentes para que éstas "soporten" el cambio de conducta en vez de "atacarlo", y la otra, cambiar al niño del ambiente que originalmente produce y mantiene la conducta anormal o desviada (Sheppard y Willoughby, 1975).

El papel del psicólogo en la rehabilitación del futuro, definitivamente requiere de un especialista en ingeniería conductual, el cual por medio de procedimientos directos, no esotéricos, y objetivos, pueda alterar la conducta humana y de esta forma contribuir más integralmente para un mejor funcionamiento de las personas lisiadas. A medida que se desarrolla la ingeniería conductual para la reducción o la eliminación de otras deficiencias, podemos esperar que las deficiencias conductuales, actualmente asociadas con alguna inhabilidad física, desaparecerán y que serán remediadas algunos tipos del llamado "retardo mental" (Meyerson, Kerr y Michael, 1979).

Por otro lado, es importante tener presente que los padres pueden fungir totalmente como terapeutas del niño, después de modificada su propia conducta. Se ha demostrado que la conducta social de la madre puede funcionar como una poderosa clase de reforzadores para la conducta tanto indeseable como normal de su hijo (Wahler, Winkel, Peterson y Morrison, 1965).

Es preciso encontrar nuevas maneras de utilizar al personal profesional, así como el conocimiento actual a fin de poner a disposición de toda la gente servicios de

salud mental eficaces. A consecuencia de ésto, es necesario que los profesionales adiestren a un personal paraprofesional, a fin de llevar a cabo los procedimientos de terapia y de rehabilitación. Para alcanzar este fin, "la terapia tiene que apoyarse en un conjunto de técnicas objetivas que puedan enseñarse fácilmente y ser ejecutadas por un personal relativamente poco entrenado" (Ayllon y Haughton, 1964, en: Ayllon y Wright, 1977). Las técnicas de modificación de conducta satisfacen este criterio. Se dispone ahora de una aproximación que ha sido denominada tecnología de la conducta, la cual ha sido cuestionada recientemente (Ribes, 1982). La investigación y la aplicación de los principios de la conducta se han ampliado hasta abarcar a los paraprofesionales como agentes del cambio. El personal paraprofesional constituye un medio nuevo para prestar cuidados y asistencia en tres tipos principales de situaciones sociales: las instituciones correccionales y para trastornados mentales, la escuela y el hogar. El personal paraprofesional abarca una amplia gama en: a) edad: desde el niño de 12 años hasta los adultos; b) educación: desde un alumno de quinto año de primaria hasta los graduados universitarios; y c) papel profesional: desde madres voluntarias, no retribuidas, hasta personal pagado. En ningún momento se pretende que el personal paraprofesional, sustituya al profesional, ya que la labor del primero, es ampliar eficazmente los alcances de los servicios profesionales. Al profesional se le sigue necesitando para analizar problemas en términos conductuales o de ejecución. En efecto, se convierte en una especie de "solucionador de problemas", que tiene como cometido perfeccionar y desarrollar nuevos procedimientos adecuados a las características perfectamente cambiantes de la conducta respecto del ambiente (Ayllon y Wright, 1977).

Diversas autoridades están de acuerdo en que la mayoría de los problemas conductuales del niño anómalo podrían

prevenirse o superarse si sus padres fuesen más diestros en el tratamiento de sus hijos. Si las deficiencias conductuales del niño pueden modificarse con un programa especial de adiestramiento, los padres tal vez aprenderán a mantener la conducta adecuada, aún cuando no hayan sido capaces de establecerla originalmente sin la ayuda del programa de entrenamiento especial (Wolf y Phillips, 1977). Por su parte, Sobey (1970, cit. en: Wolf y Phillips, 1977), recomendó que se pusiera mayor énfasis en los primeros períodos de vida y que se concentrase la atención en la prevención, a temprana edad, a través de la participación total de la comunidad.

De acuerdo a Michelson (1981), la prevención en relación a los problemas de retardo, puede realizarse a tres niveles, a) prevención primaria, está relacionada principalmente con la reducción de "nuevos" casos de desórdenes mentales o físicos en una población determinada. Se refiere, en el sentido más real del término, a la prevención. b) prevención secundaria, intenta reducir la duración, intensidad e incapacidad de una afección. Este nivel implica el reconocimiento de la tarea casi imposible de prevenir todas las enfermedades o afecciones, y permite el rápido y efectivo remedio de desórdenes que inevitablemente ocurren a pesar de los esfuerzos de la prevención primaria. c) prevención terciaria, su objetivo es reducir los efectos residuales y los daños concomitantes que siguen a la ocurrencia de un desorden. Incluidos dentro de ésta área están los esfuerzos dirigidos hacia la reducción de la reincidencia y hacia el incremento de la resocialización posterior a la presentación de la inhabilidad. De acuerdo a Bower (1965, cit. por: Michelson, 1981), "prevención de los desórdenes mentales y emocionales se ha visto como el resultado exclusivo de la abolición de la injusticia, discriminación, inseguridad económica, pobreza, "barrios bajos" y enfermedades".

No es impensable que los programas graduados ofrecerán grados avanzados en prevención con el entrenamiento en campos interdisciplinarios incluyendo medicina, epidemiología, psicología, terapia conductual, evaluación programada y sociología. La medicina conductual puede servir como uno de los varios vehículos primarios en el futuro de la educación de "presuntos" padres con el beneficio de la asesoría genética. La medicina conductual o una disciplina relacionada, debe dirigir sus esfuerzos hacia lo siguiente, tomando en consideración a la asesoría genética: a) implementar en una amplia escala pública la divulgación de la tecnología existente; b) fomentar y propiciar protección para los padres de alto riesgo; c) fomentar protección "intrauterina" para madres de alto riesgo; y d) alentar a los padres de alto riesgo a considerar las alternativas de tener "su propio bebé", tales como la adopción, inseminación artificial "utilizando donadores normales", paternidad adoptiva y otros (Michelson, 1981); es importante considerar que esta proposición aunque lógica y de carácter preventivo, tiene una amplia gama de implicaciones como serían las cuestiones éticas, por ejemplo, pero en tanto la investigación no pueda poner a consideración otras alternativas, ésta puede ser tomada en cuenta, con sus respectivas reservas, por parte de los afectados e involucrados en la decisión.

La prevención primaria entre "pobres y desventajados" está claramente determinada por razones humanitarias y de justicia social. Niños criados en ambientes restrictivos experimentan numerosos desórdenes adicionales, directamente relacionados con limitaciones en oportunidades médicas, educacionales, recreativas y vocacionales. También se encuentran tasas desproporcionadas de disturbios psicológicos, físicos y psiquiátricos cuando hay privación económica (Hollingshead y Redlich, 1958; Srole, Langer, Michael, Oples y Rennie, 1962, en: Michelson, 1981).

Tomando en cuenta que, como se ha mencionado, las

deficiencias de tipo socio-económico son las determinantes básicas de un desarrollo psicológico deficiente, cuando se ha comprobado que no existen lesiones de carácter orgánico, lo ideal en este renglón sería una igualación o al menos un mejoramiento de estas condiciones, sobre todo en cuanto a elevar el nivel nutricional e higiénico entre la población infantil y de madres gestantes quienes por sus precarias condiciones de vida, tienen alta probabilidad de tener niños con deficiencias. Estamos conscientes que en países como el nuestro, aún no es posible llegar a un nivel óptimo de igualdad social, pero sí en cambio es posible enfatizar que, una alternativa es la búsqueda y aplicación de soluciones viables de acuerdo a la realidad actual, lo cual es una aportación potencial del psicólogo conductual.

CONCLUSIONES  
Y CONSIDERACIONES FINALES

Llegamos hasta lejos, hasta lejos  
para entender las órbitas de piedra,  
los ojos apagados que aún siguen mirando,  
los grandes rostros dispuestos para la eternidad.  
(P. Neruda)

### Conclusiones y consideraciones finales.

Para finalizar el presente estudio, se plantearán al lector ciertas consideraciones a manera de conclusión, pero quedando claro desde el inicio que es importante y de hecho necesario para aquellas personas interesadas en los tópicos aquí tratados, tomar ésto más que como un final, como el punto de partida para estudios posteriores y más profundos tendientes a un mejor entendimiento teórico del tema y consecuentemente a una aplicación más adecuada en beneficio de aquellos sujetos que se encuentran clasificados bajo el rubro de "anormales".

Es evidente, que aunque hay importantes relaciones entre las desviaciones orgánicas e intelectuales y entre los valores sociales y el ajuste personal, tienen importancia primordial los orígenes sociales de las pautas de conducta desviada (Telford y Sawrey, 1973). Los problemas de las incapacidades de los niños y de los jóvenes no se hallan limitados a un país o continente. Es cierto que en algunos países, debido a su subdesarrollo, a sus deficiencias en alimentación y a otros obstáculos que les impiden realizarse plenamente en el campo económico y social, se caracterizan por un mayor porcentaje de niños disminuídos (Cruickshank, 1973). "El marginado no es solamente en cuanto tal marginado, vale decir, en cuanto poseedor o mejor diríamos =sufridor= de una tara física, sea ésta una parálisis cerebral, una ceguera o una sordera, sino que la sociedad lo margina por eso mismo. Es marginado no solo por razones físicas, sino en cuanto ente social". Al marginado no hay que enseñarle que viva en el seno de un grupúsculo de marginados como él, sino a que se integre a la colectividad. La finalidad consiste en anular su tendencia al aislamiento. Un débil mental no es sólo un débil mental, sino que es una persona que experimenta una serie de anomalías en el desarrollo de su personalidad debido a la interacción entre sus defectos (la debilidad mental) y el medio que le rodea (Alvarez,

1973, en: Cruickshank, 1973).

De acuerdo a Freidson (1965, en: Cruickshank, 1973), "un disminuído en términos sociales, es una imputación de diferencia respecto a los demás, y más específicamente, es una imputación de una diferencia no deseable. Por definición, una persona a la que se dice es un disminuído, se le define así porque se desvía de lo que él mismo u otros creen que es normal o adecuado".

A continuación se hará un planteamiento de otros puntos de vista, diferentes a los tratados a lo largo del presente estudio, que abordan este problema y dan otras aportaciones al respecto. Para Vigotsky, los defectos, un resultado secundario del desarrollo anormal de un niño, no son ocasionados por simples lesiones cerebrales. "Si uno u otro prerrequisito para este desarrollo está deteriorado, entonces el desarrollo total del niño adquiere un carácter anormal y, por lo tanto, comparativamente pequeños defectos (p. ej. un ligero deterioro del oído) puede tener consecuencias de mucho alcance" (Luria, 1969 b, en: Sahakian, 1975).

Luria (1932) argumentó que "las formas complejas de organización y desorganización de la conducta humana no pueden de ninguna forma ser explicadas como un simple juego de procesos neurofisiológicos, que ningún fenómeno neurodinámico elemental puede aclarar esas configuraciones de conducta integrada, específica del humano como sujeto social..." Este mismo autor, "no cree que el problema de las formas más complicadas de conducta humana puede ser resuelto por las leyes de la eficiencia, ni por el análisis de las conexiones del reflejo condicionado jugando un papel dentro del sistema nervioso; la solución de este problema deberá ser atendido solamente por una descripción cuidadosa de los sistemas específicos de conducta producidos en el proceso del desarrollo histórico-social, los cuales son distinguidos por las peculiaridades del humano, y sin la cual la organización de los aspectos neurodinámicos permanece incompre-

sible" (en: Sahakian, 1975).

La teoría del desarrollo histórico-social o cultural-histórico, fué un intento de algunos psicólogos como Vigotsky, Luria y Leontiev, por tratar el desarrollo psíquico en términos de etapas cualitativas discretas, para ofrecer una explicación histórica de este desarrollo, y para buscar el principio explicatorio de los procesos psíquicos elevados, incluyendo: habla, memoria lógica, pensamiento conceptual y atención activa. En referencia a esta teoría de la condición histórico-social de la mente humana, escribió Leontiev: "en adición a la teoría de la mente como función de un órgano material (el cerebro) manifestada en la reflexión de la realidad objetiva, las investigaciones iniciales de los psicólogos soviéticos, avanzaron de una manera persistente enfatizando en su teoría el papel del ambiente social, es decir, la clase de condicionamiento concreto que tiene una relación histórica en la formación de la mente humana (1959, en: Sahakian, 1975).

El desarrollo mental del niño está determinado por la acción de dos factores: por una parte, factores biológicos; por otra, factores ambientales (sociales). El desarrollo mental del niño es cualitativamente distinto del desarrollo ontogenético del comportamiento animal. Esta diferencia está determinada, en primer lugar, por el hecho de que el aspecto más importante del desarrollo del niño, es el proceso de asimilación o =apropiación= de la experiencia acumulada por el género humano en el curso de la historia social, lo cual es absolutamente inexistente en el mundo animal. Los procesos más importantes que caracterizan el desarrollo mental del niño son los procesos específicos mediante los cuales asimila y se apropia de las conquistas de las anteriores generaciones humanas, que al contrario de las conquistas del desarrollo filogenético de los animales, no están morfológicamente fijadas y no se transmiten hereditariamente. Este proceso se produce en la actividad del niño

con referencia a objetos y fenómenos del mundo que le rodea, en el cual están realizadas las conquistas del género humano. Dicha actividad no puede desarrollarse de modo independiente, sino que se desarrolla mediante las relaciones prácticas y verbales que existen entre él y las personas que le rodean, en la actividad común; cuando el objeto específico de dicha actividad es transmitir al niño determinadas nociones, capacidades y hábitos, decimos que el niño aprende y el adulto enseña (Luria, Leontiev y Vigotsky, 1973).

De acuerdo a sus estudios en relación al desarrollo infantil, Piaget (1959) opina que los niños son más egocéntricos y mucho menos sociales en pensamiento y habla que los adultos. "El adulto piensa socialmente, aún cuando está solo, y el niño menor de 7 años, piensa egocéntricamente, aún en sociedad con otros". Los pensamientos infantiles van de acuerdo con instancias individuales; "forman una lógica de acción pero no aún una lógica de pensamiento" (1928). Para este mismo autor (1932, 1953) el desarrollo del niño se da de acuerdo a ciertas etapas que van en estrecha relación con la edad, desde el nacimiento hasta la madurez (14-15 años) y tienen que ver con la construcción de, o el desarrollo psicológico de, operaciones. "Operaciones son acciones internalizables, reversibles y coordinadas dentro de sistemas caracterizados por leyes que se aplican al sistema como un todo" (1953, en: Sahakian, 1975).

Por otro lado, se considera que no es posible sostener las hipótesis que algunos psicólogos han querido mantener a través de los años, y éstas son: 1) el niño posee funciones y operaciones cognoscitivas mentales desde el nacimiento; la acción de los fenómenos externos se limitaría, entonces, a activarlas; 2) la afirmación simplista según la cual las operaciones de pensamiento se forman bajo el influjo de la experiencia personal e individual del niño; durante el proceso de aprendizaje, según esta hipótesis, el niño estará sometido a una estimulación cuya repetición y cuyo

refuerzo determinarían la función de nuevas conexiones condicionadas, o asociaciones, y su actividad de pensamiento no sería sino una pura y simple reproducción de estas conexiones y asociaciones. Desde el punto de vista de los problemas del retraso, si la meta fundamental del enseñante es sólo proporcionar al niño determinadas nociones, sin prestar atención al modo en que el mismo niño procede, -qué operaciones usa para resolver los problemas que se le plantean-, de forma que no se controla su posterior transformación, el desarrollo puede ser perturbado (Luria y cols., 1973).

Sean cuales sean las causas originales del retraso mental, la inmensa mayoría de los niños retrasados son capaces, gracias a un entrenamiento adecuado, de lograr niveles más altos de funcionamiento intelectual y social, ya que debemos tener presente que, en muchos casos, el retraso se presenta por causas culturales y familiares, proviniendo muchas de estas personas de familias tanto estables como inestables, pertenecientes a una clase social inferior, es decir, son familias "pobres". En este tipo de hogares, son inadecuados los alimentos, el vestido y la atención médica. Es frecuente que la familia esté desorganizada y desintegrándose, y que no proporcione al niño ningún apoyo social, emocional y motivacional. Por su parte, Hurley concluye que, la erradicación de la pobreza eliminaría la mayoría de los casos de retraso mental (cit. por: Davison y Neal, 1980). De acuerdo a estos mismos autores el diagnóstico del retraso por causas culturales y familiares, se establece de acuerdo con tres criterios, los cuales son: retraso leve, ausencia de indicaciones de trastornos patológicos en el cerebro y retraso mental evidente en tan siquiera uno de los progenitores o en uno o varios de los hermanos.

Muchos conductistas, sostienen una posición situacional la cual parece atribuir la conducta casi exclusiva-

mente a variables ambientales inmediatas. Los conductistas modernos (ej. Bewess, 1975; Ekehammer, 1974; Mischel, 1968, 1973), han adoptado una visión interaccionista, planteando que la conducta es una función de variables ambientales y orgánsmicas (tales como un estado fisiológico y la historia de aprendizaje) (Nelson, 1981, en: Hersen y Bellack, 1981). De acuerdo a Garfield (1980, en: Kazdin, Bellack y Hersen, 1980), "las variedades de conducta anormal son diversas y las causas aparentes van desde posibles factores hereditarios y genéticos hasta factores psicológicos y sociales".

"La conducta está vista como una muestra del responder en una situación particular de evaluación (Garfield y Kent, 1972; Goodenough, 1949, p. ej.). El enfoque de la evaluación es hacia lo que la persona "hace" más que a lo que "tiene" (Michel, 1968). Pero desde que la conducta se ha visto como el resultado de condiciones cambiantes del ambiente, la estabilidad en las medidas a lo largo del tiempo, los reactivos (items) o proyectos no pueden ser el único (o al menos el mayor) criterio de los buenos planes de evaluación conductual. La cualidad de la evaluación conductual debe ser valorada en términos de posición y utilidad funcional" (Hersen y Bellack, 1981).

En la práctica común, estos son los problemas comunes de diagnóstico (reconocimiento y clasificación de conductas desviadas), etiología (entendimiento de sus causas), pronóstico (prediciendo su curso) y terapia (la institución de algún método indicado de tratamiento). Las explicaciones pueden variar y las respuestas pocas veces son finales, pero siempre reflejan el conocimiento disponible y las dominantes influencias culturales del tiempo. Por lo tanto, el estudio está íntimamente conectado con la historia y con el desarrollo de las ciencias médica y conductual (Hunt, 1980; en: Kazdin y cols., op. cit.), desarrollo cuya importancia ya ha sido indicada. Una primera instancia del diagnóstico;

es comunicar información acerca de la etiología, pronóstico y terapia. Las aproximaciones contemporáneas del diagnóstico son descritas como una estructura de soporte necesaria para el más amplio desarrollo de una psicopatología científica pero bastante flexible para ajustar el creciente conocimiento de la psicopatología (Hunt, 1980, en: Kazdin y cols., 1980).

Algunas veces, la evaluación resultaría en variables orgánicas o ambientales que no pueden ser alteradas. Las variables orgánicas que pueden ser modificadas incluyen: fatiga, hambre, agudeza visual o auditiva, salud y apariencia, obesidad e higiene (Hersen y Bellack, 1981). De acuerdo a Cone (1978, en: Hersen y Bellack, 1981), las técnicas de evaluación conductual se pueden dividir en: métodos de evaluación directa, que incluyen observación en situaciones naturales, o en situaciones análogas y auto-monitoreo; métodos de evaluación indirecta, que incluyen entrevistas, auto-reportes, entre otras. El proyecto de evaluación debe incluir la situación específica que es probable para generar la respuesta de interés. Los cuatro objetivos fundamentales de la evaluación conductual son: 1) identificar las conductas objetivo y métodos apropiados de medición; 2) determinar variables controladoras ambientales y orgánicas; 3) seleccionar una estrategia de intervención que tenga una alta probabilidad de éxito; y 4) evaluar la efectividad de esta intervención (Hersen y Bellack, 1981).

Lo ideal y óptimo, es que se derivara una aplicación conductual de la investigación primordialmente sobre la conducta humana y las prioridades sociales se determinaría con los problemas que se investigaran. Se requiere de técnicas de bajo costo dirigidas a grupos comunitarios al margen de acciones institucionales y su desarrollo urgente constituirá motivo de preocupación (Ribes, 1980). "La terapia de conducta por su naturaleza, y de acuerdo igualmente con el método científico que le sirve de base, constituye como afir-

ma Haynes (1978) un sistema de procedimiento y construcciones en continua evolución y sometido a una constante auto-evaluación y auto-corrección. La terapia de la conducta en síntesis, constituye un sistema en continuo progreso que somete ininterrumpidamente sus principios y métodos a una evaluación y corrección constante en función del empirismo que la caracteriza y la sirve de base (Fernández y Carrolles, 1981).

Finalmente, recordemos que, de acuerdo a Chiva (1978) "un individuo que no plantea problemas a los demás en su medio social y que sea capaz de cubrir sus necesidades no es, en general, considerado como un retrasado mental, cualquiera que sea su coeficiente intelectual. La debilidad mental es en primer lugar un fenómeno que se define socialmente, y sería en gran parte absurdo hablar de debilidad mental sin tener en cuenta este criterio", además para él mismo, "la conducta adaptativa se encuentra definida por dos facetas principales: a) el nivel en que el sujeto puede acceder, funcionar y mantenerse en él por sí mismo; y b) el nivel de posibilidad de respuesta a las exigencias culturales que imponen una responsabilidad personal y social".

"La condición somática o conductual de una persona se convierte en una disminución solo en la medida en que la sociedad, otras personas o el individuo mismo definen su condición como indeseable y como signo distintivo. Esta definición consiste en una serie de etiquetas verbales, reacciones interpersonales distintas o técnicas de tratamiento específicas, todas las cuales implican, bien, falta de atractivo (por defectos físicos), o incompetencia, o ambas cosas" (Bartell y Guskin, 1973, en: Cruickshank, 1973).

"El análisis conductual -y la psicología en general- se transformará por el creciente compromiso de los científicos y profesionistas de países pobres que plantean pregun-

---

+La aclaración "y - en general", no aparece en el texto original.

tas y soluciones frescas a problemas tradicionales incrustados en la compleja red de valores sociales y económicos de una sociedad rica" (Ribes, 1980).

Zubin (1975, en: Kazdin y cols., 1980) presenta seis modelos etiológicos en relación al retardo en el desarrollo, todos en uso, y apoyados por la investigación, y son:

- 1) modelo ecológico, enfatiza en ambientes inadecuados y presiones ambientales, como el nivel socio-económico.
- 2) modelo del desarrollo, enfatiza en el fracaso para ajustarse a puntos de transición en la vida.
- 3) modelo de la teoría del aprendizaje, enfatiza la adquisición de conductas inefectivas.
- 4) modelo del ambiente interno, enfatiza en factores bioquímicos y metabólicos.
- 5) modelo neurofisiológico, enfatiza en las funciones desviadas del cerebro.
- 6) modelo genético, enfatiza en factores hereditarios "atómicos".

"El aprendizaje del lenguaje es la condición más importante para el desarrollo mental, porque, naturalmente, el contenido de la experiencia histórica del hombre, la experiencia histórico-social, no está consolidada solamente en las cosas materiales: está generalizada y reflejada en forma verbal en el lenguaje. Y precisamente en esta forma el niño acumula el conocimiento humano, los conceptos sobre el mundo que le rodea" (Luria y cols., 1973).

"De la influencia de las condiciones sociales en que el niño se desarrolla, depende la presencia o no de una guía educativa activa y, cuando es necesario, la posibilidad de una asistencia educativa especial. Además, está el problema del papel de los supuestos biológicos y de las características individuales, en especial las características de los tipos diversos de actividad nerviosa superior, que desde luego no pueden ser ignorados. Por último, están los problemas referentes a las características de la esfera

emotiva y motivacional de la personalidad del niño, que revisten gran importancia" (Luria y cols., 1973).

Es importante estar "conscientes de que el objeto de estudio de la psicología conductual es el estudio de la conducta y su interacción con el medio, y sin perder de vista que cada ciencia tiene su objeto de estudio y sus métodos de investigación, considerando que ninguna ciencia puede permanecer aislada cuando se trata de abordar una problemática social, y menos cuando las derivaciones deben ser puestas a beneficio de todos" tomando en cuenta que su "actividad tiene que ir dirigida a la ayuda, no de una forma paternalista" sino, consciente de si se dá o nó, una transformación dentro de la sociedad, no como consecuencia del cambio en la actividad intelectual del profesional, sino por la posición comprometida que éste asuma dentro de su profesión y hacia esta sociedad (Vargas, 1981).

Es preciso reconocer que muchas ciencias a pesar de su avance, tienen aún serias limitaciones, pero es necesario que a partir de los conocimientos teóricos actuales se continúe la investigación para que algún día a pesar de estas limitantes, podamos llegar a niveles tan importantes como es uno de los casos que nos han ocupado a lo largo de este estudio y que es el problema de la prevención del retardo en el desarrollo, lo cual nos daría lugar a un mayor avance en otras áreas relacionadas con el desarrollo psicológico del niño.

A nivel personal, se propone como aspecto importante para el mejor y más profundo conocimiento de la Psicología, tomar en cuenta el desarrollo general que ésta ha tenido a lo largo de la historia, así como el avance y más aún, la vinculación que tienen con ésta, ciertas disciplinas que comparten algunos intereses con la Psicología, lo cual nos permitirá a través de estudios de carácter multidisciplinario, enriquecer en mayor medida todas aquellas aportaciones teórico-metodológicas que el psicólogo puede brindar a la

sociedad en que se encuentra inmerso y con la cual tiene importantes compromisos de índole profesional.

## Bibliografía.

- Ammar, A.; Belajouza, M.; Maaouia, A. y Naseoui, M. "Túnez" (Educación Especial).
- Ayllon, T. y Wright, P. Nuevos papeles para el paraprofesional. En: Bijou S.W. y Ribes I., E. Modificación de Conducta. Problemas y Extensiones. México: Trillas. 1977.
- Baer, D.M.; Wolf, M.M. y Risley, T.R. Algunas dimensiones actuales del análisis conductual aplicado. En: Ulrich, R.; Stachnik, T. y Mabry, J. Control de la Conducta Humana. Vol. II. México: Trillas. 1976.
- Bartel, N.R. y Guskin, S.L. La disminución como fenómeno social. En: Cruickshank, W.M. Psicología de los niños y jóvenes marginales. España. Prentice /Hall Internacional. 1973.
- Bayés, R. Psicología y Medicina. Barcelona: Fontanella. 1979.
- Bijou, S.W. Teoría e investigación sobre el retraso mental (en el desarrollo). En: Bijou, S.W. y Baer, D.M. Psicología del desarrollo infantil. Lecturas en el análisis experimental. Vol. 2. México: Trillas. 1979.
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. Psicología del desarrollo infantil. Teoría empírica y sistemática de la conducta. México: Trillas. 1977.
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. Psicología del desarrollo infantil. Lecturas en el análisis experimental. Vol. 2. México: Trillas. 1979:
- Bijou, S.W. y Grimm, J.A. Diagnósis y evaluación conductual en la enseñanza de niños pequeños desviados. En: Bijou, S.W. y Rayek, E. Análisis conductual aplicado a la instrucción. México: Trillas. 1978.
- Bijou, S.W.; Peterson, R.F. y Ault, M.H. A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. En: Lovaas, O.I. y Bucher, B.D. Perspectives in behavior modifications with deviant children. Prentice Hall Internatio-

- nal. Englewood Cliffs. N.J. 1974.
- Blackhurst, A.E. y Berdine, W.H. An introduction to Special Education. Ed. Little, Brown and Co. (Inc.). 1981.
- Carbonari, S.R. El papel de los maestros y paraprofesionales en el salón de clases. En: Bijou, S.W. y Ribes I., E. op. cit.
- Chiva, M. El diagnóstico de la debilidad mental. Débiles normales - débiles patológicos. España. Pablo del Río Editor. 1978.
- Ciminero, A.R. Behavioral Assessment: an overview. En: Ciminero, A.R.; Calhoun, K.S. y Adams, H.E. (Eds.) Handbook of behavioral assessment. U.S.A. A Wiley - Interscience Publication. 1977.
- Coronado, G. Tratado sobre clínica de la deficiencia mental. México. Ed. C.E.C.S.A. 1978.
- Craig, J.R. y Metze, L.P. Métodos de la investigación psicológica. México. Ed. Interamericana. 1982.
- Cruickshank, W.M. Psicología de los niños y jóvenes marginales. España. Prentice /Hall Internacional. 1973.
- Davison, G.G. y Neale, J.M. Psicología de la conducta anormal. Enfoque clínico experimental. México: Limusa. 1980.
- Fernández B., R. y Carrobbles, J.A. Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones. Madrid. Ed. Pirámides, S. A. 1981.
- Fernández G., C.; López, F. y Gutiérrez, J. La investigación psicológica: su empleo en la actividad profesional. En: Ribes, E.; Rueda, M.; Talento, M.; Fernández, C. y López, F. Enseñanza, ejercicio e investigación de la Psicología. Un modelo integral. México: Trillas. 1980.
- Foncerrada, M. Simposio Internacional sobre el Niño Maltratado. Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño. México. Fonapás. 1979.
- Fonseca, J.M. Los psicólogos del tercer mundo. México. Ed.

Centro de Investigaciones Psicológicas. U.A.P. Col.  
Aníbal Ponce. 1ª Ed. 1973.

- Galindo, E.; Bernal, T.; Hinojosa, G.; Galguera, M.I.; Taracena, E. y Padilla, F. Modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y programas. México: Trillas. 1980.
- Galindo, E. y Taracena, E. La enseñanza práctica integrada al servicio de la comunidad en el área de Educación Especial y Rehabilitación de la E.N.E.P. Iztacala. En: Ribes, E. y cols. op. cit.
- Galindo, E. El concepto de retardo en el desarrollo y sus implicaciones para la enseñanza y el entrenamiento. E.N.E.P. U.N.A.M. Iztacala. Trabajo presentado en el Simposio Interamericano sobre dificultades en el Desarrollo Infantil. Bogotá, Colombia. 1981.
- Garfield, S.L. Psychological treatment of abnormal behavior: perspectives and trends. En: Kazdin, A.E.; Bellack, A. S. y Hersen, M. New perspectives in abnormal psychology. Nueva York / Oxford. Oxford University Press. 1980.
- Golfried y Davidson. Conceptual Issues in Behavioral Assessment. 1976.
- Golfried, M.R. y Linehan, M.M. Basic issues in behavioral assessment. En: Ciminero y cols. op. cit.
- Guevara, Y. Trabajo de Tesis. E.N.E.P. U.N.A.M. Iztacala, México. 1980.
- Hersen, M. y Bellack, A.S. Behavioral assessment. A practical handbokk. Nueva York. Pergamon Press. 1981.
- Homme, L.; de Baca, P.C.; Cottingham, L. y Homme, A. Qué es la ingeniería conductual. En: Ulrich y cols. op. cit.
- Hunt, W.A. History and classification. En: Kazdin y cols. op. cit.
- Kanfer, F.H. y Saslow, G. Behavioral Diagnosis. Archives of General Psychiatry. 1965, 12, 529-538.
- Kazdin, A.E. History of Behavior Modification. Experimental Foundations of Contemporary Research. University Park

Press. 1978.

Ladoucer, .; Bouchord, . y Granger, . Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta. Madrid: Ed. Debate. 1977.

López R., F. Adaptación de los procedimientos operantes de tratamiento de deficiencias conductuales en niños. En: Bijou, S.W. y Ribes I., E. op. cit.

Leontiev, A.N. Los principios del desarrollo mental y el problema del retraso mental. (1959). En: Luria, Leontiev, Vigotsky y otros. Psicología y Pedagogía. España. Akal Editor. 1973.

Manrique, P.H. y Scioville, M.I. Antecedentes generales de la Educación Especial en Colombia.

Meyerson, L.; Kerr, N. y Michael, L. Modificación de conducta en la rehabilitación. En: Bijou, S.W. y Baer, D.M. op. cit.

Michelson, L. Behavioral approaches to prevention. En: Michelson, L.; Hersen, M. y Turner, S. (Eds.). Future perspectives in behavioral therapy. Nueva York. Plenum Press. 1981.

\* Mora R., I. Desprofesionalización y práctica profesional; comentarios sobre el trabajo con retardados. Area de Educación Especial y Rehabilitación. E.N.E.P. U.N.A.M. Iztacala.

O'Leary, K.D. El ingreso del paraprofesional en el aula. En: Bijou, S.W. y Ribes I., E. op. cit.

Ollendick, T.H. y Cerny, J.A. Clinical Behavior Therapy with Children. Nueva York, Londres. Plenum Press. 1981.

Peralta, J. Algunos comentarios sobre el papel de los padres y compañeros en el control de la conducta infantil. En: Bijou, S.W. y Ribes, E. op. cit.

Ribes I., E. Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo. U.N.A.M. Trabajo presentado en el II Congreso Interamericano de Retardo Mental. Panamá. Agosto, 1975.

- Ribes I., E. Técnicas de Modificación de Conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo. México: Trillas. 1977.
- Ribes I., E. La interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en la enseñanza de la Psicología. En: Memorias de las III Jornadas Sobre Problemas de Enseñanza-Aprendizaje en el Area de la Salud. E.N.E.P. Iztacala. 1979.
- Ribes I., E. Panorama histórico del análisis conductual en México. En: Ribes I., E. y cols. op. cit. 1976
- Ribes I., E. El conductismo: Reflexiones Críticas. Barcelona: Fontanella. 1982.
- Sahakian, W.S. History and systems of Psychology. Nueva York. Halsted Press, a Division of John Wiley and Sons, Inc. 1975.
- Sarason, I.G. Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada. México: Trillas. 1978.
- Sheppard, W.C. y Willoughby, R.H. Child Behavior. Learning and development. Chicago. Rand M<sup>c</sup> Nally College Publishing Company. 1975.
- Skinner, B.F. Algunas relaciones entre la modificación de conducta y la investigación fundamental. (1971). En: Bijou, S.W. y Ribes I., E. op. cit.
- Skinner, B.F. Registro Acumulativo. Barcelona: Fontanella. 1975.
- Skinner, B.F. Ciencia y Conducta Humana. Barcelona: Fontanella. 1977.
- Solomon, P. y Patch, V.D. Manual de Psiquiatría. México. Ed. El Manual Moderno. 1972.
- Talento, M. y Ribes I., E. Consideraciones sobre el papel social de la profesión psicológica. En: Ribes I., E. y cols. op. cit.
- Telford, C.W. y Sawrey, J.M. El individuo excepcional. México. Ed. Prentice Hall Intenacional. 1973.
- Ulrich, R.; Stachnik, T. y Mabry, J. Control de la conducta humana. Vol. II. México: Trillas. 1976.

- \* Vargas S.; J.V. Entrenamiento a padres de principios básicos de modificación de conducta para la rehabilitación de sus propios hijos en una comunidad de escasos recursos. Tesis Profesional. E.N.E.P. U.N.A.M. Iztacala. 1981.
- \* Velasco, S. Determinantes socioeconómicos y culturales del retardo en el desarrollo. Trabajo no publicado. E.N.E.P. U.N.A.M. Iztacala. 1978.
- \* Wahler, R.G.; Winkel, G.H.; Peterson, R.F. y Morrison, D.C. Las madres como terapeutas conductuales de sus propios hijos. En: Bijou, S.W. y Baer, D.M. op. cit.
- Wolf. M.M. y Phillips, E.L. La familia enseñante: un nuevo modelo para el tratamiento de la conducta infantil anómala en la comunidad. En: Bijou, S.W. y Ribes, E. op. cit.
- Zarzosa E., L. Comentarios sobre un diagnóstico conductual para sujetos con retardo en el desarrollo. E.N.E.P. U.N.A.M. Iztacala. 1979.
- Historical background. Cap. 1.  
Educaación Especial en Cuba.