

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Diagnóstico y programas

**Edgar Galindo
Isabel Galguera
Elvia Taracena
Guillermo Hinojosa**

**EDITORIAL
TRILLAS**



México, Argentina, España,
Colombia, Puerto Rico, Venezuela

®



Catalogación en la fuente

Modificación de conducta en la educación especial : diagnóstico y programas / Edgar Galindo ... [et al.]. -- 4a ed. -- México : Trillas, 2011 (reimp. 2013). 336 p. : il. ; 23 cm. Bibliografía: p. 311-325 Incluye índices ISBN 978-607-17-0895-3

1. Niño, Estudio del. 2. Niños excepcionales - Educación - México. 3. Psicología pedagógica. I. Galindo, Edgar.

D- 371.9'M432

LC- LC3969'M6

899

La presentación y disposición en conjunto de MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL.

Diagnóstico y programas son propiedad del editor.

Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida o transmitida, mediante ningún sistema o método, electrónico o mecánico (incluyendo el fotocopiado, la grabación o cualquier sistema de recuperación y almacenamiento de información), sin consentimiento por escrito del editor

Derechos reservados

© X5, 2011, Editorial Trillas, S. A. de C. V.

*División Administrativa,
Av. Río Churubusco 385,
Col. Gral. Pedro María Anaya,
C. P. 03340, México, D. F.
Tel. 56884233, FAX 56041364
churubusco@trillas.mx*

*División Logística,
Calzada de la Viga 1132,
C. P. 09439, México, D. F.
Tel. 56330995, FAX 56330870
laviga@trillas.mx*



Tienda en línea

www.trillas.mx

www.etrillas.mx

*Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial
Reg. núm. 158*

Primera edición X5 (ISBN 968-24-0804-0)

‡ (XT, XI, XL, XM, XE)

Segunda edición OS (ISBN 968-24-3606-0)

‡ (OS, OR, OL, OE, OO, ST, SA)

Tercera edición SO

Cuarta edición TT

ISBN 978-607-17-0895-3

Reimpresión, septiembre 2013

Impreso en México

Printed in Mexico

*Esta obra se imprimió
el 13 de septiembre de 2013,
en los talleres de
Impresora Publímex, S. A. de C. V.*

B 75 TW

Índice de contenido

Prólogo

5

1. Introducción

13

El retardo en el desarrollo, 18

La modificación de conducta y el retardo en el desarrollo, 21

2. El centro de educación especial y rehabilitación

27

Lineamientos generales, 29

Instalaciones, 30

Población atendida, 30

Población de estudiantes y maestros, 31

Programación de actividades, 31

Programas de rehabilitación, 34

Entrenamiento de los padres, 38

El CEER Juanacatlán, 39

El CEER Iztacala, 41

El CEER Naucalpan, 41

3. El diagnóstico conductual

43

Consideraciones generales, 46

La forma de diagnóstico del CEER, 49

Pruebas de diagnóstico, 53

Entrevista con los padres, 65

9

Prueba de repertorios académicos, 82
Prueba de conducta social, 85

4. Programas de rehabilitación

- Consideraciones generales, 89
Elementos de programación en modificación de conducta, 91
Recomendaciones generales, 95
I. Programas de repertorios básicos, 99
Programa de atención, 103
Programa de imitación, 104
Programa de seguimiento de instrucciones, 105
II. Programas de habilidades sociales de adaptación, 111
Programas de conducta verbal, 111
Programas para eliminar el mutismo, 116
Programas de imitación vocal (ecoicas), 118
Programas de tactos, 119
Programas de articulación, 121
Programas de intraverbales, 126
Programas de fluidez verbal, 130
Programas de cuidado personal, 132
Programa para lavarse, 138
Programa para vestirse, 139
Programa de control de esfínteres, 142
Programa para comer adecuadamente, 143
Programa para lavarse los dientes, 145
Programas de conducta social, 147
Programas del patio de juegos, 150
Programas del salón de juegos, 153
Programa para el seguimiento de pautas sociales, 157
Programa de cooperación, 160
Programas para la eliminación de conductas problemáticas, 161
Instrucciones generales para eliminar las conductas problemáticas, 164
Programa para eliminar los berrinches, 166
Programas para eliminar la hiperactividad, 167
Programa para eliminar la agresividad, 168
Programa para eliminar la autoestimulación y la autodestrucción, 170
III. Programas académicos, 172
Programa de relaciones espacio-temporales, 176

10 Índice de contenido

87

- Programa de discriminación de formas*, 179
Programa de discriminación de colores, 185
Programa de preescritura, 187
Programa de escritura y lectura, 188
Programa de comprensión, 201
Programa de comprensión de lectura, 202
Programa de aritmética, 205
Programa para el manejo del dinero, 209
Programa de civismo, 210
IV. Formas de registro y graficación, 213

5. Resultados de los programas

Casos ilustrativos, 233

223

6. Extensiones a otros campos de la rehabilitación

- Entrenamiento para ciegos, 249
Corrección de problemas de articulación, 258
Entrenamiento para sordos, 269
Establecimiento de repertorios motores, 280

247

7. Conclusión

- Deficiencias y propósitos de mejoramiento, 290
La prevención del retardo en el desarrollo, 293
El CEER como ejemplo de un modelo de enseñanza de la psicología, 295

287

Bibliografía de modificación de conducta aplicada a la educación especial, publicada en español

297

Referencias bibliográficas

309

Glosario

311

Índice de autores

313

Índice analítico

317

Índice de contenido 11

Las personas "retardadas" constituyen un grupo muy heterogéneo que, debido en parte a su diversidad, ha recibido diferentes nombres: "cretinos", "deficientes mentales", "débiles mentales", "retardados mentales", etc.

En términos generales, puede recibir alguna de esas denominaciones desde el individuo que tiene problemas para conducirse adecuadamente en una institución educativa, hasta el que no se vale por sí mismo satisfaciendo las necesidades más elementales de la vida cotidiana, como el cuidado personal y la seguridad corporal.

En términos más estrictos, tradicionalmente se llama retardado al sujeto que presenta problemas de comportamiento cuando se reúnen condiciones que podemos resumir de la siguiente manera:

- El funcionamiento intelectual se encuentra por debajo del nivel normal.
- Se presentan problemas de aprendizaje, de madurez social, o ambas cosas.
- Estos problemas se originaron durante el desarrollo del individuo.

Como se ve, esta definición tiene que ver con el concepto de inteligencia, con la estimación de la madurez social y con la capacidad para aprender.

Tradicionalmente, la medida del funcionamiento intelectual para el puntaje obtenido en un test de inteligencia, como el Stanford-Binet o el Wechsler, que supuestamente informa de las capacidades de aprendizaje del sujeto. El grado de socialización se estima mediante una escala de madurez social, como la de Vineland.

Según la medida del test de inteligencia (el cociente intelectual), se traza un límite entre la normalidad y el retardo; este límite se fija una

estadística de la inteligencia en la población general. Este modo de conceptualizar el retardo entraña por lo menos dos problemas: el primero, señalado a menudo, consiste en que implica la existencia de algo así como una "dote intelectual" que se distribuiría entre una población dada, ajustándose a la curva normal, del modo como se distribuye, por ejemplo, la estatura; el segundo consiste en que, por lo visto, no existe un consenso universal en cuanto a los límites del funcionamiento intelectual normal. Para la Organización Mundial de la Salud la frontera se encuentra entre 49 y 50, mientras que para la Asociación Psiquiátrica Americana se halla entre 69 y 70. Así, diferentes autores y asociaciones científicas establecen diferentes criterios (véanse Solomon y Patch, 1972 y Anastasi, 1964).

No obstante, los diversos autores concuerdan en afirmar que no basta el C.I. para definir el retardo; se requiere además, como ya se dijo, de una evaluación del grado de adaptación del individuo a las condiciones sociales de su medio. Esta evaluación, por otro lado, implica a su vez problemas de definición y de medida difíciles de resolver objetivamente.

Los sujetos definidos con cualquiera de esas normas son clasificados después en subcategorías basadas en criterios que, a su vez, son diversos. Existen por lo menos tres formas de clasificación: a) por la severidad de los síntomas, b) por la causa, y c) por los síntomas clínicos (Thompson, 1972). La elección de uno u otro de los sistemas de clasificación depende, en última instancia, de la preferencia del psiquiatra o del psicólogo (véanse Anastasi, 1964, y Mayer y Gross, 1967).

Existe un consenso, sin embargo, en el sentido de que hay un retardo de origen orgánico y otro de origen social. Los retardados de origen orgánico no plantean ningún problema de definición. Pero, según algunos autores (Ullmann y Krasner, 1975), la gran mayoría de los llamados retardados no sufren de deficiencias orgánicas conocidas. Este último grupo es el que suscita controversias en torno a la legítimidad de los criterios de clasificación.

No entra en los objetivos del presente trabajo el hacer una disertación sobre el problema del retardo y las teorías que tratan de explicarlo. El lector interesado podrá encontrar en el libro de Ullmann y Krasner (1975) un excelente análisis crítico de los factores que influyen en la estimación del retardo, del procedimiento para hacer la estimación y de las consecuencias de la misma; en el artículo de Thompson encontrará una crítica de los malentendidos acerca del retardado, y en el trabajo de Bijou (1975) una evaluación de las teorías actuales y un enfoque alternativo.

No obstante, consideramos conveniente señalar los planteamientos de los autores mencionados que concuerdan a nuestros propósitos.

Esos planteamientos pueden resumirse en los puntos siguientes:

1. Las clasificaciones tradicionales no son más que etiquetas que no conducen a formas de tratamiento y, por tanto, no redundan en beneficio del sujeto pero, en cambio, pueden crearle problemas sociales. Se exceptúan los casos en los que hay una patología orgánica y existe un tratamiento médico.
2. No existe un solo "retardo". Los llamados retardados constituyen un grupo muy diverso, es decir, existen muchos tipos de "retardados". El grupo es diverso no sólo por la etiología del problema, sino también por el tipo de conductas de cada caso. Así, mientras la deficiencia de uno puede radicar en el lenguaje, la de otro puede radicar en el cuidado personal.
3. La clasificación entraña muchas veces la idea de que el sujeto puede o no puede aprender. En contraposición, se sostiene que todo retardado, cualquiera que sea la etiología o el problema concreto, es entrenable.
4. En última instancia, el retardo se refiere a un estado en el que el individuo carece de los repertorios conductuales corrientes en otros individuos de la misma edad y condición.
5. En la mayoría de los casos, como el retardo no está asociado con una patología orgánica, la clasificación de un individuo como retardado se basa en criterios socioculturales. Lo que se estima es el grado de desviación del sujeto respecto de los valores sociales vigentes en un momento dado, tal como los establece la cultura dominante. No se trata, entonces, de una estimación científica, sino de un juicio de valor culturalmente prejuiciado.
6. Tradicionalmente, el retardo mental se atribuye a, por lo menos, dos causas: la una hereditaria y biológica, la otra ambiental y social. Se sostiene a menudo que la inteligencia se hereda y el ambiente la modifica fomentándola u obstruyéndola. Este modo de plantear el problema lleva inevitablemente a una controversia sobre lo heredado y lo aprendido del comportamiento. Ahora bien, esta controversia, ya vieja en la psicología, no ha desembocado en ningún resultado positivo; los psicólogos modernos consideran inútil tal discusión, pues es irreductible la relación íntima entre lo genético y lo ambiental y, en última instancia, esos conceptos son términos genéricos que se refieren a conjuntos de variables. Por tanto, es más adecuado partir de la base de que la conducta (retardada o no) es resultado de la interacción de numerosas variables de distintos tipos.

Todas estas consideraciones han dado lugar a un replanteamiento del problema del retardo. Este nuevo enfoque tiene la característica de que rechaza las formulaciones mentalistas, y adopta un punto de vista obje-

EL RETARDO EN EL DESARROLLO

Como ya se dijo, el nuevo punto de vista replantea el problema del retardo apelando, para ello, a los métodos y los conceptos de la psicología experimental. A la vez, pretende utilizar las técnicas derivadas del estudio del comportamiento animal en el laboratorio (llamadas técnicas de modificación de conducta), a la rehabilitación de los retardados.

El pionero de este enfoque, S. W. Bijou, ha publicado un buen número de trabajos acerca de los fundamentos y de las implicaciones de denominado *retardo en el desarrollo*, así como numerosos artículos sobre la rehabilitación del retardado mediante la modificación de conducta. El lector interesado podrá hallar en las publicaciones originales toda la información pertinente, nosotros nos limitaremos a exponer los aspectos fundamentales.

Veamos cómo define el autor el retardo en el desarrollo:

El retardo se considera como una desviación en el desarrollo psicológico y, por consiguiente, se utiliza 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 que están "dentro de los límites normales". El desarrollo retardado evoluciona a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían de lo normal en grados extremos; mientras más extremas sean las desviaciones, más retardado será el desarrollo (Bijou, 1975, pág. 248).

El retardo se define recurriendo a la conducta, apelando a relaciones entre eventos observables y definiendo funcionalmente esas relaciones.

La conducta del retardado, como cualquier otra conducta, es función de su historia genética y adaptativa, y se caracteriza por ser inadecuada desde el punto de vista adaptativo.

La conducta, retardada o no, 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, y 4) las condiciones ambientales momentáneas (Ribes, 1976). Los factores biológicos delimitan el equipo de respuestas del individuo y dan lugar a un ambiente interno; en el retardado, el equipo de respuestas

particularmente 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 a menudo únicamente por ellas. 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 la gente encargada de su educación, etc. En el caso del retardo, el carácter extraordinario de uno o varios de estos factores determina la conducta retardada.

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 inadaptables se explican, no apelando a una deficiencia intelectual hipotética ni a un impedimento orgánico, sino 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.

Es evidente que el concepto de retardo en el desarrollo tiene importantes implicaciones para el diagnóstico y el tratamiento del retardado.

El diagnóstico es funcional y consiste en determinar las características conductuales del individuo, independientemente de su etiología, tal como veremos más adelante.

El diagnóstico permite averiguar en qué grado está el sujeto en desventaja para vivir en el medio físico, cultural y social en el que se encuentra. Es el medio social, no el diagnóstico, el que determina si una persona es retrasada o no, ya que establece normas de comportamiento para cada edad.

El diagnóstico señala las líneas que debe seguir la rehabilitación: ésta ha de concentrarse en la enseñanza de lo que el sujeto debió haber aprendido según su edad.

El tratamiento supone, en primer lugar, un análisis de cada una de las deficiencias conductuales en el que éstas se definen funcional y topográficamente; es posible que el sujeto carezca de ciertos repertorios adaptativos (atención, lenguaje, cuidado personal, etc.) o que posea repertorios inadaptables (hiperactividad, agresividad, autoestimulación, etc.), y el análisis busca determinar en qué condiciones se da o no se da, se ha dado o no se ha dado, la conducta. Obviamente, a menudo se encuentra que los factores biológicos (lesiones, limitaciones sensoriales o motrices, etc.) son o han sido de suma importancia para retardar el desarrollo; en este caso se estudia la posibilidad de compensar de algún modo la defi-

En segundo lugar, el tratamiento supone una estimación de la importancia de las deficiencias conductuales para el desenvolvimiento del sujeto en su medio. Así, se hace una jerarquización de los objetivos del tratamiento: para un sujeto puede ser más importante un programa para establecer la conducta de imitar, mientras que para otro puede serlo la articulación correcta de los sonidos del lenguaje, y para otro más las conductas de leer y escribir. Los repertorios conductuales fundamentales, los llamados *repertorios básicos*, son los que han de establecerse primero si el sujeto carece de ellos; enseguida vienen, en orden de importancia, los repertorios sociales y de adaptación y, por último, los académicos y vocacionales. Es obvio que el sujeto que carece de los repertorios básicos no posee tampoco los demás. También es obvio que un sujeto que posee repertorios básicos, sociales y verbales tiene un grado de adaptación muy elevado, y que el que carece de los básicos es prácticamente un inválido. A menudo se considera necesario eliminar alguna conducta que interfiere con el desarrollo, la cual puede constituir el problema prioritario.

Por último se pasa al tratamiento propiamente dicho, es decir, al establecimiento, al mantenimiento, al fortalecimiento o a la eliminación de los repertorios conductuales. Esto requiere de una estrategia de intervención que, como ya se dijo, no es más que la aplicación de las técnicas de modificación de conducta a la rehabilitación del retardado.

No menos importante es el hecho de que el concepto de retardo en el desarrollo establezca una continuidad entre el desarrollo normal y el desarrollo retardado. Así, el estudiar uno implica aumentar nuestro conocimiento del otro; las fronteras entre el retardo y la normalidad se han borrado al grado de que, actualmente, es difícil trazar una línea divisoria entre los estudios que se ocupan de los problemas de aprendizaje de los niños "normales" y los que estudian los problemas escolares de los sujetos "anormales", por mencionar sólo un ejemplo.

De este modo, ya que la clasificación es lo menos importante para la rehabilitación, encontramos a menudo que son tratados con los mismos métodos individuos que tradicionalmente se consideran deficientes (como los mongoloides y los microencefálicos), individuos que comúnmente se remiten a otra categoría clínica (como los autistas y los perturbados emocionales), e individuos que se consideran normales, pero padecen de algún problema de aprendizaje o de adaptación social.

Por tanto, una de las características principales de este enfoque es que considera a cada caso por separado para su diagnóstico y tratamiento, lo cual trae como consecuencia la desaparición de la necesidad de agru-

LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA Y EL RETARDO EN EL DESARROLLO

La modificación de conducta no es más que la parte aplicada de la psicología experimental; sus métodos se han derivado 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, y cuyo fundamento teórico ha de buscarse en las obras de B.F. Skinner, I. P. Pavlov y J.R. Kantor.

El análisis experimental de la conducta tiene ya una larga historia en la psicología moderna; su principal característica es que considera a la conducta como el objeto de estudio de la psicología, y utiliza una metodología científica rigurosa tanto para experimentar como para teorizar. Esta metodología permite unificar en un solo continuo fenómenos que a menudo se han estudiado considerándolos desvinculados entre sí, al grado de constituir campos de estudio diferentes dentro de la propia psicología: *percepción, aprendizaje y memoria, motivación y emoción, pensamiento y lenguaje.*

En las últimas décadas se ha publicado una gran cantidad de trabajos experimentales que analizan diversos fenómenos del comportamiento, tanto en seres humanos como en animales. Estos trabajos han producido un acervo de conocimientos sobre la conducta que, como era de esperarse, se ha tratado de aplicar a la solución de problemas conductuales humanos; de ahí la modificación de conducta.

Por otro lado, el estudio intensivo del comportamiento ha aportado innumerables datos, los cuales han ido conformando toda una teoría del aprendizaje en la que son fundamentales conceptos como los de estímulo, respuesta, conducta operante, contingencias de reforzamiento, etc. Estos términos son funcionales y a partir de ellos se definen otros fenómenos conductuales que, a su vez, son fundamentales para entender la conducta.

El análisis conductual aplicado, como ya se dijo, emplea los términos, los conceptos, los métodos y los análisis teóricos del análisis experimental de la conducta. Por tanto, nada tiene de extraño que en el trabajo de modificación de conducta se hable a menudo de programas de reforzamiento, reforzamiento condicionado, reforzador natural, moldeamiento, encadenamiento, control del estímulo, estímulo discriminativo, generalización, discriminación, extinción, castigo, tiempo-fuera, costo de respuesta,

largo de su lectura, que se trata de términos que cuentan con una definición precisa y que implican un empleo riguroso en el trabajo aplicado (véanse el glosario y la sección de programas).

Una vez más, no pretenderemos profundizar en los logros, los alcances y las limitaciones del análisis experimental de la conducta, y nos conformaremos con remitir al lector a obras como la de Honig (1975) y la de Honig y Staddon (1977), que presentan un panorama general, amplio y profundo, del estudio del comportamiento hasta la fecha. Tampoco revisaremos a fondo los fundamentos, las aplicaciones y el desarrollo de la modificación de conducta, para lo cual recomendamos el libro de Leitenberg (1976).

La modificación de conducta es un conjunto de técnicas muy diferentes que se han aplicado, y se aplican, a la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, la psicología clínica, la educación especial y la rehabilitación.

Como puede observarse, son variados los problemas que se atacan: desde las crisis matrimoniales y las adicciones, hasta los casos de neurosis y esquizofrenia, en la clínica; desde la organización de guarderías y la estructuración de técnicas de enseñanza, hasta el tratamiento de problemas de aprendizaje, en la educación; desde el establecimiento del control de esfínteres y del lenguaje, hasta el entrenamiento en labores productivas, en la educación especial, y desde el entrenamiento muscular hasta la enseñanza del uso de muletas, en la rehabilitación.

No obstante, por múltiples que sean las técnicas y los problemas, son pocos los principios generales que fundamentan la modificación de conducta. En general, el rasgo común de todos estos procedimientos es la estructuración sistemática de las condiciones ambientales para cambiar la conducta del sujeto, es decir, para establecer, mantener, transformar o eliminar repertorios conductuales. La modificación de conducta es, entonces, un procedimiento de enseñanza.

Sucede aquí en general lo que sucede en particular en el caso del retardo: el hecho de que se trate de un conjunto de técnicas, basadas en los mismos principios generales y aplicables a todo tipo de problemas de conducta, ha dado lugar a que desaparezcan los límites entre lo que es un problema clínico, uno de educación y uno de retardo o rehabilitación; en modificación de conducta lo menos importante es el nombre que se dé al "mal".

En lo que respecta al problema que nos ocupa, el estudio experimental de casos de retardo y la aplicación de la modificación de conducta a la rehabilitación del retardado, se iniciaron en la década de 1950 con tra-

Raynon y otros, quienes utilizaron los principios del condicionamiento operante para establecer diferentes conductas en retardados, o para es- condicionar las características del retardo. Estos estudios demostraron que el condicionamiento operante era una herramienta poderosa, capaz de eliminar problemas de conducta en sujetos que los habían padecido durante años, y de establecer nuevos repertorios incluso en pacientes vegetativos con los que habían fracasado otras técnicas. Desde entonces, ha aparecido un número creciente de publicaciones sobre el tema. Los trabajos publicados han tenido objetivos diversos y han empleado diferentes procedimientos, han incidido en todo tipo de sujetos retardados, se han realizado en todos los ambientes en los que es posible trabajar con estos pacientes (el hogar, el taller, la escuela especial, la escuela normal, la clínica de conducta y el hospital) y han recurrido a menudo a entrenamiento de las personas que rodean al afectado (maestros, familiares, compañeros, tutores, profesionales y paraprofesionales) para que colaboren en la rehabilitación o se hagan cargo de ella.

Los problemas abordados son también numerosos; se ha trabajado prácticamente en todas las áreas que conciernen a la rehabilitación del retardado, como son los repertorios básicos, el cuidado personal, las conductas problemáticas, el lenguaje, las conductas académicas, el comportamiento social, el control muscular y el entrenamiento vocacional.

En el área de los repertorios básicos se ha logrado establecer en sujetos profundos conductas tales como las de atención, discriminación, imitación y seguimiento de instrucciones, todas las cuales son prerequisite para cualquier otro entrenamiento.

En el área del cuidado personal o autocuidado, se han establecido en los retardados conductas como las de comer, vestirse y controlar esfínteres, más otras de arreglo personal como bañarse, peinarse, lavarse los dientes, etc.

En lo que se refiere a las conductas problemáticas o perturbadoras, se ha trabajado con casos de autoestimulación, autodestrucción, hiperactividad, agresividad, gesticulación y, en general, con conductas que por su elevada frecuencia o por su falta de propiedad interfieren con el desarrollo social del sujeto y dificultan la adquisición de comportamientos deseados.

De los problemas del lenguaje o verbales, se han tratado el mutismo, la tartamudez, la disartria, las verbalizaciones inadecuadas o ininteligibles y la pobreza gramatical o sintáctica o de vocabulario.

Los programas de rehabilitación social han abarcado globalmente muchos de los problemas antes mencionados en el tratamiento, por ejemplo, de los sujetos llamados autistas, o han establecido conductas de juego,

En el aspecto académico se ha trabajado con el funcionamiento del salón de clases en la escuela especial, poniendo énfasis en el control de conductas perturbadoras, en el establecimiento de habilidades cognitivas y en la enseñanza de repertorios de atención, cooperación y autocontrol. Por otro lado, se ha estudiado sistemáticamente la programación de los materiales de enseñanza y el uso de sistemas motivacionales.

En el campo de la rehabilitación motriz han sido abordados aspectos como el uso de prótesis (lentes, muletas, etc.), el refinamiento del control muscular, el incremento de la movilidad corporal y el establecimiento de conductas tales como las de caminar y sentarse.

En cuanto al área vocacional o laboral, se han publicado varios estudios sobre la enseñanza de habilidades remunerativas a retardados, en talleres permanentes o transitorios, o en clases de entrenamiento vocacional.

Por último, un cierto número de publicaciones ha sido dedicado al diseño de ambientes para retardados y al entrenamiento de familiares, maestros, profesionales y paraprofesionales en el manejo de programas de rehabilitación.

Para mayor información sobre estos temas, remitimos al lector a la excelente revisión de Birbrauer (1976), en la cual analiza los progresos, los fracasos y las perspectivas futuras de la modificación aplicada al retardo en casi todas las áreas mencionadas, así como también, muy especialmente, al libro de Ribes (1976), que expone con mayor amplitud muchos de los conceptos aquí vertidos y cuya lectura consideramos indispensable para la comprensión cabal de la presente publicación, por ser su antecedente directo.

La forma de diagnóstico y los programas de rehabilitación que se presentan en las páginas siguientes tienen su fundamento y sus antecedentes en las obras mencionadas. Nuestra labor ha consistido principalmente en adaptar a las circunstancias de nuestro medio los programas o las proposiciones contenidos en tales obras; no pocas veces hemos tomado íntegros sus diseños y de vez en cuando nos hemos visto obligados a hacer algún diseño por nuestra cuenta, pero siempre basándonos en sus ideas. Consideramos, entonces, que los logros obtenidos hasta ahora se deben, en última instancia, al trabajo de todos aquellos investigadores que se han dedicado a la rehabilitación de los que sufren de retardo en el desarrollo.

No quisiéramos terminar esta introducción sin referirnos brevemente a los problemas que plantea la aplicación de la modificación de conducta en nuestra sociedad.

que fundamentan nuestra labor se han realizado en países que cuentan con enormes recursos profesionales, tecnológicos y financieros, y cuya estructura sociocultural difiere de la de nuestro medio latinoamericano. Nos hemos enfrentado, entonces, con dificultades de diversa índole que podemos enumerar de la manera siguiente:

1. No contamos con suficiente personal capacitado para atender a la población afectada de retardo. Si faltan maestros, médicos y enfermeras mal".
2. No contamos con muchos aparatos y materiales de enseñanza que son de fácil acceso en una sociedad desarrollada. A menudo nos vemos obligados a desechar algún sistema de rehabilitación, ya sea porque no disponemos de algún adiminículo imprescindible, porque la tecnología disponible no permite elaborarlo, o porque su costo lo pone fuera de nuestro alcance.
3. Carecemos de una infraestructura administrativa que facilite la rehabilitación y la investigación proporcionando las instalaciones, los materiales y el apoyo económico necesarios para la buena marcha de cualquier empresa de servicio social.
4. La mayoría de las veces, los individuos retardados provienen de los grupos socialmente marginados y, por tanto, sus familiares no cuentan con recursos suficientes para establecer, por ejemplo, un sistema motivacional como los que se proponen, ni su nivel educativo les permite manejar los materiales de rehabilitación tal como se sugiere usualmente. Más grave aún, trágico incluso, es el hecho de comprobar que por lo general estos individuos y sus familias se desenvuelven en medios en los que no se satisfacen las necesidades más elementales, por lo que la rehabilitación se torna secundaria ante carencias vitales; la pobreza explica el problema y la rehabilitación no es más que un paliativo. Obviamente el problema es social y una solución real exigiría, más que rehabilitar a las víctimas cambiar las condiciones que las producen.

5. Muchas veces, el modo de abordar los problemas del retardo, e incluso la definición misma de retardo con todas sus implicaciones, eñan una forma de concebir la sociedad y las necesidades del individuo que es incompatible con los patrones culturales de nuestro medio, o con lo que son para nosotros los objetivos de la educación y la organización social.

En lo concerniente a los primeros cuatro puntos, hemos tratado de enfrentar las dificultades en la medida de nuestras posibilidades. De ahí