

problems with the emerging quality of life consensus. *Mental Retardation*, 36, 104-115.

Keith, K.D. (1996). Measuring quality of life across cultures: Issues and challenges. In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume I: Conceptualization and measurement* (pp. 73-82). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Keith, K.D. (2001). International quality of life: Current conceptual, measurement, and implementation issues. *International Review of Research in Mental Retardation*, 24, 49-74.

Keith, K.D., & Schalock, R.L. (Eds.). (2000). *Cross-cultural perspectives on quality of life*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Landesman, S. (1986). Quality of life and personal life satisfaction: Definition and measurement issues. *Mental Retardation*, 24, 141-143.

Lindstrom, B. (1992). Quality of life: A model for evaluating health for all. *Soz. Praventivmed*, 37, 301-306.

Markus, H., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.

Matikka, L.M. (1996). Effects of psychological factors on the perceived quality of life of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 9, 115-128.

Murell, S.A., & Norris, F.H. (1983). Quality of life as the criterion for need assessment and community psychology. *Journal of Community Psychology*, 11, 88-97.

Myers, D.G. (1992). *The pursuit of happiness: Who is happy and why*. New York: William Morrow.

Myers, D.G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-57.

Parmenter, T.R. (1992). Quality of life of people with developmental disabilities. *International Review of Research in Mental Retardation*, 18, 247-287.

Parmenter, T. & Donnelly, M. (1997). An analysis of the dimensions of quality of life. In R.L. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice* (pp. 91-114). Cheltenham, UK: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.

Rapley, M. & Hopgood, L. (1997). Quality of life in a community-based service in rural Australia. *Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, 22 (2), 125-141.

Renwick, R., & Brown, I. (1996). The Centre for Health Promotion's conceptual approach to quality of life. In R. Renwick, I. Brown, and M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications* (pp. 75-86). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Renwick, R., Brown, I., & Nagler, M. (Eds.) (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Renwick, R., Brown, I., & Raphael, D. (2000). Person-centered quality of life: Contributions from Canada to an international understanding. In K.D. Keith and R.L. Schalock (Eds.), *Cross-cultural perspectives on Quality of life*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Saxena, S., Carlson, D., Billington, R., & Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Brief). The importance of its items for cross cultural research. *Quality of Life Research*, 10, 711-721.

Schalock, R.L. (1994). Quality of life, quality enhancement, and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation. *Evaluation and*

Program Planning, 17, 121-131.

Schalock, R.L. (1994). The concept of quality of life and its current applications in the field of mental retardation/developmental disabilities. In D. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues* (pp. 266-284). Cambridge, MA: Brookline.

Schalock, R.L. (1996). Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume I: Conceptualization and measurement* (pp. 123-139). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R.L. (Ed.). (1997). *Quality of life: Vol. II: Application to persons with disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R.L., Bonham, G.S., & Marchand, C.B. (2000). Consumer based quality of life assessment: A path model of perceived satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 23, 77-87.

Schalock, R.L. & Jensen, M. (1986). Assessing the goodness-of-fit between persons and their environments. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 11(2), 103-109.

Schalock, R.L., Keith, K.A., Hoffman, K. & Karan, O.C. (1989). Quality of life: its measurement and use. *Mental Retardation*, 27, (1), 25-31.

Schalock, R.L., & Verdugo, M.A. (2002). *Handbook on Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Skevington, S.M., Bradshaw, J., & Saxena, S. (1999). Selecting national items for the WHOQOL: Conceptual and psychometric considerations. *Social Sciences and Medicine*, 48, 473-487.

Stancliff, R.J. (2000). Proxy respondents and quality of life. *Evaluation and Program Planning*, 23, 89-93.

Taylor, S.J. (1994). In support of research on quality of life, but against QOL. In D. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues* (pp. 260-265). Cambridge, MA: Brookline.

The WHOQOL Group (1995). The definition of quality of life and development of international quality of life assessment instruments. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Sciences and Medicine*, 46, 1569-1585.

Turnbull, H.R., III, & Brunk, G.L. (1997). Quality of life and public policy. In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume II: Application to persons with disabilities* (pp. 201-209). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

United Nations. (1993). *United Nations standard rules on the equalization of opportunities for disabled persons*. New York: United Nations General Assembly. Author.

Wehmeyer, M. & Schwartz, M. (1998). The relationship between self-determination and quality of life for adults with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33(1), 3-12.

Wolfensberger, W. (1994). Let's hang up "quality of life" as a hopeless term. In D. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues* (pp. 285-321). Cambridge, MA: Brookline.

World Health Organization (1997). *Measuring Quality of life: The World Health Organization quality of life instruments*. Geneva: Author.

World Health Organization (1999). *International classification of functioning and disability (ICIDH-2). Beta-2 draft for field trials*. Geneva, Switzerland: Author.

LA INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN EL CAMBIO DE LA CONDUCTA

Sebastià Forteza Bauzá y Rosa Ana Espigares Rincón
Residencia Son Tugores y Universitat de les Illes Balears

RESUMEN

Tras una breve revisión teórica donde analizamos la consideración y la influencia de las relaciones sociales hemos evaluado, mediante observación natural no participativa, algunas conductas -en concreto: la expresión facial; el interés hacia los demás; la realización o no de alguna actividad; y el desplazamiento- de dos sujetos con retraso mental que viven, desde hace años, en una residencia sin apenas recibir visitas. Una vez tomadas varias medidas de línea base, se establecieron vínculos sociales de carácter positivo, es decir, procurando que fueran agradables; estos vínculos se diseñaron, como si se tratara de una visita similar a la que suelen realizar los familiares a los usuarios de residencias. Durante esta segunda fase -de tratamiento- se siguió evaluando con independencia temporal de la visita -y así controlar, en cierta medida, que no hubiera una dependencia directa entre el vínculo y la evaluación-. Los resultados demuestran que, cuando comparamos los datos de la primera fase con los de la segunda (sin visita/con visita), existen diferencias. Estas diferencias son escasas, pero, a nuestro entender, suficientemente importantes para el problema que nos ocupa.

Palabras Clave: Retraso Mental. Relaciones Sociales. Residencia

ABSTRACT

After a brief theoretical review in which we analyse the consideration and influence of social relationships, we have evaluated, by mean of natural non-participative observation, some behavior -to be specific: facial expression; interest in others; performance or not of an activity; and movement from one place to another- of two mentally retarded subjects who have lived for some years in a residential institution hardly receiving any visits. Once we had taken some basic measures, social bonds of a positive character were established, that is to say they were pleasant bonds; these bonds were designed as if they were a visit, similar to the visits that relatives might make to patients in such an institution. During this second phase -treatment- we continued evaluating, irrespective of the time scale of the visit -and controlling, in some way, that there was no direct dependence between the bonding and the evaluation-. The results show that when we compare the data of the first phase with that of the second (without visit/with visit), there are differences. These differences are few, but in our view are sufficiently important for the problem in hand.

Key Word: Mental Retardation; Social Relationships; Residence/Institution

Si afirmamos que las relaciones sociales tienen un efecto psicológico significativo, seguro que lograríamos un amplio consenso; no obstante, por lo importante que es el asunto, nuestro conocimiento peca, más bien, de escaso.

De hecho, Humphrey (1993) fue uno de los primeros en "denunciar" la desfavorable situación -al menos teórica- de los asuntos sociales respecto a otros, así para él: "nadie hablaba de una inteligencia social", en cambio, proliferaba el discurso sobre la denominada inteligencia práctica. Todo ello contrastaba con la observación de que muchas actividades vitales, es decir, relacionadas con la supervivencia, se desarrollaban gracias a la relación social.

Rivière y Núñez (1996), comentan algo similar, textualmente dicen: "Muchos enfoques clásicos del desarrollo humano y de la educación se han basado en un equívoco importante, en una dicotomía falsa, que sólo recientemente ha empezado a desvelarse gracias a la investigación evolutiva. Nos referimos a la disyunción entre el desarrollo cognitivo, por una parte, y el desarrollo social, por otra" (pag. 7).

Barrón (1996) piensa lo mismo pero aplicado al ámbito de la salud mental: "Desde finales de los años sesenta, aproximadamente, hemos asistido a un cambio importante en la psicología...se aprecia un creciente reconocimiento de la influencia de los sistemas sociales en la conducta humana y, cómo no, en la salud y la enfermedad" (pag. 3).

Por otra parte, Bruner (1995) llamó la atención sobre la psicología inspirada en las ciencias computacionales, porque enfocaban asuntos ajenos a la naturaleza humana (conocimiento de procedimientos, experimentos con sílabas sin sentido...) y, en cambio, apenas describían los problemas del ser humano real; un ser, al fin y al cabo, social lleno de simbolismos, historias y narraciones.

De hecho, incluso el razonamiento humano depende del contexto, de ahí que si planteamos los mismos problemas de diferente manera -con o sin contenidos sociales- pueden generar resultados diferentes (Legrenzi, 2000).

Pero, la familiaridad y aparente simplicidad de las relaciones sociales le restaron protagonismo. La psicología

gía dominante del primer tercio del siglo XX deseaba emular a las ciencias físicas -es decir, ciencias empíricamente impecables- lo importante, por tanto, era crear técnicas y aparatos, en apariencia, triviales.

Efectivamente, la "fe" en nuestras capacidades técnicas generaron especulaciones como la de Watson, quien estaba convencido que podía convertir a una docena de chicos en: médico, abogado, artista, jefe de comercio, pordiosero o ladrón, no importándole los talentos, inclinaciones o tendencias. Desde esta postura todo lo relacionado con el afecto perdió interés; así, el propio Watson recomendaba, respecto a la educación infantil: "*Nunca los abracéis ni los beséis, nunca los dejéis sentarse en vuestro regazo. Si tenéis que hacerlo besarlos una sola vez en la frente al darles las buenas noches para irse a la cama*" (citado por Bradley, 1992; pag. 56-57).

Esta forma de pensar continuó hasta varias décadas más tarde; por ejemplo, fue famoso el nido que construyó Skinner para criar a sus hijas, alejadas de las malas influencias interpersonales (Skinner, 1980).

Otra fuente para analizar esta visión técnica, la hallamos en ciertos manuales de psicología, bastante difundidos en su momento, como, por ejemplo, el de Ulrich, Stachnik y Mabry (1974): "*Control de la conducta humana*". En él hallamos un módulo titulado "Tecnología de la conducta", en el cual, además, hay un apartado denominado ¿Qué es la ingeniería conductual? Si nos fijamos simplemente en las palabras usadas -control, tecnología, ingeniería- comprobamos las formas de pensar en aquellos momentos.

Una década más tarde seguimos observando, si analizamos algunos otros manuales -por ejemplo, Rimm y Master (1980); Sulzer-Azaroff y Mayer (1983); Mayor y Labrador (1985)-, que ni tan siquiera le dedican un apartado a la relación social entre el modificador y la persona a modificar. Todo esto sugiere, sea implícita o explícitamente, que la técnica, entendida como una serie de pautas, era considerada el elemento relevante del proceso de modificación.

Estas posturas técnicas, fueron criticadas debido a la facilidad que tenían de culpar al sujeto discapaci-

tado cuando los tratamientos no funcionaban (Poplin, 1991). Es decir, se justificaban los procedimientos diseñados con criterios científicos; estos -precisamente por ser científicos- no podían fallar, los sujetos, en cambio, sí.

El "optimismo" que generaron las técnicas, es decir, la eficacia de seguir, simplemente, unos procedimientos se matizó con el tiempo. La realidad resultó más "tozuda" de lo que se pensaba.

De hecho, ciertos temas actuales -por ejemplo, la adherencia, la validez o el impacto social de los tratamientos- que centran el interés de algunos investigadores (Witt y Elliot, 1985; Wacker et al., 1990; Meinchenbaum y Turke, 1991; Peterson y McConell, 1993 y Kaye, et al., 1993), inciden, directa o indirectamente, en la idea anterior: persiguen mejorar los tratamientos, porque los resultados no acaban de ser tan satisfactorios como desearían. Parte de esta investigación se basa en la importancia que se le otorga a la interacción social entre los agentes del cambio.

En cuanto a las relaciones sociales propiamente, no sólo reaparecen como un elemento necesario para el cambio personal, sino que, además, recientes estudios indican que la salud se relaciona directamente con los vínculos sociales (Lazarus y Folkman, 1986; Pearlin, 1989; Schlosser, 1990). Esta sugerencia -que por supuesto aún hoy debe ser demostrada (Gracia, et al., 1995)- deja el tema de las "relaciones sociales" en un lugar de privilegio.

En este panorama, no es extraño la edición de manuales dedicados -desde la perspectiva técnica- a las "habilidades terapéuticas"; como sucede, por ejemplo, con el de Ruiz y Villalobos (1994).

Los tratamientos de las conductas problema, por citar otro campo próximo al mundo del retraso mental, también modifican sus posturas; así, podemos leer una declaración que señala directamente -a nuestro entender- las mismas ideas que describimos: "*la intervención no consiste simplemente en aplicar unos procedimientos para cambiar la conducta. Más bien, la intervención implica cambiar las relaciones, esto es, la forma en que las personas con o sin discapacidad interactúan entre sí*"

(pag. 25; Carr et al., 1996).

En conclusión, no hemos podido eludir, en los tratamientos psicológicos, la relación social. Fenómeno obvio y a la vez huidizo. Fenómeno, por otra parte, difícil de reducir, hoy por hoy, a sus componentes puramente técnicos.

Con todo, no defendemos que la relación social sea una alternativa a las técnicas, al contrario, pensamos que, además del uso de éstas, la manipulación adecuada de la relación social será un elemento clave del proceso.

Con el tiempo, quizá, los elementos que configuran la relación -como, por ejemplo, el afecto, la empatía, el poder o la capacidad de convicción- se transformarán en elementos técnicos, es decir, que se aplicarán siguiendo unas pautas, lo que garantizará un determinado éxito. En otras palabras, es posible que muchos elementos sociales dejen de depender de la "astucia" o la capacidad de "liderazgo" de la persona que aplica el programa.

Lo que no cabe duda es que, hoy por hoy, el interés por la relación social va en aumento. Lo demuestra que se desarrollen programas como el de la Universidad de Oregón, denominado: "Neighborhood Living Project", cuyo objetivo principal es, sobre todo, aumentar los vínculos sociales de las personas discapacitadas que viven en residencias (Newton, Olson y Horner, 1995; Newton, Horner, LeBaron y Sappington, 1995; Newton, Ard, Horner, y Toews, 1996).

También, en el proceso de "cambio institucional", que se está produciendo desde hace varias décadas en gran parte del mundo, las relaciones sociales representan un criterio de eficacia que justifica dicho cambio. (Felce, Repp, Thomas, Ager, y Blunden, 1991, Cattermole, Jahoda y Markova, 1991).

Y, como no podría ser de otra manera, la relación social resulta ser un factor necesario para lograr unos mínimos estándares de calidad de vida (Schalock, 1996 y Felce y Perry, 1996).

Por todo ello, en el presente trabajo deseamos comprobar si la relación social, repercute en las conductas de dos personas con retraso mental que viven en una residencia, desde hace varios años. La relación

social la entendemos como una visita, similar a la que realizan las familias.

Las conductas elegidas son las siguientes: **Expresión alegre**, si el sujeto manifestaba de forma clara alegría (mueca alegre o reír). **Interés hacia los demás**, si el sujeto está en contacto con otros en oposición a estar solo. **Activo**, si realiza alguna actividad o, al contrario, no hace nada. La última conducta, **desplazarse**, se anotaba si el sujeto deambulaba.

Método

Sujetos

La investigación se ha centrado en dos usuarios de una residencia para deficientes mentales adultos.

Antonio tiene 51 años y presenta un diagnóstico de Retraso Mental que precisa ayuda total y generalizada por causa de una hipoxia-isquémica perinatal. Su edad mental, según el ICAP (Inventario para la Planificación de Clientes y Servicios; Bruininkis et al., 1986; traducción de Montero, 1993), es de cuatro años y ocho meses. Ingresó en la residencia en 1992 al enfermar su madre, con la que había vivido hasta el momento. Debido al ingreso en la institución tiene limitada su movilidad comunitaria y es obligado a seguir un régimen de normas que, sin duda, es más estricto del que tenía en su hogar. Esta forma de vida más estricta le provoca, al parecer del equipo técnico, un conjunto de conductas problema como: agitación motora, autoagresiones, verbalizaciones obsesivas y agresiones al personal. Por otra parte, Antonio presenta un buen nivel de autonomía personal, sólo precisa supervisión en los aspectos de aseo, puede vestirse y desvestirse, come sin ayuda, controla esfínteres y colabora en las tareas domésticas. Tiene un carácter extravertido aunque, en ocasiones, apático; cuando "está bien" mantiene una buena relación con sus compañeros y monitores, cuando se encuentra "mal", en cambio, manifiesta tristeza, prefiere la soledad y suelen aparecer las conductas problema descritas anteriormente. Para comunicarse utiliza frases cortas y familiares, aunque su expresión articularia es bastante deficitaria; su nivel comprensivo es bueno, por ejemplo, entiende órde-

nes complejas y reconoce a la mayor parte de gente con la que convive. No recibe visitas y pasa poco tiempo con su familia. Su vida comunitaria es dependiente totalmente de la residencia, lo que significa, a lo sumo, una o dos salidas semanales (por ejemplo, cenar fuera, ir al cine, ir a la peluquería, etc.)

José tiene 40 años y también padece Retraso Mental que precisa ayuda total y generalizada, su etiología es desconocida aunque está asociada a epilepsia. Según el ICAP tiene un nivel de desarrollo de cuatro años. A los 16 años fue ingresado en una institución alejada de su comunidad autónoma (donde apenas recibía visitas de su familia) y con 25 es trasladado a su residencia actual, más próxima a su localidad. No obstante, aún así, mantiene muy pocos vínculos familiares. Utiliza silla de ruedas desde el año 1992 a causa de una lesión medular producida por una caída desde una ventana (según informes de su anterior residencia podría tratarse de un intento de suicidio). Manifiesta conductas problema como agresividad (mordiscos), agitación y negativismo, esta última conducta con una frecuencia muy alta. Es dependiente en las actividades de la vida diaria, aunque puede vestirse y desvestirse solo, controla esfínteres y come sin ayuda. Necesita, en cambio, apoyo en el aseo personal. José se muestra como una persona exigente, posesiva y celosa. No se integra fácilmente con los demás, la mayor parte del tiempo está solo. Es fácilmente irritable y responde negativamente ante cualquier frustración de sus deseos o frente a las demandas. Se comunica oralmente pero con dificultad articularia y, generalmente, habla de su malestar. Su comprensión verbal es bastante buena, reconoce personas, situaciones y órdenes complejas.

Manifiesta conductas problema como agresividad (mordiscos), agitación y negativismo, esta última conducta con una frecuencia muy alta. Es dependiente en las actividades de la vida diaria, aunque puede vestirse y desvestirse solo, controla esfínteres y come sin ayuda. Necesita, en cambio, apoyo en el aseo personal. José se muestra como una persona exigente, posesiva y celosa. No se integra fácilmente con los demás, la mayor parte del tiempo está solo. Es fácilmente irritable y responde negativamente ante cualquier frustración de sus deseos o frente a las demandas. Se comunica oralmente pero con dificultad articularia y, generalmente, habla de su malestar. Su comprensión verbal es bastante buena, reconoce personas, situaciones y órdenes complejas.

Lugar

La residencia, construida hace nueve años, está ubicada a unos dos kilómetros del casco urbano y cuenta con ocho edificios de planta única situados en un extenso terreno ajardinado. Estos edificios son amplios, luminosos y con una distribución funcional adaptada a sus residentes. Cuatro de ellos hacen la función de hogares y están formados por cinco habitaciones, dos baños, sala de

estar y cocina. Otros dos edificios están dedicados a unidades de centro de día donde se realizan los talleres y demás actividades típicas. Los dos edificios restantes se dedican a servicios generales.

El objetivo de esta distribución es proporcionar al usuario un ritmo de vida en el que cada una de sus tareas tenga su lugar y su horario asignado: vivir en la casa y trabajar en otro lugar (en nuestro caso otro edificio). Tanto las visitas como la evaluación se llevarán a cabo al azar, sin alterar la situación en la que se encontraba el sujeto: taller, hogar o patio.

Diseño

Para cada sujeto usamos una serie temporal simple de dos fases: evaluación y tratamiento. Los datos se recogían mediante sesiones de 10 minutos de observaciones sistemáticas de intervalos temporales de cinco segundos (Powell y cols. 1975; Anguera, 1983; Fernández Ballesteros, 1983), realizadas al azar, tanto en lo referente a situaciones como a horario.

Durante la fase de tratamiento se realizó una sesión diaria, básicamente una visita en el propio centro, por un equipo preparado para tal fin que actuaba con independencia del equipo de evaluación; el único requisito de la visita era que los sujetos se sintieran bien, por tanto, la misma debía contemplar un alto número de interacciones positivas, conceder estímulos agradables y procurar no realizar demandas. En otras palabras, deseábamos reproducir lo que podría ser una visita típica de las familias.

Fiabilidad

El índice de fiabilidad entre dos observadores se llevó a cabo con un 10%, aproximadamente, de los registros; la fórmula utilizada fue la de medir los aciertos menos los errores y multiplicarlos por cien (Fernández Ballesteros, 1983).

El resultado medio de todas las categorías observadas ha sido del 85% de coincidencias, porcentaje considerado fiable.

Procedimiento

Las dos fases de la investigación las han realizado un grupo de doce estudiantes de primero de Educación

Social. Los estudiantes, con el fin de sensibilizarse con la residencia y evitar sesgos, realizaron algunas sesiones de reconocimiento. De esta forma se familiarizaron con el centro y los residentes. Para aprender y adquirir experiencia técnica se realizó un vídeo donde aparecía un residente similar a los sujetos del estudio.

Una vez entrenados y familiarizados con el centro se formaron cuatro equipos de tres personas: dos de observación-evaluación y dos de visitas. Así, cada sujeto del estudio tenía asignado un grupo de evaluación y uno de visitas.

La primera fase la llevaron a cabo los dos equipos de observación adaptándose, disimuladamente, a la situación natural de los sujetos, quienes no debían percibir que eran observados.

En la segunda fase comenzaron las visitas; éstas se realizaban cada día, aunque sin un horario preestablecido. Las actividades estaban planificadas con la intención de que fueran agradables y positivas. Se trataba de establecer una buena relación entre el grupo de visitas y el sujeto (en general hablaban y hacían alguna actividad como jugar a cartas o pasear).

Mientras, las evaluaciones continuaban sin que se pudiera establecer una relación directa causa-efecto entre la visita y la observación; es decir, la recogida de datos no coincidía con las visitas. De esta forma evitábamos que los datos coincidieran con algún posible efecto que fuera causa directa e inmediata de la propia visita, por ejemplo, se podía evaluar a primera hora y la visita transcurrir a última.

El personal del centro no estaba informado de los motivos del estudio.

Resultados

En la figura uno, Antonio, durante la fase de observación se aprecia que los resultados descritos están por debajo del 20%. Son cifras que parecen denotar un comportamiento pasivo. El "desplazamiento" y la "expresión alegre" son las conductas que presentan los porcentajes más bajos. El "interés por los demás" es su conducta más frecuente aunque se puede relacionar con su afán por pedir tabaco.

Al realizar las visitas -fase de tratamiento- las conductas aumentan. La

conducta que más se modifica es la actividad. Antonio con las visitas parece mostrarse más activo.

Debemos destacar la regularidad de sus conductas, de la misma forma que antes de las visitas ninguna supera el 20%, durante la segunda fase todas aumentan aproximadamente el doble. Aunque este aumento doble sea importante, no debemos pasar por alto que las frecuencias de las conductas descritas no superan el 30% de las observaciones, es decir, en general sus comportamientos son apáticos, aunque menos durante las visitas.

Los datos de la figura dos demuestran que en las observaciones previas a la fase de visitas las cifras que presenta José son discretas, en sentido de escasas, a excepción de la conducta "desplazarse" que alcanza más del 54% de las observaciones. Al utilizar silla de ruedas se desplaza constantemente con el fin de aislarse y no relacionarse con sus compañeros, por lo que esta conducta, aunque sea muy frecuente, se relaciona con un com-

portamiento negativo. El resto de conductas presenta porcentajes muy similares.

Con las visitas las conductas "interés por los demás" y "activo" aumentan considerablemente. Su interés hacia los demás se corresponde con la disminución de la conducta de desplazarse. Con los datos que podemos observar, por tanto, parece que las visitas le provocan un aumento en su interés por los demás. A pesar de ello, su expresión emocional apenas varía.

El efecto de las visitas en José no repercute, como sucedía con Antonio, en un cambio regular de las conductas observadas pero sí más acusado (a excepción de la conducta "expresión alegre").

Conclusiones

La relación social es una fuente de bienestar personal, su inclusión en los modelos de calidad de vida (Schalock, 1996; Felce y Perry, 1996) indica, desde la perspectiva teórica, que tenemos una clara conciencia de

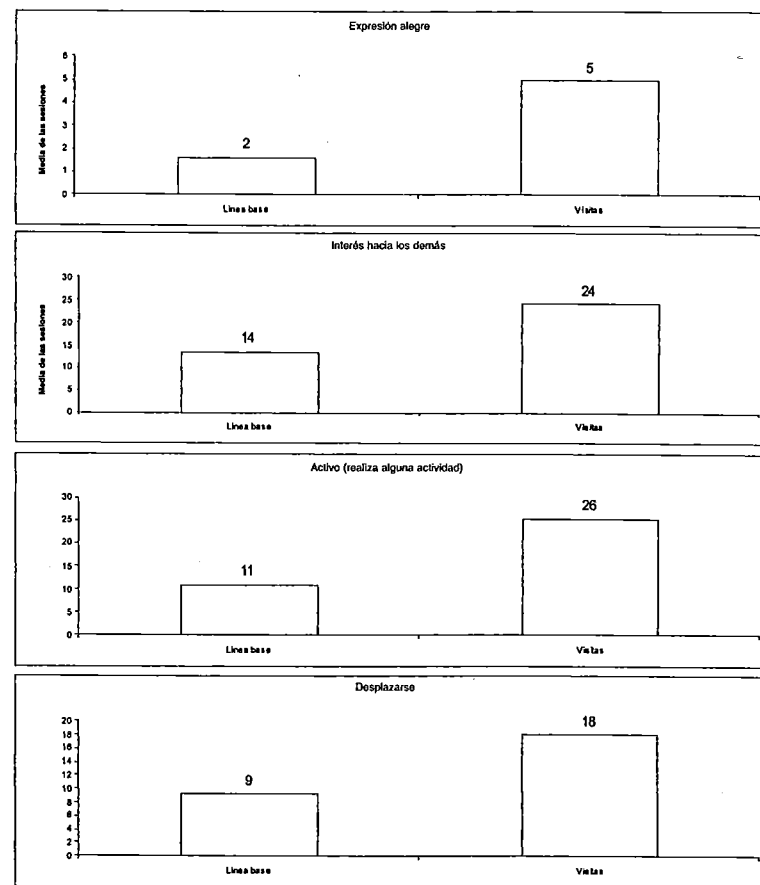


Figura 1. Resultados de Antonio

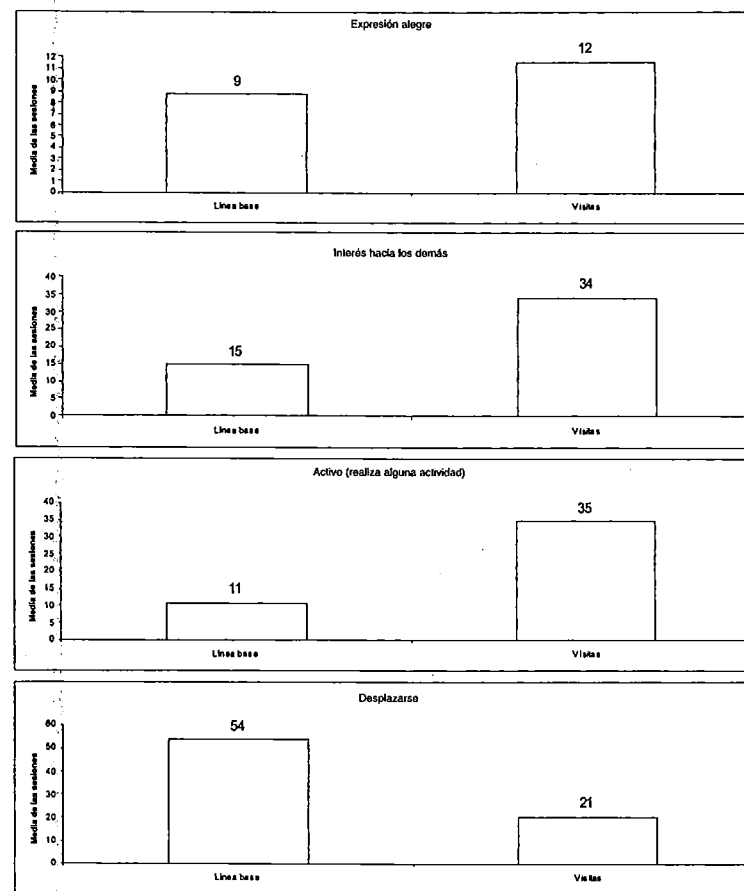


Figura 2. Resultados de José

este papel; papel, por otra parte, no siempre reconocido.

Las personas con retraso mental mantienen un menor número de vínculos sociales (Newton, Ard, Horner, y Toews, 1996); si consideramos a las personas con retraso mental que viven en residencias el problema, no cabe duda, adquiere tintes más dramáticos (Felce, Repp, Thomas, Ager, y Blunden, 1991, Cattermole, Jahoda y Markova, 1991).

En las instituciones, si las relaciones sociales dependen de su desarrollo normal, es decir, del transcurrir diario sin más intervención, probablemente decaigan hacia frecuencias bajas.

Hemos reconstruido, la figura 3, con datos de cuatro estudios -Felce et al. (1991); Hewson y Walker (1992); Conneally, Boyle y Smyth (1992); Forteza, Ramón y Morey (1996)- donde se aprecia que las tasas de relaciones sociales descritas en diversos trabajos son, a "grosso modo", coincidentes (salvo en una columna, las tasas van de un 10 a un

20% del total de observaciones). Ello indica, quizá, una tendencia natural en la relación social entre los profesionales y los residentes gravemente afectados. Si es así, es decir, si existe una tendencia general en las relaciones, la intervención está justificada,

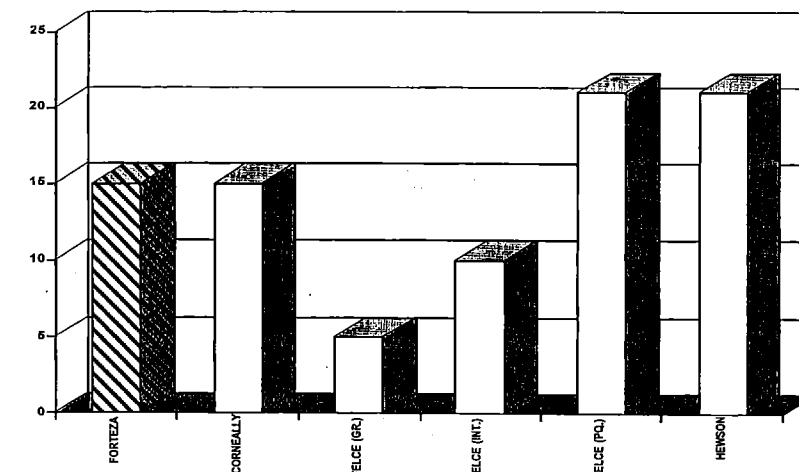


Figura 3. Comparación de resultados de diversos estudios.

aunque sólo sea para mejorarla.

Por tanto, las instituciones necesitan elaborar planes, programas o estrategias donde la relación social sea un objetivo explícito. No obstante, entendemos que para elaborar planes que mejoren este aspecto, se precisa conocer las variables esenciales de su puesta en marcha y posterior mantenimiento; pero, todavía queda mucho por hacer.

También creemos que la expresión de las ideas, si bien necesarias, son insuficientes si no se cuenta con los recursos precisos.

Así, retomando nuestro estudio, hemos demostrado que los vínculos sociales influyen sobre varias conductas de dos personas que viven en una residencia y tienen muy poca relación externa.

Estos vínculos se diseñaron como si se tratara de una visita normal y las conductas del estudio no fueron manipuladas directamente para que cambiaran. Es decir, durante nuestro estudio no se cambiaron los antecedentes o consecuentes de la conducta, tampoco se relacionaron directamente con la visita -ni espacial, ni temporal, ni usando cualquier otro procedimiento concreto-; las conductas se ven afectadas de forma natural.

Quizá, la explicación más coherente sea suponer que las visitas proporcionan bienestar y esto influye, a su vez, sobre las conductas.

A pesar de todo, deberían diseñarse trabajos con un número mayor de participantes, para poder confirmar estos datos de manera más definitiva.

Por otra parte, hallamos diferencias entre la línea base y la fase de

tratamiento, gracias al registro; es decir, las diferencias son escasas, creemos que pasarían desapercibidas a un observador que sólo se fijara, sin más, en los sujetos. Lo que significa que los cambios de conducta producidos no son "perceptibles" fácilmente de forma natural.

Todo lo cual introduce varios interrogantes, que nuestro diseño no contesta y tampoco lo pretendía. Así, cuestiones como: ¿qué significación - impacto personal- tiene este incremento? y, como sucede en nuestro estudio, ¿se produce un cambio sólo perceptible mediante observaciones técnicas, es decir, un cambio, quizá, menor o insignificante? En resumen, hace falta, aunque parezca evidente a simple vista, investigar este fenómeno y su repercusión concreta.

Es probable que cada lector piense en respuestas diversas -los asuntos

sociales invitan a ello- pero, reiteramos, amén de nuestras opiniones, lo importante para el conocimiento son las líneas de investigación.

A su vez, escasean los programas de intervención y por tanto las herramientas concretas, aunque se observan esfuerzos para cubrir este vacío, por ejemplo, como ya hemos indicado, el diseño "Neighborhood Living project" de la Universidad de Oregón (Horner, Newton, Ard, Olson, Sappington y Kerber, 1994), dirigido, ante todo, a la creación de vínculos y más recientemente el "Community Membership Project" (Harlan-Simmons, Holtz, Todd y Mooney, 2001).

En resumen, la relación social, considerando las circunstancias de nuestro estudio, influye en las conductas registradas. La influencia, pensamos, es escasa de forma que se percibe

gracias a los registros; por otra parte, nuestro diseño es, premeditadamente, simple, lo que implica que tanto los resultados como las conclusiones también lo sean.

No obstante, un valor del presente estudio se lo confiere la escasez de trabajos dedicados a la influencia de las relaciones sociales, sobre todo en las residencias para personas con retraso mental.

Precisamente para ellas, e inspirándonos en los actuales modelos de calidad de vida, es vital desarrollar, junto a la exposición de las ideas, conocimientos y herramientas concretas que cubran las necesidades básicas. También es necesario, pensamos, desterrar la idea "voluntarista" de que la relación surge sin más; al contrario, creemos que estas respuestas deben construirse -sobre todo en el marco institucional- día a día. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Anguera, M.T. (1983). *Manual de prácticas de observación*. México: Trillas

Barrón, A. (1996). *Apoyo social*. Madrid: Siglo XXI.

Bradley, B. S. (1989). *Visions of Infancy. A Critical Introduction to Child Psychology*. Basil Blackwell. (Trad. Cast. 1992. *Concepciones de la infancia*. Madrid: Alianza Psicología Minor)

Bruininkis Hill, B.K., Weatherma, R.F., Woodcock, R.W. (1986). "ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiners Manual". Alen, DLM Teaching Resources. (Traduc. Cast. 1993. Montero, D. *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero-ICE de la Universidad de Deusto).

Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Boston: Harvard College. President and Fellows (Trad. Cast. 1995. *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza).

Carr, E.G. et al. (1994). *Communication-Based Intervention for Problem Behavior. A User's Guide for Producing Positive Change*. Paul H. Brookes Publishing. (Trad. Cast. 1996. *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza).

Cattermole, M.; Jahoda, A. y Markova, I. (1991). La vida en un hospital para deficientes mentales: vista desde el interior. *Siglo Cero*, 133, 1-10.

Conneally, S.; Boyle, G. y Smyth, F. (1992). An Evaluation of the Use of Small Group Homes for Adults with a Severe and Profound Mental Handicap. *Mental Handicap Research*, 5, 2, 146-168.

Felce, D., Repp, A.C., Thomas, M., Ager, A. y Blunden, R. (1991). The relationship of staff:client ratios, interactions and residential placement. *Research in developmental disabilities*, 12, 315-331.

Felce, D. y Perry, J. (1996). Assessment of quality of life. En Schalock (Ed). *Quality of Life. Conceptualization and Measurement. Vol I*. Washington, DC: AAMR.

Fernández Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico* (Vol. 1). Madrid: UNED.

Forteza, S., Ramón, M. y Morey, E. (1996). Evaluación de la Interacciones Sociales entre los profesionales de Atención Directa y los Usuarios de una Residencia de Personas con Retraso Mental. *Siglo Cero*, 27, 5, 33-99.

Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.

Harlan-Simmons, J.E.; Holtz, P.; Todd, J. y Mooney, M.F. (2001). Building social relationships through valued roles: three older adults and the community membership project. *Mental Retardation*, 39, 3, 171-180.

Hewson, S. y Walker, J. (1992) The Use of Evaluation in the Development of a Staffed Residential Service for Adults with Mental Handicap. *Mental Handicap Research*, 5, 2, 188-203

Horner, R.H., Newton, S. Ard, W.R., Olson, D. Sappington, G. y Kerber, G. (1994). *A Residential Outcomes System. Operations Manual*. Neighborhood Living Project. Eugene, Oregon: University of Oregon.

Humphrey, N. (1986). *The Inner Eye*. Faber and Faber limited (Trad. Cast. 1993. *La Mirada Interior*. Madrid: Alianza).

Kaye, L., Martin, J., Tarnowski, K.J. y Mulick, J.A. (1993). Acceptability of Behavioral Treatments: Influence of Knowledge of Behavioral Principles. *Mental Retardation*, 31, 4, 247-251.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York, Springer Publishing Company, Inc. (Trad. Cast. 1986. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca).

Legrenzi, P. (1998). *Come Funciona la mente*. Roma: Gius Laterza y Figli Spa. (Trad. Cast. 2000. *Cómo funciona la mente*. Madrid: Alianza Editorial).

Mayor, J. y Labrador, F.J. (1985). *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Alhambra.

Meinchenbaum, D. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating Treatment Adherence*. New York: Plenum Press (Trad. Cast. 1991. *Como Facilitar el Seguimiento de los Tratamientos Terapéuticos*. Bilbao: Desclée de Brouwer).

Newton, S., Horner, R.H., Ard, W.R., LeBaron, N. y Sappington,

G. (1995). Un modelo conceptual para mejorar la vida social de los individuos con retraso mental. *Siglo Cero*, 162, 5-13.

Newton, J. S., Olson, D. y Horner, R. H. (1995). Factors Contributing to the Stability of Social Relationships Between Individuals With Mental Retardation and Other Community Members. *Mental Retardation*, 33, 6, 383-393.

Newton, J. S., Ard, W. R., Horner, R. H. y Toews, J. D. (1996). Focusing on Values and Lifestyle Outcomes in an Effort to Improve the Quality of Residential Services in Oregon. *Mental Retardation*, 34, 1, 1-12

Pearlin, L.I. (1989). The Sociological Study of Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256

Peterson, C.A. y McConell, S.R. (1993). Factors affecting the impact of social interaction skills intervention in early childhood special education. *Topics in Early Childhood Special Education*, 13, 1, 38-56

Poplin, M.S. (1991). La falacia reduccionista en las discapacidades para el aprendizaje: duplicación del pasado por reducción del presente. *Siglo Cero*, 137.

Powell, J., Martindale, A. y Kulp, S. (1975). An Evaluation of Time-Sample Measures of Behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 4, 463-469.

Rimm, D.C. y Master, J.C. (1974). *Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings*. New York: Academic Press, Inc. (Trad. Cast 1980. *Terapia de la Conducta: Técnicas y Hallazgos Empíricos*. México: Trillas).

Rivière, A. y Núñez, M. (1996). *La Mirada Mental*. Buenos Aires: Aique.

Ruiz, M.A. y Villalobos, A (1994). *Habilidades Terapéuticas*.

Madrid: UNED.

Schalock, R.L. (1996). Reconsidering the Conceptualization and Measurement of Quality of Life. En Schalock (Ed). *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. Vol I. Washington, DC: AAMR.

Schlosser, B (1990). The Assessment of Subjective Well-Being and Its Relationship to the Stress Process. *Journal of Personality Assessment*, 54, 128-140.

Skinner, B.F. (1979). *The Shaping of a Behaviorist*. New York: Alfred A. Knopf, Inc. (Trad. Cast 1980. *Autobiografía 3. Cómo se Forma un Conductista*. Barcelona: Fontanella).

Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G. (1983). *Applying Behavior-Analysis Procedures with Children and Youth*. New York: Holt, Rinehart and Wiston. (Trad. Cast. 1985. *Procedimientos del Análisis Conductual Aplicado con Niños y Jóvenes*. México: Trillas).

Ulrich, R. Stachnik, T. y Mabry, J. (1970). *Control of Human Behavior*. Glenview, Illinois: Scott Foresman and Company (Trad. Cast. 1974. *Control de la conducta humana*. México: Trillas).

Witt, J.C. y Elliot, S.N. (1985) Acceptability of Classrooms Intervention Strategies. En Kratochwill (Ed.) *Advances in school psychology*. (pp. 251-288) NJ: Erlbaum.

Wacker, D., Steege, M., Northup, J., Reimers, T., Berg, W. y Sasso, G. (1990). Use of functional analysis and acceptability measures to assess and treat severe behavior problems. An outpatient clinic model. En A.C. Repp y N.N. Singh (Eds.). *Perspective on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities* (pp. 349-359). Sycamore, IL: Sycamore Pub.