

INDICE GENERAL

	<u>Páginas</u>
Prólogo	9
I. La educación como proceso de modificación	11
1. El profesor como agente de modificación. Naturaleza y descripción de la función modificadora del profesor. Situaciones educativas en las que ésta se pone de manifiesto.	13
2. Interconducta o el éxito y el fracaso compartidos. Naturaleza y descripción del proceso de enseñanza-aprendizaje. El pensamiento del profesor y su repercusión en la acción educativa.	15
II. Comportamiento y alteración comportamental. Modelos explicativos y de evaluación en el ámbito escolar	23
1. El comportamiento y sus alteraciones. El enfoque biomédico y su repercusión en el ámbito educativo. Objeciones.	25
2. La concepción psicométrica del comportamiento. Repercusión de los tests en la educación. Objeciones. . .	28
3. El enfoque conductual del comportamiento humano. Fundamentos de la Modificación de Conducta. El Análisis Funcional de la conducta. Actitudes derivadas del enfoque conductual. Limitaciones actuales de la Modificación de Conducta.	29
III. Algunas precisiones para el desarrollo de actitudes positivas en el profesor hacia el niño normalizable	41
1. Cambio de conceptos y cambio de actitudes. Surgimiento y evolución del etiquetado de los sujetos comportamentalmente atípicos. Efectos del etiquetado. La	

	<u>Páginas</u>
superación de las categorías globales de incapacidad y del etiquetado. Algunas consideraciones para la facilitación del cambio de actitudes.	42
2. Patrones de conducta problemática mas frecuentes. Areas de aprendizaje en que se manifiestan. Algunas respuestas inadecuadas del profesor. Descripción. . . .	45
IV. El aprendizaje del comportamiento humano. Modelos explicativos y evidencia empírica en el ámbito educativo . .	55
1. La personalidad, conjunto de repertorios comportamentales aprendidos.	57
2. El condicionamiento clásico y el comportamiento humano respondente. Variables y proceso. Descripción de casos.	58
3. El condicionamiento operante y el comportamiento humano instrumental. Variables y proceso. Descripción de casos.	61
4. El aprendizaje observacional o vicario y la conducta de imitación. Variables y proceso. Descripción de casos.	65
V. Tecnología conductual en el aula de integración	75
1. La Modificación de conducta como conocimiento tecnológico	77
2. Metodología conductual. Fundamentos y diseños. . . .	78
3. El Análisis Conductual Aplicado: Fases, pasos y tareas.	80
VI. Evaluación conductual	89
1. Identificación y formulación comportamental del problema. Criterios que justifican la intervención sobre una conducta.	91
2. Definición operativa de la conducta. Interpretación y etiquetado. Descripción de las conductas.	92
3. Especificación de metas y objetivos finales.	93
4. Valoración del sujeto: Análisis Funcional. (S.O.Rp.R.C.K)	94
5. Hipótesis funcional.	107
VII. Intervención y seguimiento	127
1. Intervención.	129
1.1 Hipótesis de intervención.	129
1.2. Elaboración del programa de intervención. . . .	129
1.3 Aplicación del programa.	133

	<u>Páginas</u>
1.4. Evaluación continua de la intervención y control del cambio.	133
1.5. Reorganización del programa (si es pertinente). .	135
1.6. Desvanecimiento del programa.	136
2. Seguimiento.	137
2.1. Programación del seguimiento.	137
2.2. Mantenimiento y generalización del cambio. . .	137
2.3. Evaluación del seguimiento.	139
VIII. Procedimientos de intervención (I). Diseño y manejo de contingencias ambientales para el fomento y mantenimiento de comportamientos adecuados	143
1. Como fomentar conductas adecuadas. El manejo educativo de la estimulación precedente.	145
1.1. Disposición del ambiente físico.	145
1.2. Comunicación positiva.	146
1.3. Instigación verbal.	149
1.4. Modelado.	150
1.5. Guía física.	151
1.6. Desvanecimiento de la estimulación precedente de ayuda.	151
1.7. Moldeamiento.	152
1.8. Encadenamiento.	154
1.9. Entrenamiento en generalización.	155
2. Como incrementar conductas adecuadas. El manejo educativo de los reforzadores (estimulación consecuente). .	160
2.1. Reforzamiento positivo.	160
2.2. Reforzamiento negativo.	164
2.3. Principio de PREMACK.	165
2.4. Contrato de contingencias.	165
3. Como mantener conductas adecuadas. La programación de los reforzadores.	174
3.1. Reforzamiento intermitente.	174
3.2. Programa intermitente de intervalo fijo (I.F.). . .	175
3.3. Programa intermitente de intervalo variable (I.V.).	175
3.4. Programa intermitente de razón fija (R.F.). . . .	176
3.5. Programa intermitente de razón variable (R.V.).	176
IX. Procedimiento de intervención (II). Diseño y manejo de contingencias ambientales para la reducción y extinción de comportamientos inadecuados. El control de las respuestas de ansiedad	181

	<u>Páginas</u>
1. Cómo reducir y extinguir conductas inadecuadas. Procedimientos basados en la suspensión del reforzador.	183
1.1. Reforzamiento diferencial de tasa baja (R.T.B.).	184
1.2. Reforzamiento diferencial de otras conductas (R.D.O.).	184
1.3. Reforzamiento de conductas alternativas (R. alt.).	185
1.4. Costo de respuesta.	186
1.5. Tiempo fuera de reforzamiento.	186
1.6. Sobrecorrección.	190
1.7. Saciedad y práctica negativa.	191
2. Cómo reducir y extinguir conductas inadecuadas mediante la aplicación de estimulación aversiva.	192
2.1. El castigo. Concepto y aplicaciones.	192
2.2. Inconvenientes del uso pedagógico del castigo.	194
3. Cómo reducir y extinguir las respuestas de ansiedad.	197
3.1. Inhibición recíproca.	197
3.2. Relajación muscular.	198
 X. Procedimientos de intervención (III). Diseño y manejo de contingencias en el grupo. Colaboración de agentes educativos externos al aula	 203
1. Estructuración grupal de la clase.	205
2. Las normas. Establecimiento de normas en el grupo de clase.	206
3. Reforzamiento compartido. Los compañeros como agentes de modificación.	209
4. Economía de fichas.	210
5. Colaboración de agentes externos al aula.	214
 XI. Procedimientos de intervención (IV). Modificación de conducta cognitiva: Autocontrol	 219
1. Autoobservación, autorregistro y autorrefuerzo.	220
2. Autoinstrucciones.	221
3. Resolución de problemas (interpersonales).	223
 Apéndice	 231
– Caso 1.	231
– Caso 2.	235
– Soluciones a los cuestionarios de autocomprobación.	241

II. Comportamiento y alteración comportamental. Modelos explicativos y de evaluación en el ámbito escolar

- 1. El comportamiento y sus alteraciones. El enfoque biomédico y su repercusión en el ámbito educativo. Objeciones.**
- 2. La concepción psicométrica del comportamiento. Repercusión de los tests en la educación. Objeciones.**
- 3. El enfoque conductual del comportamiento humano. Fundamentos de la Modificación de Conducta. El Análisis Funcional de la conducta. Actitudes derivadas del enfoque conductual. Limitaciones actuales de la Modificación de Conducta.**

OBJETIVOS

Al finalizar la lectura del capítulo II, el lector será capaz de:

- Comprender cómo nuestras actitudes respecto del comportamiento normal o alterado, son mediadas por la influencia que ejercen sobre nuestro pensamiento determinadas explicaciones.
- Apreciar los límites de la concepción biomédica y psicométrica del comportamiento normal o alterado.
- Valorar las posibilidades teóricas y aplicadas del enfoque conductual y la Modificación de Conducta.
- Situar en el umbral del cambio de actitudes, respecto del comportamiento normal y alterado, que facilitará en el lector una mayor y mejor recepción del fenómeno de la integración.

PROPOSICION

Proponemos que el lector en este capítulo, se centre en la lectura, reflexión y ampliación de los aspectos siguientes:

- La concepción biomédica del comportamiento. Diagnóstico y tratamiento.
- Repercusión pedagógica de la concepción biomédica.
- Argumentación crítica a la concepción biomédica.
- La concepción psicométrica del comportamiento. Psicodiagnóstico y ¿tratamiento?.
- Repercusión pedagógica de la concepción psicométrica.
- La crítica a los tests. ¿Es posible la solución de los problemas desde las puntuaciones a los tests? o el problema de la discontinuidad metodológica.
- El enfoque conductual del comportamiento humano.
- Comportamiento psicológico es todo lo que aprendemos.

1. EDUCACION Y CONCEPCION BIOMEDICA DEL COMPORTAMIENTO

En el capítulo anterior hemos visto, aunque someramente, cómo se articula la situación de enseñanza-aprendizaje desde un enfoque interconductual que es el que, hoy por hoy, nos permite entender con mayor profundidad y precisión, aquellos fenómenos de los que el ser humano se siente protagonista y no nos cabe la menor duda de que el educativo, es uno de ellos.

También hemos visto como el profesor va a configurar la acción pedagógica, según posea un pensamiento más o menos formalizado en el conocimiento científico y cuales son las consecuencias. Según esto, parece que el pensamiento del profesor es un factor decisivo a la hora de configurar su acción educativa en el espacio interactivo. Pues bien, a partir de aquí, quisiera plantearle al lector una reflexión acerca de algunas de las explicaciones que sobre el comportamiento y su alteración, se hallan con mayor frecuencia presentes en el colectivo de profesionales de la enseñanza. Asimismo, realizaremos un breve análisis del valor predictivo y aplicado de cada una de ellas, con el fin de determinar la utilidad teórica, metodológica y técnica que tienen para el profesor.

¿Acaso el comportamiento disruptivo y el rendimiento escasamente satisfactorio de ese número indeterminado de alumnos que a todo profesor le toca en suerte todos los años, es merecedor de un paradigma explicativo diferencial?. ¿Lo es sólo en aquellos casos que por su frecuencia o intensidad, el médico o el psicólogo aconsejan su incorporación a un canal educativo "especial"? ¿El conjunto de alumnos que bajo la cobertura legal de la integración van a incorporarse o se hallan ya incorporados a las aulas ordinarias, van a obligar al maestro a asumir una posición dicotómica en sus formas cotidianas de pensar, sentir y actuar, con los riesgos consiguientes que ello comporta para la estabilidad personal y la eficacia profesional?. ¿Son operativas las categorizaciones del tipo "deficiencia mental", "subnormalidad", "caracteriopatía" o "inadaptación social", para formular exclusivamente desde ellas una acción pedagógica especial? ¿Existe realmente una educación especial y es ésta realmente necesaria y eficaz?.

Estas preguntas y otras similares, tenían hasta los años sesenta una respuesta mayoritariamente afirmativa. A partir de esas fechas las cosas han cambiado de tal forma, que el signo de las respuestas se ha invertido radicalmente y en la actualidad son minoría los que siguen respondiendo afirmativamente.

Analizaremos brevemente algunos datos que nos ayudarán a comprender y quizás a compartir el cambio actitudinal operado entre los distintos profesionales implicados.

Es un hecho que gran parte de las opiniones y actitudes que manifiesta el ciudadano medio sobre el comportamiento humano y su alteración, se hallan profundamente medicalizadas. Este poder configurador, amparado en el peso corporativo ejercido por la profesión médica en la sociedad, ha ido históricamente impregnando el pensamiento de los ciudadanos de un conjunto de explicaciones organocéntricas del comportamiento humano.

El comportamiento, desde las concepciones biomédicas y psiquiátricas tradicionales, es el resultado de la homeostasis y la normalidad anatómica y fisiológica de los sistemas orgánicos que configuran al individuo. En consonancia con esta línea argumental, las alteraciones comportamentales no serán otra cosa que señales -síntomas- de una disfunción orgánica provocada por un agente patógeno introducido en el medio interno, una anomalía transmitida genéticamente o un traumatismo prenatal, perinatal o postnatal.

El diagnóstico se realiza a partir de la exploración de síntomas más o menos definidos y consistentemente intercorrelacionados -cuadros clínicos- a partir de los cuales se puede inferir la causalidad -etiología- de la alteración. El tratamiento suele ser de tipo bioquímico y el pronóstico se realiza en función del potencial mórbido estimado de los agentes o circunstancias etiopatogénicas y de la capacidad farmacológica de los medicamentos prescritos.

En este modelo, las circunstancias ambientales se incluyen como un dato accesorio, o todo lo más, como un dato que puede arrojar luz sobre la etiología y el pronóstico, razón por la cual, es tratado como un elemento que se halla correlacionado con los síntomas.

Este modelo, fundamentado en la interrelación sintomática consistente y en una relación de causalidad aislada y conocida, qué duda cabe que se muestra manifiestamente coherente y útil cuando se trata de abordar las alteraciones en el plano estrictamente biológico, pero resulta obviamente inútil cuando las intercorrelaciones sintomáticas son escasamente consistentes y las relaciones de causalidad, carentes de una mínima evidencia empírica o netamente desconocidas como ocurre con los constructos psiquiátricos, que a pesar de su aparente científicidad, "oligofrenia", "psicopatía", "disfunción cerebral mínima" y un largo etcétera al que estamos excesivamente acostumbrados en el ámbito educativo, impresionan semánticamente pero no tienen ninguna utilidad práctica.

Minuciosas revisiones sobre la etiología de la deficiencia mental, han puesto en los últimos años de manifiesto, la debilidad del enfoque bio-

médico para abordar este tipo de alteraciones. Ribas Mundo (1970) comunica que en una revisión de 800 pacientes con grave subnormalidad mental, sólo en un tercio de ellos se pudo clasificar al paciente en un síndrome determinado. Ullman y Krasner (1975), mencionan por su parte que aproximadamente el 75% de los retrasados, no revelan ningún síndrome fisiológico conocido. Las revisiones de Shields (1973), lo ponen de manifiesto en un 30% de los casos y Pelechano (1978) establece un porcentaje del 55%. Con lo cual, los casos que presentan una etiología orgánica claramente determinada, se hallan entre el 25% y el 50% de los diagnósticos efectuados.

Junto a estos datos, convendría reseñar que son ya frecuentes los estudios estableciendo la relación existente entre retraso y factores socio-económicos (Zazzo, 1969; Birch y Gussow, 1970; Toro 1973) señalan que mientras el retraso ligero se presenta con altísima frecuencia en los niveles socio-económicos más deprimidos, el retraso severo y profundo se distribuye al azar entre todos los estratos sociales (Birch, Richardson, Baird, Moradin e Illsey, 1970).

La conclusión parece clara. El diagnóstico médico, como señala Bayes (1979), posee un escaso o nulo valor pronóstico cuando se trata de los comportamiento concretos que puede llegar a realizar el individuo. Por tanto, el personal médico nada tiene que decir -su formación no es la adecuada- cuando se trata de enfrentar este tipo de problemas.

Convengamos que la alteración tenga un origen orgánico claramente determinado. En estos casos, la intervención médica es indudable. Pero, ¿acaso la intervención sobre el medio interno, encaminada a eliminar o suavizar las anomalías biológicas, garantiza la eficacia funcional del sujeto con el medio externo?, ¿es que las relaciones defectuosamente establecidas con el medio externo por un organismo alterado, que las establece precisamente de forma defectuosa por hallarse alterado, se modifican con la sola intervención en el medio interno?. Evidentemente no. Actuar sobre el medio interno podrá garantizar la recuperación de la funcionalidad biológica, pero nunca la funcionalidad comportamental. Atender, discriminar, hablar, contar, comer o asearse, son actividades, por citar algunas de las más elementales, difícilmente alcanzables desde un paradigma estrictamente somático (biomédico).

Y si este análisis es adecuado para los sujetos con daño orgánico preciso, ¿no habría de serlo más aún si cabe, para ese bloque de sujetos comprendidos entre el 50% y el 75% que han sido diagnosticados sin base orgánica conocida y que sin embargo arrastran las secuelas aversivas de un etiquetado social que imprime carácter permanente a algo que es de hecho variable?

2. EDUCACION Y CONCEPCION PSICOMETRICA DEL COMPORTAMIENTO

A medida que la Psicología, como ciencia estudiosa del comportamiento humano se ha ido difundiendo socialmente, también se han ido difundiendo entre el público en general y los profesionales de la enseñanza en particular, un conjunto de interpretaciones y estados de opinión, en este caso de corte "psicologista", sobre fenómenos como los que en este momento nos ocupan.

Una de estas interpretaciones generalizadas entre los profesionales de la enseñanza y con toda probabilidad originada en sus estudios de psicología, es la que presenta al ser humano como poseedor de un universo de rasgos -actitudes y aptitudes- intrapsíquicamente configuradas y con una consistencia estable, que conforman el mundo psicológico del sujeto.

Constructos hipotéticos tales como inteligencia y personalidad, constituyen un marco teórico veladamente ontológico que intenta comprender el comportamiento del ser humano "desde dentro", pero que al no poder ser directamente abordados esos rasgos o facultades, pues su propia naturaleza se lo impide, se recurre a su inferencia a partir de un análisis de las respuestas observables a unos tests o pruebas psicológicas, con las que se podrá conocer la cantidad de "don" que cada sujeto se supone que posee de forma predeterminada y cuya distribución, limitada en la población, se ajustaría al perfil de la curva normal lo mismo que se distribuyen características como edad, talla o peso. En función de esa distribución estadística, se establece arbitrariamente una línea divisoria entre la normalidad y el déficit, que se halla situada una o dos desviaciones standard por debajo del promedio de esa distribución, con lo cual los test y sus índices de medida como el C.I., pasan a convertirse en instrumentos peligrosamente normativos del comportamiento humano.

Desde este enfoque, las deficiencias -mentales y comportamentales- se interpretarían como déficits en la dotación hereditariamente fijada, de dotes y facultades en los sujetos afectados. Argumentación ya utilizada, como hemos visto anteriormente, por el enfoque biomédico del comportamiento.

El diagnóstico fundamentado en los tests psicológicos, independientemente de las múltiples consideraciones relativas a su valor de contenido y de constructo, de las cuales existe abundante literatura al respecto, nada nos aportan acerca de las interacciones reales del sujeto con su medio. Por tanto, nada podrán decirnos acerca de cómo deberían intentar establecerse las relaciones alternativas con el fin de intentar introducir mejoras en los puntos débiles diagnosticados.