

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES CONVERSACIONALES EN UN SUJETO CON SINDROME DE DOWN ¹

Rafael Ferro García ¹

Antonio Fernández Parra ²

¹ Centro de Psicología Clínica - C.E.D.I.

² UNIVERSIDAD DE GRANADA

RESUMEN

Las habilidades sociales, concretamente las conversacionales, facilitan la integración de los sujetos retrasados en su desarrollo y previenen su aislamiento social. Se ha demostrado que a través de procedimientos conductuales se pueden entrenar este tipo de habilidades, y programar su generalización y mantenimiento. En este trabajo se presenta la intervención conductual realizada con un joven retardado para que desarrollara habilidades que le permitieran iniciar y mantener conversaciones de forma autónoma. Al mismo tiempo se quería comprobar si basta con entrenar conductas de inicio de conversación para que se desarrollen conductas de mantenimiento de conversación sin entrenarlas; si el entrenamiento realizado por dos terapeutas facilitaría la generalización de esas habilidades a otras situaciones y personas; y si el mantenimiento se produciría automáticamente. Se exponen y se discuten los resultados obtenidos, y se propone la realización de nuevos estudios en los que se repliquen los procedimientos utilizados.

Palabras clave: RETRASO EN EL DESARROLLO, HABILIDADES CONVERSACIONALES, INTERVENCIÓN CONDUCTUAL, GENERALIZACIÓN, MANTENIMIENTO.

¹ Agradecemos la colaboración prestada a M. Paz Briones, José Vencesla, y Karen Shashok.

SUMMARY

Social skills, in particular conversational skills, facilitate the integration of developmentally retarded persons and prevent their social isolation. Behavioral procedures have been shown effective to train these skills, and to program their generalization and maintenance. In this study we describe a behavioral intervention used with a young man with developmental retardation to enable him to develop the skills that would allow him to autonomously initiate and maintain conversations. We also intended to determine: 1) whether training in conversation-starting skills was sufficient to allow untrained conversation-maintaining skills to develop, 2) whether training by two therapists facilitated generalization of these skills to other situations and persons, and 3) whether maintenance would occur automatically. We report and discuss the results, and propose further studies to replicate the procedures used here.

Key words: *DEVELOPMENTAL RETARDATION, CONVERSATIONAL SKILLS, BEHAVIORAL INTERVENTION, GENERALIZATION, MAINTENANCE.*

INTRODUCCIÓN

Las personas retrasadas tienen un repertorio conductual limitado, en comparación con otros sujetos de su misma edad, que implica déficits en su funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas (A.A.M.R., 1992). Estos déficits son resultado de limitaciones en las oportunidades que estos individuos han tenido para desarrollarse (Bijou, 1988). El objetivo fundamental de toda intervención en el retraso en el desarrollo, es incrementar la posibilidad de adaptación social del sujeto, es decir conseguir que el repertorio conductual sea lo más similar posible al de las personas que rodean al retrasado. Cuando se consigue que el retardado tenga los repertorios mínimos que le permitan estar integrado escolarmente, aparece el problema de su adaptación social. Esta depende principalmente de que el sujeto muestre una serie de habilidades consistentes en un conjunto de comportamientos que se esperan en el sujeto según su edad, las normas de la comunidad donde se encuentre y la

situación concreta en la que tiene que comportarse. Con frecuencia los sujetos retrasados parecen tener déficits generalizados en estas habilidades sociales (Vera, 1992), problema que afecta especialmente a los retrasados adultos. Como consecuencia de estos déficits, los retrasados frecuentemente se encuentran aislados socialmente (Wildman, Wildman y Kelly, 1986), ya que no son capaces de establecer relaciones interpersonales reforzantes. Los déficits suelen afectar a comportamientos, tales como conversar, presentarse, despedirse, etc. La falta de habilidades parece estar relacionada con dos factores. El primero, que el sujeto no muestra estas conductas en contextos sociales, ya que no ha tenido oportunidades para aprenderlas a través de modelos adecuados, generalmente porque muchos de estos sujetos han vivido en residencias o instituciones (Polaino, 1988; Vera, 1992). Segundo, el rechazo social que padecen, ya que si su comportamiento social es deficiente los demás lo rechazarán, aislándolo y reduciendo sus oportunidades de aprender y desarrollar estos comportamientos.

Los terapeutas e investigadores, han prestado poca atención a la intervención en objetivos dedicados a la mejora de habilidades sociales (Matson, Kazdin y Esveldt-Dawson, 1980). Probablemente ésto se deba a que, con este tipo de sujetos, parece más lógico y efectivo trabajar en el lenguaje y la cognición. Téngase en consideración que estas dos áreas suelen ser las menos desarrolladas. También pueden olvidarse este tipo de habilidades sociales por la dificultad que presenta la definición de estas conductas. Para Hayes, Kohlenberg y Melancon (1989) las conductas sociales son extremadamente complejas y difíciles de enumerar, las habilidades sociales implicarían una clase de conductas que tienen una gran similitud funcional pero poca estructural. Además, estos autores mantienen que la especificación de la conducta social objetivo es imposible sin una referencia al contexto en el que debe producirse. El olvido, o infravaloración, de las habilidades sociales pueden ser responsables de los problemas que se producen cuando se pretende integrar al sujeto en un ambiente social concreto.

El entrenamiento en habilidades sociales, y más específicamente en habilidades conversacionales, constituye la alternativa al aislamiento social y la necesidad para su integración, como mencionan

varios autores (Wildman et al., 1986; Ojeda, Pérez, Jarana y León, 1989; Jarana, León y Cantero, 1992; Vera, 1992). Por esta razón Pelechano (1987) propone incrementar el tiempo y el esfuerzo dedicado a las dimensiones sociales a costa de los aspectos cognitivos. Hay que tener en cuenta que los niños retrasados no asimilan mágicamente las habilidades sociales, sino que sólo presentan las que les son enseñadas específicamente (Schneiders, 1988).

Lo que se pretende con el entrenamiento en habilidades sociales en el ámbito del retraso es dotar al sujeto de los recursos o conductas adecuadas para que los demás lo consideren como un agente de refuerzo social y estén más predispuestos a mantener interacciones con él (Kelly, 1987; Ojeda et al., 1989; Jarana et al., 1992). Como mencionan Michelson, Sugai, Wood y Kazdin (1987) cuanto más facilidad tenga el sujeto para conversar, mayor será su desarrollo social, emocional e intelectual.

Con el término habilidad conversacional se hace referencia a la capacidad para iniciar y mantener conversaciones informales con otras personas, según Kelly (1987). Para este mismo autor, los componentes de las habilidades conversacionales son: *contacto visual, afecto adecuado, preguntas conversacionales e informaciones personales*. El entrenamiento debe ir dirigido a enseñar al sujeto cómo se inicia y/o mantiene una conversación. Fundamentalmente el inicio y/o mantenimiento de conversaciones se hace a través de la realización de preguntas conversacionales y/o dando información sobre temas personales, en concreto expresando una opinión y enunciando un hecho (Kelly, 1987; Garner, 1988). Las preguntas o informaciones personales están basadas (o los temas de conversación, como comúnmente se llaman) en tres fuentes de estimulación: el hablante, el oyente y el contexto en el que se encuentran (Garner, 1988).

Este tipo de habilidades se han entrenado tanto en sujetos normales (p.ej.: Roth y Lopez, 1985; Bierman y Montminy, 1993, Chandler, Lubeck y Fowler, 1992), pacientes psiquiátricos (Urey, Laughlin y Kelly, 1979), como en sujetos que presentan retraso en su desarrollo (p.ej.: Kelly, Wildman, Urey y Thurman, 1979; Kelly, Furman, Phillips, Hathorn y Wilson, 1979; Matson et al. 1980; Foxx, McMorrow y Schloss, 1983; Kleitsch, Whitman y Santos, 1983; Wildman et al. 1986). Algunas de las investigaciones de los últimos

tiempos, como mencionan Foxx et al. (1983), presentan problemas para poder replicarlas, que vienen dados por dos razones. Según estos autores, en las publicaciones que dan cuenta de estos trabajos no se especifican ni (1) los procedimientos, ni (2) la conducta del entrenador.

Por otra parte, el objetivo básico de cualquier investigación en el campo aplicado es que los cambios que se han producido se mantengan en el tiempo y lleguen a generalizarse a otras situaciones y a otras personas (Luciano, 1988). Pero el problema fundamental en el entrenamiento de habilidades sociales es la dificultad para conseguir el mantenimiento y la generalización de los resultados obtenidos (Wildman et al., 1986; Schneider, 1988; Hayes et al., 1989; Park y Gaylord-Ross, 1989; Chandler et al., 1992; Vera, 1992). Para que ocurra la generalización debe estar directamente programada en la intervención (McGee, Almeida, Sulzer-Azaroff y Feldman, 1992). Esta programación debería realizarse ajustándose a las ideas propuestas por Stokes y Baer (1977). Entre los trabajos realizados sobre el entrenamiento de habilidades conversacionales con sujetos con trastornos en su desarrollo hay algunos que programan específicamente, y obtienen, la generalización como los de Kleitsch et al. (1983), Kelly, Furman et al. (1979), Kelly, Wildman et al. (1979), Lalli, Pinter-Lalli, Mace y Murphy (1991), McGee et al. (1992).

En el campo del retraso existen algunos estudios que tienen en cuenta esto. Así Kleitsch et al. (1983) consiguieron incrementar las interacciones sociales a 4 retrasados moderados, aislados socialmente, por medio de ayudas verbales (instrucciones, del tipo: "¡pregúntale a X cómo se siente hoy!" o "¡Cuéntale algo a X!"), modelos, ensayo conductual, y usando consecuencias sociales. Además planificaron y obtuvieron la generalización a dos tipos de situaciones (una similar al entrenamiento y otra de la rutina diaria de los sujetos). Por otro lado, Kelly, Furman et al. (1979) definiendo mejor las respuestas de inicio y mantenimiento de conversación también obtuvieron buenos resultados con dos retrasados adolescentes. Usaron modelos tanto en vivo como en video, y estructuraron las conversaciones durante el entrenamiento. Planificaron la generalización utilizando modelos semejantes al adolescente en tratamien-

to, y exponiéndolo a situaciones conversacionales con sujetos de su misma edad, una vez finalizada cada sesión de entrenamiento. En esta misma línea, Kelly, Wildman et al. (1979) obtuvieron también resultados positivos. Definieron tres conductas objetivo, consistentes en hacer preguntas, comentarios autorreveladores, y comentarios reforzantes. Aplicaron un procedimiento similar al descrito con un grupo más amplio de 10 retrasados adolescentes y 3 pacientes psiquiátricos. A diferencia del trabajo anterior, toda la intervención se realizaba en una situación de grupo.

Hasta este momento se ha demostrado que a través de procedimientos conductuales es posible el entrenamiento de este tipo de habilidades, así como la programación de su generalización y mantenimiento, con sujetos que presentan trastornos generalizados en su desarrollo. Sin embargo, la aplicación de paquetes conductuales para el entrenamiento de las habilidades conversacionales no permite saber qué elementos son necesarios para que el sujeto las adquiera y generalice. En este sentido, se desconoce si tanto las habilidades de inicio como las de mantenimiento de conversación deben ser entrenadas, o si es suficiente entrenar las primeras para que el sujeto sea capaz de mantener conversaciones. En segundo lugar, no se sabe si para que se produzca generalización es suficiente con utilizar a los propios terapeutas como interlocutores naturales durante el entrenamiento, tal y como señalan Rosenfarb, Hayes y Linehan (1989), o se necesita un procedimiento más complejo. Por último, se ignora si es necesario planificar el mantenimiento de estas conductas una vez conseguida la adquisición y la generalización o se mantendrán sin necesidad de planificación. Téngase en cuenta que al tratarse de comportamientos adecuados socialmente existe una alta probabilidad de que sean mantenidos por la comunidad natural a la que pertenece el sujeto (véase Stokes y Baer, 1977).

En el presente trabajo se presenta la intervención realizada con el objeto de entrenar habilidades conversacionales a un joven retrasado. La intervención se llevó a cabo de forma que pudiera contestarse a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Es necesario entrenar explícitamente el mantenimiento de conversaciones cuando al sujeto se le enseña a iniciarlas?

- 2) ¿Es suficiente trabajar con dos terapeutas como interlocutores durante el entrenamiento para que se produzca generalización a otras personas de estas habilidades?
- 3) Una vez conseguida la adquisición y generalización a otras personas y situaciones ¿es necesario programar el mantenimiento?

MÉTODO

Sujeto

Juan es un adolescente con síndrome de Down que al comienzo de este estudio tenía 17 años de edad. Desde los 5 años había recibido de forma continua atención psicológica en el mismo centro, a cargo de varios terapeutas. Durante los cuatro últimos años, el programa terapéutico e intervención han sido responsabilidad del primer firmante de este trabajo. Ha estado integrado desde el inicio de su escolarización, primero en una guardería y luego en un colegio de E.G.B. Al iniciarse este trabajo estaba cursando estudios en un Instituto de Formación Profesional.

En el área de *autonomía funcional*, presentaba habilidades suficientes para alimentarse, asearse, y vestirse de forma independiente. También era capaz de desempeñar las actividades domésticas más frecuentes (p.ej.: recoger la mesa, lavar los platos, barrer, preparar platos sencillos, usar electrodomésticos, etc.) sin supervisión. Cuidaba de su aspecto personal, de sus pertenencias y era capaz de tomar medidas para prevenir accidentes y solicitar ayuda si los sufría. Se orientaba adecuadamente en la ciudad, realizaba recorridos solo, conocía las señales de tráfico más usuales, realizaba viajes en autobús, podía ir al cine sin compañía, usaba el teléfono y manejaba la guía. Aunque era capaz de manejar dinero y realizar compras pagando la cantidad exacta tenía dificultades para calcular la vuelta cuando pagaba con una cantidad superior. A nivel *académico* el adolescente mostraba los repertorios básicos. Escribía, leía y realizaba operaciones aritméticas simples siendo su nivel medio semejante al que se requiere en 4º de E.G.B.

A nivel *social* mostraba repertorios suficientes como para participar en juegos y deportes de competición. Cooperaba con los demás en actividades de grupo (p.ej.: deportes, excursiones, actividades académicas y manuales). Agradecía y pedía disculpas en las situaciones apropiadas, al igual que saludaba y se despedía correctamente. A nivel *verbal*, el sujeto presentaba una topografía vocal correcta, y un nivel de lenguaje expresivo aceptable, es decir su repertorio de *Tacts*, *Mands*, *Intraverbales* y el uso de *Autoclíticos* era bastante amplio.

Sin embargo, a nivel *conversacional*, Juan presentaba importantes déficits. Si bien era capaz de contestar escuetamente a las preguntas que se le realizaban, o de dar información cuando se le pedía, no iniciaba ni mantenía de forma espontánea una conversación. Salvo que se le indicara expresamente no daba información o su opinión sobre un tema determinado. Tampoco hacía preguntas ni solicitaba información u opinión a los demás. De esta forma nunca iniciaba ni mantenía autónomamente una conversación aunque se encontrara en una situación socialmente propicia para ello. Podía permanecer inactivo durante un período de tiempo considerable frente a otra persona, aunque la conociese, sin hablarle ni mostrar ansiedad alguna. Sin embargo, estos déficits no eran debidos a un escaso repertorio en descripciones de hechos tanto inmediatos como pasados y futuros (*tacts*).

Como consecuencia de estos déficits, las relaciones sociales de Juan se veían limitadas seriamente. Se encontraba aislado en situaciones de interacción verbal en grupo, ya que si los demás no le hacían alguna pregunta, él no intervenía en la conversación. Esta limitación repercutía negativamente en la integración de Juan en situaciones de grupo en las que el resto de los participantes eran considerados sujetos normales. De esta forma a pesar de que el adolescente mostraba un nivel de habilidades adaptativas aceptable, a menudo se encontraba aislado.

Situación

Parte de la intervención se realizó durante las sesiones de tratamiento del sujeto, a las que habitualmente asistía. Estas sesiones

se llevaban a cabo en una habitación de 3x4 metros, que contaba con una mesa, estanterías, cuatro sillas y varios recipientes de material. El interlocutor se sentaba frente al sujeto mientras que el terapeuta se sentaba en uno de los lados. En algunas fases del estudio se trabajó también en la sala de espera, en la sala de ordenadores, y en uno de los despachos del centro.

Evaluación

Definición de Conductas

Se consideró como *inicio* de una conversación toda respuesta verbal audible y comprensible, que fuera efectiva, en el sentido de que obtuviera una respuesta verbal del oyente. Se consideró como *mantenimiento* de la conversación toda respuesta verbal audible, comprensible y efectiva (en el sentido antes expuesto) en respuesta al interlocutor. Además, se distinguió, siguiendo a Kelly (1987) y a Garner (1988), dos formas de iniciar y mantener la conversación: a través de preguntas y expresando una opinión. Se consideró una pregunta a toda respuesta verbal del hablante que requiriera una respuesta específica del oyente, aunque no tuviera forma de pregunta. Y por otro lado, se consideró una información toda respuesta descriptiva basada en una estimulación presente o ausente. Desde un punto de vista funcional, se puede considerar a la pregunta como un *Mand* y a la información como un *Tact* (Skinner, 1957). Siguiendo a Garner (1988), tanto la pregunta como la información podía hacer referencia al oyente, al contexto y al propio hablante.

Por tanto, se identificaron y registraron cuatro tipos de conductas conversacionales:

- (1) preguntas de inicio de conversación;
- (2) informaciones de inicio de conversación;
- (3) preguntas de mantenimiento de conversación;
- (4) informaciones de mantenimiento de conversación.

Todas ellas podían hacer referencia al oyente, al hablante, o al contexto.

Evaluación previa y final

Se realizó a dos niveles, sistemático y anecdótico. Por un lado, se recogió información a través de la *observación directa* de las habilidades sociales conversacionales, descritas anteriormente, en situaciones naturales del contexto terapéutico (sentado en la sala de espera, interactuando con otros niños y demás personas, etc.). También se utilizó el "Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado" elaborado por Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989) para recoger información general sobre las habilidades sociales del sujeto. Por otro lado, a través de informes verbales de la familia y de personas que interactuaban con él (compañeros y monitores de un grupo de actividades de tiempo libre). Los resultados de la evaluación inicial ya fueron descritos en el apartado anterior. En el apartado de resultados se describen los obtenidos en la evaluación final.

Recogida de datos

Durante la intervención y el seguimiento, se observó y se registró el comportamiento conversacional del sujeto tanto en la situación de entrenamiento como en las de generalización. Durante el entrenamiento, en cada ensayo se registraba si la respuesta era correcta, incorrecta, respuesta con ayuda o ausencia de respuesta. El registro fue realizado por uno de los terapeutas (el que no realizaba la intervención en cada momento) aunque sólo se anotaban aquellas respuestas en cuya calificación coincidían los dos terapeutas.

Objetivos

Puesto que en la evaluación se observó que el sujeto no presentaba las habilidades conversacionales definidas anteriormente, se establecieron los objetivos de la intervención de acuerdo con estos déficits. Los objetivos fueron los siguientes:

- (1) que el adolescente fuese capaz de iniciar, en situaciones sociales, una conversación;

- (2) que fuese capaz de mantener una conversación, iniciada por él o su interlocutor;
- (3) que estas conductas se generalizaran a personas distintas de los terapeutas que las entrenaron;
- (4) que las habilidades de inicio y mantenimiento se generalizaran a otras situaciones diferentes a las de entrenamiento; y
- (5) el mantenimiento de las habilidades entrenadas a lo largo del tiempo.

Procedimiento

La intervención se llevó a cabo en cuatro fases. La primera, la *Fase A*, se centró exclusivamente en el entrenamiento de las conductas de inicio de conversación mediante preguntas e informaciones. Se llevaron a cabo un total de 57 sesiones (ver tabla 1). En las primeras 25, un terapeuta realizó el entrenamiento mientras que el otro actuaba de interlocutor y reforzaba al niño cada vez que emitía una respuesta correcta. El reforzamiento consistía en aprobación, descripción verbal de la respuesta del sujeto y alabanzas verbales, y en la administración de fichas canjeables por reforzadores tangibles al finalizar las sesiones (a veces el canje se producía al final de la misma sesión y otras veces después de varias sesiones acumulando fichas). En las 31 sesiones siguientes los terapeutas intercambiaron los papeles que habían estado desempeñando hasta ese momento. En la última sesión, los dos terapeutas actuaron desempeñando ambos papeles alternativamente.

El procedimiento seguido durante los diez primeros días consistió en indicarle al sujeto que hiciera preguntas (*"hazle una pregunta a ..."*) o le diera una información al otro terapeuta (*"cuéntale algo a ..."*). Cuando no respondía o lo hacía de forma incorrecta se le indicaba lo que debía decir y se le pedía que lo repitiera exactamente (ayuda ecoica). A lo largo de la sesión se instruía al sujeto para que realizara preguntas en cinco ocasiones, y para que diera una información en otras cinco. Los dos tipos de instrucciones se presentaban en una secuencia aleatoria.

TABLA 1.- Secuencia de la intervención durante la fase A.

TERAPEUTA	SESIONES	PROCEDIMIENTOS
Primero	1 a 10	Instrucciones <i>Ayuda ecoica</i>
Primero	11 a 15	<i>Reglas: ensayo 1 y tras errores</i> <i>Instrucciones: resto de ensayos</i>
Primero	16 a 17	<i>Reglas: ensayos 1, 4, y tras errores</i> <i>Instrucciones: resto de ensayos</i>
Primero	18 a 25	<i>Instrucciones: todos los ensayos</i> <i>Reglas: tras errores</i>
Segundo	26 a 30	<i>Instrucciones: todos los ensayos</i> <i>Reglas: tras errores</i>
Segundo	31 a 56	<i>Instrucciones: todos los ensayos</i> <i>Reglas: primer ensayo de la siguiente sesión</i>
Primero y segundo	57	<i>Instrucciones: todos los ensayos</i>

A partir de la sesión número 11 se introdujeron unas instrucciones más complejas, a las que denominaremos reglas, y que son las siguientes:

Regla 1. "Cuando quieras iniciar una conversación preguntándole algo a (nombre del interlocutor), tienes que pensar en las cosas que no conoces de él -lo que le gusta, lo que ha hecho, lo que ha comido...- y entonces le haces una pregunta sobre eso. Pregúntale algo a ... (nombre del interlocutor)".

Regla II. "Cuando quieras iniciar una conversación contándole algo a (nombre del interlocutor), tienes que pensar en tus cosas -lo que te gusta, lo que has hecho, lo que has comido...- y entonces le cuentas algo sobre eso. Cuéntale algo a ... (nombre del interlocutor)".

Los temas que se proponían en ambas reglas se usaron porque correspondían a actividades que realizaba frecuentemente, siendo algunas muy gratificantes para él.

En el primer ensayo de cada sesión dedicado a entrenar el inicio de conversación mediante preguntas, se le daba al sujeto la regla correspondiente (regla I). En los cuatro ensayos posteriores únicamente se le daba la instrucción simple: "pregúntale algo a ... (nombre del interlocutor)". Si el sujeto no respondía adecuadamente, o tardaba más de cinco segundos en responder, se le volvía a repetir la instrucción compleja (regla I). El mismo procedimiento se utilizó para entrenar el inicio de conversación mediante información. La regla correspondiente (regla II) se administraba en el primer ensayo, y en los restantes únicamente se le decía: "cuéntale algo a ... (nombre del interlocutor)". Si no respondía adecuadamente se volvía a repetir la instrucción compleja (regla II). Los dos tipos de ensayos se realizaban en una secuencia aleatoria, y se reforzaba al sujeto cada vez que emitía, al primer intento, la respuesta correcta. En las sesiones 16 y 17 el procedimiento fue el mismo, salvo que las reglas se presentaron en los ensayos primero y cuarto, y no sólo en el primero.

Desde la sesión número 18 se indicaba al sujeto en cada ensayo que contara algo o lo preguntara por medio de las instrucciones simples, pero sólo se le repetían las reglas a continuación de una respuesta incorrecta o cuando no se producía respuesta verbal alguna. En las sesiones 23, 24, y 25, el sujeto preguntó y dio información correctamente en la totalidad de los ensayos realizados. De acuerdo con el criterio fijado de antemano, esto suponía la finalización de la intervención realizada por el primer terapeuta. En la sesión 26 los terapeutas intercambiaron los papeles, iniciando la intervención el segundo terapeuta.

El procedimiento se mantuvo exactamente igual que antes del cambio de terapeutas desde la sesión 26 a la 30. A partir del día

31 se dejaron de utilizar las reglas como corrección tras cada respuesta incorrecta. Sólo se indicaba al sujeto que contara o preguntara cosas por medio de las instrucciones simples. Si cometía errores en una sesión, el primer ensayo de la siguiente se iniciaba con la regla correspondiente. La intervención del segundo terapeuta finalizó tras tres días consecutivos en los que el sujeto dio información y preguntó correctamente en la totalidad de los ensayos realizados. Después de esto se realizó una última sesión (la 57) en la que ambos terapeutas actuaron como entrenadores e interlocutores, alternativamente. Puesto que todos los ensayos fueron correctos esta sesión no se volvió a repetir.

A lo largo de toda esta fase las conductas de mantenimiento de conversación, mediante preguntas o información, no fueron entrenadas, pero sí se reforzaron cuando aparecieron espontáneamente. De la misma forma, las conductas de inicio de conversación que aparecieron de forma espontánea, sin indicación del terapeuta, también fueron reforzadas.

En la *Fase B* se realizaron evaluaciones de los objetivos 1, 2, 3 y 4. En las nueve primeras sesiones de esta fase se evaluó si el sujeto era capaz de iniciar espontáneamente una conversación en la situación terapéutica (*objetivo 1*) y si era capaz de mantenerla (*objetivo 2*). Para ello se llevaron a cabo las sesiones habituales de tratamiento a las que asistía el sujeto, sin indicarle en ningún momento que debía dar información o realizar preguntas. Cuando el sujeto intervino para iniciar o mantener alguna conversación, los terapeutas sirvieron de interlocutores al tiempo que le reforzaban verbalmente y mediante fichas.

Las sesiones diez a trece sirvieron para evaluar el *tercer objetivo*: la generalización de las conductas conversacionales a personas diferentes de las que realizaron el entrenamiento. Para ello se solicitó la ayuda de otros dos psicólogos, quienes se hicieron cargo de las sesiones de tratamiento durante esas cuatro sesiones. Se les dio instrucciones para que respondieran adecuadamente a cualquier intento del sujeto de iniciar o mantener una conversación.

La evaluación del *objetivo 4* se llevó a cabo durante seis días (sesiones 14 a 19). Para comprobar que las habilidades conversacionales se generalizaban a situaciones diferentes a la de entre-

namiento, los terapeutas acompañaron al sujeto a varias dependencias del centro, y permanecieron con él en cada una de ellas por espacio de hasta cinco minutos. Las dependencias fueron la sala de ordenadores (situación B), y la sala de espera (situación C), además de la habitación en la que habitualmente se llevaban a cabo las sesiones (situación A). En esos lugares frecuentemente se encontraban también otras personas. Los terapeutas entraban con el sujeto en cada una de las dependencias y realizaban actividades acordes con cada situación (p.ej.: leer revistas en la sala de espera, manejar los ordenadores, ordenar la mesa de trabajo...). En ningún caso le dirigían la palabra al sujeto, salvo que él iniciara la conversación, limitándose a contestar a las preguntas que realizaba, o a comentar las informaciones que daba. En la situación A se llevaban a cabo las sesiones normales de tratamiento. En esta fase no se administraba reforzamiento verbal explícito (p.ej. alabanzas) o tangible de manera contingente a cada conducta, aunque sí una vez finalizada la evaluación.

Puesto que la evaluación realizada en la fase B había demostrado que el objetivo 3 no se había alcanzado, se llevó a cabo una breve intervención al inicio de la Fase C. Se realizó una sesión normal (sesión 1) de tratamiento con la colaboración de una de las psicólogas del centro, a la que se le pidió que dirigiera la sesión terapéutica. Al finalizar dicha sesión sin que el sujeto iniciara ni mantuviera conversación alguna con ella, se le dio la siguiente instrucción:

"No sólo tienes que hablar con nosotros sino que debes hacerlo con todo el mundo. Tienes que preguntar y contar cosas a todo el mundo. ¿A quien me refiero? (el sujeto contestó que a su familia, compañeros...) Y aquí ¿con quién debes hablar? (entonces dijo el nombre de la psicóloga y otras personas y niños del centro)".

A partir de la siguiente sesión, se dejó al sujeto con otras personas en lugares distintos de la habitación de tratamiento, por espacio de hasta cinco minutos. Se indicó a esas personas que debían dejar que él iniciara las conversaciones, y que sólo entonces debían intervenir actuando de forma natural como interlocutores. Esta

evaluación se realizó durante tres sesiones (sesión dos a cuatro de esta fase), con tres personas diferentes además de los dos terapeutas, en tres dependencias distintas del centro, las situaciones B, C, y D (despacho principal). A los 6 meses se volvió a repetir la evaluación en dos ocasiones distintas (sesiones cinco y seis).

RESULTADOS

La Figura 1 muestra el porcentaje de preguntas y de informaciones correctas de inicio de conversación que se produjeron durante las sesiones de entrenamiento de la Fase A. Como puede apreciarse, a partir de la introducción de las reglas en la sesión 11, comienza a producirse un incremento en el porcentaje de respuestas correctas tanto de preguntas como de informaciones. En los ensayos realizados durante las sesiones 23, 24 y 25, todas las respuestas fueron correctas. Tras el cambio de terapeuta, se produjeron fluctuaciones en el comportamiento conversacional del sujeto. Hasta la sesiones 54, 55 y 56 no se alcanzó el criterio de tres sesiones consecutivas con el 100% de los ensayos correctos con el segundo terapeuta.

En la Figura 2 se presenta el número de respuestas espontáneas tanto de inicio como de mantenimiento de conversación durante la Fase A. A lo largo de todo el entrenamiento, se producen de forma espontánea ambos tipos de respuestas. Frecuentemente existe una relación inversa entre el número de respuestas espontáneas de inicio y las de mantenimiento: a más respuestas de un tipo menos del otro. Este efecto se puede apreciar en la práctica totalidad de las sesiones de entrenamiento. Durante esta fase el número de respuestas espontáneas de inicio de conversación fue menor que el número de respuestas espontáneas de mantenimiento.

Los datos correspondientes a las 9 primeras sesiones de la Fase B (Figura 3) muestran que una vez finalizado el entrenamiento, en una situación de evaluación, aparecieron espontáneamente tanto respuestas de inicio como de mantenimiento de conversación. Sin embargo, en ninguna de esas sesiones aparecieron espontáneamente preguntas de mantenimiento de conversación. Los datos de las sesiones 10 a 13, que aparecen en la misma figura, muestran

FIGURA 1.- Porcentaje de preguntas e informaciones correctas de inicio de conversación durante las sesiones de entrenamiento de la Fase A

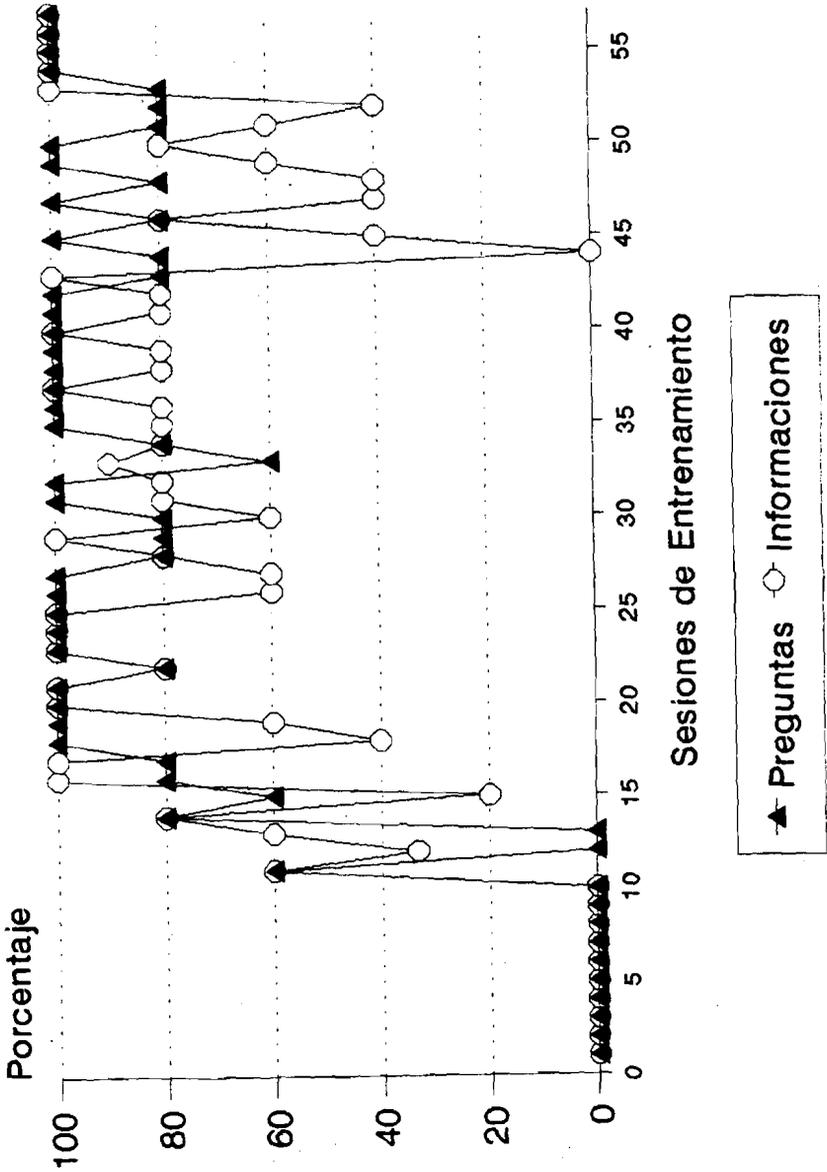
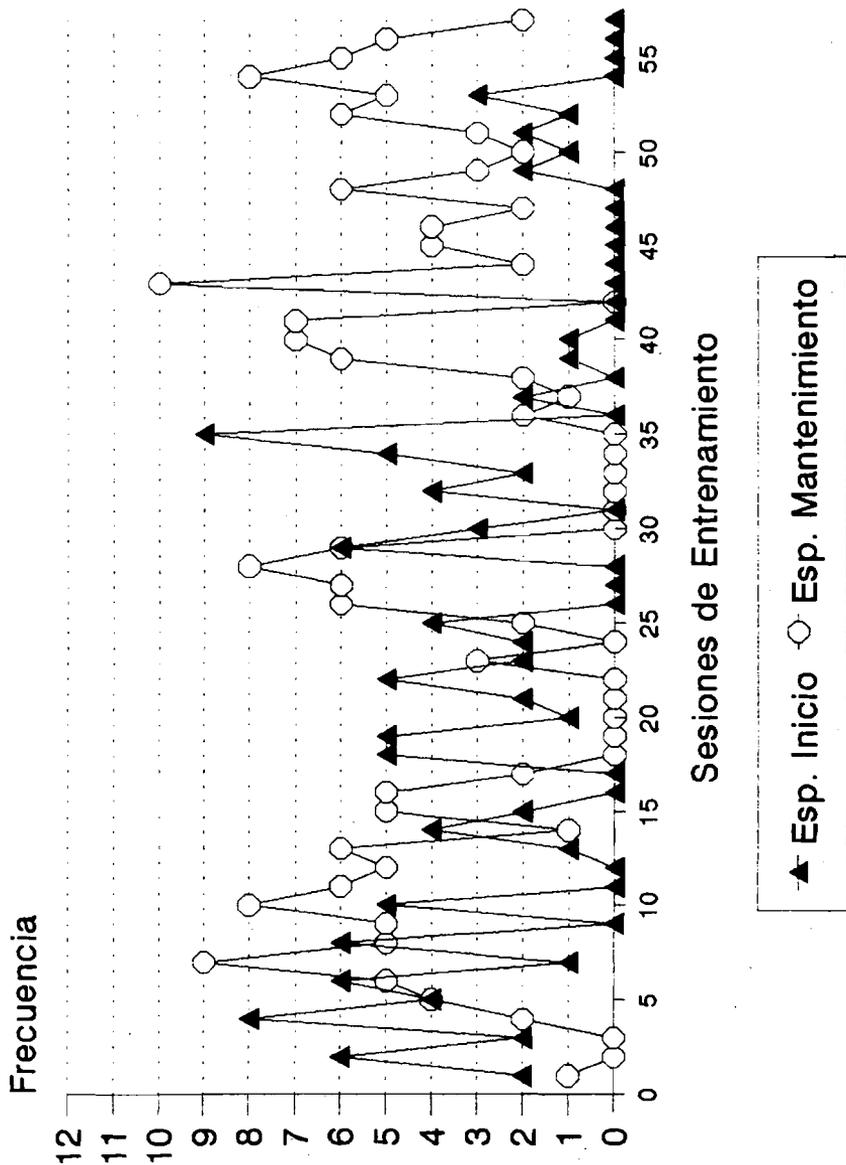
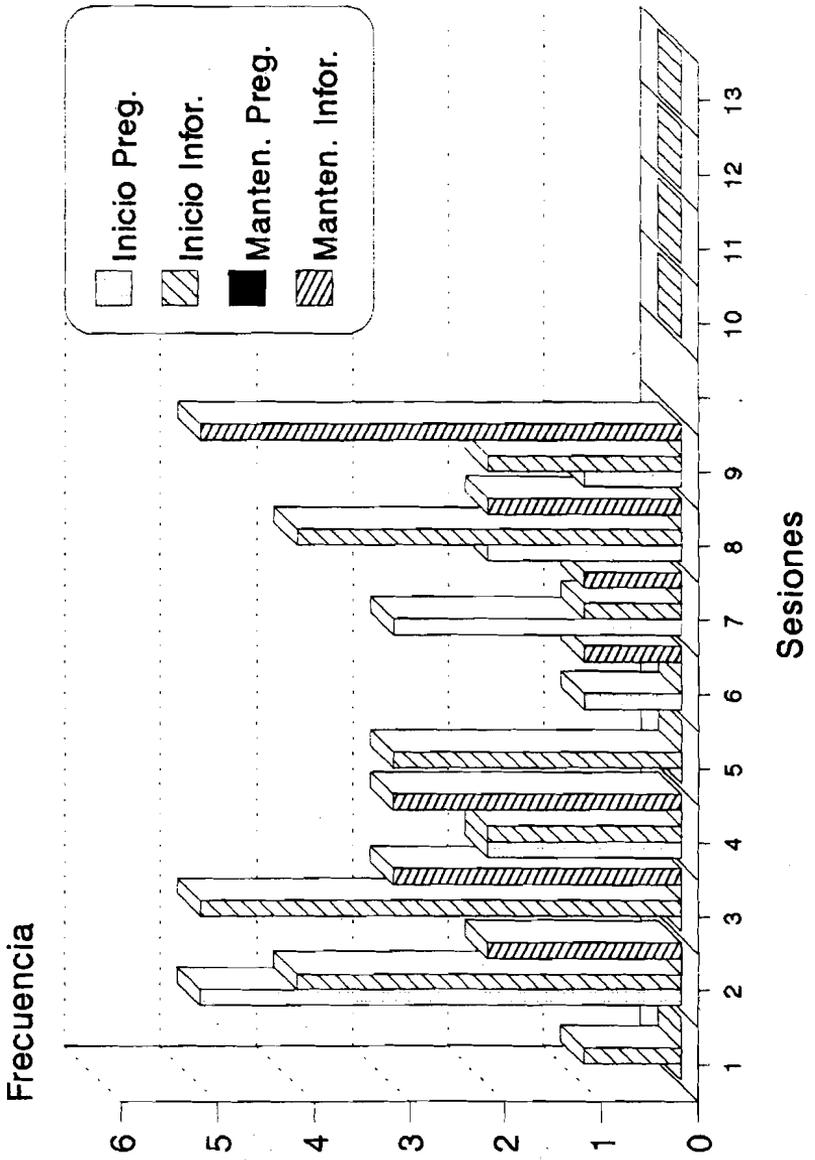


FIGURA 2.- Frecuencia con la que se produjeron respuestas espontáneas de inicio y mantenimiento de conversación durante la Fase A



▲ Esp. Inicio ○ Esp. Mantenimiento

FIGURA 3.- Fase B. Respuestas espontáneas de inicio y mantenimiento de conversación durante la evaluación post-tratamiento (sesiones 1 a 9) y en una evaluación de generalización con otras personas (sesiones 10 a 13)



592
 FIGURA 4.- Fase B. Respuestas espontáneas de inicio y mantenimiento de conversación durante la evaluación de generalización a diferentes situaciones (A, B y C)

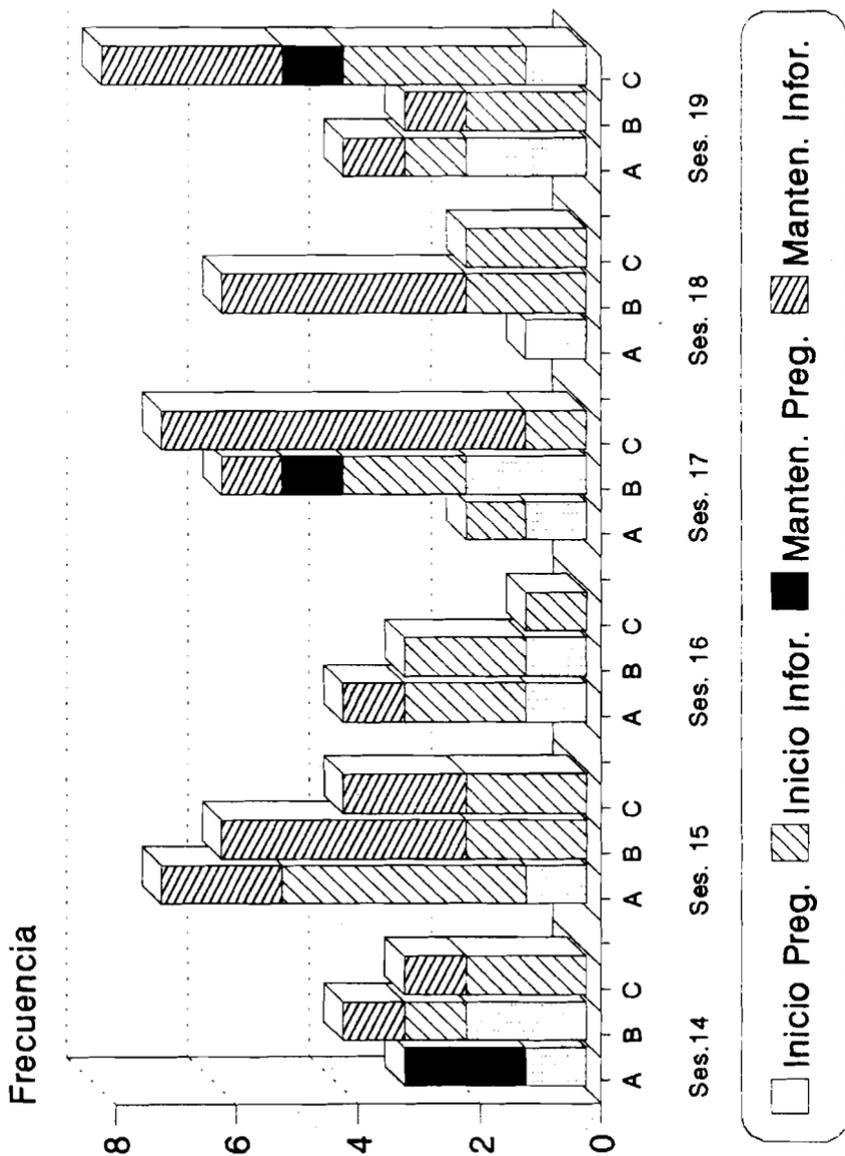
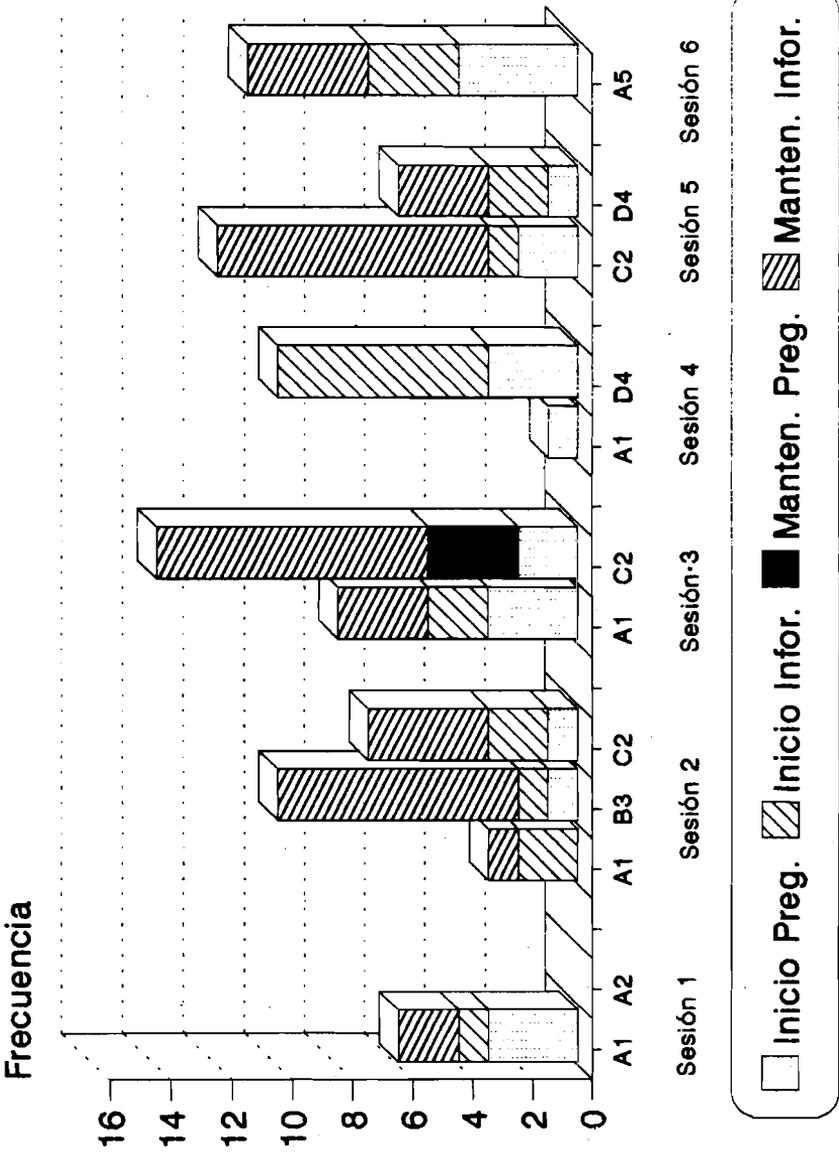


FIGURA 5.- Fase C. Respuestas de inicio y mantenimiento de conversación durante la evaluación de generalización realizada con distintas personas (1, 2, 3, 4 y 5) y en distintas situaciones (A, B, C y D). Las sesiones 5 y 6, corresponden a evaluaciones realizadas a los 6 meses de seguimiento



que en ese momento de la intervención, el sujeto no presentaba ninguna de las habilidades conversacionales con personas diferentes a las que realizaron el entrenamiento.

En la Figura 4, se representan gráficamente las respuestas conversacionales de cada tipo que aparecieron de forma espontánea en distintos contextos durante las últimas sesiones de evaluación de la *Fase B*. En todas las situaciones el sujeto inició y mantuvo conversaciones correctamente. Es interesante destacar, que el tipo de conducta menos frecuente fue el mantenimiento de conversación a través de preguntas mientras que la más frecuente fue el inicio a través de información.

Los datos obtenidos en la *Fase C* se pueden observar en la Figura 5. En ella aparecen representadas las veces que el sujeto inició o mantuvo conversaciones con distintas personas y en diversas situaciones. De nuevo el mantenimiento de conversación a través de preguntas fue la respuesta menos frecuente, y el mantenimiento a través de información la más frecuente. En la primera sesión de esta fase aparece la única condición en la que el sujeto no presentó ninguna respuesta de tipo conversacional. En las siguientes sesiones, incluidas la 5 y la 6 que se realizaron a los 6 meses, el sujeto iniciaba y mantenía conversaciones en todas las situaciones, independientemente del interlocutor.

A los 6 meses de finalizar la intervención se recogieron datos de forma anecdótica, a través de informes verbales de los mismos miembros de la familia y de las mismas personas que informaron antes de la intervención. Estos datos indicaban que el sujeto iniciaba conversaciones con ellos más frecuentemente que antes, aunque no todos los informantes habían detectado un cambio similar. Además, dos psicólogas, una de las cuales no había intervenido en ninguna fase del estudio, valoraron las habilidades conversacionales del sujeto, confirmando que era capaz de iniciar y de mantener conversaciones en una situación natural.

DISCUSIÓN

La intervención llevada a cabo con el objeto general de crear las habilidades conversacionales de las que carecía el sujeto resultó

un éxito. Después de la intervención se alcanzaron los cinco objetivos establecidos de antemano. De esta forma, el adolescente fue capaz de iniciar y mantener conversaciones en situaciones sociales (objetivos 1 y 2), con personas distintas (objetivo 3) y en situaciones diferentes a las de entrenamiento (objetivo 4), lo que se mantuvo durante un período, al menos, de 6 meses (objetivo 5).

Los resultados obtenidos indican que el entrenamiento de las habilidades de inicio de conversación fue suficiente para que aparecieran, de forma espontánea, conductas de mantenimiento que no fueron entrenadas explícitamente, aunque sí reforzadas cuando eran correctas. Ésto pudo deberse a que ambos tipos de conductas pertenecen a la misma *clase*. Ambas respuestas son funcional y topográficamente muy similares, aunque el inicio y el mantenimiento de conversación están bajo control de diferentes situaciones. A pesar de ello, no fue necesario entrenar las habilidades de mantenimiento en ningún momento. Desde el comienzo de la intervención se produjeron de forma espontánea conductas conversacionales tanto de inicio como de mantenimiento que fueron reforzadas en todo momento (ver Figura 2). Por otra parte, el entrenamiento llevado a cabo por dos terapeutas como interlocutores no fue suficiente para conseguir la generalización a otras personas de las habilidades conversacionales, al contrario de lo que señalan Rosenfarb et al. (1989). Los datos de la evaluación realizada en las sesiones 10 a 13 de la Fase B así lo demuestran (ver Figura 3). Sin embargo bastó una breve intervención al comienzo de la Fase C, consistente en una instrucción específica, para que dicha generalización se produjera sin más intervención. La facilidad con la que se consiguió hace suponer que con una pequeña variación en el procedimiento de entrenamiento seguido, la generalización a otras personas se podría haber obtenido antes. Además, la generalización a otras situaciones se produjo sin entrenamiento específico para ello. Por último, las habilidades se mantuvieron una vez finalizada la intervención.

Los datos parecen demostrar que el entrenamiento adecuado de habilidades de inicio de conversación puede ser suficiente para que aparezcan las de mantenimiento, se generalicen a otras situaciones

y personas, y se mantengan en el contexto natural. Esto puede deberse al procedimiento seguido durante todas las fases y al tipo de habilidades que se entrenaron. Respecto al *procedimiento* hay que señalar que desde un principio se utilizó reforzamiento natural junto con artificial. Este último se fue desvaneciendo a lo largo de la intervención de manera que el único reforzamiento que el sujeto recibía sistemáticamente era el que se produce en situaciones naturales por iniciar o mantener una conversación (reforzamiento social), lo que pudo facilitar el mantenimiento posterior. También desde el comienzo, se reforzaron las respuestas conversacionales que aparecieron espontáneamente, que era el objetivo de la intervención. El tipo de reglas utilizadas, por otra parte, fueron precisas y su aplicación lo menos artificial posible. Rápidamente fueron desvanecidas de forma que en pocas sesiones se pasó de utilizarlas en todos los ensayos de entrenamiento a usarlas sólo después de que se produjeran errores. De esta forma se evitó que el sujeto llegara a depender de este tipo de ayuda. Respecto a las *habilidades entrenadas* debe recordarse que se trataban de comportamientos socialmente adecuados con una alta probabilidad de ser reforzados y mantenidos por el entorno natural al que pertenece el sujeto. De acuerdo con Stokes y Baer (1977) este hecho facilita el mantenimiento y generalización de las habilidades, lo que aparentemente sucedió en este caso. No debe olvidarse que el repertorio verbal del sujeto antes de la intervención era suficientemente extenso en *Tacts* y *Autoclíticos* como para abordar el entrenamiento de las habilidades conversacionales directamente. Realmente, el entrenamiento realizado sirvió para establecer nuevas conductas basadas en el repertorio ya existente. Se pusieron bajo control de una estimulación diferente (la situación conversacional) respuestas verbales descriptivas ya existentes, que se ampliaron en su extensión (se hicieron más complejas). Pero en ningún caso se tuvo que enseñar al adolescente a describir o a preguntar.

A lo largo de la intervención se produjeron algunos fenómenos que sería interesante comentar. Durante las 10 primeras sesiones de la fase de entrenamiento (Fase A) el sujeto no fue capaz de emitir correctamente ninguna de las conductas conversacionales (preguntas e informaciones) que se le requerían. En estas sesiones,

la instrucción básica utilizada (p.ej.: "Hazle una pregunta a ...") no resultó funcional para el sujeto, por lo que se le dieron ayudas ecoicas. Hasta que no se introdujeron en la sesión 11 las instrucciones más complejas o reglas, el sujeto no comenzó a realizar preguntas o dar informaciones de inicio de conversación correctas. Las instrucciones básicas, en las que tan sólo se indicaba al sujeto la respuesta que debía emitir, serían lo que Skinner (1969) llamó *reglas incompletas*. Las instrucciones más complejas, en las que se indicaba al sujeto lo que debía hacer para iniciar una conversación y *cuando* lo debía hacer, serían reglas algo más completas que las anteriores. De acuerdo con Luciano (1992), ambas instrucciones serían diferentes en cuanto que contienen distintos elementos, estas diferencias pudieron ser responsables de los distintos efectos conseguidos con su aplicación. En cualquier caso, únicamente las instrucciones o reglas más complejas resultaron efectivas en esta intervención. Debe tenerse también en cuenta, que las instrucciones más complejas hacían referencia a temas familiares para el sujeto o actividades que realizaba frecuentemente, lo que también pudo influir en su efectividad facilitando el desarrollo de las conductas entrenadas. Es curioso que, si bien hasta la sesión 11 el sujeto no iniciaba correctamente conversaciones cuando se le requería, sí aparecieron de forma espontánea conductas de inicio y mantenimiento de conversación desde la primera sesión. Esta aparente paradoja puede ser debida a dos hechos. Primero, las instrucciones básicas no llegaron a ser funcionales para el sujeto a lo largo de estas sesiones. Segundo, durante todo el entrenamiento se fue mucho más estricto en los criterios de reforzamiento con las respuestas requeridas (ensayos programados) que con las respuestas que aparecieron espontáneamente. Un último hecho destacable durante el entrenamiento son las fluctuaciones que se produjeron en el comportamiento del sujeto tras el cambio de terapeuta, que retrasaron considerablemente la finalización del entrenamiento, ya que durante bastantes sesiones no se alcanzaron los criterios establecidos.

Un dato que aparece tanto en la Fase B (Figura 4) como en la C (Figura 5), es que el sujeto rara vez mantenía las conversaciones a través de preguntas. En la mayor parte de las ocasiones el

mantenimiento de las conversaciones se producía a través de informaciones. Este efecto no programado, pudo ser consecuencia de los criterios de reforzamiento utilizados durante el entrenamiento. A lo largo de la Fase A, se tuvo mucho cuidado en no reforzar el mantenimiento de la conversación basado en preguntas simples (p.ej.: "¿Si?", "¿Cuántos?", "¿Donde?", etc.). De esta forma, el mantenimiento de conversaciones a través de preguntas recibió mucho menos reforzamiento y el repertorio entrenado de inicio y mantenimiento de conversación con preguntas fue menor.

Como ya se ha indicado fue necesario introducir una instrucción específica al comienzo de la Fase C para conseguir que las habilidades conversacionales se generalizaran a otras personas distintas de los terapeutas. La instrucción utilizada fue similar a las que resultaron eficaces en la Fase A, ya que se indicaba al sujeto lo que debía hacer y con quien debía hacerlo. Pero además, se comprobó a través de preguntas que el sujeto había comprendido la instrucción al tiempo que se moldeaba el contenido de la regla, de acuerdo con lo indicado en Luciano y Herruzo (1992). A pesar de que sólo se le dio la regla en una ocasión se consiguió la generalización.

Los resultados de este trabajo se encuentran en la línea de los obtenidos por otros investigadores a los que ya hicimos referencia (Kleitsch et al., 1983; Kelly, Furman et al., 1979; Kelly, Wildman et al., 1979). Como en esos casos se programó la generalización, se utilizaron varias situaciones y personas para conseguirla y se definieron las respuestas de inicio y mantenimiento de conversación de forma precisa. Sin embargo, las ayudas verbales simples utilizadas con éxito por otros investigadores (Kleitsch et al., 1983) no resultaron efectivas en este estudio. Tampoco se utilizaron modelos, al contrario de lo que sucedía en los trabajos citados anteriormente. A diferencia de otros estudios en este se distinguió claramente entre las habilidades de inicio y mantenimiento, además del tipo de respuestas: preguntas o informaciones. La intervención fue también más simple que la realizada por otros investigadores, ya que se basó exclusivamente en la utilización de instrucciones y la programación de consecuencias.

En futuras investigaciones se debería replicar el procedimiento aquí utilizado con otros sujetos deficientes de similar repertorio ver-

bal y social que carezcan de habilidades conversacionales. Según lo expuesto, deberían utilizarse desde un principio, instrucciones complejas similares a las utilizadas en este trabajo. También habría que planificar mejor la generalización a otras personas y situaciones, probablemente reduciendo la rigidez con la que se llevó a cabo el entrenamiento en este estudio. En cualquier caso, se ha demostrado nuevamente que el entrenamiento de habilidades conversacionales en sujetos retrasados es posible a través de procedimientos no excesivamente complejos y que los resultados obtenidos se mantienen a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- A.A.M.R. (1992) *Mental Retardation. Definition, classification, and systems of supports*. 9ª Edición. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation,
- Bijou, S.W. (1988) Un punto de vista realista sobre el Retraso Mental: Implicaciones para la educación y el entrenamiento. En M.C. Luciano Soriano y J. Gil Roales-Nieto (eds.) *Análisis e Intervención Conductual en Retraso en el Desarrollo*. Granada: Universidad de Granada.
- Chandler, L.K., Lubeck, R.C. y Fowler, S.A. (1992) Generalization and Maintenance of Preschool Children's Social Skills. A critical review and analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **25**, 415-428.
- Fox, R.M., McMorro, M.J. y Schloss, C.N. (1983) Stacking the Desk: Teaching Social Skills to Retarded Adults with Modified Table Game. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **16**, 157-170.
- Garner, A. (1988) *Conversationally Speaking*. N.Y.: McGraw Hill Book. (Traducción: Ed. Grijalbo, S.A., 1990).
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. y Klein, P. (1989) *Habilidades Sociales y Autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Hayes, S.C., Kohlenberg, B.S. y Melancon, S.M. (1989) Avoiding and Altering Rule-Control as a Strategy of Clinical Intervention. En S.C. Hayes (ed.) *Rule-Governed Behavior. Cognition, Contingencies, and Instructional Control*. New York: Plenum Press.

- Jarana, L., León, J.M., y Cantero, F.J. (1992) Entrenamiento en Habilidades Sociales con Deficientes Mentales institucionalizados en el medio psiquiátrico. En F. Gil, J.M. León y L. Jarana (coord.) **Habilidades Sociales y Salud**. Madrid: Eudema.
- Kelly, J.A. (1987) **Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Guía práctica para intervenciones**. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kelly, J.A., Furman, W., Phillips, J., Hathorn, S. y Wilson, T. (1979) Teaching conversational skills to retarded adolescents. **Child Behavior Therapy**, 1, 85-97.
- Kelly, J.A., Wildman, B.G., Urey, J.R. y Thurman, C. (1979) Group skills training to increase the conversational repertoire of retarded adolescents. **Child Behavior Therapy**, 1, 323-336.
- Kleitsch, E.C., Whitman, T.L. y Santos, J. (1983) Increasing Verbal Interaction among elderly Socially Isolated Mentally Retarded Adults: A Group Language Training Procedure. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 16, 217-233.
- Lalli, J.S., Pinter-Lalli, E., Mace, F.M. y Murphy, D.M. (1991) Training interactional behaviors of adults with developmental disabilities: a systematic replication and extension. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 24, 167-174.
- Luciano Soriano, M.C. (1989) Un análisis de los procedimientos para la adquisición, eliminación, mantenimiento y generalización del comportamiento en personas retardadas en su desarrollo. En M.C. Luciano Soriano y J. Gil Roales-Nieto (eds.) **Análisis e Intervención Conductual en Retraso en el Desarrollo**. Granada: Universidad de Granada.
- Luciano Soriano, M.C. (1992) La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. **Psicothema**, 4, 445-468.
- Luciano, M.C. y Herruzo, J. (1992) Some relevant components of adherence behavior. **Journal of Behavior Therapy & Psychiatry**, 23, 117-124.
- Matson, J.L., Kazdin, A.E. y Esveldt-Dawson, K. (1980) Training Interpersonal Skills among Mentally Retarded and Socially Disfunctional Children. **Behaviour Research & Therapy**, 18, 419-427.
- McGee, G.G., Almeida, M.C., Sulzer-Azaroff, B. y Feldman, R.S. (1992) Promoting Reciprocal Interactions via Peer Incidental Teaching. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 25, 117-126.
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987) **Habilidades Sociales en la infancia. Evaluación y Tratamiento**. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Ojeda, M., Perez, A.L., Jarana, L. y León, J.M. (1989) Diseño, Implantación y Evaluación de un programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales

- a Deficientes Mentales institucionalizados. *Revista Española de Terapia del Comportamiento* 7, 183-197.
- Park, H. y Gaylord-Ross, R. (1989) A Problem-Solving Approach to social Skills Training in Employment setting with mentally retarded youth. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 373-380.
- Pelechano, V. (1987): Habilidades sociales en deficientes adultos. *Siglo Cero*, 109, 12-14.
- Polaino-Lorente, A. (1988) Retraso Mental y habilidades sociales. Una carencia injustificada en los programas de intervención. En *Jornadas nacionales para padres de deficientes mentales: Esperanzas objetivas*. Pamplona: CEFAES.
- Rosenfarb, I.S., Hayes, S.C. y Linehan, M.M. (1989) Instrutions and Experiential Feedback in the treatment of Social Skills Deficits in adults. *Psychotherapy*, 26, 242-251.
- Roth, E., y López, M. (1985) Entrenamiento de Habilidades en la Comunidad: Un reporte experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11, 565-583.
- Schneider, C. (1988) Entrenamiento en Habilidades Sociales para niños con retraso en su desarrollo. En M.C. Luciano y J. Gil (eds.) *Análisis e Intervención Conductual en el Retraso en el Desarrollo*. Granada: Universidad de Granada.
- Skinner, B.F. (1957) *Verbal Behavior*. Hillsdale, N.J.: Prentice Hall. (Traducción: Ed. Trillas, 1981).
- Skinner, B.F. (1969) *Contingences of reinforcement. A theoretical analysis*. Hillsdale: Prentice-Hall. (traducción México: Ed. Trillas, 1979).
- Stokes, T.F. y Baer, D.M. (1977) An Implicit Technology of Generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 349-367.
- Urey, J.R., Laughlin, C.S. y Kelly, J.A. (1979) Teaching heterosocial conversational skills to male psychiatric patient. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 323-328.
- Vera Tejeiro, A. (1992) Habilidades Sociales en el Retraso Mental. En AA.VV., *Inteligencia y Cognición. Homenaje al Profesor Mariano Yela*. Madrid: Ed. Complutense.
- Wildman, B.G., Wildman, H.E. y Kelly, W.J. (1986) Group Conversational-Skills Training and Social Validation with Mentally Retarded Adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 7, 443-458.