

Evaluación y desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas con parálisis cerebral

Lidia Cabrera Pérez

Resumen

Las habilidades sociales suponen el eje de la convivencia social. Las personas discapacitadas en general y los parálisis cerebrales en particular se encuentran, cara a la adquisición y desarrollo de las mismas, con dos tipos de déficits: uno de estructura, referido a la perturbación del sistema de procesamiento de información, generado por la propia deficiencia, y otro de contenido, generado por la carencia de experiencias de aprendizaje espontáneo. A la luz de la teoría científica, a partir de la cual se deduce que las habilidades sociales se pueden aprender, hemos puesto en práctica un programa de entrenamiento en habilidades sociales con niños/as parálisis cerebrales para, posteriormente, evaluar la eficacia del mismo.

Descriptores: Parálisis cerebral. Integración escolar. Integración social. Habilidades sociales. Autonomía personal. Autonomía social.

Evaluation and development of social skills in children with cerebral palsy

Abstract

It is commonly assumed that social skills are absolutely important for social coexistence. Handicap people in general, and cerebral palsy, in particular, show two kind of deficits in acquisition and development of social skills: the first one is structural and it is related to the perturbation of the processing system, caused by the deficiency; the other one is related to contents, generated by the absence of spontaneous learning experiences. According to the scientific theory, which supposed that social skills can be learned, we have carried out a training programme in social skills for cerebral palsy's children, in order to evaluate its effectiveness later.

Keywords: Cerebral Palsy, Mainstreaming, social integration, social skills, personal autonomy, social autonomy.

Introducción

Concepto y características de la Parálisis Cerebral Infantil

La Parálisis Cerebral Infantil hace referencia a una lesión o malformación del S.N.C. (centros motores del encéfalo) aún inmaduro, que interfiere en la maduración posterior de éste. Se manifiesta por una falta o disminución del control motor, viéndose afectado el tono (contracción muscular en reposo), la postura (equilibrio del individuo), y el movimiento (acción motora voluntaria). La afección puede variar desde una hiper o hipotonía, hasta una paralización total. Este comportamiento motor anormal puede interferir en otras funciones tales como manipulación, habla y lenguaje, percepción, socialización, emocional, etc. (Levitt, 1982; Bobath and Bobath, 1987; Bobath y Köng, 1986; Busto, 1988; entre otros).

Respecto a la etiología de la parálisis cerebral infantil (P.C.I) podemos diferenciar dos grandes grupos: la *parálisis cerebral precoz*, como consecuencia de causas prenatales, perinatales y postnatales y la *parálisis cerebral tardía* que se produce cuando el cerebro está más maduro. En ambos grupos los agentes responsables pueden ser múltiples, excluyéndose de éstos toda posibilidad de origen genético o familiar, pues la parálisis cerebral no es hereditaria, sino accidental (Bobath y Köng, 1986).

Dentro del cuadro clínico, Levitt (1982) señala tres aspectos que se consideran primordiales:

- Retraso en el desarrollo de las nuevas habilidades que pueden esperarse de la edad cronológica del niño.
- Persistencia de comportamiento infantil en todas las funciones, incluyendo reacciones reflejas infantiles.
- Rendimiento en varias funciones, en formas no vistas en bebés y niños normales, provocados por la presencia de síntomas patológicos de las lesiones de las neuronas motoras superiores como, por ejemplo, hipertonía, hipotonía, movimientos involuntarios y respuestas patológicas.

A la deficiencia motora pueden asociarse otros trastornos, entre los que destacan los siguientes:

- Trastornos sensoriales, sobre todo de vista y oído.
- Trastornos intelectuales, comúnmente motivados por la dependencia que establece con las personas que le protegen.

- Trastornos del lenguaje.
- Problemas ortopédicos.
- Crisis epilépticas.
- Problemas de integración social.

Todos los trastornos citados, propios del paralítico cerebral, van a repercutir en una incorrecta integración social.

Nos detendremos a continuación en analizar más exhaustivamente este último ámbito, el social, por girar en torno a él la investigación que describiremos posteriormente.

Integración social en la Parálisis Cerebral

El paralítico cerebral, para el desarrollo de su socialización, se encuentra con un doble problema:

1. Su propia discapacidad, con los trastornos asociados que ésta conlleva, le dificulta desarrollar una adecuada vida social, pues se encuentra con dificultades tales como:

- Falta de independencia y autonomía para actividades higiénicas, de alimento y desplazamiento.
- Dificultades para comunicarse.
- Dificultades para realizar actividades sociales, sean éstas profesionales o recreativas.

2. La infraestructura social está hecha y adaptada para los ciudadanos sin minusvalías. De este modo, el paralítico cerebral tropieza, en su desarrollo social, con obstáculos (barreras arquitectónicas, falta de medios recreativos, sentimientos de lástima, etc.) añadidos, que no tiene que afrontar el ciudadano medio y que le limitan sus experiencias en la socialización.

El primer problema con que se encuentra el paralítico cerebral, en torno a la integración social, es la *incorporación a la escuela*, no sólo por dificultades de infraestructura, sino por otras añadidas, tales como dificultades de expresión y comunicación, lentitud, conciencia de invalidez, escasas habilidades sociales, etc. (Toledo González, 1977), que dificultan su integración escolar y, más tarde, personal y social. Al llegar a la adolescencia y/o la edad adulta, los problemas se acentúan con las necesidades de

independencia familiar, integración en el mundo laboral, actividades de ocio, etc. (Aguar Alonso, 1987). Hay paralíticos que se integran socialmente sin ningún problema, pero la mayoría los tendrán a causa del rechazo social, y sus pocas posibilidades y habilidades para el desarrollo de actividades sociales (Toledo González, 1977; Dalmau, 1984).

Todos sabemos la importancia que tiene para la actividad del individuo las relaciones interpersonales. La sociedad valora muy positivamente la capacidad para relacionarse eficazmente, puesto que la mayor parte de nuestro tiempo la pasamos en interacción con los otros. De este modo, la comunicación interpersonal se convierte en una parte esencial de nuestra actividad y, de ahí, que sean muchos los problemas que se definen en términos de déficits en habilidades sociales, siendo pocos los trastornos psicológicos en los que no esté implicado, en mayor o menor medida el ambiente social que rodea al sujeto (Caballo, 1987). Las habilidades sociales se convierten así en el eje de la convivencia social, del equilibrio emocional personal y, además, en determinantes de los aprendizajes escolares de los alumnos, pues un niño que no sepa relacionarse y resolver los problemas cotidianos, se sentirá infravalorado por sí mismo y por los otros. Si bien la propia integración escolar puede ser un gran medio para facilitar las habilidades sociales en los niños, en la práctica, por las propias deficiencias del sistema educativo y por las limitaciones particulares de niños como los que aquí contemplamos, no sucede así, por lo que se hace preciso establecer programas de intervención dirigidos a la enseñanza de estrategias para mejorar esa competencia social. Afortunadamente, se ha demostrado que las habilidades sociales se pueden aprender (Caballo, 1987; Michelson y col., 1987).

Concepto de habilidad social

Pero, ¿qué entendemos por una conducta socialmente habilidosa?. Estas se podrían concretar, como manifiesta García Villamizar (1990), en destrezas necesarias para producir conductas que satisfagan los objetivos de una determinada tarea. Evidentemente, cada tarea requerirá de habilidades distintas, puesto que los criterios que regulan la eficacia en una no suelen coincidir con los de otra. Sin embargo, si bien casi todos somos capaces de identificar y reconocer habilidades sociales exitosas, todos tenemos problemas para definir las correctamente.

Actualmente, no existe una teoría general que abarque, en la práctica, la identificación, la evaluación y el entrenamiento de las habilidades sociales (Caballo, 1987). Los estudios científicos del tema se inspiran en tres fuentes: la *terapia de reflejos condicionados*, apoyada en los trabajos de Salter (1949) y Wolpe (1958), quién em-

pleó el término «asertivo» en primer lugar para denominar la conducta socialmente habilidosa; la *competencia social*, constituida por los trabajos de Zigler y Phillips (1960, 1961); y el *concepto de habilidad aplicado a las interacciones hombre-máquina*, corriente desarrollada por varios autores en Inglaterra (Godoy y Gabino, 1991).

Todos estos trabajos han ido reemplazando sucesivamente distintas terminologías para denominar lo que aquí definimos por habilidades sociales. Otros autores, sin embargo, hacen otras distinciones y, entre ellos, destacan McFall (1982), que establece diferencias entre asertividad, habilidades sociales y competencia social y Meichenbaum, Butler y Grudson (1981), quienes afirman que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia o habilidad social, puesto que ésta es parcialmente dependiente del contexto cambiante, por lo que debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, atendiendo a factores tales como la edad, género, clase social, educación, etc. (Caballo, 1987). Además, según dicen Wilkinson y Canter (1982), el individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción que hay que considerar. Por todo ello, algunos autores prefieren definir la conducta socialmente habilidosa según su efectividad en una situación dada. Al respecto, Linehan (1984), identifica tres tipos de conducta en las personas socialmente habilidosas: efectividad en lograr los objetivos de la respuesta, efectividad para mantener o mejorar las relaciones con otras personas y efectividad para mantener la auto-estima.

Son muchas, sin embargo, las definiciones que se han hecho de habilidad social. Unas tienen más en cuenta los contenidos (expresión de la conducta), otras las consecuencias (refuerzo social) y otras a ambos. Caballo (1987), al definir la conducta socialmente habilidosa, defiende la necesidad de tener en cuenta tanto el contenido como la consecuencia. Tras un análisis de todas las existentes, propone la siguiente:

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1987:14).

Lo importante es que la habilidad social es una característica de la conducta, no de las personas, por lo que se puede aprender a ser socialmente habilidoso. En la infancia se debe dedicar una atención especial a este aspecto, puesto que, más tarde, tenemos que movernos en contextos sociales más amplios y complejos en los

que frecuentemente se observan muchas dificultades para resolver los problemas interpersonales generados por la convivencia (Segura, 1994). Específicamente, entre las personas que padecen discapacidades, estas dificultades son constantes, ya que no sólo están privados de facultades básicas para el entrenamiento, como pueden ser la voz y la movilidad, sino que, además, tienen, por su propia discapacidad, muchas menos experiencias de aprendizaje y, por ello, su entrenamiento resulta imprescindible.

Componentes de las habilidades sociales

Aunque hay problemas a la hora de hacer una definición generalmente aceptada de habilidad social, sí hay un acuerdo general sobre lo que conlleva el concepto de habilidad social. Se presupone que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse, y que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas (Caballo, 1993). Además estaría determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos (Caballo, 1993). Por tanto, una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: una *dimensión conductual* (tipo de habilidad), una *dimensión cognitiva* (personal) y una *dimensión situacional* (el contexto ambiental). Veamos cada una de ellas:

1. *Dimensión conductual*. Abarca componentes (expresiones gestuales, modos de comunicación, etc.) determinados por la cultura en la que se enmarca. Sin embargo, son aspectos trascendentes para las relaciones interpersonales. El conjunto de estos elementos dan pie a considerar una acción social como adecuada. Los componentes conductuales empleados en los estudios que se conocen son: componentes no verbales (mirada, latencia de respuesta, postura, expresión facial, etc.), componentes paralingüísticos (volumen de voz, entonación, tiempo de habla, fluidez del habla, etc.), componentes verbales (contenido del discurso) y componentes mixtos (afecto, conducta positiva, ceder la palabra, saber escuchar, etc.) (Caballo, 1987).

2. *Dimensión cognitiva*. Configurada por los siguientes aspectos: competencias para transformar y usar la información (conocimiento de la conducta habilidosa apropiada, de las costumbres sociales, saber ponerse en el lugar de otra persona, etc); estrategias de codificación y constructos personales (percepción social adecuada, habilidades de procesamiento de la información y estructuras cognitivas de la memoria); expectativas de autoeficacia, sobre posibles consecuencias de la conducta y de

sentimientos de indefensión; preferencias y valores subjetivos; sistemas y planes de autorregulación (las propias ideas del individuo sobre los objetivos y patrones de actuación).

3. *Dimensión Situacional*. Objetivos y propósitos de la conducta, reglas y roles sociales, secuencias de conductas que requieren las distintas situaciones, conceptos situacionales, lugares ambientales, etc.

Tradicionalmente se ha centrado la atención básicamente en los elementos conductuales observables. Sin embargo, en los últimos años, se está dando un mayor énfasis a los elementos cognitivos (conducta encubierta: pensamientos, creencias, procesos cognitivos...) pero todavía falta mucho por investigar.

McFall (1982) considera que las tres clases de habilidades (conductuales, cognitivas y situacionales), conforman los pasos-secuencias necesarios para que el sujeto pueda emitir una respuesta competente en una interacción social. Se necesita pues la interacción de los tres.

Finalmente, para que una respuesta sea competente, es preciso especificar los objetivos de la tarea que se ejecuta; conocer el escenario donde se lleva a cabo; conocer las reglas sociales que gobiernan la tarea; identificar los criterios; conocer el sistema perspectivo (otros aspectos de la vida del sujeto que pueden hacer que la tarea sea adecuada o inadecuada).

Planteamiento del problema y objetivos de la investigación

En el apartado anterior, poníamos de manifiesto dos supuestos básicos en torno al tema que nos ocupa:

1. Las habilidades sociales, para cualquier persona que viva en colectividad, suponen el eje de la convivencia, así como de su autonomía y equilibrio emocional.

2. En general, en torno a las habilidades sociales se pueden observar dos tipos de déficits: el primero estructural, referido a cualquier perturbación en el sistema de procesamiento de la información (deficiencia física) y el segundo de contenido, referido a todos los problemas que dificultan de algún modo la transformación de la información adquirida.

Las personas que padecen parálisis cerebral, por la propia deficiencia, presentan ya un problema de estructura. Efectivamente, un niño o niña que no posee todas las capacidades motoras necesaria para la movilidad, no puede tener, por ejemplo, la misma

autonomía que otro sin ninguna dificultad. Pero, paralelamente a esa carencia orgánica, determinada por la propia realidad de la parálisis, estos niños/as se ven frecuentemente privados, desde que nacen (por falta de medios, problemas de integración, inmadurez de padres, madres y profesorado para una correcta instrucción, etc.) de muchas experiencias de aprendizaje espontáneas que son, en definitiva, casi las únicas fuentes de instrucción en habilidades sociales en circunstancias de normalidad.

Al respecto, y a la luz de la teoría científica sobre el tema, a partir de la cual se deduce que las habilidades sociales se pueden aprender, creemos que los niños y niñas afectos de parálisis cerebral pueden mejorar todo su repertorio de habilidades sociales, así como de autonomía y equilibrio personal, si se les entrena con un programa eficaz, específico para tal fin.

Por ello en el presente trabajo nos propusimos dos objetivos principales:

- Ver en qué medida la deficiencia motora ha afectado, o está afectando, todo el área de socialización –habilidades de integración, autonomía, adaptación, etc.– del sujeto.
- Ver en qué medida se pueden modificar determinadas conductas relacionadas con la P.C.I., si son sometidas a un programa individualizado de intervención.

Hipótesis de trabajo

Fase de exploración

- La deficiencia motórica repercute negativamente en el desarrollo de interacciones sociales del niño discapacitado, tanto con sus iguales como con los adultos que le rodean.

- La adquisición de habilidades en los niños con deficiencias motóricas es más limitada, al contar éstos con menos posibilidades de interacción con sus compañeros.

- Los déficits en habilidades sociales repercuten negativamente en la adaptación personal del niño. Esto generará otros más específicos como baja autoestima, tristeza, miedo, autodesprecio, etc.

- Los déficits en habilidades sociales repercuten negativamente en la adaptación/integración escolar del niño, traducéndose en aversión al colegio, fracaso y bajo rendimiento, entre otros.

- Los hábitos de autonomía personal y social favorecen la interacción del niño con los otros, así como la adquisición de habilidades sociales necesarias para la resolución de problemas de la vida cotidiana.

- El estilo educativo de los padres con hijos discapacitados, se basa, en gran medida, en la sobreprotección y el permisivismo, limitando a aquéllos la adquisición de correctas habilidades sociales y hábitos de autonomía e impidiéndoles, a su vez, la adquisición de estrategias de resolución de problemas de la vida cotidiana.

- Los medios y recursos de los que dispone el niño deficiente motórico serán mediadores importantes en la adquisición de habilidades sociales y hábitos de autonomía. La carencia de medios y recursos específicos limitarán la adquisición de dichos hábitos y habilidades.

De tratamiento

- La puesta en práctica de un programa de intervención en habilidades sociales y habilidades de autonomía personal y social repercutirá positivamente en las interacciones sociales del niño deficiente motórico, lo que se reflejará en una mayor participación del niño en las actividades de su grupo-clase.

- La adquisición de habilidades sociales y hábitos de autonomía personal y social repercutirá positivamente en la adaptación personal, social y escolar de los niños deficientes motóricos.

- La adquisición de habilidades sociales y hábitos de autonomía personal y social ayudarán al niño a resolver los problemas que se le plantean en su vida diaria.

Método

Sujetos

Los sujetos que participaron en la investigación fueron 5 niños y 4 niñas con parálisis cerebral, 8 temprana y uno tardía, escolarizados en centros públicos de enseñanza primaria de la isla de Tenerife (Santa Cruz y La Laguna). La edad de los mismos oscilaba entre 4 años y 7 meses, y 15 años y 1 mes. Ninguno de ellos presentaba otra deficiencia física añadida.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron:

1. Fase de diagnóstico

- *Entrevista Conductual*. El guión de la entrevista fue preparado con la intención de evocar respuestas de habilidades sociales en el niño, de forma que pudieran ser

registradas y valoradas por el entrevistador. Esta técnica nos permitió, mediante el diálogo con el niño, observar los problemas que tenía en relación con sus habilidades sociales.

- *Cuestionario para profesores.* Éste fue construido específicamente para esta investigación. A través de él, los profesores hicieron una valoración de las habilidades sociales, de comunicación y conductuales, observadas en los niños en todos los contextos y momentos escolares. Además permitió recoger estimaciones acerca de conductas y comportamientos que consideraban debían ser potenciados, de cara a una mejor integración grupal y escolar.

- *Cuestionario a padres.* También construido para esta investigación. Nos permitió conocer los hábitos de autonomía personal y social y las actividades de ocio del niño en contextos familiares y sociales.

- *Entrevista a padres y profesores.* Ésta fue una entrevista no estructurada, a través de la cual se trató de recoger otras aportaciones de complemento a los cuestionarios.

- *Test sociométrico de habilidades sociales.* Éste se aplicó a todos los grupos-clases en los que estaban integrados los niños que formaron parte de la investigación. Esta técnica, aunque no constituye una medida directa de habilidades sociales, nos permitió conocer el nivel de integración de cada uno de ellos en el grupo, así como las percepciones de los compañeros.

- *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)* (Hernández, P., 1990). Permite conocer la autoevaluación de los sujetos de su adaptación personal, social, escolar, familiar y de las actitudes educadoras de sus padres.

- *Registro Narrativo de observación.* Esta técnica se aplicó en contextos escolares, fuera de la clase. Nos permitió recoger información de la interacción de los sujetos con sus compañeros, sobre todo durante los recreos.

2. Evaluación de intervenciones.

- *Cuestionarios específicos sobre el contenido de los programas.* Estos fueron elaborados específicamente para cada niño evaluado. Recogían tantos ítems como objetivos de intervención. Cada ítem trataba de ver, en una escala de intervalos de cinco intensidades, el nivel de adquisición de cada uno de los objetivos trabajados.

Procedimiento

1. Fase de Diagnóstico

En un primer momento se hizo una toma de contacto con el personal de los centros escolares y con los equipos psicopedagógicos, que colaboraron con la investiga-

ción, quienes nos facilitaron la primera recogida de información sobre cada uno de los casos. Partiendo de esta primera recogida de información y de informes diagnósticos de archivo, procedimos a planificar nuestra tarea diagnóstica que consistió en:

a) Planteamiento de objetivos individualizados de diagnóstico de todas aquellas áreas relacionadas con la adquisición de habilidades sociales. Estos fueron:

- Evaluar hábitos de autonomía personal y social.
- Evaluar habilidades sociales necesarias para la integración escolar y, en algunos casos, social.
- Evaluar el nivel de adaptación: personal, familiar, escolar y social.
- Evaluar las actitudes educativas de los padres (y/o maestros).

b) Selección y elaboración de instrumentos de diagnóstico.

c) Una vez seleccionados los instrumentos se procedió a la aplicación de los mismos y al análisis de los resultados hallados.

2. Elaboración y aplicación de programas de intervención

El objetivo general de esta fase de trabajo, la modificación o dotación de ciertos hábitos de habilidades sociales, se puede considerar como el primer objetivo de toda la investigación. La modificación y dotación en este sentido la entendemos como el resultado obtenido tras una influencia intencionada sobre la conducta que se pretende cambiar. A esa influencia le llamamos intervención. Por tanto, cuando lo que intentamos son mejoras, un programa de intervención se convierte automáticamente en el eje fundamental. Sin embargo, para la aplicación de cualquier programa de intervención, es requisito imprescindible una evaluación exhaustiva del estado del área o dimensión que se pretendan modificar. Por ello, en la fase anterior hacíamos una evaluación con la intención de identificar aquellas variables o aspectos objeto de modificación.

A partir de las deficiencias detectadas elaboramos programas individualizados, donde se formularon los objetivos a alcanzar por cada niño, así como una guía de actividades específicas para cada objetivo. Estas programaciones fueron elaboradas para que se trabajaran en dos contextos específicos:

a) *Contexto escolar.* Se propusieron actividades para trabajar dentro y fuera del aula, en torno a las siguientes áreas: comunicación no verbal y verbal, habilidades sociales, hábitos de autonomía personal y social y adaptación personal. Estas fueron puestas en práctica por los maestros con asesoramiento externo.

b) Contexto familiar: Se propusieron actividades para trabajar dentro y fuera del hogar familiar, que fueron desarrolladas con la ayuda de los padres y otros familiares.

3. Evaluación de intervenciones

En esta fase nos propusimos valorar los efectos producidos –cambios experimentados– por la intervención sobre la conducta objeto de modificación. Los objetivos propuestos en esta nueva fase de evaluación fueron:

- ver la medida de cada uno de los logros alcanzados, en cada uno de los objetivos propuestos en el programa de intervención,
- detectar las posibles causas de los fracasos, y
- ver la eficacia de los objetivos alcanzados.

Partiendo de cada uno de los programas que se habían puesto en práctica, se elaboraron instrumentos de evaluación con el fin de valorar la consecución de los objetivos propuestos. Una vez contruidos, fueron administrados a profesores y padres. Se decidió tomar estas dos fuentes de información por ser las personas que estaban aplicando los programas y, por tanto, los únicos que podían conocer las modificaciones experimentadas.

Temporalización

El desarrollo de la totalidad de la investigación se realizó en dos cursos académicos. En el curso 1992/93 se llevó a cabo: la fase de diagnóstico (elaboración y aplicación de instrumentos; análisis de resultados) y la elaboración de programas de intervención. En el curso 1993/94 se pusieron en práctica los programas de intervención. La aplicación de éstos se inició en Septiembre de 1993 y finalizó a finales de Mayo de 1994, momento en el que se inició la evaluación de intervenciones.

Análisis de datos

1. Diagnóstico inicial

Se procedió a interpretar las puntuaciones obtenidas en los instrumentos cuantitativos y a hacer un análisis de contenido de los instrumentos cualitativos, tratando de identificar conductas y agruparlas en categorías. Con el conjunto de todos los datos,

se aislaron las conductas deficitarias en cada uno de los sujetos. Éstas pasaron luego a configurar los objetivos de los programas de intervención.

2. Evaluación de resultados

Al contener los cuestionarios de evaluación un ítem por conducta objeto de intervención, nos fue fácil identificar qué conductas y con qué intensidad fueron modificadas y cuáles no.

Para hacer un análisis total y grupal, se codificaron cada uno de los niveles de la conducta evaluada, con lo que se obtuvo un puntaje sumativo del total y, de cada una de las áreas. Posteriormente procedimos a recodificar esa puntuación única en tres niveles: *no conseguido*, si la puntuación se situaba por debajo del centil 30; *algo conseguido*, si la puntuación se situaba entre el centil 30 y 70; *conseguido*, si la puntuación se situaba por encima del centil 70.

Resultados

1. Resultados de Diagnóstico

Estos fueron obtenidos de forma individualizada con el fin de elaborar programas específicos y concretos cara a la intervención. Además, con este trabajo, nos proponíamos probar las hipótesis planteadas, para lo que se hizo un análisis conjunto de todas las áreas evaluadas en cada uno de los niños, partiendo de aquéllas. Los resultados fueron los siguientes:

1. La primera hipótesis que sosteníamos era que la deficiencia motórica en sí misma, genera dificultades en las interacciones sociales. Los datos recopilados corroboran de forma muy constatada esta hipótesis. Hemos podido observar cómo, la deficiencia motórica de los niños y niñas estudiados, impide que éstos participen plenamente en las actividades cotidianas propias de su edad, repercutiendo en las interacciones con otras personas –compañeros, profesores...–, que se presentan con menos frecuencia y menor intensidad.

Estas situaciones se constatan en todos los contextos de la vida escolar, si bien se hacen más palpables en las actividades extraacadémicas y de ocio, como el recreo. Por ejemplo, los juegos que realizan el resto de los niños no favorecen la participación de sus compañeros deficientes motóricos puesto que conllevan actos como saltar, correr, agacharse, etc., que ellos por su deficiencia no pueden realizar. Estas circunstancias hacen que, sobre todo los más pequeños o los que no tienen iniciativas

para emprender interacciones sociales con sus compañeros, se aparten o sean ignorados por el resto del grupo. Esta observación se confirma con las apreciaciones hechas al respecto por el grupo-clase. Efectivamente, éstos en el test sociométrico no manifiestan elección ni rechazo respecto a sus compañeros deficientes motóricos a la hora de realizar actividades escolares o lúdicas, lo que en nuestra opinión refleja que éstos no están siendo considerados como miembros activos dentro del grupo y por tanto, están quedando aislados en el mismo.

Dentro del aula, las situaciones de interacción social se ven mediatizadas muchas veces por los retrasos escolares que suelen ir asociados a esta deficiencia. Ello hace que la enseñanza que reciben estos niños sea individualizada, lo que les priva de muchas interacciones que, luego, no son potenciadas con otras actividades. Las tareas educativas en general están más orientadas a facilitar el aprendizaje de conocimientos academicistas que a desarrollar objetivos de interacción e integración.

En el entorno extraescolar, las interacciones sociales del niño deficiente motórico también se ven limitadas por la carencia de amigos vecinos, quedando éstas reducidas a las que se establecen con sus familiares cercanos.

2. En la segunda hipótesis planteábamos que la adquisición de habilidades en estos niños se ve mediatizada por las pocas posibilidades de interacción con que cuentan. En los niños objeto de estudio en esta investigación hemos constatado una deficiencia considerable en cuanto a oportunidades de interacción y una deficiencia proporcional en actuaciones sociales asertivas, por lo que seguimos sosteniendo que, la falta de modelos y refuerzos para el aprendizaje, éste limita considerablemente.

Individualmente, estos niños tienen dificultades a la hora de resolver los problemas y situaciones de la vida cotidiana para superar situaciones que les generan frustración, para expresar sus sentimientos y quejas, etc. Estos déficits se acrecientan cuando, además de verse disminuidas sus posibilidades de interacción, sus padres adoptan estilos educativos proteccionistas, que les vuelven débiles e indefensos ante los demás compañeros, tratándolos éstos en consecuencia de forma distinta, con lo que se vuelven a ver privados de oportunidades de interacción, reduciéndose el aprendizaje. Por ejemplo, el aprendizaje de resolución de problemas es difícil adquirirlo porque los mayores les resuelven todos sus problemas y con sus compañeros no se les suele presentar situaciones conflictivas, ya que los otros no los generan por pena o porque se sienten culpables al hacerlo. Por otro lado, estos niños tienden a evitar muchas situaciones conflictivas por no tener las mismas capacidades físicas que sus compañeros, siendo, en este aspecto, más pasivos que el resto de los miembros de su grupo.

Finalmente observamos, por esa carencia de interacciones, limitaciones en las habilidades de comunicación que se traducen en serias dificultades para mantener

una posición del cuerpo erguida, para mantener contacto ocular con el interlocutor mientras habla y para expresar sus sentimientos, elementos que empobrecen considerablemente la calidad de sus interacciones verbales.

3. En este apartado sosteníamos que los déficits en habilidades sociales repercuten negativamente en la adaptación personal. En cinco de los nueve casos estudiados, hemos observado una tendencia a la infravaloración, y en algunos casos baja autoestima.

Excepcionalmente, en uno de los casos, el sujeto tiende a dar una visión exageradamente buena de sí mismo y de sus capacidades. Es ésta también una deformación de su propia realidad, que le convierte en un inconsciente de sus propias capacidades y limitaciones, hecho que le impide planificar y resolver más asertivamente los problemas que pudieran plantearse en su vida cotidiana.

4. Los déficits en habilidades sociales repercuten negativamente en la adaptación/integración escolar del niño, traducándose en aversión al colegio, fracaso y bajo rendimiento, entre otros. Esta hipótesis ha sido constatada parcialmente, puesto que, sólo en dos casos de los estudiados, hemos observado problemas de adaptación escolar. Uno de ellos se traduce en aversión hacia la institución escolar en sí y en otro en una aversión generalizada a la institución, profesorado y aprendizaje escolar. En este último caso se observan dificultades en las habilidades sociales necesarias para interactuar con el profesorado durante el proceso enseñanza aprendizaje (habilidades sociales para formular preguntas, responder preguntas, expresar opiniones, etc.).

5. En la quinta hipótesis sosteníamos que los hábitos de autonomía personal y social favorecen la interacción y la adquisición de habilidades sociales necesarias para la resolución de problemas de la vida cotidiana. Al respecto, hemos comprobado cómo la autonomía personal y social observada en los niños deficientes motóricos, repercute positivamente en sus habilidades sociales, en aquéllos casos en los que sus capacidades físicas les permiten desenvolverse con total autonomía en el entorno en el que viven y, negativamente, en aquellos casos en los que por problemas inherentes a su propia deficiencia, como problemas de equilibrio, o al estilo educativo protectionista de sus padres, los niños no han adquirido los hábitos personales –aseo, vestido, comida...– y sociales necesarios para llevar una vida más autónoma y rica en interacciones sociales. En esta línea observamos además cómo, los niños que gozan de una mayor autonomía, participan en otras actividades sociales, aparte de las escolares, y han desarrollado más sus habilidades sociales en general.

6. Señalábamos al principio de este trabajo que el estilo educativo de los padres con hijos discapacitados se basa, en gran medida, en la sobreprotección y el permisivismo, con lo que limitan la adquisición de hábitos de autonomía en particular y de habilidades sociales en general. Nuestros datos reflejan, en la generalidad de los padres, un estilo educativo basado en una educación asistencial personalizada, pero que aparece asociada en algunos de ellos a un estilo educativo permisivo, que repercute negativamente, tanto en la adquisición de hábitos de autonomía y habilidades sociales, como en la adaptación personal, social y escolar del niño deficiente motórico. Igualmente hemos observado estilos educativos perfeccionistas, que insisten en la superación constante de los problemas que presenta el niño, y que repercuten negativamente en su adaptación personal, al advertirse en los niños problemas de infravaloración y baja autoestima.

7. Nuestra última hipótesis hacía referencia a la infraestructura física necesaria para el desenvolvimiento de personas con estas deficiencias. Creíamos que los medios y recursos de los que dispone el niño deficiente motórico serán mediadores importantes en la adquisición de habilidades sociales y hábitos de autonomía. Al respecto se detectó una escasez de adaptaciones y recursos, que creemos está repercutiendo negativamente en la adquisición de hábitos de autonomía personal y habilidades sociales en los niños deficientes motóricos estudiados. Una carencia importante, por lo básica e imprescindible, con la que cuentan es la de un servicio de rehabilitación física, o de subvenciones económicas para contratar dichos servicios de forma particular. Otra dificultad añadida son las numerosas barreras arquitectónicas, tanto en sus propias casas como fuera de ellas.

2. Resultados de Intervenciones

Describir los resultados obtenidos por cada uno de los sujetos en cada conducta trabajada, resultaría excesivamente extenso para el presente informe. Por ello, expondremos (Ver tabla N° 1) el nivel de consecución adquirido por cada niño en cada una de las áreas trabajadas. Para hacer más fácil la presentación hemos reducido los distintos niveles de cantidad e intensidad valorados a tres categorías: *alcanzado*, cuando se han producido modificaciones importantes; *algo alcanzado*, cuando muchas conductas de ese área se han modificado pero otras no; *no alcanzado*, cuando prácticamente no se ha producido modificación en las conductas que componen el área.

Tabla 1. Modificaciones de conducta obtenidas por cada uno de los sujetos tras la aplicación de Programas de Intervención.

AREAS DE INTERVENCION	SUJETOS								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Habilidades de comunicación	**	**	*	*	*	**	**	**	**
Habilidades sociales	*	**	**	**	*	**	**	**	*
Hábitos autonomía personal	*	**	**	*	**		***	***	**
Hábitos autonomía social	***	**		**		*	***	**	
Adaptación personal	**	**	*	**	**	*	***	**	**
Adaptación escolar	**			***					**
Adaptación familiar					***				

* ALCANZADO

** ALGO ALCANZADO

*** NO ALCANZADO

En general las conductas más modificadas hacen referencia a: solicitar información en el momento oportuno; recibir y hacer cumplidos; control de la irritabilidad en momentos de frustración; aceptar de forma adecuada las críticas; mayor seguridad en sí mismo; adquisición de estrategias cognitivas para resolver situaciones conflictivas y emplear tono y volumen de voz adecuados. Por otro lado, las que han sido menos adquiridas son: expresión de deseos, sentimientos y pensamientos de forma adecuada; realizar enunciados positivos; mantener conversaciones grupales; dejar de llamar la atención en momentos inoportunos; identificar emociones; usar gestos y expresiones apropiadas; solicitar favores y captar y obedecer órdenes.

En conjunto, la adquisición de los objetivos ha estado, según la opinión de padres y profesores, alrededor de un 60% del total. Las apreciaciones de los padres fueron mucho más positivas que las de los profesores, lo que atribuimos a dos circunstancias: la subjetividad de los padres que desean ver lo mejor en sus hijos y el hecho de que es más probable que se tengan mayores habilidades en el hogar, al ser éste un entorno más cotidiano y seguro que el colegio.

En lo que respecta a las hipótesis propuestas, observamos que la puesta en práctica de los programas de intervención ha repercutido positivamente en las interacciones de los niños con sus iguales y con los adultos que les rodean, lo que hemos constatado con el nivel de participación alcanzado por los niños en las actividades cotidianas, tanto en la escuela como en el hogar. Además hemos observado una mejor adaptación social, escolar y personal en general, así como un aumento de sus capacidades para resolver pequeños problemas personales que se plantean frecuentemente en la vida cotidiana.

Conclusiones

En la presente investigación nos propusimos dos objetivos importantes: ver en qué medida la deficiencia motórica afecta a la socialización (habilidades de integración, autonomía, adaptación, etc.) del niño que la presenta y, ver en qué medida se podían reducir determinadas deficiencias, si eran reforzadas con un programa individualizado de intervención. Para ello, abordamos el problema desde los tres niveles siguientes: diagnóstico, elaboración de programas individualizados y puesta en práctica de los mismos y evaluación de resultados.

Valorados todos los resultados, las conclusiones generales obtenidas fueron las siguientes:

1. La deficiencia motora en sí misma condiciona la integración personal, familiar, escolar y social de la persona que la padece, generándose con ello una limitación importante en el desarrollo de sus habilidades sociales.

2. Al ser menos las interacciones sociales que estas personas efectúan, por sus limitaciones físicas, sus experiencias de aprendizaje espontáneo son mucho más reducidas que en las personas que no tienen esta discapacidad.

3. Los deficientes motóricos, al no poder desarrollar plenamente y de forma natural un repertorio amplio de habilidades sociales, necesitan un proceso intencionado y directo de enseñanza-aprendizaje.

4. La carencia de modelos y refuerzos para el aprendizaje, limita el proceso de adquisición de conductas socialmente asertivas.

5. Los déficits en habilidades sociales de los niños deficientes motóricos se acrecientan cuando sus padres adoptan estilos educativos proteccionistas. El excesivo proteccionismo les vuelve débiles e indefensos ante sus compañeros, que les tratan de forma distinta al resto (por ejemplo, no presentándoles situaciones conflictivas), con lo que se vuelven a ver privados de oportunidades de interacción, reduciéndose con ello de nuevo el aprendizaje.

6. El estilo educativo permisivo de los padres repercute negativamente, tanto en la adquisición de hábitos de autonomía y habilidades sociales, como en la adaptación personal, social y escolar del niño deficiente motórico. Por otro lado, los estilos educativos perfeccionistas de los padres, que insisten en la superación, repercuten también negativamente en la adaptación personal de sus hijos, generándose en éstos problemas de baja autoestima.

7. La deficiencia motórica en sí hace que el niño que la padece tienda a evitar situaciones problemáticas y desconocidas por su incapacidad física, con lo que se vuelve más inhibido y menos decidido que el resto de los niños del grupo.

8. Los déficits en habilidades sociales repercuten negativamente en la propia adaptación personal, tendiendo a la infravaloración.

9. Los déficits en las habilidades sociales repercuten negativamente en la propia adaptación e integración escolar del niño, traduciéndose unas veces en aversión al colegio y bajo rendimiento y otras, en dificultades para interactuar con el profesorado durante el proceso enseñanza-aprendizaje, como incapacidad para formular y responder preguntas, expresar opiniones, etc.

10. Los hábitos de autonomía personal y social favorecen la interacción y la adquisición de habilidades sociales necesarias para la resolución de problemas de la vida cotidiana, puesto que les permiten participar en otras actividades sociales, aparte de las propiamente escolares.

11. La infraestructura física del medio en el que se desenvuelve el deficiente motórico, así como los medios técnicos y recursos que necesita para un óptimo desarrollo, son escasos. Esa limitación repercute negativamente en el desarrollo personal en general, y en la adquisición de hábitos de autonomía personal y habilidades sociales en particular.

12. Se ha detectado una carencia de personal asistencial, tanto de personal especializado de apoyo a la tareas educativas, como cuidadores que permitan al niño deficiente motórico participar de forma activa en las actividades que se realizan dentro y fuera del colegio, como actividades recreativas, visitas de campo, excursiones, etc. Por esa razón, estos niños se ven privados de otros aprendizajes y experiencias que limitan su desarrollo personal, así como el desarrollo de sus habilidades sociales.

13. Se ha observado, también de forma general, una falta de concienciación hacia la integración. Esta circunstancia repercute negativamente en el desarrollo del niño deficiente por dos motivos: las personas que le rodean no ponen todos los medios posibles para una mejor adaptación; por otro lado, el niño deficiente motórico se siente extraño en los grupos sociales, lo que le vuelve retraído y, por consiguiente, poco integrado.

14. Tras el desarrollo de los programas de intervención en habilidades sociales, se ha observado un avance muy considerable.

Este avance se valora muy positivamente, sobre todo si tenemos en cuenta que no se contó con un profesional específico para el desarrollo de los programas, sino que fueron los maestros/as y los padres los encargados de ponerlos en práctica.

15. A la luz de los resultados obtenidos, creemos que si todo el profesorado y familiares se implicaran del modo en que lo han hecho las personas que participaron en este proyecto, los niños con necesidades educativas especiales podrían mejorar mucho en el desarrollo de sus habilidades sociales. Sin embargo, consideramos necesario para el desarrollo de programas de este tipo, contar con personal experto dentro del centro, que ayude a su puesta en práctica.

Referencias

- Aguiar Alonso, A. y otros (1987). La personalidad en los parálíticos cerebrales. *Revista de Psicología Universitaria Tarraconensis*. XIX, Nº1, 63-74.
- Bobath, B. & Bobath, K. (1987). *Desarrollo motor en distintos tipos de Parálisis Cerebral*. Madrid: Panamericana.
- Bobath, B. & König (1986). *Trastornos cerebromotores en el niño*. Buenos Aires: Panamericana.
- Bucher, H. (1976). *Trastornos psicomotores en el niño*. México: Masson, S.A.
- Busto Barcos, M.C. (1988). *Reeducación del habla y del lenguaje en el Parálítico Cerebral*. Madrid: CEPE, S.A.
- Caballo, V. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Dalmau, J. (1984). *Psicopedagogía de la parálisis cerebral infantil*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- García Villamizar, D.A. (1990). Técnicas de evaluación de las habilidades sociales en el contexto clínico y escolar. En: Román Sánchez y García Villamizar. *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar*. Valencia: Promolibro.
- Godoy, A. & Gabino, A. (1991). Evaluación de habilidades sociales. En: Martorell, C. *Técnicas de evaluación psicológica*. Valencia: Promolibro.
- Hernández, P. (1990). *Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI)*. Madrid: TEA.
- Kazdin, A. (1985). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Levitt, S. (1982). *Tratamiento de la Parálisis Cerebral y el retraso motor*. Buenos Aires: Panamericana.
- Linehan, M. (1984). Interpersonal effectiveness in assertive situation. En: Bleechman (Comp.). *Behavior modification with women*. Nueva York: Guilford Press.
- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*. Nº4, 1-33.
- Meichenbaum, D.; Butler, L. & Gruson, L. (1981). Toward a conceptual model of social competence. En J. Wine y M. Smye (Eds.), *Social competence*. New York: Guilford Press.
- Michelson, L.; Sugai, P.; Wood, R. & Kazdin, A. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

- Ministerio de Educación y Ciencia (1988). *Diseño curricular para la elaboración de programas de desarrollo individual: área de socialización*. Madrid: Centro de Publicaciones del M.E.C.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Farrar, Strauss and Giroux.
- Segura, M. (1994). *Habilidades sociales en la escuela*. Las Palmas de G.C.: ECCA.
- Toledo González, Miguel. (1977). *Parálisis Cerebral*. Madrid: Dpto de Estudios y Publicaciones del Servicio de recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM), Servicio de Publicaciones del Ministerio de sanidad y Seguridad Social.
- Varios (1990). *Las necesidades educativas especiales del niño niño con deficiencia motora*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial.
- Wilkinson, J. & Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of trainin*. Chichester: Wiley.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Zigler, E. & Philips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 264-271.
- Zigler, E. & Philips, L. (1962). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 264-271.