

CUARTA ÉPOCA
Volumen XXI No 58
2003

REVISTA
IBEROAMERICANA
DE REHABILITACIÓN
MÉDICA



*Revista Independiente de Rehabilitación Médica.
Fundada en 1965*

Director Fundador

Dr. R. González Mas

Comité Editorial

Dr. D.C. Davies

Dr. S. Hernández Conesa

Dr. R. González Fernández

Dra. M^a M. de Mello Spósito

Dra. M^a. Moreira Arriagada

Dra. J. Muñoz Patón

Dr. R. Orozco Delclós

Dr. S. Sampedro Santos

Editada por la **ASOCIACION IBEROAMERICANA
DE REHABILITACIÓN DE INVALIDOS**

Correspondencia: Apartado 3.011. 28080 Madrid
(España)

Depósito legal: M.4.836 - 1965

E Mail: 2000victoria@wanadoo.es

COLABORAN EN ESTE NUMERO

Almudena Martorell Cafranga Fundación Carmen Pardo-Valcarce. España.

Gonzalo Hervás Torres Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid (ghervas@psi.ucm.es). España.

Juan Pedro Núñez Partido. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. España.

EDITORIAL

El retardo mental (RM) en sus diversas modalidades clínicas y niveles de discapacidad ha constituido siempre un importante capítulo dentro de la Rehabilitación, con implicaciones múltiples de carácter físico, intelectual, comunicativo, educativo y social.

En la últimas décadas las terapias estimuladoras y reeducadoras de fundamento físico han permitido avances sucesivos en los casos asociados a parálisis cerebral y deficiencias sensoriales. Los programas de adiestramiento y maduración para el desarrollo de la psicomotricidad han igualmente conseguido contar con metodologías respecto a la creación de destrezas, praxias y gnosias adaptables a las actividades de la vida diaria y autocuidados. Para las esferas cognitivas y lingüísticas también se han establecido protocolos de activación que faciliten progresos trasladables a la educación especial y la formación profesional.

En los próximos años, y merced a los avances en el campo psico-sanitario y pedagógico se lograrán sin duda nuevas metas. El campo de la farmacología y la genética facilitará la instauración

de nuevos y ambiciosos programas de actuación normalizadora sobre las funciones neuropsicológicas y las habilidades sociales. Sin embargo profundizar en el conocimiento de los procesos mentales puede facilitar también sustanciales avances en las programaciones estimuladoras y reeducadoras de corte tradicional a partir de considerar las funciones mentales superiores como el resultado de la integración de procesos, dotados de cierta autonomía, cognitivos, emocionales y volitivos, lingüísticos y de sociabilidad.

Por otra parte el incremento de la edad media de los sujetos afectos de RM nos plantea la necesidad de desarrollar programas de acción preventivos y rehabilitadores de cara al progresivo envejecimiento psico-físico de dichos sujetos. La asociación de RM con problemas geriátricos será cada vez más frecuente y requerirá nuevos modelos de actuación asistencial y rehabilitadora.

Rehabilitación emocional en personas con retraso mental. una nueva perspectiva.

Almudena Martorell Cafranga, Gonzalo Hervás Torres, Juan Pedro Núñez Partido

Resumen

La inmensa mayoría de los trabajos encaminados a la rehabilitación de las personas con retraso mental, y por tanto encaminados a su inserción socio-laboral, han puesto siempre el énfasis en la “rehabilitación intelectual”. En el presente artículo intentaremos poner de manifiesto que, si bien éste es un camino que ha arrojado resultados positivos, las últimas investigaciones y planteamientos teóricos parecen indicar que una aproximación desde una perspectiva “emocional” podría ser igual, o incluso más efectiva que los planteamientos tradicionales. Con este objetivo, se

revisó la investigación relativa a los déficit socio-emocionales encontrados en las personas con retraso mental, sus posibles causas y consecuencias, así como una breve recapitulación de los programas de rehabilitación emocional realizados hasta el momento. Por último, se incluyen algunas reflexiones sobre el beneficio añadido de estos programas, y se apuntan posibles líneas de investigación para el futuro en este campo.

Retraso mental: fallas en las habilidades sociales y en la inteligencia

Desde los últimos años viene siendo cada vez más patente, tanto en el ámbito profesional como en las diversas publicaciones científicas, la carencia de habilidades sociales de las personas con retraso mental.^{32,34,39,48,54,55,56,76} De hecho, la definición actual de la American Association on Mental Retardation, aunque algunas de sus definiciones anteriores ya consideraban la falta de adaptación como criterio, incluye concretamente el déficit en habilidades sociales como un criterio diagnóstico:

Retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. El retraso mental ha de manifestarse antes de los 18 años de edad.⁴⁶

Si bien es cierto que la definición anterior está todavía lejos de ser utilizada en el diagnóstico del retraso mental por causa de la exclusividad del C.I. como única medida necesaria,³³ también es cierto que la carencia de habilidades sociales va demarcándose como un factor importante dentro del concepto de retraso mental. De todos modos, si entendemos que el retraso mental, como sucede con otras discapacidades, es un constructo político que utiliza para su definición criterios funcionales en lugar de biológicos o etiológicos,^{68,72} y dados los conocimientos actuales sobre el funcionamiento de las personas con retraso mental, no sería de extrañar

una progresiva inclusión de la competencia social como medida de igual peso que el CI en sus definiciones, como ya propusieran en el pasado Tredgold⁷⁷ ó Doll,²² y como hemos visto que hace la American Association on Mental Retardation⁴⁶ en sus últimas definiciones publicadas.

En resumen, si bien ha existido una manifiesta preponderancia del C.I. como criterio diagnóstico del retraso mental, cada vez parece más claro que la medida del C.I. es condición necesaria pero no suficiente. Para un diagnóstico adecuado deben darse también alteraciones en las actividades de la vida diaria, entre ellas en el manejo de las habilidades sociales.

Las habilidades sociales desde una perspectiva emocional

Así pues, parece claro que el déficit en las habilidades sociales de las personas con retraso mental tiene una importancia clave, hasta ahora muchas veces olvidada, en el concepto de retraso mental.

Ahora bien, el término "habilidades sociales" es un término amplio y muy utilizado en la actualidad, aunque a la vez se trata de un término esquivo y con capacidad de englobar a un gran número de elementos muy dispares entre sí. Habitualmente se utiliza para identificar a un conjunto de habilidades conductuales que se ponen de manifiesto en las interacciones sociales (saludos, despedidas, cumplidos, etc.).¹³ Sin embargo, también identifica unas capacidades más globales que van más allá de simples conductas. Esta acepción del término de habilidades sociales también se conoce como inteligencia social¹² y hace referencia a la capacidad relativamente automatizada para leer y responder a las claves sociales.³³ Es precisamente esta última acepción del término de habilidades sociales la que queremos recoger en el presente artículo.

Así pues, las personas con retraso mental presentan un déficit en su capacidad de leer y responder a las claves sociales. Pero aún más, si, como afirman la mayoría de los autores, la base para leer y responder correctamente en las interacciones sociales está en la capacidad para interpretar correctamente las claves emocionales podríamos concluir que el centro del déficit social de las

personas con retraso mental estaría en la capacidad de interpretar el mundo emocional. En esta misma línea, el modelo del procesamiento de la información social de Dodge²¹ propone que una codificación y una posterior interpretación precisas de las claves emocionales constituyen las partes esenciales de la interacción social. De igual modo, según la teoría sobre los estados mentales de Baron-Cohen,^{3,4,6} la capacidad de comprender el estado emocional del otro parece ser el primer peldaño de la competencia social. Por todo ello, probablemente gran parte del déficit en el desempeño social de las personas con retraso mental se deba a la baja competencia de esta población para el reconocimiento de las emociones en los demás¹

Existe un déficit en las habilidades emocionales de las personas con retraso mental

Como decíamos, resulta incuestionable el déficit intelectual como rasgo fundamental del retraso mental, y por tanto su necesidad como

criterio diagnóstico. Pero, como ahora veremos, cada vez son más las investigaciones que parecen alumbrar que existe, igualmente, un déficit en lo emocional en las personas con retraso mental.

La investigación sobre los déficit emocionales en las personas con retraso mental venía ya estimulada por el paradigma neo-piagetiano, inspirado en el trabajo de Piaget sobre el pensamiento egocéntrico (la habilidad de entender la perspectiva del otro cuando ésta difiere de la propia).

A raíz de estas investigaciones sobre sensibilidad social se comenzó a plantear la posibilidad de que el procesamiento de la información afectiva actuara separadamente del procesamiento cognitivo intelectual. Así, los déficit en la perspectiva social del otro de las personas con retraso mental y autismo no serían, como se venía pensando, una consecuencia de su torpe funcionamiento intelectual, sino que se trataría de una alteración independiente aunque igualmente deficiente.^{51,52,53,58,59} El debate sobre si las deficiencias en el reconocimiento de emociones es un déficit específico de las personas con retraso mental o es

una consecuencia derivada de su bajo rendimiento intelectual sigue abierto en la actualidad.

Los principales defensores de que los déficit emocionales de las personas con retraso mental son independientes del torpe funcionamiento intelectual, son los autores Rojahn, Rabold y Schneider, quienes en 1995 enuncian la hipótesis de la especificidad,⁶⁹ que propone que el bajo rendimiento en el reconocimiento de emociones en las personas con retraso mental es un fenómeno específico de dicha población e independiente del resto de déficit. Esta hipótesis es congruente con la afirmación de Baron-Cohen² de que los humanos no empleamos los mismos procesos para la percepción de las personas que para la percepción de los objetos y que, por lo tanto, la percepción social no debe ser entendida como derivada del procesamiento cognitivo. Los planteamientos de Rojahn y cols., también se ven apoyados por los modelos de la mente que postulan que poseemos un número de mecanismos cognitivos independientes que están involucrados únicamente en el procesamiento de las claves sociales.^{15,28,30,45,63,66} Y en la misma línea se encuentran los trabajos de Hobson⁴¹, quien propone que existe un mecanismo innato para reconocer las emociones en los demás

que nos permite desarrollar las relaciones afectivas y que es imprescindible para el bebé y que, por tanto, ha de ser anterior al pleno desarrollo cognitivo.

Las investigaciones pioneras para apoyar estas afirmaciones fueron realizadas por Gray y cols.³¹ y Maurer y Newbrough.⁵⁵ Los trabajos originales comparaban grupos de individuos con y sin retraso mental en tareas de reconocimiento de expresiones emocionales, pero en la actualidad, además, estos grupos se forman bloqueando la variable edad mental para que sean equivalentes en el grado de desarrollo cognitivo. De esta forma las diferencias que se han encontrado a la hora de reconocer emociones deben ser atribuidas a un déficit específico y no a una consecuencia del bajo rendimiento intelectual.^{80,39,23}

También se ha encontrado que además de las dificultades en el reconocimiento de emociones, las personas con retraso mental tardan significativamente más tiempo que las personas sin retraso pero con la misma edad mental en nombrar emociones que objetos.²⁹

Los detractores de la hipótesis de la especificidad plantean una explicación alternativa a las diferencias encontradas. Consideran que las

tareas de reconocimiento emocional tal vez requieran procesamientos cognitivos más complejos que dejen en desventaja a los grupos de retraso mental.^{61,62} Por ejemplo, Dobson y Rus⁶⁰ demostraron que las personas con retraso mental tenían un desempeño significativamente más pobre en el recuerdo de objetos que el grupo control de sujetos sin retraso pero con la misma edad mental. Así, el reconocimiento de emociones podría necesitar de mecanismos de alto nivel en la memoria y el lenguaje que no se discriminan atendiendo a la edad mental.⁷⁵

Otro hallazgo que apunta en esta dirección es el aparente efecto techo encontrado en el reconocimiento de las emociones de alegría y tristeza, donde personas con y sin retraso mental obtienen los mismos resultados con igual edad mental. Si hubiera un déficit específico en el reconocimiento de las emociones, ¿cómo es que éste no afecta al reconocimiento de la alegría y la tristeza?³⁹ De todos modos, este hallazgo concreto es discutido y no ha sido hallado en muchas de las investigaciones existentes al respecto.⁴⁹

Tras la aparición de las críticas a la hipótesis de la especificidad, sus defensores añadieron nuevas

variables a sus diseños con el fin de estudiar si las diferencias encontradas se debían a la complejidad de la tarea o si, como ellos postulaban, se debían exclusivamente a un déficit concreto en el procesamiento de emociones. Hobson y cols.⁴² añadieron a la tarea de reconocimiento de emociones una tarea control de reconocimiento de objetos. Y aunque se encontraron diferencias significativas entre el reconocimiento de objetos y el reconocimiento de caras, se arguyó que la tarea control era menos compleja que la de discriminación facial de emociones y que por lo tanto no servía como tarea control. Así pues, se replicaron este tipo de investigaciones incluyendo una nueva tarea control, que en este caso era la de discriminación de edades (clasificar seis fotografías en orden de menor a mayor atendiendo a la edad). De igual modo, volvió a encontrarse un desempeño significativamente más bajo en el reconocimiento facial de emociones que en el reconocimiento facial de edades, así como diferencias significativas entre las personas con retraso mental y aquéllas sin retraso pero con la misma edad mental.⁶⁹

La última crítica que se ha hecho a este tipo de investigaciones es su falta de validez ecológica: no es

lo mismo una fotografía o un dibujo que una situación real, donde existen muchas más claves interpretativas.^{3,24,62}

Algunas investigaciones ya han empezado a incluir variables como el movimiento facial aunque los resultados son todavía contradictorios. Así, algunos mejoran al incluir el movimiento⁹ y otros empeoran.³ Lo curioso es que este empeoramiento se explica por el aumento del número de variables que deben ser procesadas y que, por tanto, entorpecen aun más el desempeño de las personas con retraso mental,^{3,39} cuando precisamente la crítica que se hizo defendía que la falta de claves interpretativas era lo que perjudicaba a las personas con retraso mental.

Para acabar, habría que citar las nuevas tendencias que consideran que el concepto de retraso mental empieza a estar obsoleto, pues se trata de una población muy heterogénea, con síndromes y etiologías muy diversas y que, por lo tanto, deben ser estudiados diferencialmente, tanto los distintos síndromes,⁷ como las distintas etiologías (ver la teoría ecológica de Zigler)^{43,83}

Las habilidades sociales: la clave de la integración

Retomando el apartado anterior, parece clara la conjunción de déficit intelectuales y déficit emocionales en las personas con retraso mental. Así pues, la primera pregunta que debemos hacernos para elaborar un programa de rehabilitación es cuál de esos dos déficit está dando cuenta de aquello que queremos trabajar. Concretamente en el ámbito de las personas con retraso mental, la principal meta es su integración. Todos los dispositivos a disposición de este colectivo tienen como fin último la progresiva inclusión social de las personas con retraso mental (Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, Centros de Día, Empleos Protegidos...). Así que la gran pregunta que debemos hacernos es: ¿la falta de integración de las personas con retraso mental se debe a sus déficit cognitivos o a sus déficit emocionales? Hasta ahora esta pregunta se ha formulado pocas veces. Al suponer que el único déficit de las personas con retraso mental era su bajo funcionamiento intelectual (de hecho se ha propuesto cambiar el

término retraso mental por “discapacidad intelectual”).⁷⁸ Era obvio que cualquier programa de rehabilitación, buscara el fin que buscara, debía ir encaminado a trabajar las habilidades intelectuales. Ahora esto parece que está cambiando. Al ponerse de manifiesto los déficit emocionales de las personas con retraso mental se abre un nuevo campo de rehabilitación: el de la rehabilitación emocional.

Si retomamos el acento que hasta la fecha se ha puesto en todo lo referente a las capacidades intelectuales en el retraso mental, nos resulta fácil entender que la mayoría de los programas de rehabilitación en el campo del retraso mental hayan ido encaminados a la rehabilitación intelectual. Pero si volvemos a revisar las investigaciones que ponen de manifiesto el déficit emocional de las personas con retraso mental, parece que se abre claramente un campo apenas frecuentado de evaluación e intervención de habilidades emocionales en personas con retraso mental.

Ahora bien, como decíamos al principio parece que una de las principales metas del trabajo con las personas con retraso mental es su integración. ¿Debemos poner entonces un énfasis en la rehabilitación emocional? Autores como Zigler y

Balla⁸³ apuntan a que es imprescindible tener en cuenta los aspectos sociales y emocionales para garantizar la adaptación tanto en la escuela como en la comunidad. De igual forma Ellis y Rusch²⁵ entienden que el trabajo con los déficit sociales de las personas con retraso mental es el núcleo facilitador del paso, tan buscado actualmente, de entornos protegidos a entornos normalizados. Son numerosos los estudios que han identificado la falta de inteligencia social como uno de los principales factores responsables del fracaso en la integración de las personas con retraso mental tanto en el ámbito laboral,^{34,48,71,73} como en el ámbito escolar.^{35,36,38}

Futuras líneas de actuación

Con el anterior repaso al estado actual sobre el debate referente a los déficit emocionales de las personas con retraso mental, así como al gran número de autores que apuntan que estos déficit son los principales responsables de la falta de integración social de las personas con retraso mental, parece claro que hay un importante trabajo

que hacer en el campo de la rehabilitación emocional con este tipo de población.

Así pues, independientemente de si, cómo apuntan los autores ya citados, los déficit emocionales son, al igual que los déficit intelectuales, inherentes al concepto de retraso mental e independientes del funcionamiento intelectual, o si, como apuntan otros, son derivados de su torpe funcionamiento cognitivo, parece claro que, al tratarse de una pieza tan importante en la integración, su abordaje es esencial.

Ya son varios los autores proponen dirigir las futuras investigaciones en este ámbito hacia el estudio de la eficacia de los programas para la enseñanza del manejo de emociones.^{1,56,80,82} Entendiendo que es necesario trabajar directamente este aspecto, dejando de lado la asunción de que este aprendizaje se irá dando con las diversas interacciones sociales.⁵⁶ También son varios los autores que han puesto de manifiesto el rápido aprendizaje que las personas con retraso mental presentan con este tipo de programas.^{16,17,19,54,57,65,74}

Más aún, investigaciones como la de Martorell y Núñez⁴⁹ han encontrado correlaciones

significativas entre la mejora en las habilidades emocionales y la integración en el aula.

En resumen, aunque ya son varios los autores que han encaminado sus trabajos a la creación de programas de intervención emocional así como otros que trabajan en el análisis de los déficit emocionales de las personas con retraso mental, aún quedan muchas preguntas por responder en este campo, por lo que en el futuro la investigación podría dirigirse a responder dichos interrogantes.

Otros beneficios de los programas de entrenamiento emocional.

Pese a la variabilidad encontrada en los distintos estudios sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas con retraso mental,¹⁰ todos coinciden en el alto índice de casos que presenta esta población. Podríamos afirmar que el riesgo de la población de personas con retraso mental de padecer una enfermedad mental es de dos a tres veces superior al de la población general!¹² Esta mayor incidencia de otras patologías en las personas

con retraso mental^{18,50,54,60,64,69,70} es explicada por diversos autores por esta deficiencia en el reconocimiento y manejo de emociones⁸ ya que este hecho aumentaría su vulnerabilidad emocional. Esta deficiencia ya ha sido relacionada con otras patologías tales como la esquizofrenia^{26,40} la depresión^{26,40} y la demencia senil.¹¹ Hay incluso quién afirma que cuando los déficit en el reconocimiento de emociones aparecen en la temprana infancia, constituyen un importante factor de riesgo psicopatológico.⁴⁷

Con todo esto, cabe decir que la rehabilitación de las habilidades emocionales de las personas con retraso mental no sólo ayudaría a su mejor integración, sino que además ayudaría a reducir las altas tasas de patología que desgraciadamente presenta esta población.

Consideraciones finales y conclusiones

Las relaciones sociales dependen prioritariamente de las interacciones afectivas. Parece que los niños aprenden a manejarse en estas

interacciones a través de la observación de las respuestas afectivas de los otros,^{14,27,37,44,79} sin embargo este aprendizaje no intencionado parece no darse, al menos plenamente, en las personas con retraso mental. Raccuglia y Pha⁶⁷ encontraron que las expresiones faciales de las emociones son aprehendidas a través de una vía indirecta que utiliza procesos más elaborados y cuya velocidad es más lenta. Quizá sea esta utilización

La tendencia general hasta el momento en el trabajo con las personas con retraso mental ha ido encaminada a mejorar los déficit cognitivos de esta población, suponiendo que de ellos se deriva el resto de déficit encontrados en las personas con retraso mental.⁷ Pero, independientemente de que los déficit en el reconocimiento de emociones se deriven o no de los déficit cognitivos, sí parece que pueden ser trabajados directamente produciendo mejoras significativas. Así pues, si bien la definición de la AAMR sobre retraso mental de 1992⁴⁶ ha producido un cambio paradigmático en la concepción del retraso mental, los programas de trabajo con esta población todavía distan de esta nueva concepción de procesos más elaborados la que explique por qué las personas con retraso mental son más lentas y

menos efectivas en su reconocimiento de emociones faciales.. Como ya hemos apuntado, sigue planeando la idea de que deben trabajarse los déficit cognitivos para producir mejoras en el resto de las áreas adaptativas (comunicación, cuidado personal, habilidades de la vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y tiempo libre y trabajo)⁴⁶ y por lo tanto en la integración social de las personas con retraso mental. O, lo que es lo mismo, como apuntan Greenspan y Love,³³ sigue habiendo un peso excesivo del C.I. como determinante del retraso mental. Trabajos como el nuestro pretenden poner de manifiesto que pueden y deben trabajarse directamente el resto de áreas que determinan el concepto de retraso mental.

Por todo ello consideramos que debía hacerse hincapié en la enseñanza del reconocimiento de emociones en esta población. Un programa simple y de fácil aplicación mejora el reconocimiento,^{16,17,19,54,57,65} y parece tener repercusiones en el desempeño social.⁸¹ Asimismo, la baja capacidad en el reconocimiento de emociones parece estar asociada a la vulnerabilidad emocional

de las personas con retraso mental⁶⁹ y por tanto a la futura aparición de otras patologías.^{8,18,50,54,60,64,69,70} Por ello, al trabajar en la mejora del reconocimiento emocional de las personas con retraso mental, no sólo se estaría mejorando el desempeño social y por tanto la mejora en la integración de estas personas, sino que se estaría llevando a cabo una labor preventiva.

Referencias

1. ADAMS, K.; MARKHAM, R. (1991) Recognition of affective facial expressions by children and adolescents with and without mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 21-28.
2. BARON, R.M. (1980) Contrasting approaches to social knowing: An ecological perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 591-600.
3. BARON-COHEN, S. (1991) Do people with autism understand what causes emotion? *Child Development*, 62, 385-395.
4. BARON-COHEN, S. (1993) From attention-goal psychology to belief-desire psychology: the development of a theory of mind and its dysfunction. En BARON-COHEN, S.; TAGER-FLUSBERG, H.; COHEN, D.J. (Eds.) *Understanding other minds: Perspectives for autism* (pp. 59-82). Oxford. Oxford University Press.
5. BARON-COHEN, S.; LESLIE, A.M.; FRITH, U. (1985) Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
6. BARON-COHEN, S.; TAGER-FLUSBERG, H.; COHEN, D.J. (Eds.) (1993) *Understanding other minds: Perspectives for autism* (pp. 59-82). Oxford. Oxford University Press.
7. BAUMEISTER, A. (1997) Behavioral Research: Boom or Bust? En Mac LEAN, W. (Ed.) *Ellis' Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research*. (3rd Ed., pp. 3-47) Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

8. BENSON, B.A.; REISS, S.; SMITH, D.C.; LAMAN, D.S. (1985) Psychosocial correlates of depression in mentally retarded adults: II. Poor social skills. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 657-659.
9. BERRY, D.S. (1990) What can a moving face tell us? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1004-1014.
10. BREGMAN, J., HODAPP, R., (1991) Current developments in the understanding of mental retardation. Part I. Biological and phenomenological perspectives. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 30, 5.
11. BROSGOLE, L.; GIOIA, J.V.; ZINGMOND, R. (1986) Facial and postural affect recognition in the mentally handicapped and normal children. *International Journal of Neuroscience*, 30, 127-144
12. CABALLO, V.E. (1988): *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
13. CAMPOS, J.J.; STENBERG, C.R. (1981) Perception, appraisal, and emotion: The onset of social referencing. En LAMB, M.E.; SHERROD, L.R. (Eds.) *Infant Social Cognition* (pp. 273-314). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
14. CAREY, S.; SPELKE, E.S. (1994) Domain-specific knowledge and conceptual change. En HIRSHFIELD, L.A.; GOLDMAN, S.A. (Eds.) *Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture* (pp.169-200). Nueva York: Cambridge University Press.
15. CONCORAN, J.R. (1982) Affect abilities training. A competency based method for counseling persons with mental retardation. *Journal of Career Education*, 8, 301-311.
16. CREWS, W.D; BONAVENTURA, S.H.; ROWE, F. (1994) Dual Diagnosis Prevalence os psychiatric disorders in a Large

State Residential Facility for Individuals with Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98 (6), 688-731.

17. DAGNAN, D.; SANDHU, S. (1999) Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 372-379.

18. DANFORTH, J.S.; DRABMAN, R.S. (1990) Community living skills. En MATSON, J.L. (Ed.) *Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded* (2nd ed. Pp. 305-325). Nueva York: Plenum Press.

19. DAVIES, R.; ROGERS, E. (1985) Social Skills training with persons who are mentally retarded. *Mental Retardation*, 23, 186-196.

20. DOBSON, E.; RUST, J.O. (1994) Memory for objects and faces by the mentally retarded and nonretarded. *Journal of Psychology*, 128, 315-322.

21. DODGE, K.A. (1993) Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.

22. DOLL, E.A. (1936) President's address: Current thoughts on mental deficiency. *Journal of Psycho-Asthenics*, 18, 40-41.

23. ECKERT; PAUL, S. (2000) The ability to identify facial expressions of emotions: emotion-specific deficit or construct of mental retardation. *Dissertation Abstracts*, 60, pp. 24-43.

24. EKMAN, P.; FRIESEN, W.V.; ELLSWORTH, P. (1972) *Emotion in the human the face: Guidelines for research and integration of findings..* Elmsford, NY: Pergamon.

25. ELLIS, W.K.; RUSCH, F.R. (1991) Supported Employment: Current practices and future directions. En

MATSON, J.L.; MULICK, J.A. (Eds.), Handbook of mental Retardation (2nd Ed., pp. 478-488). Nueva York: Pergamon.

26. FEINBERG, T.E.; RIFKIN, A.A.; SCHAFFER, C.; WALKER, E. (1986) Facial discrimination and emotional recognition in schizophrenia and affective disorders. Archives of General Psychiatry, 43, 276-279.

27. FEINMAN, S. (1982) Social referencing in infancy. Merrill-Palmer Quarterly, 28, 445-470.

28. FODOR, J.A. (1983) The modularity of Mind. Cambridge: MIT Press.

29. GARCÍA-VILLAMISAR, D.; POLAINO-LORENTE, A. (1999) Nominación e identificación de emociones: un estudio comparativo entre autistas, deficientes mentales y población general. Estudios de Psicología, 63-64, 33-34.

30. GERGELY, G.; KNADASDY, Z.; CSIBRA, G.; BIRO, S. (1995). Taking the international stance at 12 months of age. Cognition, 56, 165-193.

31. GOTTLIEB, J.; ALTER, M.; GOTTLIEB, B.W. (1991) Mainstreaming mentally retarded children. En MATSON, J.L.; MULICK, J.A. (Eds.), Handbook of mental retardation (2nd Ed., pp. 63-73). Nueva York: Pergamon.

32. GRAY, J.M.; FRASER, E.L.; LEUDAR, I. (1983) Recognition of emotion from facial expression in mental handicap. British Journal of Psychiatry, 142, 332-337.

33. GREENSPAN, S. (1979). Social intelligence in the retarded. En ELLIS, N.R. (Ed.) Handbook of Mental Deficiency: Psychological Theory and Research. (2nd Ed., pp.483-531). Nueva Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.

34. GREENSPAN, S.; LOVE, P. (1997) Social Intelligence and Developmental Disorder: Mental Retardation, Learning

Disabilities, and Autism. (en Mac LEAN, W. Ellis' Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research. (3rd Ed.,pp. 311-342) Nueva Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.

35. GREENSPAN, S.; SCHOULTZ, B. (1981) Why mentally retarded adults lose their jobs: Social competence as a factor in work adjustment. *Applied Research in Mental Retardation*, 2, 23-38.

36. GRESHAM, F.M. (1983) Social Skills assessment as a component of mainstreaming placement decisions. *Exceptional Children*, 49, 331-338

37. GUNNAR, M.R.; STONE, C. (1984) The effects of positive maternal affect on infant responses to pleasant, ambiguous, and fear-provoking toys. *Child Development*, 55, 1231-1236.

38. GURALNICK, M.J. (1992) A hierarchical model for understanding children's peer related social competence. En ODOM, S.L.; McCONNELL, S.R.; McAVOY, M.A. (Eds.) Social competence in young children with disabilities (pp. 37-64). Baltimore, MD: Brookes.

39. HARWOOD, N.K.; HALL, L.J.; SHINKFIELD, A.J. (1999) Recognition of facial emotional expressions from moving and static displays by individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 270-278.

40. HEIMBERG, C.; GUR, R.E.; ERWIN, R.J.; SHTASEL, D.L.; GUR, R.C. (1992) Facial emotion discrimination: III. Behavioral findings in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 42, 253-265.

41. HOBSON, P. (1993) Autism and the development of mind. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.

42. HOBSON, R.P.; OUTSON, J.; LEE, A. (1989) Recognition of emotion by mentally retarded adolescents and young adults. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 434-443.
43. HODAPP, R.; ZIGLER, E. (1997) New Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation. En Mac LEAN, W. (Ed.) *Ellis' Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research*. (3rd Ed.,pp. 3-47) Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
44. KLINNERT, M.D.; CAMPOS, J.J. ; SORCE, J.F.; EMDE, R.M.; SVEDJA, M. (1983) Emotions and behaviour regulators : Social referencing in infancy. En PLUCHNIK, R. KELLERMAN, H. (Eds.) *The Emotions* (Vol. 2, pp 57-86). Nueva York: Academic Press.
45. LESLIE, A.M.; KEEBLE, S. (1987) Do six-month old infants perceive causality? *Cognition*, 25, 265-288.
46. LLOYD, J.W.; KAUFFMAN, J.M.; KUPERSMITDT, J.B. (1990) Integration of students with behavior disorders in regular education environments. En GADOW, K.D. (Ed.), *Advances in learning and behavioral disabilities* (Vol. 6, pp. 225-264). Greenwich, CT: JAI.
47. LUCKASSON, R.; COULTER, D.L.; POLLOWAY, E.A.; REISS, S.; SCHALOCK, R.S.; SNELL, M.E.; SPITALNIK, D.M.; STARK, J.A. (1992) *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
48. MARTIN, J.E.; RUSCH, F.R.; LAGOMARCINO, T.; CHADSEY-RUSCH, J. (1986) Comparison between nonhandicapped and mentally retarded workers: Why they lose their jobs. *Applied Research in Mental Retardation*, 7, 467-555.

49. MARTORELL, A.; NÚÑEZ, J.P. (2003) Aplicación de un taller de habilidades emocionales en personas con retraso mental. (en preparación)
50. MASI, G.; MUCCI, M.; FAVILLA, L. (1999) Depressive symptoms in adolescents with mild mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 34, 223-226.
51. MATHIAS, J.L. (1990) Social intelligence, social competence, and interpersonal competence. *International Review of Research in Mental Retardation*, 16, 125-160.
52. MATHIAS, J.L.; NETTELBECK, T. (1992a) Validity of Greenspan's models of adaptive and social intelligence. *Research in Developmental Disabilities*, 13, 113-129.
53. MATHIAS, J.L.; NETTELBECK, T. (1992b). Reliability of seven measures of social intelligence in a sample of adolescents with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 13, 131-143.
54. MATSON, J.L.; DiLORENZO, T.M.; ANDRASIK, F. (1983) A review of behavior modification procedures for treating psychiatric disorders of the mentally retarded. En MATSON, J.L.; ANDRASIK, F. (Eds.) *Treatment issues and innovations in mental retardation* (pp. 415-454). Nueva York: Plenum Press.
55. MAURER, H.; NEWBOROUGH, J. (1987) Facial expressions of mentally retarded and nonretarded children: I. Recognition by mentally retarded and nonretarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 505-510.
56. McALPINE, C.; KENDALL, K.; SINGH, N.N. (1991) Recognition of facial expressions of emotion by persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 29-36.

57. McALPINE, C.; SINGH, N.N.; ELLIS, C.; KENDALL, K.; HAMPTON, C. (1992) Enhancing the ability of adults with mental retardation to recognize facial expressions of emotion. *Behavior Modification*, 16, 559-573.
58. McGREW, K.; BRUININKS, R. (1990). Defining adaptive and maladaptive behavior within a model of personal competence behavior. *School Psychology Review*, 19, 53-73.
59. McGREW, K.; BRUININKS, R.; JOHNSON, D.R. (1996) Confirmatory factor analysis investigation of Greenspan's model of personal competence. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 533-545.
60. MOORE, D.G. (2001) Reassessing emotion recognition performance in people with mental retardation: A review. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 481-502.
61. MOORE, D.G.; HOBSON, R.P.; ANDERSON, M. (1995) Person perception-does it involve IQ-independent perceptual processing? *Intelligence*, 20, 65-86.
62. MOORE, D.G.; HOBSON, R.P.; LEE, A. (1997) Components of person-perception: An investigation with autistic, nonautistic retarded and typically developing children and adolescents. *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 401-423.
63. MORTON, J.; JOHNSON, M.H. (1991) Conspicuous and Confrontation-2-process theory of infant face recognition. *Psychological Review*, 98, 164-181.
64. MYERS, B.A. (1987) Conduct disorders of adolescents with developmental disorders. *Mental Retardation*, 25, 335-340.
65. PHILLIPS, C.J.; NETTELBECK, T. (1984) Effects of practice on recognition memory of mildly mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 678-687.

66. PREMACK, D. (1990) The infant's theory of self-propelled objects. *Cognition*, 36, 1-16.
67. RACCUGLIA, R.A.; PHAF, R.H. (1997) Asymmetric affective evaluation of words and faces. *British Journal of Psychology*, 88, 93-116.
68. REYNOLDS, M.C. (1991) Classification and labeling. En LLOYD, N.; SING., N.; REPP, A.C, (Eds.), *The regular education initiative: Alternative perspectives on concepts, issues, and models*. Illinois. Sycamore.
69. ROJAHN, J.; RABOLD, D.E.; SCHNEIDER, F. (1995) Emotion specificity in mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 477-486.
70. SALVADOR, L.; RODRÍGUEZ, C. (2001) *Mentes en desventaja. La discapacidad intelectual*. Madrid: Océano.
71. SALZBERG, C.L.; AGRAN, M.; LIGNURIS-KRAFT, B. (1986) Behaviors that contribute to entry-level employment: A profile of five jobs. *Applied Research in Mental Retardation*, 7, 299-312.
72. SELTZER, M.; SELTZER, G.B. (1991) Classification and social status. En MATSON, J.L.; MULICK, J.A. (Eds.), *Handbook of mental retardation* (2nd Ed., pp. 468-478). Nueva York: Pergamon.
73. SHALOCK, R.L.; HARPER, R.S. (1978) Placement from community-based mental retardation programs: How well do clients do? *American Journal of Mental Deficiency*, 83, 240-247.
74. SIMON, E.V., ROSEN, M., GROSSMAN, E., PRATOWSKI, E. (1995) The relationships among facial emotion recognition, social skills, and quality of life. *Research in Developmental Disabilities* Vol. 16, (5), 383-391.

75. SIMON, E.W.; ROSEN, M; PONPIPOM, A. (1996) Age and IQ as predictors of emotion identification in adults with mental retardation. *Research In Developmental Disabilities*, 17, 383-389.
76. SMITH, D.C.; VALENTI-HEIN, D.; HELLER, T. (1985) Interpersonal competence and community adjustment of retarded adults. En SIGMAN, M. (Ed.) *Children with emotional disorders and developmental disabilities* (pp. 23-43). Orlando: Grune & Staton.
77. TREDGOLD, A.J. (1922) *Mental Deficiency*. Nueva York: Wood.
78. VERDUGO, M.A. (1999) Avances conceptuales y del futuro inmediato: revisión de la definición de 1992 de la AAMR. *Siglo Cero*, 30 (5), 27-32.
79. WALDEN, T.; OGAN, T.A. (1988) The development of social referencing. *Child Development*, 59, 1230-1240.
80. WALZ, N.C.; BENSON, B.A. (1996) Labelling and discrimination of facial expressions by aggressive and nonaggressive men with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 282-291.
81. WARREN, V.J. (1991) Recognition of facial expression of emotion by persons with mental retardation and symptoms of depression. Doctoral Dissertation, The Ohio State University, Columbus.
82. WILCZENSKI, F. (1991) Facial emotional expressions with mental retardation. *Educational Training in Mental Retardation*, 26, 319-324.
83. ZIGLER, E.; BALLA, D. (Eds.) (1982) *Mental Retardation: The Developmental-difference controversy*. Nueva Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.

CUARTA EPOCA
Volumen XXI No 58
2003
REVISTA IBEROAMERICANA
DE REHABILITACION MEDICA

Revista Independiente de Rehabilitación Médica.
Fundada en 1965

SUMARIO

- 40 Editorial**
- 42 Rehabilitación emocional en personas con retraso mental. una nueva perspectiva.**
*Almudena Martorell Cafranga, Gonzalo Heroás Torres,
Juan Pedro Núñez Partido*

REVISTA IBEROAMERICANA DE REHABILITACIÓN MÉDICA
Editada por la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación
Correspondencia: Apartado 3.011. 28080 Madrid (España)
Depósito legal: M.4.836 - 1965