



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

ANALISIS DEL CONTEXTO FAMILIAR DEL NIÑO
CON RETARDO EN EL DESARROLLO. Y SU ALCANCE
CON LOS OBJETIVOS DE GENERALIZACION Y
MANTENIMIENTO DE LOS ENTRENAMIENTOS A
PADRES

001
31921
C4
1984-1

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A D A P O R :

GRACIELA CERVERA PERAZA
MARIA DE LOS ANGELES CASTILLO HERNANDEZ

MEXICO, D, F.

1984

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

IZT. 1000293

INTRODUCCION

A. CAPITULO 1

ASPECTOS HISTORICOS DEL PROBLEMA DE RETARDO.

CAUSAS DEL RETARDO. —

CONCEPCION ACTUAL DEL RETARDO. EVALUACION MEDIANTE

EL C. I.

INTERVENCION MEDIANTE EL C.I., EN LOS CENTROS DE EDUCACION

ESPECIAL.

*EVALUACION CONDUCTUAL. 23

*INTERVENCION CONDUCTUAL.

CAPITULO II

ENTRENAMIENTO A PADRES.

METODOS DE ENTRENAMIENTO A PADRES. 23

RESULTADOS ENCONTRADOS EN LOS PROGRAMAS DE

ENTRENAMIENTO A PADRES.

ENTRENAMIENTO A PADRES EN NUESTROS CONTEXTOS.

PROBLEMAS METODOLOGICOS EN LOS PROGRAMAS DE -

ENTRENAMIENTO A PADRES.

CAPITULO I I I

LA GENERALIZACION Y MANTENIMIENTO. EL GRADO DE
ALCANCE EN LOS ENTRENAMIENTOS A PADRES.

B. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

METODO

ESCENARIO

MATERIAL

REGISTROS

PROCEDIMIENTO

RESULTADOS

ANALISIS DE RESULTADOS

C. CONCLUSIONES

D. APENDICES, TABLAS Y GRAFICAS.

E. BIBLIOGRAFIA.

De Graciela y María:

A Mussio Romero y Javier Torres, por la ayuda proporcionada
en la revisión de este trabajo.

A los padres con hijos con problemas en el desarrollo.

A nuestro asesor y amigo Andrés Mares.
con cariño.

De Graciela:

A mis hermanos:

José Luis, Esther y Marcia.

A mis dos dulces viejitos.

A mi Madre :

por su paciencia y confianza y sobre todo por el gran amor que
siento por ella.

De María:

A mis Padres:

Por la lucha constante que han tenido
en sus hijos.

A mis hermanos:

Especialmente, a Chela, Alicia y Miguel
que de alguna forma influyeron para que
realizará éste trabajo.

A mi esposo , Jorge

por cada momento, por cada instante ... por amor

A mis amigos :

con cariño.

INTRODUCCION

(Una de las tareas fundamentales de la sociedad, es la de sociabilizar a los individuos que la constituyen para poder reproducirse ella misma y a la vez reproducir las condiciones necesarias para su mantenimiento.) La familia constituye uno de los núcleos más esenciales de dicha tarea, al sociabilizar a la persona para que ésta pueda incorporarse al aparato productivo.)

[La familia no es la única que cubre esta función, pero si es la encargada de proporcionar los elementos básicos, a través de la crianza, para que esto suceda.

(En las familias que tienen hijos con problemas en el desarrollo, - esta función se hace mucho más difícil, ya que por lo general las personas con retardo en el desarrollo no logran incorporarse debidamente al sistema de producción por sus mismas limitaciones, se genera un desajuste en su adaptación social y familiar, lo cual provoca que los padres sean los responsables y costeadores de una forma particular de producción y educación.)

Null, 75

(El diagnóstico de la existencia de un hijo con retardo en el desarrollo, no es fácil de aceptar, la familia puede comportarse de distinta manera: incrédula, ansiosa, con mutuo reproche entre la pareja, presentan sentimiento de duda o culpa, empiezan a retirarse poco a poco de sus amistades, caen en el resentimiento, el rechazo, el miedo, etc.) Ya que como señala Antúnez (1980), (los padres ven a sus hijos como extensiones de ellos mismos, y el tener un hijo deficiente provoca un desajuste en las relaciones individuales y con cada uno de los miembros de la familia quienes deben reorientar sus vidas, servicios, actividades y responsabilidades, lo cual en un principio puede presentarse difícil e interferir en las tareas de comunicación e inter-ayuda.)

De hecho, como han señalado Neill (1975), Faber y Mazlish (1978), Pecci (1978) y Makarenko (1980); la tarea de los padres no es nada sencilla, por lo que necesitan ayuda para integrar al niño dentro de su estructura social y mejorar sus sentimientos y actitudes acerca del hijo(s). Así mismo consideran que el buen ejemplo de los padres es determinante para la formación del niño, puesto que la conducta social del hijo, no es más que la manifestación del comportamiento paterno. Explican que la asistencia de los padres debe ser

discreta, sencilla y oportuna, sin hacer uso indiscriminado del castigo o del premio, sin solucionarle todos los problemas al niño, pero tampoco dejándolo huérfano de ayuda; permitiéndole el desarrollo de su propia personalidad, sin temores, miedos, ni angustias.]

(La responsabilidad y el trabajo de los padres con hijos con problemas en el desarrollo aumenta y requiere de tareas de comunicación, - mutuo apoyo entre los padres y la adquisición de habilidades que les permitan asistir a sus hijos en la forma más adecuada.)

Tomando como elementos los problemas a que diariamente se enfrenta la familia con retardo se han realizado trabajos con respecto a la tarea de entrenar a los padres en el manejo de técnicas de modificación de conducta, para que éstos puedan fungir como terapeutas de sus propios hijos (Whitman, Zakaras y Chardos, 1971; Glogower y Sloop, 1976).

En la mayoría de estos estudios, se han encontrado resultados favorables que nos permiten hablar, de que dicha alternativa es viable para la solución de los problemas conductuales en los niños. No obstante, - en nuestros contextos, ésta tarea de aplicación y desarrollo de entrenamiento a padres, ha mostrado limitaciones que no permiten hablar de resultados óptimos. Ejemplo de esto son los trabajos realizados por :

Mares y Hick (1981), Mc Doneld y Durban (1981) y Vargas (1981), - donde se plantea que a pesar de que ciertos objetivos de entrenamiento son cubiertos, se encuentran problemas que limitan el alcance del programa, tales como: deserción, falta de cooperación de los padres, - inasistencias, problemas de mantenimiento y generalización de lo entrenado, etc.

Esto evidencia que los procedimientos per se no determinan el éxito de los resultados, sino que para ello, se hace necesario ajustar éstos, a las condiciones reales de las poblaciones con las cuales se trabaja.

Es necesario considerar el contexto familiar, que en muchas ocasiones se ve agudizada por las implicaciones ideológicas y sociales que genera un hijo con problema conductual (Pecci, 1978 y Antúnez, 1980).

En este sentido el propósito del presente trabajo se centró, básicamente, en investigar la relación entre la problemática del contexto familiar del retardado y las limitaciones del trabajo terapéutico con el niño, cuando se entrena a sus padres para realizar esta labor, específicamente cuando éstos han alcanzado cierto grado de generalización y mantenimiento de lo entrenado.

Tomando en consideración que los programas de entrenamiento a -
padres se encuentran ante dos limitantes :

- A. Los problemas reales que enfrenta una familia con un sujeto con re-
tardo para ayudarlo, atenderlo y aceptarlo.
- B. Problemas de mantenimiento y generalización de la conducta (s) en-
trenada, en lo que se refiere a incremento, establecimiento y elimina--
ción de conductas en el hogar.

De acuerdo a esto se planteó que (A) es factor directo causante de
(B) . De ahí nuestro interés por analizar (A) y encontrar los factores -
relacionados con el origen que provocan el problema de (B).

En esta forma el trabajo de investigación, describe la participación
voluntaria de 15 padres de familia con hijos con algún problema de re-
tardo en el desarrollo (lenguaje, motoras, académicas, etc.), quienes
fueron sometidos previamente a programas de entrenamiento, donde se -
les establecieron una serie de habilidades dirigidas a la solución de pro-
blemas conductuales específicos de sus hijos. Estos fueron ubicados en
3 grupos :

- I. 5 padres sin reporte de mantenimiento y generalización y que asis-
ten a la clínica.

- II. 5 padres de familia con reporte de mantenimiento y generalización y que asisten a la clínica.
- III. 5 padres de familia sin ningún tipo de reporte y que ya no asisten a la clínica.

Posteriormente se evaluó la ejecución de estas habilidades dentro de sus respectivos hogares, así mismo se investigó la problemática existente en cada una de las familias. Para esto se utilizaron formatos de entrevista, de cuestionarios y hojas de registro.

(Los resultados demostraron que la problemática familiar es más elevada en cuanto a que el uso y manejo de técnicas de modificación conductual se dificulta. Los datos obtenidos nos permitieron observar que son los problemas familiares los que limitan la participación, el tiempo disponible para trabajar con el niño, la colaboración de todos los miembros de la familia, entre otros, y por ende disminuye el alcance de los objetivos de generalización y mantenimiento.)

Todo esto nos lleva a concluir que no son en sí los padres la limitante principal de los programas de entrenamiento, sino que son los problemas familiares de estos padres los que interrumpen el proceso del programa.

Es pertinente mencionar que este trabajo refleja las experiencias que tuvimos con los padres y demás familia del niño con retardo. Ya que los padres nos brindaron una excelente ayuda al cooperar con nosotros, lo que nos permitió recabar información suficiente acerca de los problemas que enfrenta la familia del retardado, también se logró obtener datos en torno a la visión que ellos tienen de sus hijos, sus formas de organización, sus relaciones familiares y sus conflictos que se generan a partir del conocimiento de tener un niño con deficiencias. Además, se nos dió la oportunidad de conocer a través de la propia manifestación de los padres sus sentimientos, resentimientos, angustias, etc.

Faltan páginas

N° 8-9

CAPITULO I

1. La era de la superstición

En 1552 fué el primer registro oficial que refiere las condiciones del retardo mental, donde se habla de " entes " y " mounstros " denominación que se daba a personas con conductas desviadas.

Estos sujetos eran abandonados en montañas, desiertos, etc. Eran considerados como criaturas incapaces de ser humanos, que ocasionaban la posible extinción o sacrificio ya fuera de él o de su familia.

Kolestoe y Frey (1965), reportan que en la edad media los sujetos que presentaban bajo desarrollo de sus capacidades o defecto mental - eran utilizados como objetos de juego, burla y distracción. Cuando - entró en juego la religión , se adoptó otra actitud frente a los " idiotas" o retardados, quienes eran retirados a recintos religiosos y atormentados en ellos, en intentos por exorcisarlos de los demonios. Aún más se les consideraba individuos sin alma, por lo que se les llevaba a lugares donde pudieran desarrollarla: pozos, retiros, tormentas, etc.

2. La era de las instituciones , siglo XIX

En esta época , existía la idea de que habían espíritus de dominación del organismo . Sin embargo los retiros e instituciones llegaron a crear clasificaciones y cuidados menos crueles para esta época. Si en algunas ocasiones llegaba a curarse un enfermo éste era vigilado y revisado por una gran variedad de científicos . Estas rehabilitaciones ocasionales y casi milagrosas fueron relevantes para crear cambios en el trato y educación que los sujetos con retardo. Estos empezaron a ser estudiados en diferentes escuelas y fundaciones que aparecieron en 1873-1876-1880: después de varios estudios sobre la deficiencia mental y su recuperación .

3. La era de la escuela pública.

En el año de 1894, se dió la primera clase especial a niños "idiotas" dirigidas por las ideas de Goddard (1914) ; se empezó a instituir un rango de coeficiente de inteligencia que permitiera la selección de las personas a los grupos, así mismo el costo de la instrucción por niño, materiales y programas de educación especial .

Aún en esta época el trato a los sujetos con retardo se representaba cruel y deshumano.

4. La era de la legislación y la conciencia popular.

Surge un interés por las causas biológicas, científicas y sociales con respecto al retardo. Así mismo, se trata de organizar el movimiento de educación especial con servicios públicos y privados; en educación media y recreacional.

Para 1960, surgió un interés nacional por las publicaciones de residencias para débiles mentales, y para 1966 en Estados Unidos se forma un comité de retardo mental, con todas las facilidades de estudio en acción pro desarrollo del retardo, para su enseñanza y rehabilitación. Para esta época también se incluyó la ayuda médica, biológica y especializada de educadores, etc. Se crearon leyes de ayuda y tolerancia para ellos.

5. 1970s.-La era de la normalización, litigación y legislación comprensiva.

Los principios de normalización fueron basados en los servicios prestados a los retardados mentales. Se crearon estatutos que implicaban principios básicos de servicios y actividades: educativas, de entrenamiento, integración, laborales, etc. incluidos dentro de programas normalizantes.

Se inició el buen trato dentro de las residencias, mayor contacto con sus compañeros, desarrollo de la comunicación. Para esta misma era se crearon leyes de protección y ayuda al retardado y se crearon nuevos estu-

-didos y formas de rehabilitación, desde horarios hasta toda clase de servicios médicos y de recreación.

Se comenzó a permitir las visitas de familiares a residencias y las salidas de los sujetos ocasionalmente.

Entre 1970 a la fecha, el retardo es considerado como un deterioro del funcionamiento intelectual, un desarrollo incompleto, un estado de incompetencia social o intelectual, fuera de la media normal del resto de la sociedad.

CAUSAS DEL RETARDO

Es conveniente remarcar las causas que están originando el problema de retardo .

Tradicionalmente el retardo se atribuía por lo menos a dos causas: la hereditaria y/o la biológica y la otra ambiental y social.

Se sostiene que a menudo la inteligencia se hereda y el ambiente la modifica fomentandola u obstruyendola , esto lleva consigo una controversia sobre lo heredado y lo aprendido del comportamiento , sin embargo, las causas son numerosas y puede ser resultado de una variedad de factores , desde un simple factor genético a la más completa interacción entre instancias genéticas y factores medioambientales.

Moser y Wolf (1971) , indican que cerca del 40% de retardados mentales tienen causas desconocidas . Galindo y col.(1980), señalan que la conducta del retardado , como cualquier otra conducta está en función de su historia genética y adaptativa que se caracteriza por ser inadecuada desde el punto de vista adaptativo.

De la misma manera Ribes (1976), como Galindo, marcan que la conducta retardada o no , puede ser determinada por cuatro factores básicos :

- 1) Los determinantes biológicos del pasado (herencia).
- 2) Los determinantes biológicos actuales (genética).

- 3) La historia previa de interacción del sujeto con el medio. y
4) Las condiciones ambientales momentáneas.

De acuerdo a lo anterior, el retardo en el desarrollo constituye un problema en el que inciden factores biológicos, conductuales y sociales. La forma en que estos elementos interactúan no es del todo clara y es difícil especificar con precisión el peso relativo de cada uno de ellos para un diagnóstico de retardo.

El retardo mental es un síntoma que se asocia a un gran número de entidades patológicas que afectan el organismo en sus primeras etapas de crecimiento y desarrollo.

El grupo de retardados mentales no es homogéneo desde un punto de vista, dado que se considera o caracteriza por amplias referencias en etiología, fenomenología clínica y patología que se relacionan entre sí solo por un criterio en común del deterioro subnormal.

En base a lo anterior, las causas se pueden determinar en:

Irregularidades genéticas. - Son el resultado de la anormalidad en los genes heredados de la madre o del padre, o de desórdenes ocasionados a los genes durante el embarazo por la exposición a los rayos X, ejemplos de esto es el síndrome Down y deformaciones al feto.

Durante el embarazo. - La desnutrición, la rubiola, los desórdenes glandulares y muchas otras enfermedades de la madre durante el embarazo que pueden ocasionar: sordera, ceguera, parálisis, etc.

Durante el nacimiento. - El trabajo de parto en exceso prolongado, la presión pelviana, las hemorragias y el uso de forceps, que pueden provocar anorexia y daño cerebral.)

Después del nacimiento. - Enfermedades infantiles que provocan altas temperaturas y son causa de meningitis; la escarlatina y la polio entre otras infecciones que producen algún tipo de invalidez. Otras posibilidades son golpes y accidentes graves.)

CONCEPCION ACTUAL DEL RETARDO EVALUACION MEDIANTE EL CI.

La escuela de Educación Especial surge como fin de proporcionar a los sujetos con retardo en el desarrollo, la oportunidad de incorporarse al medio familiar, social y económico en que se desarrollan. Así aunque anteriormente se habían creado escuelas dependientes del estado para atender a niños deficientes mentales con atención para personas sordas y ciegas, y además surgieron organismos privados para atender a niños con diversos problemas, tal es el caso de la APPAC (Asociación Pro- Parálítico Cerebral); no fué sino hasta la década de los setentas en que se da una respuesta más firme a las demandas de los maestros mexicanos, que en su práctica diaria comprobaban la necesidad de un tratamiento especial para niños que presentaban algún tipo de problema. De tal forma que para 1976, se formaron grupos integrados, en el Distrito Federal y Monterrey y se formó el CREE- (Centro de Rehabilitación y Educación Especial) y coordinaciones afines. Esta dirección ha adoptado la siguiente definición sobre el retardo.

" Un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una discriminación significativa y permanente en el proceso cognositivo, acompañada de alteraciones de la conducta adaptativas"

Las áreas que abarcan los Centros de Rehabilitación y Educación Especial, dependientes de la Dirección General, son las siguientes:

Deficiencia Mental

Area de trastornos visuales

Area de trastornos auditivos

Area de impedimentos motores

Area de dificultades de aprendizaje

Area de lenguaje y

Area de trastornos de la conducta.

* El retardo mental en estas instituciones ha sido evaluado según el coeficiente mental de cada sujeto (CI), esta es una de las concepciones actuales que se ha basado principalmente en las pruebas de inteligencia, así como en la valoración del potencial para el ajuste social adecuado en casos individuales y las observaciones y juicios del médico, son tan importantes como las calificaciones objetivas de la escala del CI.

[Así pues la deficiencia mental en términos de impresiones clínicas y observaciones empíricas, han descartado los términos "cretino" "idiotia" e "imbécil", que ya no sirven para un fin útil y en la actualidad pueden ser confusos, de esta manera se han diagnosticado como : deficiente ligero, moderado, grave o profundo; según los resultados de las pruebas psicométricas, aunque las clasificaciones varían un tanto por el tipo de institución, como se menciona aquí:]

(Asociación Psiquiátrica Americana

CI Terminología)

70-85 Deficiencia mental leve

50-70 Moderada

0- 50 Grave

Organización Mundial de la Salud

50-69 Deficiencia Leve

20-49 Moderada

0 - 19 Grave

Asociación Americana para la Deficiencia Mental

CI Terminología

70-84 Limítrofe

55-69 Leve

40-54 Moderada

CREE Centro de Rehabilitación

CI Terminología

50-70 Leve

35-50 Moderado

20-35 Severo

0 -20 Profundo

En referencia a lo anterior existen asociaciones científicas donde se establecen diferentes criterios de evaluación para el niño con retardo. No obstante estas instituciones concuerdan en que no basta el CI para definir el retardo, que como ya se dijo, requiere además de una

-evaluación del grado de adaptación del individuo a las condiciones sociales de su medio. Esta evaluación, implica a su vez problemas de definición y de medida difíciles de resolver objetivamente.]

[La Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, A.C. (1978), concibe al deficiente mental como persona, ser humano que presenta limitaciones para resolver por sí solo, total o parcialmente, las actividades normales de aprendizaje, impidiéndole solucionar sus necesidades individuales y/o sociales, como resultado de una enfermedad congénita o adquirida, que altera principalmente una o varias funciones cerebrales.]

De acuerdo a la forma de evaluación, a través de la medida del CI, y a la definición actual de la deficiencia mental; se ha encontrado que ésta afecta a un 3% de nuestra población, que es cuatro veces más común que las lesiones cardíacas provocadas por el reumatismo, nueve veces más frecuente que la parálisis cerebral e incide sobre un número de personas quince veces mayor que el de los afectados por la ceguera total, que son los otros impedimentos físicos fundamentales; la deficiencia mental inhabilita a una cantidad de niños diez veces mayor que los resultados lesionados por la polio, antes de que las investigaciones produjeran la vacuna Salk.

[Como sabemos las personas deficientes mentales pueden pertenecer

a cualquier raza, religión y nacionalidad, se les encuentra en cualquier nivel educativo, social y económico.) Este deficiente cruza todos los límites y afecta a casi dos millones de mexicanos (última estadística, 1982).

Con el fin de darnos cuenta de la magnitud e importancia de la educación especial en nuestro país, es necesario especificar la cantidad actual de niños que requieren de atención especial en nuestro país, es necesario especificar la cantidad actual de niños que requieren de atención especial en las distintas áreas de afección, según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud:

Deficiente mental	835 162	niños
Trastornos Visuales	32 121	"
Trastornos de Audición	192 729	"
Impedimentos motores	160 608	"
Problemas de lenguaje	963 648	"
Problemas de aprendizaje	803 040	"
Problemas de conducta	481 828	"

Haciendo un total de la demanda potencial de niños de 0 a 14 años con necesidad de educación especial, ésta asciende a 3 469 132 sujetos, la cual se ve en aumento año tras año. Siendo tan grande esta demanda, es lógico suponer que a nivel nacional también surgen problemas de tipo económico pues se destina un presupuesto específico a la educación, la cual es cada vez insuficiente, apesar que cada año se

establecen nuevos centros educativos dependientes del estado y privados, y no alcanzan a cubrir la demanda, además de que en la mayoría de los casos, los sujetos dañados no llegan a integrarse productiva y económicamente a la sociedad por diversas causas.

En sí no se han encontrado estadísticas precisas respecto de la incidencia del retardo mental, y aún las estimaciones difieren mucho unas de otras, sin embargo fuentes autorizadas coinciden en que el número actual de retardados mentales, en Estados Unidos, es de cinco millones, o sea aproximadamente de cada 30 mil de la población total 24 serían - levemente retardados, 5 serían medianamente retardados y solo 1 por mil restantes serían gravemente retardados.

(Tomado de la escala especial de Gunnar Dybward, 1964).

INTERVENCION MEDIANTE EL CI. EN LOS CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL (CREE).

Retomando la clasificación por áreas de afección que da el CREE, se observa que el tratamiento se adecúa a la evaluación que sobre el CI se lleva en esos centros. De tal forma tenemos que los tratamientos para niños con retardo leve, trastornos visuales (incluyendo ciegos), trastornos de audición y lenguaje. Se trabajan mediante actividades sobre comunicación, autosuficiencia e independencia personal, socialización, habilidades manuales y ocupación laboral. Dentro del aspecto de comunicación según el problema del niño, se trata de establecer la lecto-escritura, ya sea por Braille o en lenguaje mímico de gestos y señas (para niños sordomudos), así mismo es notoria la actividad laboral a que tienen acceso todos los alumnos.

Para los niños con problemas neuromotores (locomoción, coordinación visomanual, etc.), se agregan programas de desarrollo a las funciones distorsionadas y ejercicios físicos.

Generalmente en estos centros, específicamente, los servicios de educación especial se dividen en: transitorios y complementarios, en donde incluyen áreas de dificultades del aprendizaje con actividades de cálculo, lectoescritura y funciones nerviosas superiores; lenguaje con actividades de la práctica oral (dislalias) y corrección del problema de escritura (disgrafías); trastornos de conducta que incluyen

actividades psicopedagógicas , académicas y extraescolares para problemas de inadaptación social, infractores menores y adultos en reclusión.

Los niños presentan evaluaciones periódicas y tienen acceso al grado superior, según el resultado de sus evaluaciones.

Faltan páginas

N° 25 y 26

INTERVENCION CONDUCTUAL

En lo que se refiere a los objetivos de estos estudios, gran parte de ellos intentan demostrar la efectividad de técnicas tales como: extinción, reforzamiento y castigo, y sus diferentes formas de aplicación en el establecimiento, incremento o disminución de la conducta.

Se tomarán algunos ejemplos de las investigaciones realizadas que demuestran el establecimiento de repertorios bajo control instruccional.

Algunas de éstas utilizan el reforzamiento (Whitman, Zakaras y Char-dos, 1971) para incrementar conducta; otros estudios como el de Loovas Koegel y Simons (1973) que utilizan choques eléctricos como una forma de castigo para eliminar conductas, al igual que el uso de la sobreco-rrección (Fox y Azrín , 1973).

Otras investigaciones han empleado procedimientos de modelamiento, instigación física, extinción, tiempo fuera y utilización de estímulos de apoyo para el establecimiento de repertorios básicos (Loovas y Frei-tas, 1967 ; Zimmerman y Rusell, 1969); o de control de esfínteres (Az-rín y Foxx , 1971), lenguaje (Macaulay , 1968), académicas (Bijou , - Binbraurer, Kidder y Tague, 1966) y socialización (Whitman, Mercu-rio y Caponigri, 1970).

Este tipo de estrategias se ha realizado mediante diadas de trabajo, donde el terapeuta labora en forma continua con el paciente, controlando

variables medio ambientales (luz, sonido, ubicación , etc.)y manejando técnicas específicas de modificación de conducta.

Otra forma de intervención para la rehabilitación del sujeto con retardo ha sido el entrenamiento a padres . Que surgió como resultado de haber identificado a los padres como agentes ambientales, responsables del origen y solución de los problemas conductuales de sus hijos. De ahí que se vió la necesidad de crearles habilidades, previamente entrenadas , para que ellos mismos participaran de forma directa en el tratamiento de rehabilitación.

CAPITULO II

ENTRENAMIENTO A PADRES

La participación de los padres en las estrategias de intervención y tratamiento a niños que presentan problemas conductuales o la carencia de algunas habilidades específicas, empezó a ser estudiada a finales de la década de los cincuentas por Williams (1959), quién demostró que los padres son capaces de aplicar los principios del aprendizaje de manera sistemática, a través de una serie de instrucciones precisas, en el uso de la técnica de extinción para eliminar la conducta de berrinche. Los resultados demostraron que efectivamente, los padres adquieren, después del adiestramiento, un valor como modificadores de conducta en sus hijos.

A partir de esta investigación, surgieron, posteriormente, una serie de programas de rehabilitación para niños con retardo en el desarrollo o con diversos problemas de conducta, en donde se incluye la participación de los padres.

Dichos programas alternaron diversas técnicas y métodos para facilitar la enseñanza de los padres, así mismo, se conformaron con diversas situaciones, horarios y sujetos; con el objeto de que el aprendizaje adquirido se prolongara indefinidamente, después de terminado el entrenamiento.

La literatura revisada, da pie a que se detalle, más específicamente, lo que constituye un programa de entrenamiento a padres.

Primeramente encontramos que existen dos tipos de programas de entrenamiento : (1) individual, el cual generalmente incluye al terapeuta y un padre, comunmente la madre (ocasionalmente ambos padres o un pariente cercano, abuela, tío o tía); en estos entrenamientos se forman las diadas de trabajo, en las que el terapeuta es responsable de la adquisición de habilidades de la persona asistente. Algunos investigadores que trabajan con terapias individuales son : Budd, Green y Baer, 1976; Pomerantz, Peterson, Marholin II y Stern, 1977 ; Whitman y Barloon, 1978 ; entre otros .(2) entrenamientos a grupos de padres, donde frecuentemente se incluye un pequeño coro de terapeutas (supervisores , registradores, etc.) y algunas parejas de padres o padres individualmente; en los entrenamientos en grupo, algunos investigadores tratan de comparar la relativa efectividad de sus procedimientos para no confundir a los participantes y crear un adecuado control sobre su grupo de entrenamiento. Algunos autores que tratan este tipo de terapias en grupo son : Mira, 1970; Whaz y Patterson, 1974; Nay, 1975; Ayllon, Garber y Pisor, 1975; Johnson, Christensen y Bellamy, 1976; Forehand, Griest y Wells , 1979; Karpowitz y Johnson, 1981; entre otros.

En segundo lugar, se intentó la búsqueda de una definición adecua-

-da que englobara, de manera general, lo que es este tipo de prácticas. Sin embargo, nos enfrentamos a la problemática de que cada una de ellas se adecúa a su tiempo y al objetivo particular del programa; por lo tanto, solo se incluirán las que se consideraron más claras y definidas, en cuanto al trabajo que se ha realizado con padres, sobre todo en nuestros contextos.

En esta forma encontramos a Hawkins (1971), quien trata el tema tradicionalmente, al referirse a éste como la creación de una práctica de crianza, planeada por los padres con la ayuda adecuada de la orientación de habilidades y conocimientos para que realicen bien esta tarea.

Un año después, Johnson (1972), señala que es un proceso a través del cual, un investigador o terapeuta introduce al padre a un conjunto de procedimientos conductuales, para que colaboren con ellos y con la terapia de sus hijos.

Para 1980, Vargas hace referencia a la participación de los padres como mediadores, para la rehabilitación de sujetos con retardo, bajo la supervisión de un profesional.

Por último y aún más recientemente, Mares y Hick (1981), definen este tipo de programas, como el proceso mediante el cual los padres adquieren una serie de conocimientos y habilidades específicas, que les permiten abordar ciertos problemas conductuales presentados por sus hijos, participando de esta manera en su corrección.

De esta manera observamos, que ya sea un proceso de aprendizaje o una práctica de crianza, todos convergen en la finalidad de crear habilidades, conocimientos y percepciones diferentes en los padres, para que estos colaboren, participen, funjan como mediadores o planeen, de manera adecuada, la rehabilitación y/o corrección de algunos problemas de conducta en sus hijos con retardo.

Hasta el momento, no se ha hecho referencia de como la participación de la familia, en este caso de los padres de niños con limitaciones y problemas conductuales, ha venido adheriéndose, como parte principal, hacia una posible normalización del niño con retardo en el desarrollo. De ahí la necesidad de la colaboración de los padres, paraprofesionales y profesionales, para cubrir la demanda de adaptar al niño minusválido a la sociedad y además, como alternativa de solución a los problemas de mantenimiento y generalización de los programas de rehabilitación llevados a cabo en instituciones y ambientes restringidos.

Estas podrían ser las principales razones, sin embargo, algunos autores presentan otros motivos también de interés para incluir a los padres dentro de programas de adiestramiento:

- a) El padre es uno de los reforzadores primarios más eficaces, es por eso importante que ellos y las personas más cercanas al niño sean entrenadas en el uso de contingencias de reforzamiento (Patterson, 1976).

b) Hay una posibilidad de mantener los resultados obtenidos y, dar mejores cambios a corto tiempo, esto los hace sucesores del método - (Holland, 1969).

c) Ellos contribuyen al mayor desarrollo y socialización del niño (Johnson, Whitman y Noble, 1978).

d) Los niños pasan el mayor tiempo con sus padres y están en mejor posición cerca de cualquier cambio de conducta (Glogower y Sloop, - 1976).

e) Ellos son los principales responsables de la crianza de sus hijos (Hawkins, 1971; Ulrich, Slacknic y Habry, 1978).

f) Los padres pueden ser una extensión de las instituciones y el instrumento más próximo a recurrir para prevenir y rehabilitar al retardado (Risley y Wolf, 1964 ; Ribes, 1975).

g) Además, ellos pueden funcionar como terapeutas del hogar, manejando adecuadamente, técnicas de atención en forma individual para su niño, a su vez, contribuyen a la reciprocidad y mantenimiento del programa de tratamiento (Lavigueur, 1976).

h) Se ha enfocado como el medio más eficaz de prevenir el retardo en el desarrollo (Hawkins, 1971 y Ribes, 1975); a manera de una práctica de crianza que ayude a la detección anticipada de un posible retardo y al tratamiento a edad temprana, para adecuar el medio ambiente, alimentación, las actividades y las técnicas de asesoramiento, evaluación e intervención, en un trabajo sistemático y cooperativo.

Todo esto, ha representado, solo en parte, los objetivos ideales de los programas de entrenamiento a padres, pues a la práctica la intervención de los padres queda sometida a otros aspectos de evaluación, de los cuales se hará mención posteriormente.

Por lo pronto, deseamos continuar con la descripción de otros puntos que muestren de manera general, lo realizado hasta el momento en los entrenamientos, así procederemos a resolver a las siguientes preguntas:

¿ Como han sido entrenados los padres ?, es decir, qué métodos se han utilizado para introducirlos a la modificación de conducta ;

¿ En qué se les ha entrenado ? o qué técnicas se han incluido para que los padres manejen en sus hogares; y por último ¿ Cuáles han sido los resultados obtenidos? .

MÉTODOS DE ENTRENAMIENTO A PADRES

Utilizando así el alto valor reforzante de los padres, se han creado programas de entrenamiento dirigidos a ignorar o castigar las conductas inapropiadas de la edad, y a proporcionar aprobación a las conductas adecuadas. Para ello se han utilizado diversos métodos que facilitan el logro de la ejecución, rápido y eficaz, del mismo modo, asegurar que sea permanente y generalizable a la resolución de otros problemas conductuales futuros.

Entre los métodos más comunes tenemos:

1. Lecturas de textos instruccionales. - Estos consisten en una serie de pasos e instrucciones impresas que explican la aplicación de reforzamientos y castigos, así como algunas actividades posibles de realizar por los padres para enseñar hábitos y actitudes en sus hijos - (Lidsley, 1966; Doleyeis, Doster y Cartelli, 1976; Patterson, Cobb y Ray, 1973; Glogower y Sloop, 1976 ; Mc Doneld y Durban, 1981).

2. Modelamientos. - En donde el terapeuta generalmente representa o modela la forma correcta de aplicar la técnica (s) a la que se hace referencia, (Johnson, 1972 y Nay, 1975).

3. Juego de Papeles (roles). - Aquí los mismos padres con el terapeuta, toman un papel de niño o adulto y representan o actúan el empleo adecuado de la técnica enseñada, en situaciones simuladas. Este

- método suele ocuparse también, como retroalimentación para los padres, quienes observan los posibles errores en la aplicación de la técnica (Johnson, 1972; Nay, 1975 y Koegel, Ricover y Russo, 1977).

4. Instrucciones Verbales. -(Orales), que pueden ser individuales o grupales (Forehan, Griest y Wells, 1979). De este método se han valido algunos autores para aumentar los autoregistros en padres y pedirles que observen sus propias fallas y habilidades, y anoten sus dudas para posteriores explicaciones.

5. Conferencias.- Se refieren a una serie de sesiones teóricas y prácticas, al término de las cuales se hace una evaluación general de los conceptos aprendidos (Hoffman, Kaufman, y Tyson, 1976), - éste se diferencia del anterior en que se dan explicaciones generales y no específicas a alguna tarea.

6. Audiovisuales.- Se incluyen películas y cassetts que muestran como en un cine, la aplicación de las técnicas y ejemplos de ellas - (Johnson, Christensen y Bellamy, 1976 ; O'Dell, Mahoney, Horton, - y Turner, 1979).

7. Paquetes.- Esto es, el uso de dos o más métodos consecutivos uno de otro, para asegurar que el padre está adquiriendo: el conocimiento, la práctica y la retroalimentación al empleo de la técnica (s). -

-Sin embargo, este tipo de paquetes, pretende a su vez comparar los métodos , entre sí, para seleccionar el mejor, es decir, aquel que permita a la persona entrenada mantener y generalizar las habilidades - adquiridas.

La mayoría de los autores que han utilizado este tipo de procedimiento, aseguran que el uso de un paquete de métodos de adiestramiento es el más eficaz (Harris, Wolf y Baer, 1964; Miller y Sloane, 1976; Kazdín y Moyer, 1976; Koegel, Glahn y Nieminen, 1978 ; Flanagan, Forehand y Adams. 1979; entre otros).

Asimismo la enseñanza de técnicas para corregir, establecer y/o eliminar conducta, se derivan directamente de los problemas conductuales que presenta cada sujeto y su familia; así la utilización de dichas técnicas varían en cuanto al objetivo que se pretenda con respecto a la tarjeta de conducta a tratar.

Koegel, Russo y Rincover (1977), después de el trabajo realizado con padres y maestros manifestaron la necesidad de tomar en cuenta tres elementos básicos de formación en ellos:

- . La observación directa de conductas reales que se desean modificar o reproducir.
- . Que observen y modifiquen, un tanto, el escenario donde se desea que ocurra la modificación de conducta.
- . Crear una disposición para la utilización de una técnica adecua-

-da de incrementación o extinción de conducta.

A este último inciso, algunos terapeutas agregan la importancia de incluir técnicas conductuales que faciliten la generalidad a otras conductas (Bijou y Sloane, 1966; Johnson, 1972; Koegel, Glahn y Nieminen, 1978).

El autismo, berrinches, enuresis, agresividad, hiperactividad, lenguaje, autocuidado, socialización, sobrepeso, problemas educacionales y de rehabilitación; son los problemas más comunes y de los cuales los padres deben tener conocimiento, para su eliminación y corrección, según el caso.

En esta forma encontramos que la enseñanza-aprendizaje de la familia ha incluido el adiestramiento en observación y registros para la utilización adecuada de antecedentes y consecuencias en casa, de manera que esto facilita el manejo de contingencias de reforzamiento y castigo en la modificación de conducta (Mira, 1970; Rien, Vernon y Wise, 1975; Budd, Green y Baer, 1976; O'Dell, Flyn y Benlolo, 1977).

En otros estudios se ha empleado el tiempo fuera para ayudar a los padres a disminuir conductas de berrinche o desobediencia, particularmente, (Nay, 1975; Resick, Forehand y Mc Whorter, 1976; Flanagan, Adams, y Forehand, 1979. Otros han combinado esta técnica

- con el reforzamiento y la extinción, para conductas de verbalización (Lavigneur, 1976), berrinche y/o agresividad (Karoly y Rosenthal, 1977; Forehand, Cheney y Yoder, 1978). Se le ha utilizado también con reforzamiento y castigo leve o social (Budd, Green y Baer, 1976; Fleishman, 1979); o con la técnica de atención diferencial (Johnson, Whitman y Noble, 1978; Mc Mahon y Forehand, 1978), e instigación a la respuesta, en casos de autismo y lenguaje (Humpreys, Forehand, Mc Mahon y Roberts, 1978).

IZT. 1000293

Algunas otras técnicas utilizadas para problemas de sobrepeso fueron: saciedad, apareada con reforzamiento y castigo (Aragona, Cassady y Drabman, 1975; para la rehabilitación de la fobia en el hogar, se utilizó: reforzamiento negativo, reforzamiento social y desensibilización (Pomerantz, Peterson, Marholin II y Stern, 1977).

Generalmente se ha observado que la mayoría de los investigadores manejan dos o más técnicas en el entrenamiento, esto es debido a que la eliminación de una conducta inadecuada debe equilibrarse con el aumento y mantenimiento de otras conductas adecuadas; y el establecimiento de repertorios debe acompañarse con técnicas que refuercen y/o castiguen la realización de la respuesta que se solicita.

Por último, con respecto a la enseñanza-aprendizaje del padre, Rien, Vernon, y Wise (1975), señalan cinco pasos que estos deben dominar al término de un entrenamiento:

- 1- Especificar la conducta a modificar.
- 2- Medir la conducta y elaborar objetivos.
- 3- Identificar los premios y castigos más adecuados.
- 4- Desarrollar programas de consecuencias y
- 5- Medir las respuestas consecuentes.

RESULTADOS ENCONTRADOS EN LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

El avance de los padres ha sido evaluado de diversas maneras y con diferentes instrumentos de medición: autoregistros, reportes verbales, pruebas de conocimiento, observación de habilidades en otros contextos y con otros niños de problemas semejantes, etc.

De manera general, se expondrán los resultados de las investigaciones, en base a los logros alcanzados por los padres:

- 1) El entrenamiento mejora las relaciones del padre hacia el hijo con retardo.
- 2) Se asegura un período de mantenimiento de la terapia de rehabilitación del niño.
- 3) Se asegura la generalización de la conducta rehabilitada.
- 4) Se asegura la modificación de otras conductas.
- 5) Los padres aplican las técnicas en forma adecuada.
- 6) Se crea mayor disponibilidad de observación e intervención, de los padres hacia la conducta (s) de su hijo.
- 7) Las respuestas favorables del niño incrementan
- 8) La actitud y percepción frente al problema mejora notablemente.

En conclusión, la mayoría de los autores describen resultados, sólo en lo que respecta a la aplicación y conocimiento que tienen los padres de las técnicas aprendidas, en la medida de que parten de objetivos específicos que evalúan y comparan: diferentes métodos de -

entrenamiento, de técnicas de reforzamiento a la asistencia y ejecución de habilidades, de latencia de aprendizaje, según la clase social, cultural y económica, el interés de los padres para integrarse al programa, la improvisación, la creatividad y también la percepción del cambio de conducta para reforzar al hijo; descuidando la función principal de los programas de entrenamiento a padres, en cuanto a la continuidad y creación de habilidades en el niño con problemas de retardo en el desarrollo, mediante el trabajo con los padres.

A pesar de los logros señalados anteriormente, se han encontrado otro tipo de resultados en los entrenamientos:

1°. Hay algunas actividades, como las de registrar y graficar, - que no son necesarias crear en los padres, puesto que no se mantienen después del entrenamiento (O'Dell y Col., 1977).

2°. Dichos programas son solo la base para crear procedimientos específicos de rehabilitación, más no generalizan en las necesidades reales de aquellos que reciben el servicio, y el procedimiento posteriormente decae (Beutler, Beutler y Mitchell, 1979).

3°. El entrenamiento a un solo miembro de la familia o de la pareja, impide el trabajo integrado dentro del hogar (Johnson, Whitman y Barloon, 1978).

4°. Existe resistencia de algunos padres para aprender y sistemáticamente , aplicar habilidades y técnicas de intervención (Fleishman, 1979); o el escepticismo inicial al entrenamiento (Karoly y Rosenthal, 1977) .

5°. No es posible determinar que técnica o método es más eficaz, debido a que no se ha investigado aún, una forma de evaluación adecuada al entrenamiento a padres, lo que trae como consecuencia que ha diferentes métodos de evaluación , se obtengan diferentes resultados - y conclusiones.

Así, algunos terapeutas evalúan habilidad del padre para aprender, otros miden habilidad para aplicar una técnica específica, a una conducta específica, o a la creatividad, etc. De ahí que las evaluaciones al entrenamiento (s) no sean eficaces a todos los problemas de conducta (Humpreys, Forehand, Mc Mahon y Roberts, 1978).

6°. No se adiestra a los padres a observar y registrar adecuadamente los antecedentes y las consecuencias a la conducta problema y a la conducta adecuada, o se emplean materiales costosos y poco funcionales para la familia promedio (Forehand, Griest y Wells, 1979).

7°. Se crean habilidades para enfrentar el problema, más no se

crea una conciencia del problema; en esta forma se hace difícil evaluar la creatividad a nuevos problemas (O'Dell y Col. , 1977; Ferrara, 1979).

8°. No se garantiza la aplicabilidad de los conocimientos ya que su aplicación se debe a otras causas de la realidad social de la familia.

9°. Existe una confusión, o más bien, una diversidad de definiciones sobre la aplicabilidad de la generalización, que cada autor trata de distinta manera, lo que crea una marcada dispersión del mismo objetivo o un alcance de generalidad aparente (Forehand y Atkeson, 1977) .

10°. Por último los aspectos de metodología empleada son poco informativos , en cuanto a : la falta de heterogeneidad en la población utilizada , no se especifican variables, no se incluyen datos de confiabilidad a los reportes de los padres, pocos datos sobre asistencia, dificultad y disponibilidad de los participantes, no se plantean tareas específicas, trato a los padres, etc. (Kazdín, 1978).

En resumen, los datos aportados de las investigaciones con padres, son escasos en comparación a los resultados que se reportan . Sin embargo, se reconoce que indudablemente, los aportes brindados por éstas , han favorecido el progreso y la programación del adiestramiento

a padres en técnicas de modificación de conducta para aplicar en el hogar.

ENTRENAMIENTO A PADRES EN NUESTROS CONTEXTOS.

A raíz de los anteriores reportes de adiestramiento a padres, se tomó base para la elaboración de programas de entrenamiento en México, es de nuestro interés referirnos particularmente a los realizados en la clínica Universitaria de Salud Integral (C.U.S.I.) .

Los terapeutas de los que se hablará enseguida , enfocaron su trabajo a la adaptación , por medio de una serie de métodos diversos , - de los objetivos y técnicas de adiestramiento a padres en comunidades marginadas (Vargas, 1981 ; Mc Doneld y Durban, 1981) ; con la finalidad de: primeramente, comprobar que la población de escasos recursos económicos , educativos y sociales, si puede aplicar correctamente las técnicas en modificación de conducta con sus niños. Y segundo, implantar un grupo de padres, que entrenados, mantuvieran la dirección de actividades en un centro, dentro de su comunidad y bajo la asesoría esporádica de un profesional. Este programa brindó ayuda a niños con problema de retardo en el desarrollo, mediante el uso de actividades - semejantes a las de un jardín de niños , llevadas a cabo por los mismos padres.

Otra alternativa de intervención conductual a padres , en la comunidad universitaria, es la presentada por Mares y Hick, (1981), quienes ponen en práctica un programa de asesoría conductual continua , donde

los padres después de habilitados participen como principales terapeutas de sus hijos , también con asesorías esporádicas.

Los resultados más importantes de todas estas investigaciones manifiestan:

- 1.- Que efectivamente, un paquete de métodos en entrenamiento a padres es de gran utilidad en el ejercicio de los padres para ayudar a rehabilitar a sus niños (Vargas, 1981; Mares y Hick, 1981).
- 2.- Que el entrenamiento a padres ofrece una solución a los problemas de comunidades con escasos recursos , puesto que estos , si llegan a aprender y a ejecutar habilidades de control y dirección en la conducta del sujeto con dificultades (Vargas, 1981).
- 3.- Que la elaboración y adiestramiento , en base a un manual de actividades específicas, facilitan la labor de los padres en el trabajo con los niños y ayuda al mantenimiento y generalización de sus habilidades con otros niños y a otras conductas (Mc Doneld y Durban, 1981).
- 4.- Que es posible observar y/o registrar mejorías en la rehabilitación de los niños , a partir de la colaboración de los padres (Mares y Hick, 1981; Mc Doneld y Durban, 1981).
- 5.- Que el trabajo interdisciplinario viene a ser una herramienta satisfactoria para las mayorías de escasos recursos ; siempre y cuando se trabaje con problemas concretos(Mc Doneld y Durban , 1981 ; Vargas , 1981).
- 6.- Se asegura la formación del mantenimiento y la generalidad de

las habilidades, en base a una asesoría continua y esporádica (Mares - y Hick, 1981; Mc Doneld y Durban, 1981).

7.- Que el entrenar a los padres en la aplicación de actividades - integradas a los problemas globales de conducta, y no segmentarlos para tratarlos en forma aislada, resuelve el problema de la generalidad a otras conductas, que investigaciones anteriores no habían logrado por tratar en forma aislada y particular cada una de las inhabilidades del niño (Mc Doneld y Durban, 1981).

8.- Se colabora con los objetivos de desprofesionalización del área de psicología dentro de la Universidad (Mc Doneld y Durban, - 1981; Vargas , 1981).

Estos puntos muestran los resultados satisfactorios de los programas aplicados en la comunidad. Sin embargo, también se reportaron - algunos problemas que se muestran comunes a todas las prácticas revisadas, que la mayoría de las investigaciones mencionadas con anterioridad, omiten, así tenemos :

- Que los padres tienen inasistencias frecuentes , faltas constantes durante el período de entrenamiento.
- Deserción durante el entrenamiento.
- Falta de cooperación en las actividades a realizar.
- Muestran falta de interés y motivación para participar.

- Muestran problemas de tiempo para el trabajo con el niño, dentro y fuera de la clínica.
- Se observan malos hábitos nutricionales.
- La interacción de la familia y vecinos con el niño y el padre entrenados , parece provocar contradicciones con lo aprendido y otras formas de actividad.
- Realización de actividades incompatibles a la terapia.
- Dificultades de los padres para aprender las técnicas.

Estas limitaciones se presentaron, principalmente, a la falta de control sobre ellas, al desconocimiento de sus posibles efectos sobre el desarrollo de los programas y de los alcances de éstos y , enfatizamos, por ignorar las causas que las generan.

Se quiere hacer hincapié en ésto, puesto que si bien es cierto que los programas de entrenamiento a padres, aseguran el alcance de la generalización y mantenimiento de las habilidades adquiridas por los padres; las variables expuestas (limitantes) , de origen familiar , vienen a limitar dicha posibilidad .

De ahí nuestro interés por presentar a ustedes un análisis de la familia de un sujeto con problemas de retardo, en la búsqueda por encontrar : actividades, actitudes, intereses y limitaciones dentro del hogar , que impiden la total participación y constancia de la familia en el trabajo de rehabilitación de su hijo.

PROBLEMAS METODOLOGICOS EN LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

Para delimitar los resultados encontrados en nuestro análisis, se enumera las principales fallas metodológicas en que incurren los programas revisados, tomando en cuenta los señalamientos que Mahoney (1978) y Kazdín (1978), hacen para asegurar la generalidad y mantenimiento de los efectos de una terapia :

a. No se destacan las condiciones de los participantes antes, entre y después de los procedimientos, importante, en referencia a que la actitud y el estado inicial de las madres es diferente en cada caso. " - Las madres depresivas y las parejas con serios problemas maritales tienen mayor dificultad en mantener los efectos del entrenamiento. " - (Forehand y Atkeson, 1977).

b. En la mayoría de los casos, en programas grupales, los padres no presentan el mismo problema, ni la misma severidad de retardo. - Por lo que al no tratar el problema específico de cada caso puede estar limitando la participación e interés a la concepción de problemas generales.

c. Se habilita al manejo de la técnica de modificación de conducta ante el problema, más no se dan alternativas para la utilización de las mismas en problemas más o menos complicados de conducta.

d. Se utilizan, dentro del entrenamiento, materiales de trabajo que no son de uso cotidiano y/o que no son fáciles de adquirir y utilizar fuera del entrenamiento.

e. No se toma en cuenta la adaptación de los padres a los terapeutas y demás personal, así como sus reacciones ante ellos.

f. Se evalúan diferentes dimensiones del entrenamiento: conceptos, tiempo de aprendizaje, habilidades, situaciones, tipos de información; por lo que la evaluación da un propósito diferente a cada programa de entrenamiento.

g. No se hace mención se sí la participación de los padres es voluntaria u obligatoria.

h. Se omiten referencias sobre las expectativas acerca del problema y la similitud de éstas en el grupo de entrenamiento.

i. No se manifiestan beneficios y riesgos de entrenamiento.

j. No se mencionan las posibilidades de Variación al entrenamiento y los resultados de éstas

k. Algunos trabajos excluyen datos sobre tareas, duración del entrenamiento, tópicos de discusión en las sesiones, etc. Así como el cambio esperado y las contingencias aplicables a la ejecución de estos aspectos. y

l. La diferente concepción que sobre la generalización y mantenimiento tiene cada autor. Sobre este punto se hablará más ampliamente en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

LA GENERALIZACION Y MANTENIMIENTO. EL GRADO DE ALCANCE EN LOS ENTRENAMIENTOS A PADRES.

De acuerdo a nuestro trabajo, es necesario aclarar qué se entiende por generalización y mantenimiento. Por lo tanto primeramente pasaremos a definir dichos términos y posteriormente su relación con el objetivo de esta investigación.

Una de las principales metas de la práctica de la terapia del comportamiento, se enfoca al cambio después de la terminación del tratamiento, es decir, al mantenimiento y la generalización de la respuesta aprendida.

Así la mayoría de los investigadores utilizan el mantenimiento de la respuesta y su generalización como una medida para dar por terminado un tratamiento. En el caso específico del entrenamiento a padres, podemos señalar algunos autores como: Holland, 1969; Risley y Wolf, - 1964; Miller y Sloane, 1976; entre otros. Esto ha limitado que los tratamientos, adiestramientos y psicoterapias, sean solo evaluados a la muestra de un mantenimiento de respuesta o a la transferencia de ésta, justo en el lugar de entrenamiento y en contextos programados. Lo cual se presenta como un error, si tomamos en cuenta que el man-

-tenimiento de la respuesta se enfoca en la durabilidad del cambio, especialmente durante la ausencia de cualquier reforzamiento programado. Y que la generalización esta definida como una transferencia del entrenamiento, con una amplitud de cambio en dos formas : Como generalización de estímulos, en tanto que la respuesta es usada por el paciente en otros contextos diferentes al entrenado. Y como generalización de respuesta, cuando un estímulo del medio ambiente natural del paciente provoca conductas similares a las entrenadas.

Muy semejante a la anterior definición , Miller y Sloane (1976), manejan estos términos, y además, agregan que la generalización de estímulos, básicamente representa la generalidad de la conducta entrenada a otras situaciones físicas, actividades y personas; y que la generalización de respuesta, debe ser tomada en cuenta respecto a otras situaciones no específicas de respuesta.

Por su parte, Forehand y Atkeson (1977), describen más ampliamente la generalización y el mantenimiento en cuatro niveles :

n1. Generalidad temporal o mantenimiento de los efectos del tratamiento, después de la terminación de éste.

n2. Generalidad de ambiente.- la ocurrencia de los efectos del tratamiento en otros lugares diferentes al terapéutico.

n3. Generalidad conductual o de conducta. - cambios de conducta no tratados en el entrenamiento. y

n4. Generalidad a familiares. - cambios de conducta en los familiares o parientes que tienen alguna relación con el niño.

Los mismos autores determinan que los efectos de entrenamiento son inmediatos, los padres pueden modificar y/o controlar la conducta de sus niños. Pero si mantienen o no estas habilidades, se deja a discusión. Durante el entrenamiento los terapeutas alteran las conductas corrientes de los niños y los eventos, los cuales previamente mantenían la conducta indeseable; después del entrenamiento, la conducta de los niños queda en función de la continuidad de los padres y el uso de antecedentes y consecuencias que estos manejan. No se puede asegurar que puedan responder siempre, apropiadamente, para modificar rápidamente la conducta del niño.

Existen una serie de variables de las cuales depende el alcance de los objetivos de generalización y mantenimiento. Así es posible encontrar que la generalidad a otros sitios o lugares diferentes, depende de si las personas significativas, en esos sitios, alteran su propia conducta; debido a que éste tipo de generalidad es inferida por la ejecución de los padres, de lo contrario los efectos del tratamiento se van -

extinguendo. En cuanto a la generalidad a otras conductas ésta queda en función de : la proximidad temporal de la conducta tratada con las no tratadas, la incompatibilidad entre las conductas y la relación funcional entre las conductas tratadas y las no tratadas.

Al igual que Forehand y Atkeson (1977), otros autores como: - Resick , Forehand, Mc Whorter (1976); Humpreys, Forehand, Mc - Mahon y Roberts (1978), hablan de la inclusión de los otros familiares (generalidad familiar) en una forma casi espontánea, por tres razones:

- 1). El uso de las técnicas conductuales hacia los otros familiares.
- 2). El aprendizaje observacional, probable, de los otros familiares.
- 3). La reducción de reforzamiento al resto de la familia, aún en conductas inadecuadas.

A pesar de la probabilidad de que este tipo de generalidad se dé, el alcance de ésta se ve detenida por: la poca similaridad de las tareas de los hermanos y demás familiares, con respecto a la realizada por la madre entrenada y el chico afectado (contenido, localización, ejecución y tiempo); y la participación adecuada y funcional de la familia que facilite la interacción de todos los miembros de ésta.

Otras dos razones para que la generalización y el mantenimiento de conductas modificadas no se dé en forma espontánea, al término del en-

-entrenamiento , la señala Granell (1979). A la vista de que los tratamientos son terminados de manera brusca, y el retiro del tratamiento debe ser gradual y, que la mayor de las veces, no se hacen los arreglos necesarios en el ambiente natural para mantener estables las contingencias de reforzamiento que provocaron los cambios de conducta.

Con lo descrito hasta el momento, se podría afirmar, entonces, que los datos proporcionados hasta el momento sobre los programas de adiestramiento a padres muestran solo un éxito momentáneo de tratamiento, debido a que se han descuidado algunos factores del ambiente y la programación, que se les considera suficientes para mantener una conducta.

Sin duda alguna, se podrían señalar conductas que su sola ejecución refuerza y mantiene el ensayo de una próxima respuesta, por ejemplo, la conducta de comer o de estirar la mano para alcanzar un objeto. Pero en el caso del entrenamiento a padres, es difícil delimitar si el mantenimiento y la generalidad, se presentan ante las respuestas entrenadas o como respuestas de evitación a consecuencias aversivas, como respuestas en función de procesos de autocastigo o autoreforzamiento,

o bien cómo señala Kazdín (1978), por la probabilidad que existe de que la respuesta caiga bajo el control de otros reforzadores de la situación, porque las respuestas son mantenidas por sus propias consecuencias y por la continuidad del trabajo de los propios administradores de consecuencias durante y después del programa.

Como ya se dijo, el entrenamiento a padres surge como un procedimiento indispensable para asegurar el mantenimiento y la generalización de las conductas habilitadas en niños con problemas de retardo en el desarrollo y problemas de conducta. Sin embargo, ha surgido un nuevo problema, cómo asegurar que el entrenamiento a padres va de acuerdo a los intereses, actividades, horarios, etc. de la familia y que las conductas programadas para ser entrenadas en ambientes restringidos se van a mantener y generalizar a otros contextos y conductas, donde los eventos y disposiciones son marcadas por el grupo social y económico al que pertenecen los padres.

No obstante de que se habla y se definen estos términos, es notorio el descuido en que se cae al pretender que la enseñanza-aprendizaje de principios básicos asegure la generalidad, el desconocimiento que se tiene del grado de generalidad alcanzado por el padre al término del entrenamiento, porque se considera que los efectos de varios -

métodos de entrenamiento aseguran la generalidad del cambio y al no incluir procedimientos de auto-control, indispensables, dado que las conductas no son enteramente dependientes del medio ambiente, como han planteado Forehand y Atkeson (1977).

Por lo tanto, es necesario especificar las condiciones bajo las cuales el aprendizaje y cualquier cambio dentro de la terapia son llevadas a otras situaciones de tratamiento, después de haber sido aprendidas, "bien aprendidas". Para reafirmar lo anterior tenemos autores como Goldstein, López y Greenleaf (1979) quienes, presentan técnicas para reforzar el mantenimiento y la transferencia ante situaciones bien planeadas que deriven eventos externos propios del tratamiento.

Para aprovechar este análisis en nuestros contextos, a fin de mejorar el entrenamiento a padres, dentro de la C.U.S.I., retomamos la parte que señala, la necesidad de estudiar las condiciones a la cuales se quiere transferir una serie de patrones de conducta y conocimientos teóricos que son entrenados bajo un límite de tiempo, de material y de medio ambiente. Puesto que es posible entender hasta el momento, no es nada fácil modificar la conducta de un mediador (padres o maestros, etc.) , ya que influyen factores de salario, promoción, estabilidad , -

estatus, tiempo y costumbres que constituyen medios poderosos de control.

" No es suficiente el asesoramiento de un consultor para romper una serie de actitudes y patrones de respuesta cónsonos con el programa que se esta aplicando. " (Granell, 1979) .

Con fundamento en todo lo anterior, volvemos enfocar la necesidad y la importancia que el presente trabajo tiene en cuanto al estudio del medio ambiente familiar, en que se desenvuelven los padres y los hijos con un problema de retardo en el desarrollo, en el hogar. A la vista de que los padres son entrenados y no logran cubrir, en su mayoría, los requisitos de mantenimiento y generalización de sus respuestas.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

METODO

SUJETOS

Se trabajó con 15 padres de niños con problemas de retardo en el desarrollo, que fueron entrenados en el manejo de contingencias dentro del Centro Universitario de Salud Integral Iztacala (C.U.S.I.), con un rango de 30 a 50 años de edad, de un nivel socio-económico, - medio bajo; los padres fueron agrupados de la siguiente manera:

Grupo I .- 5 padres de familia que tuvieron un reporte de no haber alcanzado mantenimiento y generalización después del entrenamiento, y que asisten actualmente a la C.U.S.I.

Grupo II .- 5 padres de familia que presentaron reporte de mantenimiento y generalización, después del entrenamiento y que asisten hasta el momento a la C.U.S.I.

Grupo III .- 5 padres de familia que recibieron algún entrenamiento a padres dentro de la C.U.S.I. , sin ningún reporte - de mantenimiento y generalización y que ya no asisten a la clínica.

ESCENARIO

El trabajo se realizó en las respectivas casas de los padres participantes, a quienes se les visitó en la clínica o se les habló previamente por teléfono para pedir su autorización para entrar a sus casas.

MATERIAL

Formato de Entrevista

Incluyó preguntas que reportaron datos generales del problema del niño, así como edad, y aspectos socio-económicos de la familia. (ver apéndice 1). Este material sirvió para establecer comunicación entre los padres y los investigadores.

Formato de Cuestionario

Constó de 60 preguntas abiertas las cuales tuvieron la finalidad de obtener información más específica. Este fué dividido en tres secciones de evaluación :

La primera sección consistió en mantenimiento y generalización, es decir, se registraron datos sobre el alcance de éstos.

Definida la generalización como:

Generalización de respuesta, esto es, que el padre entrenado haya utilizado las técnicas aprendidas(reforzamiento, castigo, instigación, - tiempo fuera, modelamiento, seguimiento de instrucciones) ; en otras situaciones y conductas del niño.

Definido el mantenimiento como:

La aplicación adecuada de ciertas técnicas y programas aprendidos anteriormente en el entrenamiento a padres. A través del tiempo y en ausencia de cualquier tipo de reforzamiento programado.

Dentro de esta primera evaluación se incluyeron las habilidades y dificultades (limitaciones), para el manejo de las técnicas en el hogar. que abarcaron las preguntas en el cuestionario: de la 1 a la 11, de la - 13 a la 15, de la 25 a la 28 y 44.

La segunda sección evaluó, los conflictos familiares; esto es, los problemas entre la pareja y su relación con el hijo afectado, que reunió conductas como:

- a) Comunicación entre la pareja
- b) Comunicación con el hijo y viceversa
- c) Comportamiento y ayuda de la pareja hacia el hijo.

d) Conductas del niño que afectan directamente a la familia.-

Esta parte incluyó las preguntas: 29, 34, 36, 40, 43, 45, 49 y de la 52 a la 58.

La tercera sección evaluó intereses y actitudes ante el problema de retardo de su hijo, se tomaron como las expresiones verbales de actividades e ideas para la resolución del problema. Se calificaron las actitudes positivas, donde incluyó pensamientos racionales de protección, educación y ayuda al niño. Y por otro lado las actitudes negativas que abarcaron pensamientos irracionales de muerte, abandono, golpes y malos tratos, encierros, ataduras, etc.

Para el conocimiento exacto de las preguntas del cuestionario ver apéndice 2 .

REGISTROS

Se utilizaron registros de ocurrencia, cada uno con una duración de 15 minutos, con intervalos de 3 minutos, éste sirvió para :

Evaluar y confiabilizar conductas específicas definidas previamente y seleccionadas de acuerdo a conductas entrenadas en los padres, (reforzamiento, castigo, instigación, etc.), esto es, se evaluó

-principalmente la generalización y mantenimiento, y ayudó a confiabilizar las respuestas del cuestionario con el propósito de no dejar escapar ninguna actividad o conducta de interés no contemplada en las conductas codificadas (ver apéndice 3).

El registro se llevó a cabo en diversas situaciones de la vida familiar en cuanto a horarios, actividades y lugares; todo esto con la finalidad de obtener datos confiables de la conducta del padre, su comportamiento hacia la conducta del niño y del aprendizaje adquirido en los entrenamientos a padres .

PROCEDIMIENTO

El trabajo se desarrollo en dos fases para cada padre de los tres grupos.

Fase I

Se aplicaron los registros indirectos, la entrevista y el cuestionario. En esta fase dos padres de la familia del grupo I y dos padres de familia del grupo II, se les aplicó la entrevista en la clínica, debido a que estos padres no contaban con el tiempo suficiente para podernos admitir en sus casas (en el día señalado para las entrevistas), y seis de los otros - padres de esos mismos grupos fué en sus respectivas casas, dado que _

que ellos no tuvieron problema alguno. En el grupo III se hizo previa cita por teléfono para aplicarlo en sus casas.

CUESTIONARIO

El cuestionario se aplicó en 3 partes , con el fin de realizar más observaciones en el contexto familiar, los cuestionarios en los tres grupos se llevaron a cabo, en las respectivas casas y en diferentes lugares del hogar (sala, comedor, recámara, cocina). Ver tablas de datos 2 y 3 .

El cuestionario fué formulado en 60 preguntas abiertas, con el objeto de disponer de mayores datos con respecto a cada pregunta, - así mismo, las respuestas fueron escritas por el mismo entrevistador.

Fase II

El registro, como se señaló anteriormente consistió en dos sesiones de 15 minutos cada una, con intervalos de 3 minutos. El registro indicó la ocurrencia o no ocurrencia de cada una de las respuestas definidas en el código empleado (ver apéndice 4). El código conductual se dividió en dos partes, 5 categorías que evalúan el entrenamiento - (generalización y mantenimiento), y 5 categorías que pertenecen a la interacción padre-hijo y los problemas que presentan estos, al tener

un hijo con retardo.

Antes de la aplicación de cada registro se les indicó a los padres " - Nos permite observar cómo trabaja su hijo", " Pongale alguna actividad por favor." Esto se programó no precisamente para registrar la conducta del niño, sino el trabajo de la madre y el tipo de interacción con el hijo. Cabe señalar, que en ningún momento se les indicó a los padres - que se les iba a registrar, para evitar que se sintieran obligados a - mostrar conductas que no frecuentaban con sus hijos.

Algunos de los padres nos permitieron registrar en los lugares donde acostumbraban a trabajar con sus hijos, otros improvisaron el lugar para el registro (ver tabla 3).

A lo largo de todo el procedimiento se llevaron a cabo observaciones generales a los padres y familiares como : su recibimiento, sus - actitudes hacia los investigadores, la conducta del niño, higiene del - hogar, aseo personal y cuidados al niño, etc.; para tener mayores datos de análisis donde basar nuestros resultados obtenidos mediante el registro y el cuestionario (ver tabla 3 de observaciones generales).

CONFIABILIDAD DE LOS DATOS

a.) La muestra de trabajo fué elegida de una población concentrada en una sola dependencia (C.U.S.I.)

b.) La población fué entrenada bajo diferentes programas, pero - bajo las mismas bases del Análisis Conductual Aplicado (del análisis experimental de la conducta).

c.) Los registros directos fueron realizados en su totalidad en las casas de los mismos sujetos.

d.) Las visitas a las casas fueron en horarios diferentes para evitar un escenario predispuesto, aunque si se les avisó de la asistencia de los investigadores sin mencionar horarios.

CONFIABILIDAD ENTRE OBSERVADORES

En este punto se alcanzó un porcentaje de 87.7 % de confiabilidad, obtenido mediante la siguiente fórmula: Acuerdos

$$\frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos}} \times 100$$

Tomando en cuenta los siguientes aspectos :

1. - Un código conductual elaborado en común acuerdo entre investigadores y en base a las preguntas del cuestionario.

2. - Conocimiento y práctica en los entrenamientos a padres realizados en la C.U.S.I.

3. - Conocimiento y práctica de las técnicas conductuales que se dieron en los entrenamientos (castigo, reforzamiento, tiempo fuera, instigación, etc.).

4. - Conocimiento y aplicación del registro utilizado, en cuanto a tiempo y ejecuciones de respuesta.

RESULTADOS

Los datos que se presentan a continuación se dan en porcentajes de respuesta, debido a que se consideró más adecuado el uso de esta medida, por su utilidad para dar un índice de respuesta, a la vez que facilitó nuestro sistema de análisis. Nos permitió aportar datos de valor cuantitativo que ayudó a realizar algunas comparaciones de respuesta a respuesta, intra grupo y entre grupos, y nos dió la ventaja de poder trabajar también con valores cualitativos de respuesta que son de interes relevante para el tipo de información que se pretende aportar en el trabajo.

Los resultados que se muestran, pertenecen a los datos obtenidos en los tres grupos con respecto a nuestros registros directos e indirectos. Cada grupo incluyó a cinco sujetos con características comunes, esto conformó un total de 15 sujetos, los cuales recibieron entrenamiento a padres, dentro de la C.U.S.I. en un período anterior a la presente investigación y con hijos con algún problema de retardo en el desarrollo.

Los resultados se concentran en 6 tablas y 6 gráficas; las tablas incluyen datos socio-económicos y culturales de las familias de cada

grupo (tabla 1), tiempo de entrenamiento y de asistencia a la clínica, el problema y la severidad del retardo en los niños (tabla 2), acotaciones obtenidas durante la entrevista (tabla 3), los porcentajes de respuesta alcanzados en los registros directos (tabla 4) y al cuestionario (tabla 5), así como la comparacion de los resultados obtenidos en ambos registros (tabla 6) y, algunas observaciones generales.

Las gráficas son de tipo estandar en barras y representan el índice promedio de respuesta de los padres durante los registros y conforme al cuestionario.

Todos los datos estan representados por el nombre del niño con retardo y enumerados del 1 al 5 en cada grupo. En algunas de las tablas solo se presenta el número, el grupo y el miembro de la familia al cual nos referimos (padre, madre o ambos).

Para obtener los resultados promedio por categoría y por grupo se procedió de la siguiente manera :

La sumatoria de las respuestas observadas por ambos registradores entre la sumatoria de las respuestas observadas más las no respuestas por cien. La presentamos en esta forma

$$\frac{\sum R}{\sum R + \sum R} \times 100$$

Dicha fórmula nos dió el porcentaje de respuesta por sujeto, posteriormente la tasa promedio por grupo se obtuvo sumando cada uno de los porcentajes por sujeto y dividiendolos entre el número total de sujetos por cada grupo:

$$\frac{\Sigma 1 + \Sigma 2 + \Sigma 3 + \Sigma 4 + \Sigma 5}{5}$$

Este último porcentaje logrado es el que se muestra en las gráficas 1 y 2, de acuerdo a las categorías de evaluación ya específicas, para generalización y/o mantenimiento y problemática familiar respectivamente. En ellas podemos observar con mayor facilidad el índice de ejecución registrado por cada grupo. De la misma manera, las gráficas 3 y 4 muestran la comparación de los resultados obtenidos en los registros directos e indirectos. La gráfica 5 muestra de manera detallada las respuestas por categoría sobre la problemática familiar evaluada en el cuestionario. La última gráfica (6) indica una comparación más clara de las respuestas de los tres grupos ante la generalización y/o mantenimiento y la problemática familiar encontrada.

Tomando como base que la hipótesis de nuestro trabajo hace referencia en cuanto a que la problemática familiar es factor directo del alcance de los objetivos de generalización y mantenimiento, los resultados se exponen en dos partes de la siguiente manera:

La primera parte incluye la evaluación de generalización y mantenimiento, esto es, la tasa de respuesta respecto al uso adecuado de algunas técnicas de modificación de conducta, aprendidas anteriormente por los padres en su entrenamiento y el porcentaje alcanzado conforme a las respuestas hechas al cuestionario, en base a la propia exposición de los padres de la facilidad para utilizar dichas técnicas.

La segunda parte refiere la problemática familiar. Esta incluye también las evaluaciones de respuesta, obtenidas de la división de los porcentajes de problemática observada y la reportada por los padres en el cuestionario. Posteriormente se hace referencia de los resultados encontrados en algunas categorías específicas del aspecto de generalización y/o mantenimiento y de circunstancias familiares que se consideraron de mayor interés en cada grupo y que facilitan nuestro análisis.

Así tenemos que el grupo I obtuvo en mantenimiento y generalización un porcentaje de 33.4 % que se consideró el más bajo en compa-

- ración con la ejecución registrada por el grupo II , que fué de 76.4 %, este grupo obtuvo el índice más elevado en cuanto a manejo y uso de las técnicas aprendidas. Esto se puede cotejar con el porcentaje alcanzado por el grupo III el cual es de 52.5 % . (ver tabla 6).

La problemática familiar reportó los siguientes datos:

Conforme al grupo I, presentó un índice de generalización y mantenimiento más bajo y su problemática familiar alcanzó el promedio más elevado de los 3 grupos (42.6 %), todo lo contrario del grupo II , quien muestra un porcentaje de sólo un 29 % de problemática familiar. Por último el grupo III , quien también registró un índice bajo de ejecución en uso y manejo de técnicas, su problemática familiar se presenta en un promedio de 42.2 % que se considera también una tasa elevada (ver tabla 6).

En esta forma encontramos que los anteriores resultados nos indican que la generalización y/o mantenimiento obtenido por el grupo I es más bajo en cuanto a que el manejo de contingencias de reforzamiento y castigo son muy poco utilizados, en un 18 % y 24 % respectivamente, de la misma forma que el uso de modelamiento y la instigación de tareas (17% y 19%), a pesar de que manejan en un 46 % el señalamiento de instrucciones.

Este bajo nivel de ejecución demuestra el alto porcentaje obtenido en problemas para trabajar. Dentro de la problemática familiar en donde se reporta un 81 % (ver tabla 4).

Otro factor de interés dentro de este aspecto en el primer grupo, es el porcentaje de 69 % de prestancia en atención al niño con problema, que es mayor en relación con el poco uso del manejo de contingencias y el bajo porcentaje de trabajo cotidiano con el niño (ver tabla 4).

El grupo II, a diferencia del anterior, presentó un porcentaje aceptable de manejo de contingencias de reforzamiento (80 %), no así la de castigo (38 %) pero sí aplicando adecuadamente las instigaciones y el modelamiento (58 % y 65 %). (ver tabla 4).

Todos estos resultados marcan una posible relación con el bajo índice encontrado en dificultades para trabajar que se reporta en un 36 % y con el porcentaje más alto de los tres grupos, en la funcionalidad cotidiana del manejo de materiales y actividades (67 %), esto podría indicar que este grupo tiene muy pocas dificultades para trabajar con el niño, sin embargo, su índice de cotidianidad es bajo en comparación con su reporte en manejo de contingencias lo cual señala algunas fallas para traspolar lo referido a las actividades cotidianas de estos padres.

El grupo III , alcanzó un porcentaje promedio más bajo en comparación con el grupo II, en su ejecución de generalización y mantenimiento. Sin embargo estos padres indican una razón de 44.8 % en manejo de contingencias, que a pesar de ser bajo, como se dijo, presentó un porcentaje considerable con respecto al grupo I . La problemática familiar en este mismo grupo se presentó en un promedio elevado, donde se registra un 55 % de existencia en dificultades para trabajar con el niño, un 40 % de problemas entre la pareja, y un 28.7 % de actitudes negativas con respecto al problema; se registró también un porcentaje aceptable (60 %) de funcionalidad en actividades y uso de material cotidiano (ver tablas 4 y 5) .

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Si bien los resultados expuestos nos muestran que efectivamente a mayor alcance de generalización y mantenimiento, menor problemática familiar, y que a menor índice de problemática, menor alcance en generalización y mantenimiento. Encontramos que en nuestro análisis, estos valores varían en cuanto a aspectos particulares de cada grupo, e incluso de cada familia, como son : la edad, el sexo del niño, la severidad del retardo, el nivel socio-económico y cultural de los padres y de la familia, el lugar que ocupa el niño dentro de la familia, el número de hijos y la edad de los padres. Con esto queremos señalar que - sí los grupos I y III que son los que presentaron un porcentaje de - problemática familiar, con una diferencia entre uno y otro de solo un - .6 % , estos de ninguna manera indicaron tener problemas semejantes. De esta forma tenemos, que en el grupo I y III existen problemas de nivel cultural, lo que ocasionó una baja disposición en el aprendizaje del manejo de técnicas de modificación de conducta y generó dificultades para el uso adecuado de éstas en la práctica cotidiana. A su vez este factor propicio a que las familias no llevaran a cabo una programación de actividades provechosas para el desarrollo de su hijo, den-

-tro de su vida diaria.

En el grupo II, este factor se presentó en menor medida, debido a que los padres de este grupo tienen un nivel cultural más alto y que de alguna manera tienen programadas ciertas actividades con el niño, en un lugar y tiempo específico, y con cierta utilización de material (ver tabla I).

Otro factor que afectó la comunicación padre-hijo, así como la disposición al trabajar, es que estas familias, pertenecientes al grupo I, tienen al niño todo el día y son ellas las responsables de programar e iniciar una terapia de rehabilitación con su hijo, de la misma forma que todas las labores del hogar y de los otros hijos, este problema se ve disminuido en el grupo II por la facilidad que tienen estos padres, económicamente para disponer de la ayuda de otras personas en quehaceres de la casa o bien en las tareas de rehabilitación con su hijo (terapista particular, maestra, etc.). Este mismo problema es también menor en el grupo III por la asistencia de los niños problema, de estas familias, a una escuela o institución especial que los retiene toda la mañana (de 8 a 14 hrs.), dejando a las madres disponibilidad para realizar sus quehaceres durante este tiempo. Posteriormente la labor de estos padres queda en revisar tareas o continuar el trabajo

escolar iniciado ya por el niño, bajo la asesoría indirecta del maestro especialista. Se observó también que la severidad del retardo ocasionó cierta dificultad en los padres para trabajar con el niño, así como en la comunicación de estos con el hijo, lo que sucedió en los grupos I y II aunque en este último, afectó menos por la mayor atención y dedicación de los padres para trabajar con el niño.

Por lo que respecta a las actitudes e intereses de cada grupo, tenemos que la mayoría se basa en ideas de normalización de sus hijos.

Así el grupo I y II donde se encuentran los casos de retardo - más severo y donde los padres continúan asistiendo a la clínica, se observan actitudes negativas menores. No así el grupo III quien presenta un nivel más elevado de actitudes e intereses negativos, por la preocupación del futuro de sus hijos por encontrarles actividades laborales de acuerdo a su edad.

Por otra parte el grupo III presenta niños con retardo superficial, lo que aligeró la dificultad para trabajar con ellos, los niños de este grupo alcanzaron cierto grado de conocimiento académico, de conductas de autocuidado, etc., además de que la edad de los niños de este grupo fluctuó entre los 12 y 13 años en comparación con los dos grupos anteriores, donde su edad es de 7 a 10 años, sin contar al sujeto 2 - del grupo II, que es ya un adulto (ver tabla 2).

En lo referente a las actitudes e intereses de cada grupo hacia el problema, tenemos que el grupo I generó pensamientos de una posible normalización de sus hijos, aunque deja esta tarea únicamente a la institución, sin ellos prestar ayuda continua y programada dentro del hogar. En el grupo II, estas actitudes se presentaron menores y propiciadas a partir de la falta de comunicación de la pareja con el hijo. En el grupo III que fué donde se notó este aspecto más elevado, los padres manifestaron una especial preocupación por el futuro de sus hijos con retardo. IZT. 1000293

Por último y no queriendo pasar en alto los efectos que el entrenamiento demostró en estos resultados, enfatizamos, que el tiempo de entrenamiento y la asesoría continua recibida por el grupo II, influyó que se encontrara en este grupo un mayor índice de generalización y mantenimiento, lo que no se observó en los grupos I y III, a pesar de que este último, si obtuvo un índice de mantenimiento mayor a los otros dos grupos (I y II) por la razón de que su entrenamiento fué mucho antes que el de los grupos mencionados.

CONCLUSIONES

Los datos dan evidencia de la existencia de la problemática familiar de un sujeto retardado y su relación con el alcance de los entrenamientos a padres. Dificultades que pueden dividirse en dos clases:

1. Aquellas que están relacionadas con el hijo, entre las cuales encontramos fallas de comunicación con él, fallas de trabajo escolar y/o de rehabilitación, del entrenamiento recibido, debido a que éste es destinado a la creación de habilidades en el padre para ayudar al niño (contingencias de reforzamiento, castigo, modelamiento, etc.).
2. Problemas maritales o aquellos específicamente de la pareja, entre los que encontramos: dificultades en comunicación, interpersonales, de comportamiento y ayuda mutua para la resolución más adecuada a los problemas del hijo (educación, trabajo y trato), así como ideas manifiestas y actitudes conflictivas, concordando con lo dicho anteriormente por Ferrara (1979) y Antúnez (1980).

De acuerdo a esta especificación y a los resultados encontrados, es posible darse cuenta de que el porcentaje más alto de problemas familiares giró alrededor de las relaciones con el hijo. Así mismo la obtención

de un índice bajo en generalización y mantenimiento de las habilidades creadas en el entrenamiento, parece indicar fallas en los adiestramientos que indudablemente, están relacionados con las dificultades de la familia para utilizar material, programar actividades, aplicar contingencias, etc.

Además el porcentaje encontrado, también considerable, en problemas maritales, en estas familias, nos lleva a concluir que el conjunto de estas dificultades disminuyen aún más, los efectos del entrenamiento. Por lo que se puede responder a la pregunta del porqué de las limitaciones que se presentan en un programa de entrenamiento, o al término de éste; en cuanto a que después de recibido el adiestramiento, la conducta de los niños esta exclusivamente bajo la función de continuidad de los padres y del uso de antecedentes y consecuencias, efectos que se ven disminuidos, como se observó, por aspectos familiares fuera del control de los programas. Por lo que se confirma que hay una diferencia inevitable entre el conocer el material (teoría, técnicas, etc.) y aplicarlo.

[Con esto, no se quiere omitir las aportaciones valiosas que las investigaciones con padres han brindado. Un ejemplo de ello es la participa-

-ción inmediata de control y modificación que sobre la conducta del niño tienen los padres, así como la posibilidad de cambio en la propia conducta de ellos, a nivel de percepción y respecto a la conducta de su hijo (Forehand, Griest y Wells, 1979). Aunque este tipo de respuesta no fué evaluada particularmente en nuestro trabajo, existe una posibilidad de que haya provocado , en parte, los efectos de generalización y mantenimiento encontrados en los registros.

A pesar de que nuestro material no estaba programado para obtener respuestas profundas, su forma y aplicación, realizado en base a preguntas cortas y en lenguaje sencillo, permitió el diálogo con los padres de manera que se asistió a una forma de elaboración de la historia, además que se estaba siempre en contacto directo con la familia del sujeto; esto ayudó a obtener una información más rica. Por lo que aparte del reporte verbal se observó que las habilidades de los padres para aplicar las técnicas, así como sus actitudes, varían en cuanto al rango y complejidad de las conductas del niño, de la compatibilidad y funcionalidad de la conducta tratada, en conjunto con la severidad del retardo y el sexo del niño, etc.

El porcentaje de la problemática encontrada, no solo confirma nues

- tra hipótesis, sino que nos sugiere que la aplicabilidad de los conocimientos por parte de los padres, no garantiza de ninguna manera, - que estos puedan resolver y/o responsabilizarse de la rehabilitación de su hijo. Sino que dicho entrenamiento se envuelve en la complejidad de las dificultades socio- económicas y culturales de cada familia; variables independientes, que no se han tomado en cuenta y que por lo - tanto han quedado fuera del control de los investigadores que han trabajado en algún tipo de entrenamiento a padres, como sucedió con los estudios hechos por Mares y Hick (1981), Mc Doneld y Durbán (1981) y Vargas (1981), y estudios anteriores a ellos.

Agregando a esto la falta de un " raport " adecuado con los padres que les permita expresar sus intereses y dudas antes, en y después del entrenamiento.

Con esta base, se puede asegurar que los programas de entrenamiento a padres, al haber subestimado la importancia y la presencia de los problemas familiares, han detenido la secuencia y desarrollo de sus proprios programas. A la vez de que han interferido directamente con las - actividades y necesidades de la familia, al tomar a los padres como responsables directos de la rehabilitación de sus hijos, sin considerar su

problemática particular. Lo que en lugar de dar una solución, aumenta la problemática de éstos y dificulta aún más su tarea.

Aunque como se ha dicho se hayaron una serie de problemas: económicos, culturales, interpersonales, etc., que detienen el trabajo integral y funcional de los padres en sus hogares, se observó también un marcado interés y preocupación por el cuidado y "normalización" de su hijo, lo que termina por encerrarlos en una idea del nivel de respuesta que su niño debería alcanzar, determinado por sus problemas y las soluciones más rápidas a ellas; de las que surgen conductas de sobre-protección excesiva, por ejemplo, en la mayoría de los hogares visitados fué visible la falta de colaboración del padre, la ausencia de éste la mayor parte del día y las contadas e inadecuadas interacciones con el hijo y con la familia, lo que dejó ver la aislada labor educativa y de rehabilitación que realiza la madre, quien generalmente, es la que está en casa y con la responsabilidad del niño.

Hay posibilidades de considerar estas actitudes como resultado de un factor social común en México, a lo que es posible agregar, en nuestro caso, la falta de un requisito en los programas de entrenamiento,

en el cual se involucre, obligatoriamente, a la pareja; a fin de entrenarlos simultáneamente y así ayudar a evitar los bajos efectos de generalización y mantenimiento, como hubieron planteado también Johnson, Whitman y Noble (1978). Y como se encontró en los resultados, son provocados por la escasa e inconsistente intervención de un solo miembro de la familia, lo que a su vez origina limitaciones de comunicación con la pareja quien no comprende el trabajo y la continuidad de éste en favor del niño, amén de su relación con otro género de problemas en la familia.

El trabajo se basó fundamentalmente en la identificación de problemas familiares y su relación con los alcances de un programa de entrenamiento, por lo que no se profundiza el nivel de relación de cada uno de ellos con los alcances de los programas y su relación entre ellos mismos. De esta manera se sugiere una investigación futura que tenga como objetivo principal ahondar en la problemática familiar con el fin de evaluar las actitudes de los padres en áreas de conflicto, concierne a resolverse "puesto que los padres tienden a guardar actitudes significativas que dificultan la rehabilitación". Pretendiendo con esto, identificar las variables que más influyen en estas actitudes,

definirlas en lo más posible, para ayudar a construir estrategias de intervención y minimizar los conflictos de los padres, y se puedan incluir con mayor seguridad de éxito programas de relajación, asertividad y reforzamiento social, como indican O'Dell, Mahoney y Turner (1979). O bien se pueda agregar al entrenamiento un sistema de negociación familiar, un entrenamiento en solución de problemas y de problemas maritales, a manera de crear dos formas de intervención: Una identificada con los problemas del hijo y la otra en la resolución de los problemas maritales (Blechman, 1981). Es decir crear un paquete de tratamiento directo a reprogramar la percepción de los padres (descripciones, actitudes, valores, expectativas, etc.), en combinación con el sistema de entrenamiento a padres ya establecido. En donde se incluya la participación de toda la familia introduciendo a los hermanos no tratados, a razón de que la actuación de los hermanos, su cooperación y la similaridad de sus tareas con respecto al niño con retardo, también se han notado significativas para la continuidad y resolución de las actividades de rehabilitación, (Resick, Forehand y Mc Whorter, 1976; Forehand y Atkeson, 1977).

Así mismo, se hace indispensable incluir en el adiestramiento -

una práctica observacional del medio ambiente, en la búsqueda de materiales de trabajo acorde a sus necesidades y actividades cotidianas, con la finalidad de darles mayores alternativas de trabajo en el hogar, más funcionales y variadas, ayudando también a la economía familiar al disminuir la compra de materiales y artículos poco usuales y costosos.

Por último, se consideró de interés mencionar algunas de las sugerencias que los padres manifestaron voluntariamente, tomando en cuenta sus experiencias en el entrenamiento y sus observaciones que han tenido en el servicio que les ha prestado la C.U. S.I.

A este respecto los padres mencionaron que les confunde el hecho de ser entrenados cada semestre sin continuidad del programa y por asesores distintos, así mismo señalaron la necesidad que tienen de ser informados periódicamente de los resultados obtenidos al término de cada semestre, con la posibilidad de que ellos manejen el expediente del niño, para que observen el adelanto, por semestre, de sus hijos y así ayudar a continuar la secuencia del aprendizaje.

La mayoría de los padres sugirió la formación de talleres, en una especie de prácticas laborales para los sujetos con deficiencias, que están en una edad de 13 años en adelante o que tienen mayor tiempo en la clínica. En vista de que esta sugerencia se presenta imposible por la clase de servicio que presta la C.U.S.I., se recomienda la realización de una labor, entre los mismos padres, para formar cooperativas y actividades fuera de la clínica que ayuden a la convivencia, comunicación y trato entre familias para bienestar del niño.

En resumen, la investigación se basó fundamentalmente, en el encuentro de problemática familiar y su relación con los objetivos de generalización y mantenimiento de los entrenamientos a padres.

Los resultados demostraron que efectivamente, a mayor problemática familiar, menor alcance de generalización y mantenimiento, y viceversa. Lo que nos da idea de la importancia que las actitudes y problemas familiares ejercen sobre un programa de adiestramiento a padres, para que este cumpla con sus objetivos de duración y transferencia a través del tiempo, en las habilidades creadas en los padres.

A la vez nos encontramos que dicha problemática es variable en ca_

-da familia en cuanto a la edad, economía, severidad del retardo, - aspectos socio-culturales, etc. En la medida que causa efectos sobre las actividades cotidianas y de rehabilitación, posibles en el hogar.

Los límites de nuestro trabajo impidieron profundizar más en cada una de las variables de la problemática familiar; sin embargo, se deja base para continuar la labor de investigación. Manejando los factores encontrados, tratando de controlarlos en lo más posible e investigando las causas principales que sostienen la problemática en los hogares - de sujetos con retardo, aún después de un período de entrenamiento.- Aunque como ya se mencionó, éste no asegura por sí solo el trabajo integro y funcional del padre en la casa.

Por lo que además se sugiere la creación de nuevas actividades - de terapia grupal con los padres que aunadas al adiestramiento en modificación de conducta, disminuya los problemas que tienen los padres con un hijo retardado, antes de dar por terminado un programa de - entrenamiento a padres.

APENDICES, TABLAS y GRAFICAS

Apéndice No. 1

ENTREVISTA

Fecha _____

Datos Generales

Nombre del niño _____

Edad _____ Escuela a la que asiste _____

Año que cursa _____

Nombre del padre o tutor _____

Edad _____ Ocupación _____ Escolaridad _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Nombre de la madre _____

Edad _____ Ocupación _____ Escolaridad _____

No. de integrantes de la familia _____

No. de hijos	edad	Escolaridad	ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Motivos por el cual solicito el ingreso del niño al centro _____
_____.

Tiempo de asistencia al centro _____

Con qué regularidad asiste o asistió a este centro _____

En caso de que ya no asista a este centro, explique los motivos _____
_____.

Si asiste actualmente a otro centro, indique nombre, dirección y regularidad de asistencia a éste _____

Datos Socio- económicos

Cúal es el ingreso mensual de la familia _____

Cuántos miembros de la familia aportan dinero a la casa _____

Cuántas veces a la semana comen los siguientes alimentos:

Huevo _____ verdura _____ leche _____ pescado _____ carne _____
fruta _____ postres _____.

La casa que habita es :

propia _____ rentada _____ prestada _____

casa sola _____ departamento _____ vecindad _____ otros _____

Con cuántas habitaciones cuenta la casa, incluyendo baño y cocina.

1 a 2 () 3 a 4 () 5 a 6 () 6 ó más ()

Cuál considera qué es el gasto mensual de la familia _____

Generalmente su medio de transporte es _____

Datos Culturales

Las actividades que más frecuentemente realiza su familia son :

ver la televisión () asistir a eventos deportivos ()

ir al cine () visitar parques públicos ()

Otros _____

La familia acostumbra a reunirse con vecinos y/ o amigos _____

para : platicar sobre la educación de su hijo (s) ()

comentar sobre los problemas de su hijo (s) ()

otros temas _____

Qué tipo de religión practica _____

Las relaciones en la familia son :

muy buenas _____ buenas _____ regulares _____ malas _____

Acostumbra jugar con sus hijos:

Si _____ no _____ a veces _____ nunca _____

En qué forma participa ud. en las actividades académicas de sus hijos:

realización de tareas ()

revisión de tareas ()

lecturas y explicaciones adicionales ()

Concepción y Embarazo

Situación económica de la familia al tiempo del embarazo _____

El trabajo de parto fué (espontáneo, inducido, cesárea, etc.) _____

_____ - necesidad de anestesia en el parto (parcial,

total, etc.) _____ uso de fórceps _____

duración del parto _____ complicaciones del mismo _____

peso del niño al nacimiento _____ problemas del niño al naci-

miento _____.

Enfermedades presentadas hasta el momento _____

Problemas de alimentación, sueño, sonambulismo, nerviosismo, etc. ____

_____.

Lenguaje Hablado

Edad comenzó a emitir las primeras palabras _____ problemas de -

tartamudez _____ otros problemas del habla _____

Desarrollo Motor

A qué edad sostuvo la cabeza _____ a qué edad se sentó _____

Edad que empezó a caminar _____ edad que gateo _____

El desarrollo de su coordinación fué (rápida, lenta, etc.) _____

Complicaciones motoras _____

Actividades Físicas preferidas _____

Tratamiento Psicológico

Ha recibido tratamiento psicológico _____ de qué tipo _____

Tiempo del tratamiento _____ sobre qué problema: Fué tratado _____ resultados del tratamiento _____

Descripción de la conducta problema presentada actualmente _____
_____.

CUESTIONARIO

Fecha _____

Nombre de la persona Entrevistada _____

Nombre del niño _____

1. Después del entrenamiento a padres que recibió, ¿continúa asistiendo a la clínica? Si _____ No _____ ¿porqué? _____
2. Le ha sido fácil aplicar las técnicas de modificación de conducta aprendidas, en el hogar? Si _____ No _____ ¿porqué? _____
3. Considera qué el entrenamiento que se le dió fué claro, en cuanto a lenguaje, duración, horario, etc.? Si _____ No _____ ¿porqué? _____
4. Porqué asistió ud. al entrenamiento? _____
5. Tuvo o ha tenido alguna dificultad para asistir a la clínica? Si _____ No _____ cuáles? _____.
6. Considera ud. que con el entrenamiento recibido, pueda ayudar a otras familias con el mismo problema? Si _____ No _____ porque ____.
7. Después de recibido el entrenamiento, ha observado algún cambio notable en su hijo? Si _____ No _____ ¿porqué? _____
8. Trabaja con su hijo en casa? Si _____ No _____ señale sí ,

tiene algún lugar específico para ello _____ en qué horario _____
 recibe ayuda de otra persona ? _____

9. Cuando trabaja con su hijo, en casa, evita dedicarse a otras actividades y problemas, durante ese tiempo ? Si _____ No _____ porqué?

10. Tiene dificultad para mantener la atención de su niño porque ~~él~~ se distrae demasiado en el lugar donde trabajan ? si _____ no _____ porqué?

✓ 11. Utiliza algún material de ayuda para trabajar con su hijo ? Si _____
 No _____ cuáles y porqué _____.

12. Participa con otras familias, que tengan el mismo problema, fuera de la clínica? Si _____ No _____ ¿ porqué ? _____

13. Le agrada trabajar con su hijo ? Si _____ No _____ ¿ porqué ? _____

14. Recibe halagos o felicitaciones de su familia, cuando observan los resultados de su trabajo con el niño ? Si _____ No _____ ¿ porqué? _____

15. Ha observado algún adelanto en su hijo, a partir de su trabajo en casa con él ? Si _____ No _____ ¿ porqué ? _____

✓ 16. Lo que enseña a su hijo, lo practica en su vida diaria ? Si _____
 No _____ ¿ porqué ? _____.

17. Trata de realizar otras actividades e instrucciones con su niño en -

base a lo que ya enseñó ? Si ____ No ____ ¿ porqué ? ____

18. Considera que el niño esta siempre dispuesto a trabajar con ud. ?

Si ____ No ____ ¿ porqué? ____

19. En caso de que él no desee trabajar ud. ____

20. En que lugar ha tenido mayor facilidad para trabajar con su hijo ?

____ porqué? ____.

21. Con cuáles conductas de su hijo le ha sido más fácil trabajar ? ____

22. En qué forma le ha servido el entrenamiento recibido? ____

23. Está ud. pendiente de las conductas correctas e incorrectas de su

hijo? Si ____ No ____ ¿ porqué ? ____.

24. Cómo castiga a su hijo ? ____ ¿ cuándo ? ____

cómo premia o refuerza a su niño ? ____ ¿cuándo ? ____

25. Cree que ejerce control sobre la conducta (s) del niño ?

en su casa ____ en otros lugares ____ ¿porqué ? ____

26. Qué conductas de su hijo le ocasionan mayor problema? ____

✓ 27. Qué conductas correctas ha establecido en su hijo ? ____

28. Con cuáles conductas problema no ha podido trabajar ? ____

29. Describa el comportamiento de su hijo con los demás ____

30. Considera que el problema de su hijo es grave ? Si ____ No ____
 porqué ? _____.
31. Cree que el problema de su hijo va en aumento? Si ____ No ____
 ¿porqué? _____.
32. Cómo es el trato de sus otros hijos hacia el hijo con problemas? ____
33. Considera ud. que su hijo esta aprendiendo lo adecuado? _____
34. Recibe el niño un trato especial por parte de ud.? Si ____ No ____
 ¿ porqué ? _____.
35. Qué sentimientos generó en ud. el saber que su hijo presentaba algunas deficiencias en su desarrollo? _____
36. La presencia de su hijo ha suscitado problemas para ud. y/o su familia ? Si ____ No ____ ¿ porqué ? _____
37. Qué soluciones o qué ha realizado para resolver el problema de su hijo? _____.
38. Cree que todo lo que haga por su niño será inútil ? Si ____ No ____
 porqué? _____.
39. Considera que su hijo nunca podrá hacer nada por sí solo? Si ____
 No ____ ¿ porqué? _____.
40. Se siente satisfecha (o) por los logros alcanzados hasta el mo -

- mento por su hijo ? Si ____ No ____ ¿ porqué? _____
41. Piensa que su hijo ha destruido su hogar? Si ____ No ____ ¿ porqué?
- ✓42. Qué espera ud. (s) de su hijo ? _____
43. Alguna vez ha intentado esconder u ocultar la existencia de su -
hijo ? Si ____ No ____ ¿ porqué ? _____
44. Qué dificultades se le han presentado en el trato con su niño ? ____
- ✓45. Considera qué las técnicas de rehabilitación practicadas en la clínica, le han ayudado a superar el problema? Si ____ No ____ ¿ porqué?
46. Piensa que el problema de su hijo es un castigo de Dios? Si ____
No ____ ¿ porqué ? _____.
47. Se siente culpable o piensa que existe algún culpable por el problema de su hijo? Si ____ No ____ ¿ porqué ? _____
48. Considera que el problema de su niño desaparecerá con el tiempo?
Si ____ No ____ ¿ porqué ? _____.
49. El niño le estorba u ocasiona otros problemas ? Si ____ No ____
¿ porqué ? _____.
- ✓50. Conoce algún otro método para la rehabilitación, que considere más rápido y eficaz ? Si ____ ¿ cuáles _____ No ____.

51. Hubiera preferido que su hijo no existiera ? Si ____ No ____
¿ porqué? _____.

52. Qué piensa su conyuge del problema ? _____

53. Qué ayuda ha recibido de su pareja ? _____

54. El problema de su hijo, vino a complicar las relaciones con su -
pareja? Si ____ No ____ ¿ porqué ? _____.

55. El problema de su hijo ha interferido en sus relaciones con la fa-
milia? Si ____ No ____ ¿ porqué? _____

56. Describa el trato de su pareja para con su hijo _____

57. Considera que su hijo vino a aumentar los gastos en su hogar ? -
Si ____ No ____ ¿ porqué ? _____.

58. El tener un hijo con retardo en el desarrollo, la limita a ud. y su
familia para realizar otro tipo de actividades? Si ____ No ____
¿ porqué ? _____.

59. Alguna vez ha deseado la muerte de su hijo ? Si ____ No ____
¿ porqué ? _____.

✓ 60. Siente satisfacción por todo lo que ha hecho por su hijo ? Si ____
No ____ ¿ porqué ? _____.

REGISTRO DE OCURRENCIA

Nombre _____

Horario de _____ A _____

Fecha _____ Lugar _____

Personas presentes _____

Categorías	3'	6'	9'	12'	15'	ocurrencia	No ocurrencia
C							
IT							
RF							
INS							
M							
OP							
PP							
PT							
AC							
AP+							

CODIGO CONDUCTUAL

A continuación se presenta la codificación y definición conductual que fueron seleccionadas del cuestionario y utilizadas en el registro de ocurrencia, independientemente del reporte verbal de la madre.

1. Atención de los otros familiares del niño problema. Se definió como cualquier ayuda física o verbal de asistencia al niño con problema. (O P)
2. Mal trato de los padres hacia el hijo problema. Se incluyeron - sólo aquellas conductas inadecuadas, que manifestaran mal trato de los padres al hijo (gritos, golpes, rechazo o no prestar ayuda a tareas y actividades del niño. (P P)
3. Problemas de los padres para trabajar con el niño. Se registró - cualquier tipo de dificultad que presentara la madre para el control de conducta de su hijo, así como distracciones de él o de ella, el que el pequeño no quisiera trabajar o que la madre estuviera atendiendo a otra actividad al mismo tiempo. (P T)

4. Actividades cotidianas y comunicación con el hijo. Se registró el uso de palabras y/o materiales cotidianos y la funcionalidad con - que la madre los utilizaba (por ejemplo: " ven", "cierra", " dame una tortilla", etc.) . (A C)
5. Mayor atención de los padres hacia el hijo problema. Quedó definido como el mayor número de ayuda y prestancia de atención ante cualquier conducta del niño. (A P+)

Las siguientes codificaciones corresponden a las observaciones - sobre el mantenimiento y la generalización, que se realizaron a partir de los códigos conductuales utilizados en el entrenamiento a padres:

1. Castigo. Se registró como cualquier contacto físico o verbal que inhibiera la respuesta inadecuada del niño, aplicado contingentemente a cualquier conducta inadecuada (por ejemplo: autoagresión, - agresión, berrinche, etc.). (C)
2. Señalamiento de instrucciones. Se registró como cualquier explicación adecuada a la ejecución de alguna tarea o conducta solicitada - al niño. (I T)

3. Reforzamiento . Utilización de premios u otorgamiento de caricias o palabras gratas y de aceptación, contingentes a las respuestas adecuadas del niño. (R F)
4. Instigación . Se registró como cualquier ayuda física o verbal que el niño necesitara para dar una respuesta adecuada, antes solicitada. (I N S)
5. Modelamiento . Se tomó en cuenta siempre y cuando el padre estuviera presentando cualquier modelo de conducta para la ejecución de una respuesta por parte del niño. (M).

No. de sujeto por grupo.	miembro de la familia que trabaja.	escolaridad	ocupación	ingreso mensual	No. de hijos	lugar que ocupa el hijo con retardo.	Observaciones
I							
1	padre	secundaria	obrero	10,000.00	2	primero	
2	padre	secundaria	agente de vent.	30,000.00	4	segundo	
3	padre	contaduría	empleado	32,000.00	7	último	
4	padre-madre	primaria	comercio	15,000.00	2	segundo	padre jubilado, viven en un cuarto en casa de la madre de él.
5	padre	primaria	empleado	14,500.00	3	segundo	
II							
1	padre	2o. Medicina	Gerente de - Abastecimien.	35,000.00	3	segundo	Niño con parálisis cerebral-ciego
2	padre	primaria	comercio	50,000.00	4	primero	
3	padre-madre	Audit-comer.	Auditor-secre	50,000.00	3	segundo	
4	padre	primaria	obrero	14,500.00	10	1o., 8o. y 10o.	son tres hijos con retardo sup.
5	padre	primaria	obrero	14,500.00	6	segundo	
III							
1	padre-madre	preparatoria	comercio	30,000.00	3	segundo	
2	padre	secundaria	empleado	34,400.00	3	primero	
3	padre	contaduría	contador	32,500.00	3	tercero	
4	padre-madre	secundaria	comercio	30,000.00	3	primero	hijos adoptivos
5	padre	primaria	mecánico	30,000.00	2	primero	hijos adoptivos.

105

DATOS SOCIO-ECONOMICOS
TABLA No. 1

Grupo	Nombre de cada sujeto.	edad	Problema de cada sujeto.	Evolución Psic.	Tiempo de asistencia CUI	Observaciones a los niños.
I						
1	Javier	10	lenguaje	retardo profundo	6 semanas (diariamente)	hiperactivo, inquieto, agresivo, trabaja poco con mamá.
2	Rulif	7	lenguaje-control de esfínteres	retardo profundo	6 semanas (diariamente)	No atención, no control de esfínteres, se asusta, inquieto, no sigue instrucciones.
3	Victor	10	lenguaje	retardo medio	3 semanas (diariamente)	Inquieto, berrinches, da mayor atención a padre, risas frecuentes.
4	Francisco	16	lenguaje-motoras- autocuidado	retardo profundo	6 semanas (diariamente)	No atención, autoestimulación, no sigue instrucciones, estaba encerrado en un cuarto.
5	Rubén	10	lenguaje-académicas-agresividad	retardo medio	3 semanas (diariamente)	Agresivo, poca atención, no trabaja con mamá, poco tiempo sentado.
II						
1	Jorge	7	lenguaje-ceguera-motoras	retardo profundo	3 semanas (diariamente)	Recibe terapia parauricular, encerrado frecuentemente, poca relación con los hermanos, agresión y auto-agresión, atención solo a la madre.
2	Carlos	27	lenguaje- motoras	retardo profundo	3 semanas (diariamente)	Risas frecuentes, autoestimulación, le gusta trabajar y las vistas.
3	Eco. Javier	11	lenguaje- académicas-coordinación	retardo superficial	4 semanas (diariamente)	Hiperactivo, realiza actividades deportivas, no relación con hermanos.
4	Rosario	13	lenguaje- motoras	retardo medio	4 semanas (diariamente)	Agresivo, inquieto, poca atención, se asusta a veces, cda. social escasa.
5	Jesús	10	lenguaje	retardo medio	4 semanas (diariamente)	Agresivo, inquieto, poca atención, se lleva poco con el papá.
III						
1	Mónica	13	motoras- cda. social	retardo superficial	3 semanas (diariamente)	Miedo a la gente, aislamiento, obediente, tranquila, poca rel. con papá.
2	Norma	12	académicas- motoras- cda. social	retardo superficial	3 semanas (diariamente)	Trabaja poco, aislada, callada, poca rel. con papá, solo con mamá.
3	José Manuel	13	académicas- lento aprendizaje.	retardo superficial	4 semanas (diariamente)	Va y viene solo de la escuela, agresivo con sus padres, hace tareas solo.
4	Manuel	12	lenguaje- académicas-agresividad	retardo superficial	4 semanas (diariamente)	Agresivo, le gusta estar siempre en la calle, agresivo con mamá y los hermanos, atento con la gente visitante, realiza activ. deportivas.
5	Memo	8	lenguaje- motoras- autocuidado	retardo profundo	3 veces por semana.	Sociable, tranquilo, trabaja durante poco tiempo, berrinches ante el padre.
Datos referentes al niño problema						TABLA No. 2

Grupo	Entrevistado parentesco con el niño.	Edad	Lugar de la Entrevista.	Lugar de aplica- ción del Cuestionario.	Lugar de aplicación del Registro.	Tiempo de entrenamiento.	Observaciones a la madre.
I	1 Madre	23	CUSI	casa-sala	casa-sala	1 semestre	i La sra. se mostró apática en sus respuestas, poco cooperativa, dis- La sra. es atenta, trabaja poco con la niña, tiene poco control sobre el niño. La sra. es atenta, cooperativa, trabaja con el niño. Recibió entrenamiento incompleto, "no entendió nada", ningún control sobre el niño, lo encierra, no trabaja con él. Interesa la por el problema de su hijo, mucha atención innecesaria.
	2 Madre	27	casa-sala	casa-sala	casa-sala	1 semestre	
	3 Padre-madre	30-38	CUSI	casa-comedor	casa-comedor	1 semestre	
	4 Madre	50	casa-cuarto	casa-cuarto	casa-cuarto	1 semestre	
	5 Madre	40	casa-recam.	casa-recámara	casa-cocina	1 semestre	
II	1 Madre	33	casa-sala	casa-sala	casa-rec. del niño	2 semestres	II Satisfecha del ent., interesada por ayudar a otros padres, demuestra atención al niño. Trabaja a veces con el niño, entrena a otros padres, se mostró - Trabaja a veces con el niño, entrena a otros padres, se mostró - Satisfecha con el ent., trabaja con sus 3 hijos, cooperativa, entrena a otros padres. Satisfecha con el ent., trabaja poco con el niño, tranquila, entrena a otros padres.
	2 Madre	43	casa-sala	casa-sala	casa-antecomedor	2 semestres	
	3 Madre	44	casa-sala	casa-sala	casa-sala	2 semestres	
	4 Madre	51	CUSI	casa-cocina	casa-sala	2 semestres	
	5 Madre	35	CUSI	casa-com. ter	casa-comedor	2 semestres	
III	1 Madre	42	casa-comedor	casa-comedor	casa-sala-comedor	2 semanas	III Satisfecha por el ent., interesada, trabaja en casa con la niña. Atenta, trabaja poco con la niña, relación buena madre-hijo. Poco control sobre el niño, no trabajan con él pero realiza la tarea una variedad de actividades fuera de casa. Desconfiada, agresiva con el niño, trabaja poco con él. Confianza, atenta, cooperativa, buena relación padre-hijo.
	2 Padre-madre	31-39	casa-comedor	casa-comedor	casa-sala-comedor	2 semestres	
	3 Padre-madre	41-41	casa-sala	casa-sala	casa-sala	2 semestres	
	4 Madre	53	casa-sala	casa-sala	casa-sala	3 semanas	
	5 Padre-madre	39-34	casa-sala	casa-sala	casa-comedor	2 semanas	

TABLA No. 3

N.	Nombre	Categorías registradas en generalización y mantenimiento.						Categorías registradas en problemática familiar.					
		C	IT	RF	INS	M	Promedio por sujeto.	OP	PP	PT	AC	AP+	Promedio por sujeto.
I		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	Fco. Javier	20	45	10	15	20	22	50	40	90	35	75	58
2	Rubí	65	30	00	25	15	26	90	30	100	45	85	70
3	Victor M.	35	85	55	45	35	51	00	00	30	85	80	39
4	Francisco	15	40	05	10	10	16	20	20	85	15	70	42
5	Rubén	05	30	20	00	05	12	60	60	100	05	35	52
	Promedio por grupo	28	46	18	19	17	25.4	44	30	81	37	69	52
II													
1	Jorge	05	95	100	75	35	64	00	00	40	30	95	33
2	Carlos	45	85	45	45	70	53	00	00	35	65	95	39
3	Javier	40	100	95	35	70	68	45	00	45	100	25	43
4	Rosario	50	95	80	80	65	75	95	05	30	75	60	53
5	Jesús	50	85	80	55	75	71	30	00	30	65	70	39
	Promedio por grupo.	38	92	80	58	65	67.2	34	01	36	67	69	41.4
III													
1	Mónica	40	80	65	30	50	53	30	25	15	90	25	37
2	Norma	30	80	50	45	35	48	100	05	45	95	60	61
3	José Manuel	10	50	40	20	25	25	45	25	100	25	35	50
4	Manuel	55	10	00	10	00	15	25	60	80	35	85	59
5	Memo	65	80	70	95	85	79	70	20	35	55	40	44
	Promedio por grupo.	40	60	45	40	39	44	56	31	55	60	49	52

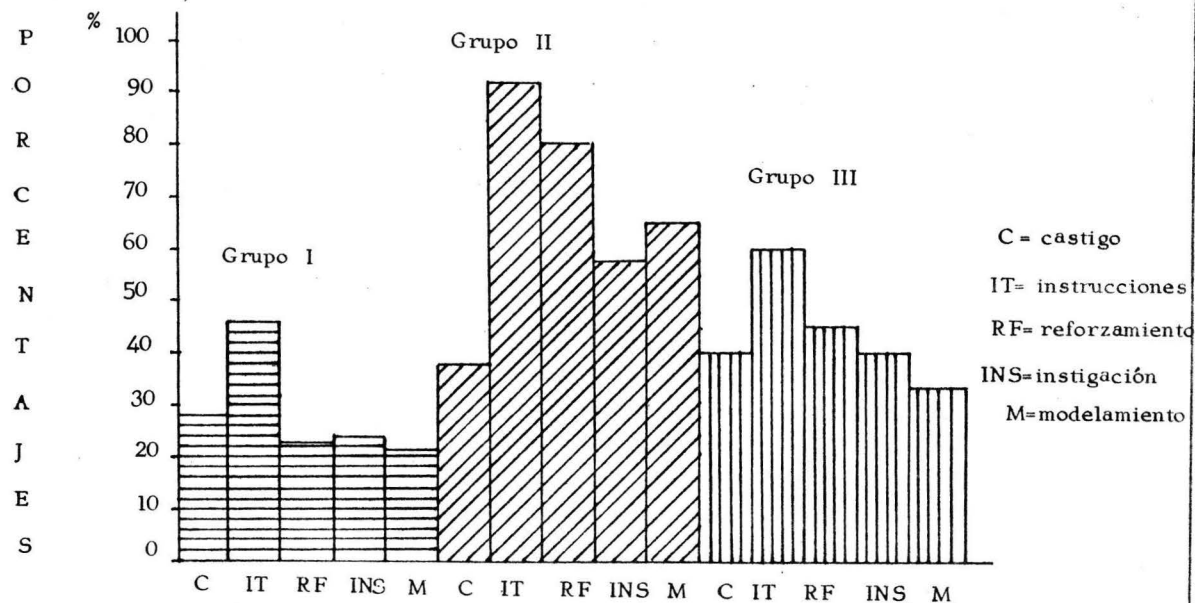
Esta tabla presenta los porcentajes por sujeto y por grupo, en promedios de ejecución de respuesta observados durante los registros directos. Por categorías sobre la generalización y mantenimiento y en problemática familiar.

TABLA No. 4

PORCENTAJES OBTENIDOS EN LA EVALUACION DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO/				
	GENERALIZACION	PROBLEMATICA FAMILIAR		
		Problemas entre Dificultad p/trabajar. la pareja.		Intereses y Actitudes.
GRUPO I	41.9 %	52 %	24.3 %	23 %
GRUPO II	86.2 %	10 %	20 %	21 %
GRUPO III	59.3 %	34 %	40 %	28.7 %
			109	
			TABLA No. 5	

Porcentajes promedio registrados en las observaciones directas y en el cuestionario, así también se presenta - la tasa media entre ambos porcentajes, en las categorías de evaluación en generalización y Problemática familiar.

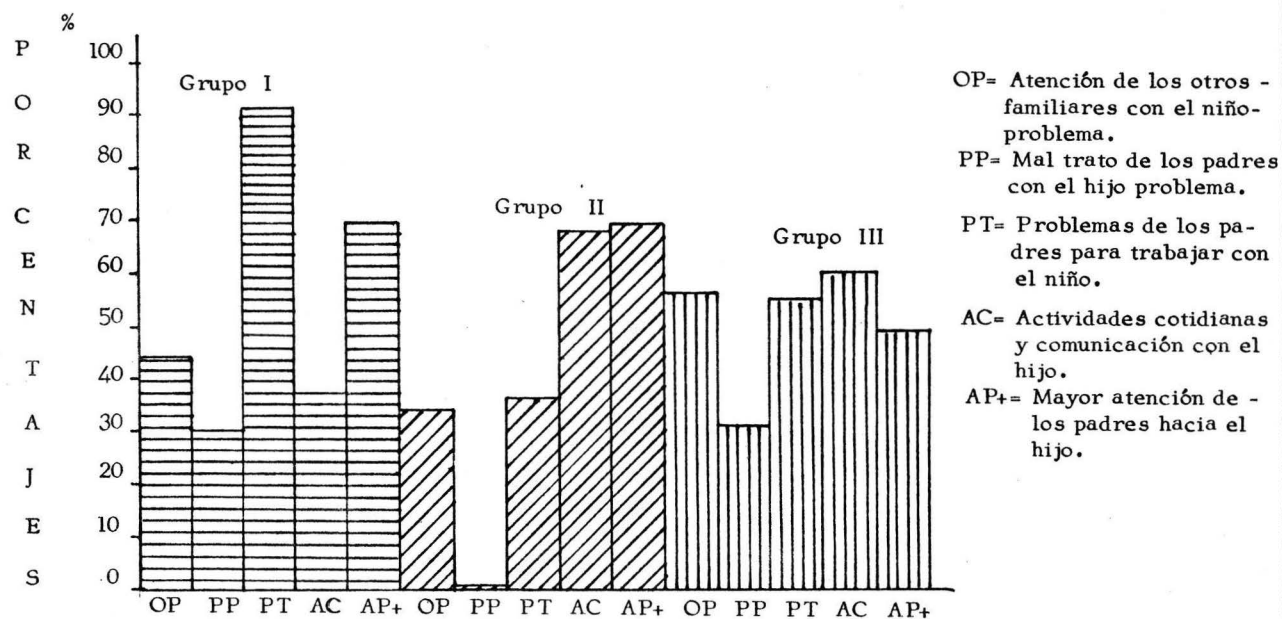
GENERALIZACION				PROBLEMATICA FAMILIAR		
	generalización observada cuestionada		generalización media obtenida.	problemática observada	familiar cuestionada	problemática media obtenida.
GRUPO I	25.6 %	41.9 %	33.4 %	52.2 %	33.1 %	42.6 %
GRUPO II	66.6 %	86.2 %	76.4 %	41.4 %	17 %	29.2 %
GRUPO III	44.8 %	59.3 %	52.5 %	50.2 %	34.2 %	42.2 %
					TABLA No. 6	



La gráfica muestra el porcentaje de los tres grupos, obtenidos en cada categoría registrada de generalización y mantenimiento.

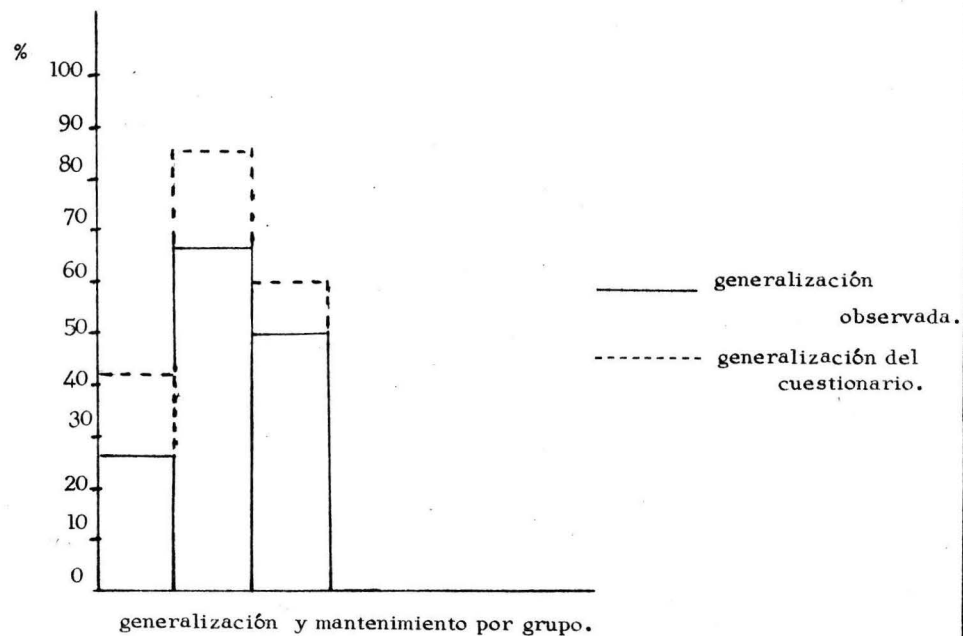
III

GRAFICA 1

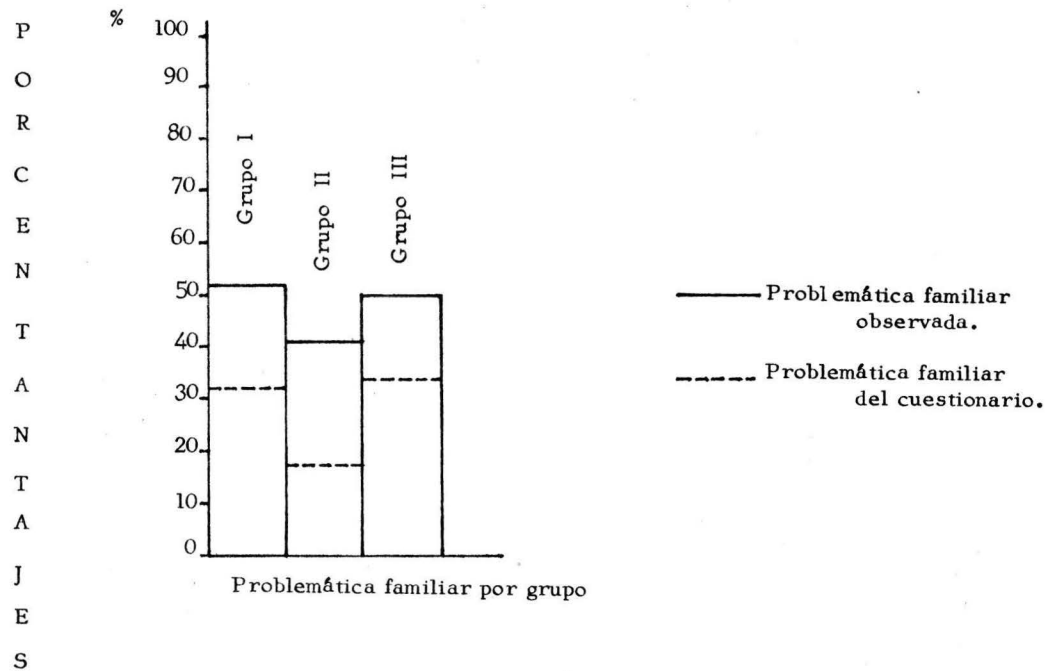


Esta gráfica muestra las categorías de respuestas en la interacción y problemática familiar.

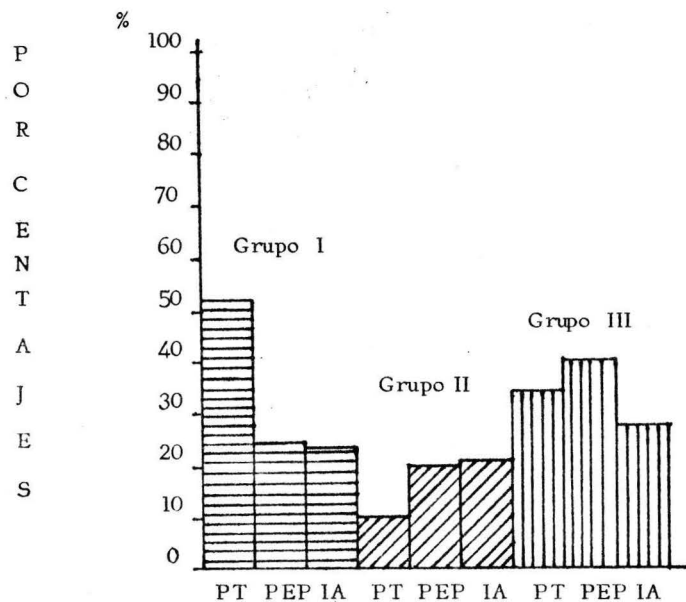
P
O
R
C
E
N
T
A
J
E
S



La gráfica muestra el porcentaje alcanzado por cada grupo en la generalización y el mantenimiento observado y la obtenida mediante el cuestionario.



La gráfica muestra el porcentaje alcanzado por cada grupo en la problemática familiar observada en comparación con la problemática fam. obtenida mediante el cuestionario.

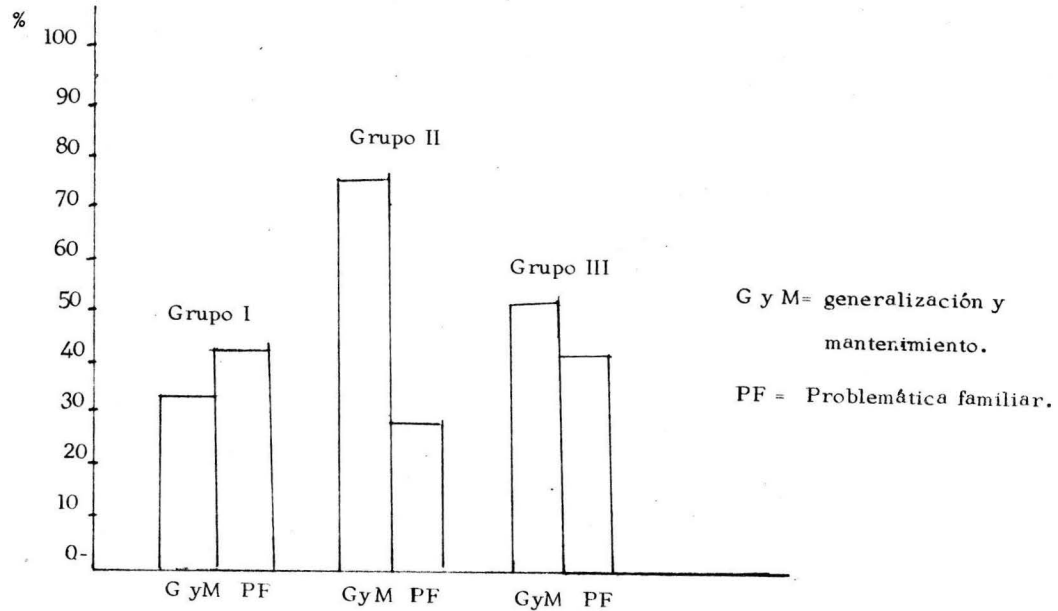


PT= Problemas para trabajar con el niño.

PEP= Problemas entre la pareja.

IA = Intereses y actitudes.

La gráfica muestra las respuestas obtenidas en la evaluación del cuestionario de la problemática familiar.



La gráfica muestra la media de respuesta obtenida por cada grupo en generalización y mantenimiento y, problemática familiar.

BIBLIOGRAFIA

- * Antúnez, Bernard, M.E. La Familia del deficiente mental.
Tesis de Licenciatura en Psicología.
U.N.A.M., 1980
- Aragona, J., Cassady, J. y
Drabman, R. Treating overweight children through -
parental training and contingency con-
tracting. Journal of applied Behavior
Analysis; 1975, 8, 269- 278.
- Ayllon, T., Garber, S. y
Pisor, K. The elimination of discipline problems
tarough a combined school-home moti-
vational system. Behavior therapy. -
1975, 6, 616- 626.
- Azrín, N.H.y Foxx, R.M. A rapid method of toilett training the -
institutionalized retarded. Journal of -
applied Behavior Analysis. 1971, 4, -
89- 99
- Beutler, L.E., Beutler-Orö,
M.E. y Mitchell, R. Systematic Comparison of two parent
training programs in child management.
Journal of Counseling Psychology; 1979,
vol. 26,6, 531- 533.

- Bijou, J. W. y Sloane, H.N. Therapeutic techniques with children as introduction . To Clinical Psychology. 3a. ed. , 1966, N.Y.
- Bijou, J. W., Binrbrauer, J. S., Kidder. J.D. y Tague, C. Programed instruction as an approach to teaching of leading, writing an arithmetic to retarded children. The Psychological Record. 1966,16, 502-522
- Blechman , Elaine Toward comprensive behavioral family intervention. Behavior Modification, - 1981, 5, 2, 221- 228
- Budd, K. S., Green, D. R., y Baer, D. M. An analysis of multiple misplaced parental social contingencies. Journal of applied Behavior Analysis, 1976,9, - 459- 470
- Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A.C. 1978. Platinos No. 36, Méx. D/ F.
- Doleyeis, D., Doster, S. y Cartelli, L. Parents training techniques; efect of lecture role playing foole wed by feedback and selp-recording. Journal and Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 1976, 7, 8, 359-362

Faber, A. y Mazlish, E.

Padres liberados, hijos liberados. Editorial Diana, México, 1978.

Ferrara, Diane M.F.

Attitudes of parents of mentally retarded children toward normalization activities. American Journal of mental deficiency; 1979, vol. 84, 2, 145-151

Flanagan, S., Adams, E. -
y Forehand, R.

A comparison of four instructional techniques for teaching parents to use time-out. Behavior Therapy; 1979, 10, 94-102

Fleischman, M. S.

Using parenting salaries to control attrition and cooperation in therapy. Behavior Therapy; 1979, 10, 111-116

Forehand, R. y Atkeson, M.

Generality of treatment affects with parents as therapists; A review of assessment and implementation procedures. Behavior Therapy; 1977, 81, 575-593

Forehand, R., Cheney, T. y
Yoder, P.

Parent Behavior Training Effects on the non-compliance of a deaf child. in treatment and research in child psychopathology; 1978, 3, 281-283.

✓ Forehand, R., Griest, D. L. y
Well, C. K.

Parent behavioral training an analysis
of the relation-ship among multiple -
outcome measures. Journal of abnormal
child psychology; 1979, 7, 3, 229-242.

Foxx, P. y Azrin, N.

The elimination of autistic self anto es-
timulatory behavior overcorrection.

Journal of applied Behavior Analysis; 1973

Galindo, E., Bernal, T.,
Hinojosa, G., Galguera, M.,
Taracena, E. y Padilla, F.

Establecimientos de repertorios motores
en modificación de conducta de la Educa-
ción especial. Ed. Trillas, 1980, 285-
290, México.

Gerarheart, B. R.

Organization and administration of pro-
grams for the exceptional child. 1974, in
the trainable retarded a fonadation appro-
-ach. The history of Mental retardation,
1977, 1-27. de Gerarheart, B. y Litton, F. N.
Two strategies of group training of pa-
rents as efective behavior modifiers .
Behavior Therapy, 1976, 7, 177-184.

Glogower, F. y Sloop, H. W.

Goddard, H. H.

School training of defective children
Yonkers, N. Y. (1914) in the trainable
retarded a foundation approach.
The history of mental retardation, -
1977, Chapter 1, 1-27.

Goldstein López y Greenleaf.

Se revisó en Seguimiento, Mantenimiento y Generalización de Romero Muccio, 1980. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, México.

Granell, E.

Aplicación de técnicas de modificación de conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural. Ed. Trillas, 1979, 28-32

Harris, F., Wolf, M. M. y
Baer, M. D.

Los efectos del reforzamiento social de los adultos sobre la conducta infantil. Young Children, 1964, 20, 1, 8-17

Hawkins, R. P.

A proposal for preventive mental health. Adaptado de Universal parenthood training. Educational Technology, 1971, 11, 2, 28-35.

Hoffman, D., Kaufman, K. y
Tyson, R. G.

A community based approach to toilet -
training autistic and developmentally
emotionally disturbed children. Trabajo
presentado en la 10a. convención
anual de la asociación para el avance
de la terapia de la conducta. N.Y., 1976

Holland, C.

Elimination by parents of fire setting
behavior in a fire old boy. Behavior -
Research and Therapy, 1970, 7, 135-137

Humpreys, L., Forehand, R.,
Mc Mahon, R. y Roberts, M.

Parent behavioral training to modify -
child non compliance: Effects on untreat-
ed sibling. Behavior Therapy, 1978,
9, 235-238

Johnson, M. R.

Operant techniques in parent training
a critical review. Un published manus-
cript University, 1972. Kansas

Johnson, M. S., Christensen, A.
y Bellamy, T. C.

Evaluation of family intervention through
nonobtrusive audiorecordings: Experiences
in bugging children. Journal of -
applied Behavior Analysis, 1976, 9, 213-219

- Johnson, M. R., Whitman, L. T. y Noble- Barloon, R. A home based program for a preschool behaviorally disturbed child with parents as therapist. Behavior Therapy and - Psychiatry, 1978, 9, 65-70
- Karoly, P. y Rosenthal, M. Training parents in behavior modification effects on perceptions of family interaction and deviant child behavior. Behavior Therapy, 1977, 8, 406-410
- Karpowitz, H. D. y Johnson, M. Stimulus control in child-family interaction. Behavioral Assessment, 1981, 3, 161-171
- Kazdín, A. E. y Moyer, W. Training the teacher to use behavior modification teaching. Behavior Modification, 1976, 2, 171-200
- Kazdín, A. E. Evaluating the generality of findings in analogue therapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, - 1978, 46, 4, 673-686
- Koegel, R. L., Glahn, T. J. y Nieminen, G. S. Generalization of parent training results. Journal of Applied Behavior Analysis, - 1978, 11, 95- 109

Koegel, Russo y Rincover

Evaluando y entrenando maestros en el uso generalizado de las técnicas de modificación conductual con niños autistas, Journal of Applied Behavior Analysis, - 1977, 10, 197-205

Kolostoe, O. y Frey, R.

A high school work study programs for the mentally retarded. Illinois University press., 1965

Lavigueur, H.

The use of siblings as an adjunct to the behavioral treatment of children in the home with parents as therapists. Behavior Therapy, 1976, 7, 602-613

Lindsley, O. R.

An experiment with parents Handling - Behavior at home. Training and Research Center, 1966, 9, 1, 27-36

Loovas, O.I., Fritas, L., -
Nelson, K. y Whalen, C.

The estableshement of omitation and ist use for the development of complex behavior in shizophrenic children. Behavior-Research and Therapy, 1967, 5, 171-181

Loovas, O. I., Koegel, R. L. y
Simons, J. Q.

Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior Therapy. Journal of applied Behavior Analysis, 1973, 6, 131-165

Mac Aulay, B. D.

A program for teaching speech and beginning reading to non verbal retardates. Journal of Speech and Hearing Disorders 1968, 102-124

Mc Doneld, W. M. y Durban,
J. M.

La desprofesionalización de la psicología en el área de retardo en una comunidad marginada. Tesis de Licenciatura en Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, Mex. 1981.

Mc Mahon, R. y Forehand, R.

Non prescription behavior Therapy: Effectiveness of a brochure in teaching mothers to correct their childrens inappropriate mealtime behaviors. Behavior Therapy, 1978, 9, 814-820

Mahoney, M.

Experimental methods and outcome evaluation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1978, 46, 4, 660-672

Makarenko, A.

Conferencias sobre educación infantil psicología-pedagogía. Editores Mexicanos Unidos, 1980, 1a.edición.

~~A~~ Mares, M. A. y Hick, B. B.

Asesoría conductual continua. Programa de intervención conductual para los problemas de retardo en el desarrollo implicado a los padres como los principales terapeutas de sus hijos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, México, 1981.

Miller, J. L. y Sloane, H. N.

The generalization effects of parent - training across stimulus settings. Journal of applied Behavior Analysis, 1976, 9, 355-370.

Mira, M.

Results of a behavior modification training program for parents and teacher. Behavior Research and Therapy, 1970, 8, 309-311

Moser, H. W. y Wolf, P. A.

The nosology of mental retardation birth defects, 1971. In the trainable retarded; a foundations approach. Child Today, 1974, 38-58

✓ Nay, R. A.

Sistematic comparison of instructional techniques for parents. Behavior - Therapy, 1975, 6, 14-21

Neill, A. S. ✓

Corazones no solo cabezas en la escuela. Editores Mexicanos Unidos, 1975, pp. 193.

O'Dell, S., Flynn, J. y Benlolo, L.

A comparison of parent training techniques in child behavior modification. Behavior Therapy, 1977, 8, 261- 268

✓ O'Dell, S., Mahoney, M. y Horton, T.

Media- assisted parent training alternative models. Behavior Therapy, 1979, 10, 103- 110

Patterson, G. R., Cobb, J. A. y Ray, R. S.

A social engineering technology for re-training the family of aggressive boys issues and trends. Behavior Therapy, 1973, - 139-210

Patterson, G. R.

Parents and teachers as change agents: A social learning approach. in the olson treating relation-ship. Graphic press, - 1976, 189-216

Pecci, E. F.

Parents and siblings of the retarded, - 1978, 155-171

- Pomerantz, P. B., Peterson, N. T.,
Marholin II y Stern, D. The in vivo elimination of child's
water phobia by a paraprofesional at
home. Behavior Therapy and experi-
mental Psychiatry, 1977, 8, 417-421
- Resick, P. A., Forehand, R. y
Mc Whorter, A. Q. The effect of parental treatment with
one child on an untreated sibling. Be-
havior therapy, 1976, 7, 544-548
- Ribes, I. E. Algunas consideraciones sobre la pre-
vención del retardo en el II congreso
Interamericano de Retardo Mental, Pa-
namá 1975 (agosto).
- Ribes, I. E. Modificación de Conducta. Ed. Trillas,
1976, México.
- ~~Ribes~~ Ribes, I. E. Técnicas de modificación de conducta, su
aplicación al retardo en el desarrollo. -
Biblioteca Técnica de Psicología. Ed.
Trillas, 1978, México.
- Ribes, I. E. Prevention od development retardation in
poor countries. Trabajo presentado en
World Congress on future special educa-
tion, Stirling, Seatland, 1980(june)

✓ Rien, Vernon, y Wise

Entrenamiento a padres en grupos, niños con desorden conductual. Evaluación del programa con tres niños. Behavior Therapy, 1975, 6, 379-387

✓ Risley, T. R. y Wolf, M. M.

Manipulación experimental de conductas autistas y su generalización en el hogar. en Bijou, S. y Baer, D. (1964). Psicología del Desarrollo Infantil, 1972, vol. 2, - 184-194, Ed. Trillas, México.

Romero, Mussio

Seguimiento, Generalización y Mantenimiento. Trabajo presentado para el concurso de definitividad dentro del área de metodología de la investigación. ENEP, IZTACALA. UNAM, 1980, Méx.

Sarason, S. B. y Gladwin, T.

Psychological and cultural problems in mental subnormality a review of research. Research American Journal Mental Deficiency, 1958, 62, 1113, 07-13

✓ Ulrich, Slacknic y Habry

Adiestramiento universal para los padres proposición para prevenir las enfermedades mentales. En control de la Conducta Humana, 1978, 3, 273-280

Vargas, S.J. Vidal

Entrenamiento a padres de principios básicos de modificación de conducta - para la rehabilitación de sus propios hijos en una comunidad de escasos recursos. Tesis de Licenciatura en - Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, 1981, Méx.

Whaz, N.A. Y Patterson, G.R.

An evaluation of parents training procedures designed to alter a innapropriate agresive behavior of boys. Behavior-Therapy, 1974, 5, 215- 221

Whitman, T.L., Mercurio, S.R. y Caponigri, V.

Development of social responses in - two severely retarded children. Journal of applied Behavior Analisis, 1970, 3, 133-138

Whitman, T.L., Zakaras, M. y Chardos, S.

Effects of reinforcement and guidance procedures on intraction folowing, behavior of severely retarded children. Journal of Applied Behavior Analysis, 1971, 4, 283-290

Williams, C

(1959) La eliminación del berrinche mediante procedimientos de extinción: -

-En Bijou, S. y Baer, D., Psicología del Desarrollo Infantil, lecturas en el análisis experimental. Ed. Trillas, 1975

Zimmerman, H., Zimmerman, J.
y Rusell, C.D.

Differential effects of token reinforcement on instruction following behavior in retarded students instructed as a group. Journal of Applied Behavior Analysis, 1969, 2, 101-112.