



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales "IZTACALA"



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

Planeación y Desarrollo de un Centro de Educación Especial.

001
31921
M5
1984-3

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER LA LICENCIATURA EN
P S I C O L O G I A
P R E S E N T A
MARTHA IRMA MATEOS HERNANDEZ

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Con cariño.

A mis Padres y Hermanos

Por el apoyo que me han brindado.

*A mis familiares y amigos
con los que he compartido
muchos ratos felices.*

*Con sincero agradecimiento al
Mtro. Javier Gutierrez R. por
su valiosa colaboración en la
realización de esta tesis.*

INDICE

1.0 RESUMEN	IZT. 1000414	
2.0 CAPITULO I.	CONSIDERACIONES DE CARACTER GENERAL	1
3.0 CAPITULO II.	ANALISIS DE RECURSOS ACTUALES	20
4.0 CAPITULO III.	FORMACION DE ESTRATEGIAS: ANALISIS, DETECCION Y TRATAMIENTO DEL PROBLEMA	40 ✓
5.0 CAPITULO IV.	ASPECTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL	75
6.0 DISCUSION Y CONCLUSIONES		82
7.0 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		85

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es el de presentar un análisis de la situación actual en nuestro país en materia de Educación Especial entendiendo ésta como aquella Educación destinada no sólo a aminorar los problemas de "incapacidad física o intelectual" que presenta la población infantil, si no también a optimizar las habilidades que poseen este tipo de individuos y a la planeación del medio ambiente que les rodea.

Con el fin de analizar el desarrollo de la Educación Especial en México se recurrió a la revisión de información proporcionada por la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.), la cual muestra datos estadísticos de la población que requiere de servicios y datos referentes a Centros de Educación Especial que funcionan dependientes de organismos públicos y privados. Adicionalmente se realizaron visitas a dos centros de la D.G.E.E., teniendo como objetivo el recavar información referente a la estructura administrativa, recursos económicos, planes de trabajo y estructura operativa.

Con base a los resultados obtenidos se procedió a la creación de un Centro de Educación Especial cuyos lineamientos teóricos y metodológicos se fundamentan en el Análisis Experimental Aplicado, ya que éste ha mostrado un mayor índice de efectividad en el tratamiento de dichos problemas además de una estructura teórica y metodológica más firmemente vinculada al Análisis Experimental de la Conducta.

Finalmente el trabajo proporciona información relativa a aspectos tales como: sistemas de evaluación conductual, creación de programas, diseño

*de materiales de trabajo, estructura administrativa y aspectos legales impli-
cados en la creación de un Centro de estas características.*

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES DE CARÁCTER GENERAL

En el transcurso de este capítulo se hará referencia a los diferentes enfoques teóricos que se le han dado al retardo en el desarrollo, así como a los diversos calificativos que se le han otorgado al mismo. Además de mencionar algunos de los exponentes más representativos de las diversas teorías que se han dedicado a estudiar la etiología del retardo, incluyendo aquella basada en el análisis experimental de la conducta, para concluir con las implicaciones familiares, económicas y sociales de los sujetos — con retardo en el desarrollo.

El retardo en el desarrollo, es un problema al cual recientemente nos comenzamos a enfrentar en términos objetivos y prácticos, pues no es sino hasta hace aproximadamente diez años que en nuestro país se ha impulsado la educación especial para corregir o mejorar el problema que presenta cada uno de los niños que sufre alguna alteración en la conducta.

El término de retardo en el desarrollo fué introducido en la Psicología por Pi^{er}re (1963), al analizar una serie de factores que están involucrados y dan pauta a lo que tradicionalmente se ha llamado "conducta anormal", "deficiencia mental", "invalidéz" etc.

Con respecto a la naturaleza del retardo y sus causas han surgido diversas teorías, algunas tratan de abarcar todos los aspectos del retardo (biológico, personal, educativo, social, etc.) mientras que otros solo han tomado en cuenta algunos aspectos de él.

Entre los enfoques que se refieren a la etiología del retardo, encontramos los siguientes:

- Aquellos que suponen que el retardo en el desarrollo es derivado de causas orgánicas que suceden en una etapa de desarrollo del sujeto, las cuales limitan cualquier acción a favor del individuo.

- Los que presuponen "trastornos psíquicos" en las conductas "desviadas" de los niños, aludiendo una personalidad en conflicto o trastornos del "yo", etc. (Modelo Médico).

- Los que atribuyen el retardo a causas ambientales, debido a la escasa o nula estimulación temprana, deficiencias en los estímulos educacionales durante los primeros seis años de la vida, etc., siendo estos factores determinantes para producir trastornos de "aprendizaje" en niños que aparentemente son normales.

A continuación se expondrán algunas de las definiciones y clasificaciones sustentadas por diferentes autores, las cuales han servido de base para considerar y clasificar a los sujetos con retardo en el desarrollo.

- Retardo Mental causado por Trastornos Orgánicos.

Kanner (1957) clasificó en dos grupos a los deficientes mentales: — "El primer grupo de deficiencia mental comprende a los individuos tan marcadamente deficientes en sus potencialidades innatas, tanto cognoscitivas como emocionales, que sobresaldrían como atípicos en cualquier cultura existente, siendo igualmente inválidos e inadaptados en cualquier sociedad." El otro tipo se compone de individuos cuyas limitaciones están rela

cionadas a los niveles de la cultura que los rodea. De tal forma que en las sociedades menos complejas, con menos orientación intelectual, no tendrían problema alguno en conseguir y mantener una igualdad de ambiciones realizables. Algunos hasta podrían ser capaces de alcanzar la superioridad en virtud de otras ventajas distintas a la que mide la prueba de inteligencia ... siendo más apropiado hablar de dicha gente como intelectualmente inadecuada que como mentalmente deficiente.

Sarason, Mustard y Gladwin (1958) al igual que Kanner (1957) y más tarde Zigler (1967) afirman que hay dos tipos de deficiencias mentales, - los que se reconocen en cualquier medio cultural y otros cuyas deficiencias son situacionales. Sugieren que el termino "deficiencia mental" solo se use y aplique para quienes tienen una patología clara del sistema nervioso central, y que el termino "retardo mental" sea aplicable a aquellos individuos cuyos problemas están relacionados más bien a las variables - culturales que a las constitucionales.

Heber (1960) define el retardo de la siguiente manera. "Bajo el rubro de retardo mental se incluyen a todos aquellos individuos con un subpromedio intelectual, el cual es originado durante el periodo de desarrollo y es asociado con deterioro de la conducta adaptativa".

El subpromedio intelectual es definido como una ejecución abajo de la media poblacional en una prueba general de inteligencia; mientras que el deterioro de la conducta adaptativa es evaluada en terminos de la efectividad con la cual un individuo responde a las demandas y expectativas naturales y sociales del medio ambiente.

Clarizio y Mc. Coy (1970) especifican que en la subnormalidad, además de la etiología orgánica funcional se encuentra un desempeño por debajo del promedio al tratar de satisfacer muchas de las demandas de la vida cotidiana y la dificultad se presenta con mayor claridad frente a las exigencias académicas.

Otra definición derivada de las anteriores, es la proporcionada por la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (1973) la cual otorga el término de "deficiencia mental" a todos aquellos individuos cuyo funcionamiento intelectual está por debajo del promedio general, dicho deterioro es originado durante el periodo de desarrollo y está asociado con una alteración de la conducta de adaptación.

Así mismo consideran que las causas de dicha deficiencia son:

a) Causas ambientales sin alteración del Sistema Nervioso Central -- (retardo mental).

b) Debida a padecimientos del Sistema Nervioso Central (deficiencia mental).

Esta clasificación es atribuida a la función primaria del Sistema Nervioso Central, consistente en la adaptación del organismo al medio y en que la adaptabilidad de cada especie está determinada por la forma, estructura y función del Sistema Nervioso Central, argumentando al mismo tiempo que el potencial humano de inteligencia se hereda como un carácter genético y que aquellos individuos con retardo mental que se desarrollan en un medio ambiente óptimo, tienen la posibilidad de aumentar el funcionamiento intelectual de 10 a 20 puntos.

El funcionamiento intelectual es evaluado a través de pruebas de inteligencia y se clasifica en:

Retardo Mental Leve	C.I. 50 - 70
Retardo Mental Moderado	C.I. 35 - 50
Retardo Mental Grave	C.I. 20 - 35
Retardo Mental Profundo	C.I. 0 - 20

Señalaráse al final del trabajo las características que presentan cada uno de los sujetos con retardo. (tabla 1)

Por otra parte, Mercer (1980) define a los niños con retardo, como - aquellos que presentan deficiencias intelectuales, clasificándolos en: severos y profundos, los primeros generalmente van acompañados por anomalías físicas observables y defectos biológicos; los segundos, tienen dificultades al tratar de satisfacer las demandas de un ambiente en particular, pero no tienen ninguna patología biológica observable.

Otro de los enfoques es el basado en el aspecto "Clínico Descriptivo" como base para proponer las siguientes categorías de la conducta deviada en los niños, así El Comité on Child Psychiatry (1966) las define de la siguiente manera:

1) Respuestas Sanas: se presentan como crisis de desarrollo de duración limitada, que proceden de los esfuerzos hechos por los niños para dominar las tareas de desarrollo.

2) Desordenes Reactivos: se considera que la presentación de ciertas conductas desadaptadas son una reacción ante una situación externa dada -

(pérdida de los padres, presiones académicas, exigencias continuas por parte de los padres, etc.)

3) *Desviaciones de Desarrollo*: están involucrados factores hereditarios, constitucionales y de maduración que dan paso a trastornos en algunas funciones, tales como desarrollo motor, sensorial, etc.

4) *Trastornos Psiconeuróticos*: se derivan de conflictos inconscientes e intrapsíquicos que han sido originados por la represión de impulsos básicos, tales como la agresión y el sexo.

5) *Trastornos de la Personalidad*: se refiere a los rasgos de la personalidad profundamente enraizados que están en armonía con el "yo" del niño (personalidad compulsiva, inhibida, etc.).

6) *Trastornos Psicóticos*: trastornos graves del funcionamiento del "yo", subdividida en dos categorías:

a) *Psicosis de la Infancia*

b) *Psicosis de la Infancia Posterior y de la Adolescencia.*

7) *Trastornos Psicofisiológicos*: derivados de factores psicológicos y biológicos de predisposición que afectan a los sistemas orgánicos regulados por el Sistema Nervioso Involuntario.

8) *Síndromes Cerebrales*: debido a daños difundidos por los tejidos cerebrales que obstaculizan las operaciones intelectuales, tales como la memoria, el buen juicio y la discriminación así como también la estabilidad emocional y el control de los impulsos.

9) *Retraso Mental*: es definido en base a su etiología (biológica y/o ambiental) y se subdivide en ligera, moderada y grave.

10) *Otros Trastornos:* cualquier anomalía que no pueda incluirse en los trastornos anteriores.

Ahora bien, como ya se especificó anteriormente, algunos otros enfoques se han centrado en factores ambientales, los cuales han favorecido - la aparición del retardo en el "aprendizaje".

Así Eisenberg (1966) ha sugerido que una clasificación para los niños que presentan dificultades en el aprendizaje.

Causas Sociopsicológicas:

- 1) Defectos en la enseñanza.
- 2) Deficiencias en los estímulos educacionales durante los primeros seis años de vida.
- 3) Falta de motivaciones ambientales
- 4) Falta de motivación debido a factores emocionales

Causas Psicofisiológicas:

- 1) Debilidad general debida a deficiencias en la nutrición o a enfermedades crónicas.
- 2) Defectos graves de la vista y el oído.
- 3) Retardo Mental.
- 4) Lesión Cerebral.
- 5) Incapacidades genéticas o congénitas para la lectura.

Tannopol (1976) por su parte, ha sugerido el termino de "dificultades de aprendizaje" para designar las conductas producidas por trastornos mínimos del cerebro o por disfunciones leves del Sistema Nervioso —

pero que no han provocado "retardo mental".

Con respecto al mismo termino, La Legislación de California definió a los niños con desventajas educacionales como "niños sin invalidez física ni retardo mental, cuyos problemas de aprendizaje provienen de un trastorno de la conducta o de un impedimento neurológico o de una combinación de ambos que muestran una discrepancia significativa entre la habilidad que poseen y los logros que alcanzan".

El National Project of Minimal Brain Dysfunction (Learning Disabilities) in Children ha establecido lo siguiente: "El termino disfunción cerebral mínima se aplica a los niños de inteligencia general normal, o por encima de lo normal, que tienen algún impedimento para el aprendizaje y/o problemas de conducta que van de lo leve a lo grave, que se asocian a desviaciones del funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Estas desviaciones pueden manifestarse a través de varias combinaciones de deficiencias en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de la atención, el impulso o la función motora."

Otra de las definiciones generadas al respecto, es la establecida por la División for Children with Learning Disabilities of the Council for Exceptional Children la cual consta que: "Un niño con dificultades para el aprendizaje es aquel que con una dotación adecuada de habilidad mental, procesos sensoriales y estabilidad emocional, tiene problemas específicos en los procesos perceptuales, integrativos o expresivos que obstaculizan gravemente la eficiencia en el aprendizaje. El termino incluye a niños que tienen una disfunción del Sistema Nervioso Central que se expre

sa primordialmente en una deficiente aptitud para el aprendizaje."

Por otro lado, algunos otros autores se han inclinado por el empleo de conceptos que han considerado importantes para definir el retardo, en los cuales están involucrados diferentes causas que provocan éste, de tal manera Lagache y Hewyer (1962) han utilizado el término de "inadaptado" - para todos los casos en los que el sujeto requiere de una intervención - asistencial y educativa particular para poder integrarse a la vida social.

Clasificándolo de acuerdo a las siguientes características:

a) Sujeto que debido a sus anomalías, a la insuficiencia de sus costumbres o a un defecto de su carácter se halla al margen de la realidad o en conflicto constante con las exigencias constantes de un ambiente que - corresponde a su edad y a su origen social.

b) Sujeto cuyas aptitudes y eficiencia son suficientes y cuyo carácter es normal, pero que sufre la convivencia de un ambiente no adaptado a sus necesidades físicas, afectivas, intelectuales o espirituales.

c) Sujeto inadaptado o deficiente que vive en un ambiente inadecuado.

Empleando el mismo término, algunos especialistas han distribuido a los sujetos inadaptados en tres categorías, cada una de las cuales tiene características diferentes.

1) Inadaptados Físicos

Disminuidos visuales

Disminuidos auditivos

Disminuidos motores.

2) Inadaptados Mentales

3) *Inadaptados Sociales*

Los caracteriales

Los delinquentes.

4) *Inadaptados Escolares (clasificación agregada por Zavalloni en --
1973)*

Adicionalmente a lo anterior (Barra 1973) ha empleado el termino de "inválido" para designar la reducción de la capacidad funcional del individuo para desempeñar las actividades cotidianas en forma útil e independiente como consecuencia de una deficiencia permanente física, mental y/o -- social.

Shakespeare (1975) considera la "invalidez" en terminos de un inadecuado desarrollo conductual e inadecuado funcionamiento conductual en la forma en que una persona interactúa con su medio ambiente y comprende a todos aquellos sujetos que no responden adecuadamente a las demandas que plantea el medio ambiente.

Una vez especificados los diferentes enfoques y el empleo de diversos rotulos que han surgido para clasificar cualquier tipo de alteración en la conducta de los niños, podemos observar que mientras algunos lo -- consideran como manifestaciones de caracter hereditario, otros lo atribuyen a lesiones graves o mínimas localizadas en alguna parte de la estructura cerebral y algunos otros a factores psicológicos en el hogar o en la escuela, que han inhibido el proceso de aprendizaje. Es de acuerdo a esto como se han derivado diferentes calificativos y clasificaciones de -- los sujetos "problema" los cuales, según algunos teóricos (Bijou 1963, Ri

bes 1976, etc.) solo se refieren a una parte pequeña de la conducta (problemas de lectura, de aprendizaje, etc.) y el darle un marbete o calificativo puede servir como prejuicio para las respuestas de las personas que rodean al sujeto, creandole un círculo vicioso al atribuir el trastorno a un daño (x), el que a su vez produce cada vez mayores deficiencias conductuales.

Ahora bien, una crítica a los criterios de clasificación tradicional es que éstos se basan en juicios subjetivos más que en criterios objetivos, pues diferentes personas pueden considerar una conducta como anormal o normal.

La mayoría de las clasificaciones se basan en la evaluación del coeficiente intelectual de los pequeños, aplicando para ello pruebas como la de Binet, Wechsler y Wisc, que aunque en algunas ocasiones han sido modificadas o estandarizadas para hacerlas culturalmente apropiadas a los niños de determinada zona, ésta por sí misma no define adecuadamente al sujeto con retardo, pues implica la existencia de caracteres hereditarios - modificables solo en una pequeña proporción, independientemente de los esfuerzos que se hagan para ello.

En algunos otros casos descritos, la clasificación es resultado no solo del Coeficiente Intelectual, sino también como factores de adaptación y socialización, para lo cual se han implementado pruebas como "Inventarios de Conducta Adaptativa" para niños, los cuales pretenden evaluar la actuación del niño en la familia, la comunidad y el vecindario. (Mercer 1980).

Otro punto importante es que en la mayoría de las definiciones, se están determinando atributos y características de la conducta, que no son observables ni medibles, ni aún en los casos en los que se presupone un daño cerebral mínimo, el cual es causa de la alteración conductual (los teóricos a favor de ésta posición, añaden que la alteración es tan leve - que no es medible con los aparatos usados actualmente).

Muchas de las teorías enunciadas solo toman en cuenta una parte de la conducta problema y no analizan todos los factores involucrados en ella Kantor (1959) dice al respecto: "En los casos de retardo conductual se tomará en cuenta la interacción de un organismo como un sistema unificado - de respuestas y afirma que: En los casos tradicionalmente llamados de - idiocia, imbecilidad y deficiencia mental, el principio básico es el fracaso que los individuos han tenido al estructurar un repertorio de respuestas para ciertas cosas. "Hay fallas al coordinar ciertas funciones estímulo - respuesta". De tal forma, muchos desajustes conductuales pueden asociarse con la carencia de desarrollo de rasgos útiles para la comunidad - en que se encuentra el sujeto.

Por otro lado, el retardo en el desarrollo ha sido estudiado por teóricos del Análisis Experimental de la Conducta, los cuales hacen hincapié en los principios que rigen la conducta, basándose en la observación y definiendo en forma objetiva y funcional acontecimientos factibles de medir y de cuantificar.

Con respecto a lo anterior, consideramos conveniente mencionar que - el Análisis Experimental aplicado ha surgido como un intento de desarro-

Har una formulación de la conducta humana caracterizada por la correspondencia entre las construcciones teóricas y los eventos a que dichas construcciones se refieren, tomando en consideración los siguientes puntos:

I. "Las diferencias cualitativas que caracterizan al comportamiento humano no se refieren a la existencia de procesos o eventos ficticio en un nivel diferente al del propio comportamiento, sino a un cambio de funciones.

II. La conducta humana no puede ser considerada como el surgimiento místico de poderes o capacidades, sino como una consecuencia del desarrollo filio y ortogenético de la especie y del individuo. Por ésta razón el comportamiento humano mantiene importantes líneas de continuidad con el comportamiento animal". (1)

Ahora bien, con respecto a las intervenciones con niños con retardo en el desarrollo, los teóricos de la modificación de conducta, siguiendo los principios básicos del Análisis Experimental Aplicado, han llevado a cabo un gran número de experimentos bajo situaciones controladas, con el fin de modificar, implementar o decrementar una serie de conductas en los niños con retardo.

Basándose en lo anterior, Bijou (1963) hace una crítica a las teorías tradicionales y define al retardo en términos de una desaceleración de desarrollo individual, comparado al criterio normativo del grupo social. —

(1) "Conducta Humana". Unidad preparada en la E.N.E.P. Iztaca la en el área de Psicología Experimental Teórica. — México 1982.

Los retardados presentan una deficiencia en tasa de desarrollo y en general repertorios conductuales no funcionales para el resto del grupo.

Además especifica que " las diferencias entre desarrollo normal y retardado radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo pasado y presente. El desarrollo normal, cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio se dá a través de condiciones biológicas, sociales y físicas que están dentro de los límites normales. El desarrollo retardado evoluciona a través de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvian de lo normal en grados extremos; mientras más extremas sean las desviaciones, más retardado será el desarrollo".

El autor sugiere que el retardo sea definido en terminos de relaciones observables y funcionales, tomando en cuenta que dicho repertorio -- conductual limitado se deriva de interacciones del individuo con su medio ambiente, lo que constituye su historia.

Cabe aclarar que el termino funcional se refiere a las relaciones que surgen entre los cambios ambientales y los cambios en la conducta. (Michael 1963).

En forma similar Bandura (1968) sostiene que las conductas desviadas constituyen un "patrón aprendido de respuestas que con frecuencia se puede modificar directamente, mediante la manipulación de las variables de estímulo de las que son función tanto las conductas intermedias como las finales".

Al igual que los anteriores, Ribes (1975) se refiere a los sujetos -

con retardo, como aquellos que presentan un déficit conductual relativo a una norma establecida para el grupo social y éste se clasifica en términos funcionales en base a los repertorios conductuales afectados, ya sea en forma de excesos, inadecuado control de estímulos y carencia o deficiencias de conductas.

De tal forma la clasificación no será consecuencia de factores biológicos o constructos hipotéticos, sino estará definida en términos de la amplitud y el tipo de repertorios afectados, dando lugar a dos formas de retardo, que son:

Retardo Generalizado: regularmente existe disfunción orgánica visible (excepción del autismo infantil) el cual dificulta la adquisición de conductas adecuadas para satisfacer las demandas del ambiente en que se desarrolla, abarcando carencias de repertorios amplios y numerosos.

Retardo Específico: se concentra en uno o dos tipos de carencias deficitarias (dificultades en el aprendizaje) y regularmente no hay un determinante biológico claramente reconocido, también, muchas veces puede consistir en una disminución en la velocidad con que se adquiere esa conducta o conductas.

A diferencia de las demás clasificaciones, Ribes se refiere al retardo en el desarrollo como consecuencia de cuatro factores:

- 1) *Determinantes Biológicos del Pasado:* (factores genéticos, prenatales y perinatales)
- 2) *Determinantes Biológicos Actuales* (estado nutricional, fatiga, drogas, etc.)

3) Historia de interacción con el medio (mediata e inmediata).

4) Condiciones ambientales presentes o acontecimientos discriminativos, reforzantes y disposicionales.

Con respecto a éste enfoque conductual se detallará en forma más amplia en el capítulo III, en función del modelo a emplearse en este trabajo.

Ahora bien, independientemente del rotulo empleado para designar al sujeto "problema" y de las diferentes teorías que han surgido alrededor del niño con retardo en el desarrollo, es evidente que la presencia de un individuo "enfermo" causa alteraciones a la familia de éste y a la sociedad en sí, repercutiendo en los aspectos económico y social en ambos núcleos.

Las alteraciones a nivel familiar, según algunos teóricos interesados en el problema son:

- Los niños con "problemas" representan una carga de tipo emocional entre los miembros de ella, y más específicamente en los padres, pues según Shakespeare (1981), Hewett (1970) muchos de los padres han reportado sentimientos de depresión, sensación de aislamiento, etc., al darse cuenta de la "minusvalía" del niño, perdiéndose así la autoestima, es decir, se sienten incapaces de crear un hijo normal.

- Muchos de los padres, una vez que han tenido un hijo con algún "síntoma anormal", se han abstenido de tener más hijos debido al "miedo" de procrear otro hijo inválido o a las atenciones que requiere el niño que presenta problemas, lo cual no les da la oportunidad de cuidar otro

bebé.

- Padres con sentimientos tan negativos o irracionales acerca de las dificultades de sus hijos para el aprendizaje o sus patrones inadecuados de conducta, que prefieren "esconder al niño". El "miedo" de enfrentarse a la realidad les impide asumir una actitud positiva en beneficio de su hijo.

- Las relaciones de los padres con el pequeño incapacitado se tornan del todo dependientes, pues algunos de éstos niños requieren ayuda inclusive en aquellas actividades consideradas como privadas, tales como bañarse, ir al baño, etc.

- De igual manera las relaciones entre los hermanos de un niño retardado y el resto de los demás niños, se ven afectados de diversa manera, - por un lado pueden recibir menos cuidados o bien pueden ejercer mayor presión sobre ellos por parte de los padres, con el fin de sentirse compensados por el hijo "retardado".

- Algunos autores evidencian que los progenitores del niño "retardado" sufren crisis, las cuales traen problemas de ajuste entre todos y cada uno de los familiares, además de que la ansiedad provocada por un diagnóstico de "retardo mental", resulta en un periodo de desintegración emocional, lo cual dificulta los esfuerzos para educar al niño en la forma más adecuada.

- En terminos generales, se ha considerado que los efectos psicológicos en cada uno de los padres, variará de acuerdo a la rapidez con que se reconozca la afección y el grado de severidad que atribuyan al proble-

ma.

- En algunos casos, debido a las características específicas de sujetos con retardo en el desarrollo, el tiempo que se invierte en instruirlos es mayor que el que puede proporcionarse a un niño "normal", lo cual trae como consecuencia una reducción de tiempo invertido en la realización de algún trabajo en cualquiera de los miembros de la familia, esto aunado al costo que representa el mantenimiento del pequeño en el transcurso de su vida, pues en muchos de los casos, dichos sujetos no llegan a tener las habilidades necesarias para aportar ingresos al núcleo familiar. Según Ibarra (1978) "la existencia de un individuo inválido en una familia, frena el desarrollo educacional, social, de trabajo, cultural y económico de la familia entera".

En el aspecto social se han considerado los siguientes puntos:

- Según Bartel y Gushin (1973), la presencia de un trastorno en el desarrollo produce cambios de conducta de las demás personas hacia éste, sugiriendo que hay una mayor tendencia psicológica, ansiedad y menos naturalidad en la interacción con una persona retardada.

- En lo que corresponde a la interacción grupal, algunos maestros se quejan de la presencia de un niño retardado en el grupo, aludiendo que reduce la eficacia del aprendizaje grupal (esto aún no ha sido comprobado).

- Bartel y Gushin (1973) especifican que la sociedad debe reconocer y admitir con honradez que al incluir a un sujeto con retardo en una institución, en muchas ocasiones no busca el beneficio del retardado, sino brindar confort y protección a los que no lo están.

- Por su parte, Ibarra (1978) despues de una serie de estudios deduce que: "los inválidos no sujetos a ningun tipo de rehabilitación pasan a engrosar en su gran mayoría los grupos marginados de analfabetas, desempleados y subempleados, mendigos alcoholicos y delincuentes que aumentan los problemas sociales preexistentes determinados por otras circunstancias ello puede ser considerado como la principal implicación social derivada de la existencia de los inválidos".

Por último, en lo que se refiere al aspecto económico como la función social que proporciona el Estado, el cual tiene que contemplar el número de instituciones expofesas para rehabilitar a los sujetos que presentan cualesquier tipo de problema, el número de profesionistas asignados a és ta labor, etc., además de la perdida diaria por improductividad de dichos sujetos.

CAPITULO II

ANALISIS DE RECURSOS ACTUALES

La invalidez física y/o mental en sujetos es un factor de suma importancia para la sociedad, pues es obvio que dichos trastornos producen deficiencias en toda la interacción de los individuos con su medio ambiente físico y social, por ello, el sujeto desventajado, impedido o retardado es una de las personas que requiere ayuda más urgentemente, debiendo ser tratado como una unidad humana en íntima relación con circunstancias ambientales, económicas, familiares y sociales, las cuales inciden directamente en la solución del problema.

Desde hace algun tiempo, los legisladores y profesionistas de áreas humanistas, se han preocupado por los problemas que plantea la infancia discapacitada, pues su número cada vez mayor no puede pasar inadvertido en ninguno de los niveles sociales, tal como lo demostró la encuesta realizada por la U.N.E.S.C.O. en 115 países en los que se calcula que de los 2660 millones de habitantes que se encontraban en ellos, 1.600 000 niños requerían de una Educación Especial y que un alto número de éstos aún no eran atendidos. De tal manera, aunque en 1923 se hicieron esfuerzos por legislar sobre los derechos del niño, no fué sino hasta el 20 de Noviembre de 1959 en que en la Asamblea General de las Naciones Unidas se aprobó el texto en que se codifican "Los Derechos del Niño". Estableciéndose

en dicha declaración un artículo (5o.) formulado de la siguiente manera "El niño que se halle en condiciones desfavorables, tanto físicas como mentales o sociales debe ser cuidado y educado con la atención especial que requiere su caso y situación".

En la actualidad, según datos registrados durante la Conferencia Mundial Sobre las Acciones y Estrategias para la Prevención e Integración de la Salud, en el año de 1981 el 10% de la población mundial sufría algún tipo de minusvalía y las perspectivas mundiales tendían a empeorar.

En la situación específica de América Latina, existen 50 millones de personas con algún grado de incapacidad física, sensorial o mental; según datos revelados por el Instituto Interamericano del Niño, afirmando, el director de la institución, que solo un 15% recibe tratamiento rehabilitatorio y/o educación.

En el caso de México, encontramos que uno de los principios de la Legislación Mexicana es "El derecho de igualdad de oportunidades para la educación", la cual ha llevado a la preocupación por cumplir y mejorar la calidad y cantidad de la educación de personas con necesidades especiales, por ello, en el año de 1981 nuestro país ingresó al grupo de naciones que a iniciativa de la U.N.E.S.C.O. celebrara el año internacional del "Minusvalido", comprometiéndose con ello a adoptar todas las medidas legislativas, técnicas y fiscales posibles para asegurar que las personas disminuidas, asociaciones y organismos tanto privados como gubernamentales, participen en el cumplimiento de la aplicación de la "Declaración Sudberg", la cual incluye entre otros puntos que: "Todas las personas disminuidas po--

drán ejercer su derecho fundamental al pleno acceso a la educación, la formación, la cultura y la información".

No obstante lo anterior, encontramos que el número de niños que requieren de servicios especiales vá en aumento año tras año debido a una serie de causas, entre las cuales se encuentra la desnutrición (Garibaldi 1978), enfermedades infecciosas, factores hereditarios y/o factores ambientales.

Ahora bien, de acuerdo con los datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud y recopilados por el Departamento de Educación Especial en México, los sujetos de 0 a 14 años que necesitan Instrucción Especial se ubican en la siguiente clasificación:

Sujetos Deficientes Mentales	835,162
Sujetos con Transtornos Visuales	32,121
Sujetos con Transtornos de Audición	192,729
Sujetos con Impedimentos Motores	160,608
Sujetos con Problemas de Lenguaje	963,648
Sujetos con Problemas de Aprendizaje	803,040
Sujetos con Problemas de Conducta	481,828

Siendo el total de 3.469,132 niños con problemas, de los cuales reciben atención solo un 10%, siendo de esperarse que el Estado adopte medidas educativas, pedagógicas, sociales y profesionales más eficaces con el fin de remediar tal situación, pues según Ibarra (1973) de mantenerse la prevalencia actual con el solo crecimiento natural de la población en México, existirán para el año 2000, 6.355114 millones de inválidos de entre

una población de 90,783,313 millones de habitantes.

Con el fin de aminorar la severidad del problema de los sujetos inadaptados, en la actualidad, han surgido en nuestro país instituciones como La Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.), El Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), El Centro de Desarrollo Integral para la Familia (D.I.F.), La Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.) y algunos organismos privados que de una u otra manera prestan servicios a niños que sufren trastornos en sus capacidades físicas y/o intelectuales.

Volviendo al aspecto estadístico, cabe mencionar que del año de 1981 a 1982 se contó con 779 Instituciones que prestaron servicios especiales conforme a la siguiente distribución:

Escuelas y Centros de Rehabilitación y Educación Especial.	403
Centros de Capacitación para el Trabajo e Industrias Protegidas	19
Centros Psicopedagógicos y Clínicas	82
Unidades de Grupos Integrados	275
Las cuales son subsidiadas por diferentes organismos como:	
Gobierno Federal.	647
Gobiernos Estatales	70
Organismos Particulares	62

De tal forma, al igual que aumenta el número de personas con necesi-

dades de Educación Especial, el presupuesto destinado a tal fin por el Estado, también se incrementa año tras año; es así como en 1982 se designó un presupuesto de 852,890 millones de pesos (56% más que el año anterior), el cual es aún muy deficiente y no alcanza a cubrir las necesidades de dicha área.

Por otro lado, si tomamos en cuenta la cantidad de niños que se atienden en las instituciones especiales, observamos un total de 112,076 niños los cuales están a cargo de 1947 profesionistas, entre los cuales se encuentran Psicólogos, Médicos, Trabajadores Sociales y Terapeutas (lenguaje, ocupacional y físico) y si hacemos un análisis de la demanda potencial de pequeños que requieren de Educación Especial en nuestro país y el personal dispuesto para cubrir dicha demanda encontramos que a cada profesionista le tocaría atender a 1,781 sujetos, cantidad que resulta imposible de cubrir por situaciones implícitas al tipo de educación.

Una vez especificadas las medidas que ha adoptado el Gobierno de México para dar atención a niños que presentan algún tipo de problema, cabe mencionar el papel que juega actualmente la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.) la cual es un organismo creado y respaldado por la Secretaría de Educación Pública y tiene a su cargo la planeación, organización, control y evaluación de las actividades en cada uno de los servicios, al mismo tiempo que promueve el desarrollo de la Educación Especial en el país en los sectores público y privado.

Ahora bien, en lo que se refiere a los servicios que presta la Dirección General de Educación Especial, encontramos que estos se clasifican -

en dos grupos, según el tipo de atención.

Primer Grupo: sujetos cuya necesidad de Educación Especial es fundamental para su integración y normalización.

Segundo Grupo: sujetos cuya necesidad de atención es transitoria y complementaria a su evolución pedagógica normal.

En lo referente a la designación de cada uno de los sujetos a las diferentes instituciones, observamos que ésta división se realiza con base al diagnóstico médico, por ejemplo, aquellos designados como ciegos, débiles visuales, con problemas neuromotores, etc., o bien, con base al diagnóstico psicológico y/o educativo, el cual se realiza en las coordinaciones de la D.G.E.E. o bien en los centros de diagnóstico ó en las propias escuelas de educación especial, este diagnóstico se lleva a cabo a través de pruebas diseñadas para medir el coeficiente intelectual (prueba de WISC-R) o bien en la Escala de conducta Adaptativa Mexicana para Niños (MABIC), la cual evalúa la actuación del alumno en la familia, la comunidad y el grupo. Prueba Monterrey, empleada en los grupos integrados (niños con problemas de aprendizaje que cursan el 1no. y 2do. año de Educación Primaria) cuya finalidad es la de evaluar el nivel de madurez con respecto a la lecto escritura y operaciones aritméticas.

Las pruebas empleadas para el diagnóstico, son aplicadas una u otra, según sea el problema de que se trate, con excepción de aquellas que se aplican para medir el coeficiente intelectual de los pequeños, pues dichas pruebas se administran a todos los sujetos que requieren servicios especiales.

A continuación especificaremos la clasificación que ha venido empleando la D.G.E.E. con base a los resultados obtenidos en el diagnóstico - determinando así la Institución a donde se canalizará al pequeño para — que se le proporcione servicio específico a su problema. De la misma forma se definirá cada una de las clasificaciones y a grandes rasgos algunos de los programas empleados para aborzarlos.

DEFICIENCIA MENTAL: "Un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa".

La clasificación se realiza en términos de coeficiente intelectual:

Superior	120 o más	Retardo Leve	50 - 70
Normal Brillante	110 - 119	" Moderado	35 - 50
Normal	90 - 109	" Severo	20 - 35
Subnormal	70 - 90	" Profundo	0 - 20

Para los efectos del diagnóstico se toman en consideración las alteraciones orgánicas que determinan los componentes del cociente intelectual, para el caso especial del grado "leve" se diagnostica deficiencia mental solo cuando existen evidencias de compromiso orgánico.

El programa llevado a cabo con deficientes moderados y leves, consiste en la aplicación de estimulación temprana y un tratamiento pedagógico que abarca las siguientes áreas:

- a) Independencia personal y protección de la salud.
- b) Comunicación
- c) Socialización e Información del entorno físico y social.

d) Ocupación.

La secuencia del proceso escolar es de cuatro etapas. Las tres primeras tienen una duración máxima de dos años y la cuarta hasta tres años - en los casos que así se requiera.

La primera corresponde al nivel preescolar y las restantes a los - grados de primero a sexto del nivel básico de educación especial.

Las dos primeras etapas son comunes a todos los alumnos. Pasan a - la tercera aquellos que por sus capacidades pueden acceder a aprendizajes más complejos. Los otros pasaran directamente a la cuarta etapa para intensificar su entrenamiento prelaboral, complementando ésta actividad con lectoescritura y aritmética a nivel socioutilitario.

Así, los alumnos son canalizados a los centros de capacitación para el trabajo y/o las industrias protegidas.

AREA DE TRASTORNOS VISUALES: Abarca a aquellos sujetos que poseen una disminución visual tal, que les es difícil o imposible aprender con las técnicas pedagógicas que se utilizan en la escuela común. La clasificación se realiza desde el punto de vista médico y educacional; el - primero los define de la siguiente manera:

- a) Totalmente ciegos; Aquellos que carecen de percepción luminosa.
- b) Parcialmente ciegos; Que percibiendo la luz no pueden discriminar a las personas de los objetos.
- c) Débiles visuales; Sujetos cuya visión en el mejor de los ojos es de 20/200 menos, con corrección o reducción en el campo visual menor a 20 grados.

Desde el punto de vista educacional, se clasifican de la siguiente manera:

- a) Ciegos; Aquellos sujetos que percibiendo o no luz, color y movimiento, no pueden usar papel y lápiz para la comunicación escrita.
- b) Débiles visuales; Aquellos cuyos restos visuales les permiten usar papel y lápiz para la comunicación escrita.

Los programas generales para ciegos y débiles visuales son una adaptación en lo que se refiere a recursos didácticos, experimentación y objetivos de los programas oficiales de jardín de niños y escuela primaria, aunque también se aplican programas especiales referentes a aspectos del desarrollo individual que se efectuarán a corto, mediano o largo plazo.

AREA DE TRASTORNOS DE AUDICION: Esta área abarca a niños sordos e hipoacúsicos, siendo los primeros aquellas cuya audición por causas congénitas, enfermedad o accidente no es funcional para los requerimientos de la vida cotidiana. Los hipoacúsicos son niños en los cuales la audición es defectuosa pero funcional para los requerimientos de la vida cotidiana con o sin la ayuda de un auxiliar auditivo.

Los programas de educación especial en ésta área se aplican según el grado de pérdida auditiva y la edad de iniciación. La escala internacional (ISO) clasifica la pérdida auditiva en cuatro niveles; superficial (entre 20 y 40 dB), media (entre 40 y 70 dB), profunda (entre 70 y 90 dB) y anacusia (90 dB en adelante).

De acuerdo a la edad de iniciación se distingue: *Iniciación temprana* (0 a 4 años), *Intermedia* (4 a 8 años) y *Tardía* (8 a 13 años).

Los programas consisten en estimulación temprana a nivel preescolar y primarias con método oral y de comunicación total (apoyo de señas y gestos) para adquisición del lenguaje, en función del grado de pérdida auditiva y la edad de iniciación.

GRADO DE PERDIDA	INICIACION	PROGRAMA
Debilidad auditiva superficial	Temprana	Oral
	Intermedia	Oral
	Tardía	Oral
Debilidad auditiva media	Temprana	Oral
	Intermedia	Oral
	Tardía	Total
Debilidad auditiva media y oncusia	Temprana	Oral
	Intermedia	Total
	Tardía	Total

AREA DE IMPEDIMENTOS NEURO MOTOROS: niños con alteraciones del Sistema Nervioso Central, que comprometen de manera general o específica la motricidad voluntaria y dificultan las actividades básicas cotidianas, el aprendizaje escolar y su adaptación social.

Los planes y programas se desenvuelven en cuatro etapas educativas:

- 1.- Estimulación Temprana; abarca el periodo comprendido entre la detección o aparición de la alteración y el ingreso al Jardín de Niños.

2.- Período de Educación Preescolar

3.- Período de Educación Básica

4.- Período de Capacitación Laboral

Los programas abarcan dos áreas funcionales:

Área de Desarrollo.- corresponde a las funciones que se mantienen intactas y pueden alcanzar un desarrollo normal; dichos programas se aplican a niños con inteligencia normal. Los niños que presentan deficiencia mental asociada se integran a grupos especiales en la misma institución. Los que presentan problemas visuales, auditivos o específicos del lenguaje requerirán los programas especiales de estas áreas.

Área Reeducativa.- los programas de esta área engloban los procesos de coordinación motora gruesa y fina, desde los primeros reflejos condicionados hasta las praxias más complejas vinculadas a los procesos intelectuales (locomoción, coordinación visomanual, lenguaje oral y escrito).

11. Sujetos cuya necesidad de educación especial es transitoria y complementaria a su evolución pedagógica normal.

ÁREA DE DIFICULTADES DE APRENDIZAJE.

Para su clasificación se distinguen dos tipos generales de dificultades de aprendizaje:

1.- Aquellas que aparecen en la propia escuela común como resultado de la aplicación de métodos inadecuados o de procedimientos convencionales de cálculo o lecto-escritura que pueden no corresponder al nivel de las nociones básicas que los alumnos han adquirido en su experiencia cotidiana.

2.- Aquellas que se originan por alteraciones de un conjunto de funciones nerviosas superiores que intervienen en los procesos de aprendizaje.

Los niños que presentan dificultades en el primer año de la escuela común, son designados a grupos integrados donde se les facilita el acceso a la lecto - escritura y al cálculo a través de diferentes técnicas.

Los niños que presentan dificultades de aprendizaje entre segundo y sexto grado ingresan en los centros psicopedagógicos donde un equipo multidisciplinario realiza la detección, diagnóstico y tratamiento de los - problemas de aprendizaje.

AREA DE LENGUAJE.- niños en las cuales está alterada la adquisición, o desarrollo del lenguaje, tanto en lo que se refiere a la comprensión del sistema lingüístico como a su expresión.

Las alteraciones pueden ser específicas, si aparecen como consecuencia de otros trastornos (deficiencia mental) o asociadas con otros problemas (ceguera o debilidad visual).

Cada uno de los programas del área del lenguaje está en relación con los objetivos de otras áreas, pues regularmente se interrelacionan.

AREA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA: en esta área se concentran niños y jóvenes inadaptados sociales, en particular los menores infractores, a los cuales se les aplica un programa psicopedagógico que provee los elementos necesarios para una reorientación de su conducta en la familia y la sociedad.

Los programas académicos se adaptan complementandolos con programas -

extraescolares que coadyuvan al desarrollo y adaptación del sujeto. Además de capacitarlos en una actividad productiva.

A continuación se expondrán las características del funcionamiento de un Centro de Educación Especial dependiente de la Dirección General de Educación Especial y las funciones que desempeñan cada uno de los profesionistas que laboran en él.

- Las escuelas de Educación Especial operan de acuerdo al calendario escolar.

- Proporcionan atención en los aspectos de diagnóstico, pronóstico, tratamiento psicopedagógico y seguimiento de los alumnos mediante programas especiales.

- Los maestros de apoyo y de adiestramiento aplican los programas de la Dirección General de Educación Especial que comprenden las áreas de: Independencia Personal, Comunicación, Socialización y Ocupación.

- El equipo multidisciplinario de apoyo se ocupa de funciones como las de diagnóstico, asesoría a padres de familia y a maestros y a la atención de problemas individuales que presenten algunos alumnos.

- La promoción de alumnos es flexible, puede realizarse en la mitad o al fin del ciclo escolar, estando determinada por la evaluación individual de los progresos del alumno (observaciones de la maestra del grupo).

- Al finalizar el nivel de Primaria Especial, los alumnos egresados son enviados por el Director de la Escuela con la solicitud de atención y su expediente correspondiente a otras Instituciones de Educación Especial como Industrias Protegidas o Centros de Capacitación para el Trabajo.

En algunos casos los alumnos se incorporan a la comunidad laboral.

A continuación se expondrán de manera general las funciones que desempeñan los diferentes profesionistas que laboran en un Centro de Educación Especial.

FUNCIONES DEL MAESTRO DE GRUPO.

- Elaborar un plan anual de actividades e informes bimestrales.
- Participar activamente en la evaluación inicial y colaborar en las actividades de formación de grupos.
- Atender a los alumnos del grupo que le sea asignado siguiendo las normas y lineamientos establecidos por la D.G.E.E.
- Llevar registros de asistencia
- Elaborar un avance programático y presentarlo al Director.
- Realizar evaluaciones permanentes.
- Realizar dos informes sobre la evolución del proceso de desarrollo del alumno.
- Aplicar lineamientos técnico - psicopedagógicos que indique el director y/o equipo interdisciplinario.
- Participar en las actividades regulares y de extensión educativa - que realiza la escuela.
- Participar activamente en las juntas de equipo interdisciplinario.
- Decidir conjuntamente la promoción y/o canalización del alumno con el Director y el equipo interdisciplinario.

FUNCIONES DEL MAESTRO DE ADIESTRAMIENTO.

- Elaborar y proponer al Director su plan anual de actividades e in-

formas bimestrales.

- Atender a los alumnos en el área ocupacional del 3o. al 6o. grado de acuerdo a las normas y lineamientos señalados en las guías para el área.

- Llevar registros de asistencia.

- Elaborar avance programático y presentárselo al Director.

- Realizar evaluaciones permanentes.

- Llenar las formas de "análisis de tareas" e incluirlas en las carpetas de los alumnos.

- Aplicar lineamientos técnico psicopedagógicos que indique el Director y/o equipo interdisciplinario.

- Participar activamente en las juntas de equipo interdisciplinario.

- Participar en las actividades regulares y de extensión educativa que realice la escuela.

FUNCIONES DEL PSICOLOGO.

- Elaborar un plan anual de actividades e informes bimestrales.

- Colaborar en el diagnóstico psicológico de los alumnos que lleguen directamente a la escuela por no existir servicio de diagnóstico en la localidad.

- Analizar y/o completar los diagnósticos psicológicos de alumnos que llegan previamente evaluados.

- Realizar observaciones y revaloraciones de los alumnos cuando el caso así lo requiera.

- Asentar en las carpetas de los alumnos que tiene el maestro, notas y comentarios sobre la evolución de éstos, además de las observaciones y

asesorías al maestro de grupo.

- Mantener actualizado el expediente del alumno, elaborando un resumen del caso para el maestro.
- Participar en actividades de extensión educativa de la escuela.
- Coadyuvar esfuerzos con el servicio de trabajo social para la orientación de los Padres de Familia en el tratamiento de sus hijos.
- Decidir conjuntamente con el Director y equipo interdisciplinario la canalización de los niños.

FUNCIONES DEL MAESTRO DEL LENGUAJE.

- Elaborar un plan anual de actividades e informes bimestrales.
- Realizar actividades de evaluación, diagnóstico y terapia del lenguaje de acuerdo a las normas y lineamientos establecidos por la D.G.E.E.
- Realizar observaciones y revaloraciones de los alumnos cuando el caso así lo requiera.
- Asentar en las carpetas de los alumnos, que tiene el maestro, notas y comentarios sobre la evolución de éstos y las observaciones, asesorías y recomendaciones al maestro.
- Participar en actividades de extensión educativa de la escuela.
- Coadyuvar esfuerzos con el servicio de trabajo social para la orientación de los Padres de Familia en el trato de sus hijos.
- Decidir conjuntamente con el Director y equipo interdisciplinario la canalización de los niños.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL.

- Elaborar un plan anual de actividades e informes bimestrales.

- Participar activamente en las juntas del equipo interdisciplinario.
- Promover la participación de los alumnos en las actividades deportivas, socio culturales y el beneficio comunitario que se realicen en la localidad.
- Mantener actualizado el expediente del alumno desde el punto de vista social, integrando sus informes al expediente general.
- Establecer la coordinación entre la escuela y los servicios comunitarios complementarios.
- Realizar el análisis de la demanda ocupacional en la localidad.
- Llevar a cabo el seguimiento ocupacional o laboral de los alumnos que egresen de la escuela.
- Hacer visitas domiciliarias cuando el caso así lo requiera.
- Elaborar un registro diario de actividades.

FUNCIONES DEL MEDICO.

- Elaborar y proponer al Director un plan anual de actividades.
- Atender a los niños de los Centros de Educación Especial de la zona escolar que corresponda, de acuerdo a los lineamientos de la D.G.E.E.
- Elaborar la ficha medica, integrandola al expediente general del niño.
- Informar al maestro sobre las indicaciones y contra indicaciones referidas a la realización de actividades físicas.
- Revelar aquellos casos que se consideren necesarios.
- Asesorar y orientar a los Padres de Familia en los aspectos médicos.

- Participar activamente en las juntas de equipo interdisciplinario.
- Canalizar a los alumnos que requieran estudios específicos a los servicios de salud que correspondan.
- Anexar al expediente del alumno el reporte de estudios especiales que se realicen fuera de la escuela.
- Elaborar un registro diario de actividades.

MATERIALES:

Los materiales que utiliza el psicólogo y el terapeuta del lenguaje para evaluar y proporcionar tratamiento a los niños que acuden a la escuela de Educación Especial consiste principalmente en diferentes pruebas. De ésta manera el Psicólogo emplea el material correspondiente al Test de WISC - R (estandarizado a la población infantil mexicana), con el fin de medir el coeficiente intelectual del alumno y canalizarlo a alguno de los grupos del Centro; esta prueba evalúa dos aspectos:

- a) Escala Verbal.- evalúa Información, Semejanzas, Aritmética, Vocabulario, Comprensión y Retención de Dígitos.
- b) Escala de Ejecución.- evalúa Completamiento de figuras, Ordenamiento de dibujos, Diseños de cubos, Composición de objetos, Claves y Laberintos.

Prueba de Bender.- consiste de 10 tarjetas con diferentes figuras, se emplea para detectar y diagnosticar una posible disfunción cerebral, además de evaluar capacidad viso perceptual en los alumnos.

Prueba de la Figura Humana.- solo se emplea papel y lápiz para que el niño realice una figura femenina y una masculina con las cuales se evalúa

la ejecución en términos de madurez cognoscitiva y emocional. Dicha prueba se califica tomando en cuenta una revisión elaborada por la D.G.E.E.

Cabe aclarar en éste punto, que los niños que se diagnostican con un C.I. menor del 35% son considerados retardados profundos y por lo mismo no se aceptan en el Centro, sino solo a aquellos que superan dicho C.I., los cuales son considerados como educables o entrenables y se les canaliza al grupo correspondiente.

El Terapeuta del Lenguaje emplea diferentes materiales, regularmente tarjetas con figuras o dibujos y objetos pequeños (sillita, mesita, juegos de té, muñecos, etc.) con el fin de valorar el lenguaje funcional y espontáneo del pequeño, así como la presencia de algún problema de articulación y la forma de emisión de éste.

Regularmente, la prueba diseñada para evaluar lenguaje, es la Batería de Pruebas realizada por la Dra. Bertha Dermann, para ubicar a los niños de acuerdo a su nivel lingüístico.

Prueba de Madame Borel: se emplean tarjetas en secuencia para observar si existe "comprensión y expresión del pensamiento", proporciona edades lingüísticas de cinco años y medio en adelante.

Prueba de Decroly: se aplica de los cinco años en adelante y proporciona datos de causalidad y efecto a través de la presentación de grupos de seis tarjetas cada uno, donde se sigue una secuencia lógica del suceso.

Prueba de Descripción y Narración: a través de la presentación de una tarina de la cual el niño tendrá que describir y narrar los elementos y acciones básicas de la misma.

Prueba de Imitación Verbal: se evalúa si existe algún problema fonológico y/o articulatorio, a través de dos formas: Inmediata (el terapeuta habla y el niño repite), Diferida (el terapeuta hace preguntas al niño -- sobre situaciones concretas). Se valora la intensidad (alta o baja), matices de la voz (graves y agudos) y ritmo (lento y rápido).

Prueba de Mandatos Verbales: se aplica desde los dos años de edad y se realiza con algunos objetos pequeños y juguetes. Esta prueba se divide en: Ordenes de Selección (señala con tu dedo la pelota) y Ordenes de ejecución (patea la pelota o bien dame la pelota).

Prueba de Exploración Práctica del Sector Orofacial: se realiza frente al espejo, pidiéndole al pequeño que imite los movimientos que realiza el terapeuta (movimientos labiales, linguales, etc.) se evalúa si existe algún daño orgánico que impida el lenguaje. IZT. 1000414

La forma más común de participación del Terapeuta del Lenguaje en el Centro es realizada en forma grupal, es decir, el terapeuta acude a los grupos y realiza algunos ejercicios de control muscular orofacial con todos los niños del grupo (aproximadamente 20 alumnos), dichos ejercicios se realizan a base de instrucciones y modelamiento por el terapeuta e imitación por parte de los niños de las conductas que muestra el terapeuta, sin embargo, cuando el terapeuta considera que el problema que presentan algunos niños es más serio, forma subgrupos de 4 a 8 niños que acuden al cubículo de lenguaje una vez por semana para recibir terapia.

CAPITULO III

FORMULACION DE ESTRATEGIAS: DETECCION

ANALISIS Y TRATAMIENTO DEL PROBLEMA

No obstante, los esfuerzos que ha realizado la D.G.E.E.¹ para dar servicio a un mayor número de niños con problemas, de la creación de Escuelas de Educación Especial y de la realización de estudios sobre la población infantil mexicana, nos encontramos con serios problemas en lo que respecta a la estructuración de los programas y a la aplicación de los mismos, pues aunque éstos se han tratado de establecer en forma interdisciplinaria, no se han llevado a cabo de manera correcta por causas tales como

1 { Carencia de objetividad en el diagnóstico y tratamiento del problema específico, ya que las evaluaciones se realizan en base a pruebas psicométricas, las cuales aún estandarizadas a los niños de la Ciudad de México, no son válidas para niños de otros estados y menos aún para medir el C.I. de niños con retardo, los cuales al aplicarles pruebas como el WISC - R, Figura Humana, etc. realizan poca o ninguna ejecución sobre los mismos, diagnosticándose con un Coeficiente Intelectual muy bajo.

- Los niños considerados con retardo profundo son rechazados de las Escuelas de Educación Especial, pues no se contemplan posibilidades de avance con ellos, "abandonándose cualquier tipo de tratamiento" (Lopez 1-1972). Es tal la clasificación que los Centros solo cuentan con programas

y recursos para dar atención a niños que cuentan con ciertos repertorios básicos) tales como (imitación, seguimiento de instrucciones, desplazamiento, etc.)

3 - El diagnóstico del niño determina el grupo al que ingresa, según el C.I. que posea, no tomándose en cuenta las habilidades que tiene el sujeto en una área determinada, trayendo como consecuencia que la problemática de un grupo sea muy diversa y el tratamiento solo sirva a unos cuantos.)

4 - La estructura del programa destina poco tiempo para dar tratamiento especializado, como el de lenguaje, a niños que carecen de él o tienen serias deficiencias, proporcionándoles de 30 a 60 minutos de terapia en forma grupal, una vez por semana o cada quince días. Pudiéndose observar la insuficiencia del tiempo dedicado a solucionar el problema. Lo anterior se refleja en que, en muchos casos existen niños que permanecen durante varios años en el mismo nivel sin mostrar adelantos) (aunque en teoría el reglamento de la D.G.E.E. no permite que los niños se mantengan en el mismo nivel por espacio de dos años). (Esto hace evidente que los pequeños requieren un tratamiento más individual y adecuado a su propia problemática)

4 - Los programas no contemplan la desprofesionalización que se puede entender como el entrenamiento por profesionales a personal paraprofesional, a fin de llevar a cabo los procedimientos de terapia y rehabilitación, tratando de aminorar así la carencia de personal especializado en el área, esta desprofesionalización abarca desde el niño de 12 años hasta

los adultos, desde el alumno de nivel primario hasta los graduados universitarios y desde madres voluntarias no retribuidas, hasta personal pagado a los cuales se les adiestra sobre el empleo de las Técnicas de Modificación de Conducta. Tampoco toman en cuenta el Entrenamiento a Padres como un factor esencial para el cambio conductual de los pequeños, ya que las pláticas que se les proporciona regularmente giran en torno a higiene, alimentación y en algunos casos sobre "La manera de tratar al niño con problemas" pero nunca se dirigen al entrenamiento de los padres en el manejo de Técnicas Conductuales que faciliten la adquisición y/o mantenimiento de conductas positivas al medio ambiente familiar.

- El número de niños incluido en cada grupo es muy alto (20 a 25 niños) si se considera que hay un solo maestro por grupo, estando integrado cada grupo en forma muy heterogénea en cuanto a características conductuales, propiciándose con ello que aumenten el número de conductas disruptivas en el salón de clases y que la maestra especialista no pueda atender las demandas del grupo.)

Si analizamos todo lo expuesto anteriormente, observamos la necesidad que surge no sólo de incrementar los servicios de educación a los niños que sufren trastornos conductuales, sino también de optimizar los programas y técnicas de detección, análisis y tratamiento a través de un nuevo enfoque basado en la Modificación de Conducta, tomando las experiencias que han surgido como producto de la aplicación de los Principios del Análisis Experimental de la Conducta al tratamiento del retardo, para

crear nuevas estrategias de intervención a nivel institucional.

El Análisis Conductual aplicado se desarrolló a partir del análisis Experimental como un intento para aplicar los procedimientos del laboratorio a la modificación de Conducta Humana. Inicialmente se diseñaron programas para demostrar que los principios de la conducta operante aplicado a los seres humanos tenían efectos similares a los encontrados en el laboratorio, pero después de una serie de demostraciones, los principios operantes fueron usados para analizar y modificar conductas designadas como socialmente importantes, analizándose posteriormente algunas de ellas, en el transcurso del capítulo.

El Análisis Experimental postula algunos puntos básicos inherentes al mismo, Kantor (1959) y Skinner (1953).

1.- El objeto de estudio de la Psicología es la interacción entre la conducta del organismo y los estímulos medio ambientales. Estas interacciones son analizadas en términos observables, medibles y reproducibles, resultando accesibles a la investigación científica.

2.- Las interacciones entre la conducta del organismo y el ambiente están sujetas a leyes. Dado un individuo con su equipo biológico particular, los cambios en su conducta psicológica son una función de la historia de sus interacciones y de la situación del momento en la cual actúa.

3.- En la ciencia psicológica existe un continuo, en las tasas de desarrollo (normal, retardado, acelerado) en los procedimientos de la investigación básica y aplicada y en el análisis de los fenómenos psicológicos, desde los datos crudos hasta la formulación teórica.

4.- Las interacciones complejas evolucionan a partir de sus fases simples. Siendo probable que el análisis final de cualquier clase de conducta compleja involucre muchos conceptos y principios tales como: control de estímulos, variaciones en las condiciones disposicionales y programas de reforzamiento.

5.- Una teoría psicológica, así como su tecnología, son sistemas flexibles y abiertos, es decir, se pueden agregar nuevos conceptos, principios o técnicas, siempre y cuando sean definidos como eventos observables, sea funcionales y no traslaparse con conceptos, principios o técnicas ya catalogadas.

Ahora bien, al hablar de modificación de conducta nos estamos refiriendo a la modificación del ambiente y ésta es tan amplia que cubre campos como los de educación, la economía, la educación especial, los "estados mentales", los sentimientos, emociones y demás atributos interiores del hombre que surgen dependiendo de la historia biológica y ambiental del organismo. Sin embargo, debemos de considerar que la historia biológica (genes, fallas cromosómicas, etc.) se encuentra por el momento fuera de nuestro control, pero la historia ambiental sin exceptuar las circunstancias del momento pueden complementarse y modificarse, surgiendo así una tecnología de la conducta.

Con respecto a la interacción entre organismos y ambiente, cabe mencionar que aún se sigue investigando en el área aplicada, técnicas para modificar dichas interacciones, ya que si bien es cierto que el Análisis Conductual Aplicado ha tomado los principios que rigen la conducta de los organismos así como la metodología para abordarlos, también es cierto que ha con-

templado otra serie de puntos muy particulares que la investigación básica no ha tomado en cuenta, debido a los numerosos factores que interactúan en la conducta humana. Destacándose los siguientes aspectos:

Definición operacional de conductas complejas, dado que en el análisis conductual la definición de una respuesta es fundamental para el análisis y aplicación de técnicas que modifiquen las respuestas del organismo, es necesaria la segmentación de la conducta, pero esto algunas veces se dificulta ya que en ocasiones la conducta es tan compleja que si bien la podemos restringir para un mejor estudio, se corre el peligro de perder la riqueza implícita a la propia conducta, tal es el caso de la conducta de "juego", para el cual aún no se establece una definición que identifique a la conducta en toda su amplitud, estudiándose solamente segmentos de la misma (Rubin, Watson y Jambon, 1978; Roper y Hinde 1978; Smith y Dutton 1979; Conrigan 1982). En otros casos, la conducta que se estudia es tan amplia y esta determinada por una gran variedad de estímulos, que se hace imposible un control de éstos, teniendo como consecuencia el que no se pueda llevar a cabo una valoración útil de la conducta, con la consabida pérdida de control para modificarla. Con el fin de aminorar dicha problemática en algunos casos se ha recurrido al análisis de tareas para definir y estudiar una conducta compleja, es decir, la respuesta se descompone en una serie de pasos aproximados y encadenados unos de otros hasta llegar a la conducta terminal, lo cual facilita la observación y registro de las ejecuciones del sujeto ante cada respuesta.

Una diferencia más es que en la investigación básica, el distinguir un reforzador para la conducta del sujeto, no es ningún problema, pues se

conoce de antemano las condiciones en que se encuentra el sujeto experimental, a diferencia de la investigación aplicada que necesariamente requiere de un muestreo de reforzadores primarios y/o secundarios (Larsen y Bricker 1968), que sean efectivos para establecer, incrementar ó decrementar conductas, además de tener en cuenta constantemente que un reforzador, en un momento dado puede dejar de funcionar como tal, teniéndose que substituir por otro que demuestre su efectividad. Además el reforzador deberá contemplarse en términos de la facilidad con que se encuentren en el medio ambiente familiar y social del niño y en muchas ocasiones se deberá trabajar en el medio ambiente para establecerlos.

Otro aspecto importante entre la investigación experimental y aplicada es que en la primera se buscan principios de comportamiento y en el área aplicada, la efectividad de la intervención conductual se medirá en base a la generalización de respuestas, es decir, la presentación de respuestas adquiridas a ambientes naturales (familia, escuela, etc.) en los cuales interactúa el sujeto; ante individuos diferentes al modificador de conducta, o bien en base a la emisión de respuestas correlacionadas con la entrenada. Por tales motivos, se hace necesaria la programación de la generalización en toda intervención aplicada. Cabe aclarar que en ambas (básica y aplicada) se busca el control de la conducta que se estudia.

Es debido a las diferencias anteriores que la Modificación de Conducta aunque siguiendo los principios del Análisis Experimental ha generado investigación metodológica y aplicada propia para solucionar los problemas conductuales que se presentan actualmente en las áreas de retardo, clínica

y educativa, refiriendome a estas investigaciones como aquellas prácticas tomadas de otras aproximaciones teóricas, que si bien no han surgido de la investigación experimental, si han motivado cambios sustanciales en los sujetos, al manipularlas en el área aplicada, adoptandose actualmente como técnicas de conducta por su funcionalidad y efecto sobre la conducta de los seres humanos. Tal es el caso de la Terapia Cognitiva que incluye la Terapia Racional Emotiva (Ellis 1962, 1971) y la Detección del Pensamiento (Taylor 1963), la cual tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones del pensamiento del sujeto, midiéndose la eficacia de ésta por el grado en que cambia la conducta observada. La terapia cognitiva y las auto instrucciones tambien han probado su utilidad en el entrenamiento de solución de problemas y conductas antisociales en la Modificación de Conducta Infantil (Kendall y Williams - 1981; Kennedy 1982).

Sin embargo, la Modificación de Conducta se distingue de los enfoques tradicionales, por considerar los siguientes pasos:

- ✓ a) Definición operacional de la conducta observable.
- ✓ b) Evaluación de la conducta que se vá a alterar.
- ✓ c) Aplicación y evaluación del programa específico para alterar la conducta problema.
- ✓ d) Generalización y mantenimiento de conductas establecidas.

✓ Conducta Observable.- en base a observaciones y registros se analizan las respuestas de los sujetos, definiendo éstas en base a sus características más relevantes (frecuencia, topografía, latencia, etc.) especificando,

cómo, cuándo y dónde ocurren las respuestas.

✓ *Evaluación de la Conducta.*- una vez habiendo observado y definido la conducta en general, se realiza una evaluación objetiva de la conducta — que se va a alterar (conducta objetivo), tomando en cuenta las propiedades más relevantes de ésta y evaluando a través de registros periódicos — la ejecución del sujeto antes, durante y una vez terminado éste.

✓ *Aplicación y Evaluación de la Conducta Objetivo.*- Una vez observada y evaluada la conducta a modificar, se diseña un programa donde se aplican las técnicas y procedimientos del *Análisis Conductual Aplicado*, con el fin de "corregir" la conducta; los efectos del programa se evalúan sistemáticamente con el propósito de observar si el programa está teniendo — el efecto pretendido y de no ser así, alterar o modificar el mismo.

✓ *Generalización y Mantenimiento.*- el cambio de conducta deberá de contemplarse en términos funcionales, es decir, deberá tener una diferencia — notable en el ambiente físico y social de la persona a través de las interacciones que surjan en diferentes contextos, ante personas diferentes al terapeuta y en la emisión de una serie de conductas diferentes a la entrenada; ampliando así el repertorio del sujeto. Ejemplo de esto, es el trabajo realizado por García, Lugo y Lovitt (1976); los cuales reportan la generalización de la conducta de sumar implementada en dos niños de seis años entrenados en sumas de dos dígitos, que no requerían llevar decenas de una columna a otra; observándose que la ejecución ante sumas de tres y cuatro dígitos eran correctas, es decir, la conducta adquirida por el niño se había generalizado en relación a conductas similares a la entrenada.

✓ Ahora bien, con respecto a los programas que se han realizado en el área de educación especial, observamos el desarrollo de un gran número de estudios tendientes a solucionar los problemas que presenta el individuo con retardo en el desarrollo: los principios y técnicas que más frecuentemente se han empleado en las intervenciones son entre otros: Reforzamiento Positivo, Economía de fichas, Costo de respuestas, Castigo, Extinción, Tiempo Fuera, Retroalimentación, Sobre corrección, Reforzamiento Diferencial - de Otras Respuestas.

Con el fin de dar una idea al lector de algunas de las conductas que se han modificado en el área de Educación Especial y con las cuales se han logrado resultados satisfactorios, se exponerán algunas tablas donde se muestran ejemplos de los tratamientos y conductas modificadas en dicha área. Ya que consideramos que éstas proporcionarán una guía al interesado en el retardo y le permitirán remitirse a ellas para obtener información del tratamiento en particular.

- | | |
|---------|--|
| Tabla 2 | Tratamiento empleando Reforzamiento |
| Tabla 3 | Tratamiento empleando Sobre corrección |
| Tabla 4 | Tratamiento empleando Tiempo Fuera |
| Tabla 5 | Tratamiento empleando Castigo |
| Tabla 6 | Tratamiento empleando Auto control |

Cabe observar que en los casos descritos se habla de retardo profundo, medio y superficial haciendo referencia al tipo de repertorios que posee el sujeto en su conducta; así, al hablar de un sujeto con retardo profundo, - nos estamos refiriendo a sujetos que carecen de repertorios básicos laten-

ción, imitación, seguimiento de instrucciones); los intermedios son individuos que tienen repertorios básicos pero presentan deficiencias en el lenguaje y en adaptación social; los superficiales son aquellos cuyo problema principal está en la conducta académica (Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla 1980).

✓ Por otro lado, la Modificación de Conducta no solo ha contemplado al terapeuta y al niño "problema" para la implementación de un programa, sino que también ha tomado en cuenta el entrenamiento a padres, pues se consideran que son un factor determinante en la educación de los niños, debido a que son los que proporcionan contingencias adecuadas o no a la conducta - que exhiben éstos y por lo tanto, es importante su participación para el cambio conductual que se persigue. De tal manera, encontramos que muchos autores han señalado la importancia de entrenar a los padres en el manejo de técnicas de modificación de conducta (Risley, Wolf, Mecs 1964; Wahler, Simmel, Peterson y Morrison, 1965; Bernal, Duryee, Pruett y Burns 1968) y - ha sido en muchas ocasiones que se ha trabajado directamente con los padres del sujeto, a fin de que modifiquen la conducta que presentan hacia su hijo, ya que en la mayoría de los casos son ellos los que provocan y mantienen las conductas indeseadas.

Por experiencia propia, el llevar a cabo el entrenamiento con los padres que acuden a un centro de educación especial, no es tarea fácil, pues regularmente llegan con la expectativa de encontrar un profesional que cambie rotundamente la conducta que presenta el niño, sin intervenir ellos directamente en lo más mínimo, dado que los intentos anteriores por estable-

cer cambios en el pequeño han fracasado, o bien, la convivencia diaria con el niño "problema" les hace perder el interés por integrarse al tratamiento.

✓ Algunos de los métodos que se han empleado para el entrenamiento a padres, regularmente han contemplado:

✓ Modelamiento de las técnicas empleadas por el terapeuta para implementar, decrementar o incrementar conductas.

✓ Conocimiento y aplicación de técnicas y principios de modificación de conducta a la conducta que exhibe el niño.

✓ Registro de conductas de interés en el medio ambiente natural en el cual se desenvuelve el sujeto.

Retroalimentación y reforzamiento social sobre las contingencias que administran los padres a su hijo. Cabe observar que el reforzamiento a la conducta de los padres es mantenido regularmente por el cambio conductual positivo que presenta el pequeño.

Tomando como base los alcances que ha tenido el enfoque conductual en el campo de la educación especial y a la demanda potencial de niños que requieren de éstos servicios, se implementó un Centro de Educación Especial que al mismo tiempo diera opción a las personas interesadas en éste campo de implementar y aplicar técnicas de modificación conductual, que resulten adecuadas al tratamiento del individuo con problemas de retardo en el desarrollo o algún otro problema infantil.

Específicamente, en la creación del Centro de Educación Especial "María Montessori S.C." se tomaron en cuenta los trabajos que se han venido -

realizando con niños mexicanos en el "Centro Universitario de Salud Integral Iztaacala" (C.U.S.I.) y al igual que éste, está destinado a atender su jetos no mayores de 14 años, implementando en ellos programas tendientes a su integración en el medio ambiente familiar y social en que se desenvuelven.

Para la implementación del Centro de Educación Especial (C.E.E.) "María Montessori S.C." se han contemplado factores determinantes para el fun cionamiento del mismo, siendo dichos factores de tres tipos:

- Factores humanos (personal especializado en el área)
- Factores de organización (elaboración de horarios, programas, etc.)
- Factores Legales .

A continuación pasaremos a definir los dos primeros aspectos por estar muy ligados entre sí y posteriormente dedicaremos al cuarto capítulo a los factores de tipo legal.

✓ Ambiente Físico de Trabajo: está determinado por el espacio donde se efectúan las sesiones de terapia entre el psicólogo y el niño, tomando en cuenta las características necesarias para el cumplimiento de las activida des requeridas por los programas. Por lo tanto el espacio se ha dividido en dos partes:

✓ Área de Trabajo (cubículo)

✓ Área de Juegos (jardín)

✓ Esta separación permite desarrollar funciones diferentes, ya que en el primero se realiza el entrenamiento al niño o los niños en habilitades aca démicas, de lenguaje, etc. En el patio de juegos se les da prioridad al en

trenamiento de conducta motora gruesa y social.

(vease anexo 1)

✓ Horario de Trabajo. - el tiempo de sesiones de la terapia indicada con cada niño es regularmente de 1 hora, durante uno, dos o más días a la semana cuando se trata de niños con retardo profundo o bien, de dos horas cuando se trabaja con retardados superficiales o medios, y de igual manera cuando se desarrollan actividades académicas o de hábitos de estudio.

✓ La distribución del tiempo de sesión regularmente se planea de forma individual de acuerdo a las características del niño y del programa a implementar; aunque, de cualquier manera, el tiempo se distribuye en actividades específicas para entrenar la conducta contemplada en el programa y en actividades sociales y recreativas, destinándose, aproximadamente el 80% del tiempo de la sesión al entrenamiento que se ha programado y un 20% a actividades que sugiera el niño o recreativas (el criterio es flexible al programa).

✓ Características de la Población. - los niños que se atienden en el C.E.E. fluctúan en edades de 2 a 14 años y los problemas que presentan son de diversa índole encontrándose entre ellos, niños con problemas de : lenguaje (dislalias, dicción, etc.) académicos, de conducta, síndrome de Down, Autismo y retardo en el desarrollo. El nivel socio económico de los sujetos es de tipo medio alto aunque también se proporciona atención a niños de escasos recursos.

Cabe aclarar que aunque la población que acude al centro no es homogénea en cuanto a características conductuales, cuando se integran grupos de

tratamiento si se busca la homogeneidad en cuanto a grado, similitud del problema y edad de los pequeños.

✓ Materiales de Trabajo. - hemos considerado que los materiales que se utilizan para la modificación conductual son importantes en cuanto a sus características, por lo que la programación y elaboración de ellos son tomados en cuenta para la enseñanza.

Así, en la implementación de un programa de autocuidado, específicamente la conducta de "vestir", el entrenamiento del uso de los marcos de madera para vestir diseñados por la Dra. Montessori, sirve como precurrente a la conducta en sí de vestirse, ya que en ésta no solo interviene la habilidad para abrochar y desabrochar botones o subir y bajar la cremallera de una prenda de vestir (la cual se entrena con el empleo de los bastidores), sino también una serie de instrucciones sobre cada uno de los pasos que integran la tarea (análisis de tareas).

Otra de las conductas donde hemos detectado la relevancia de los materiales y su programación, es en la corrección de dislexias (omisión, sustitución o agregados del fonema x en el texto), para la cual se emplean materiales diseñados para corregir la deficiencia al establecer la discriminación correcta de los fonemas que integran la palabra en cada ejercicio.

(ver figura 1)

Otro de los usos que se le ha dado a los materiales, es a efectos de recompensar la conducta académica y al mismo tiempo de entrenar ésta, de tal manera que con los niños con los que se trabaja para desarrollar habilidades académicas, cada determinado tiempo, según el programa o actividad

se juega con ellos empleando fichas que constituyen un domino, donde se requiere de la realización de operaciones aritméticas (suma y resta) para desarrollando el juego.

(ver figura 2)

Los materiales y/o actividades reforzantes para cada uno de los niños que acuden al centro, está determinado por la disponibilidad del pequeño para su uso, considerando que los cambios conductuales que muestra el sujeto no son efectos únicos de los materiales empleados, sino de toda una interacción global de materiales y contingencias medio-ambientales entre el terapeuta y familiares hacia la conducta del niño.

✓ Muestreo de Reforzadores.- conociendo la importancia que tiene el detectar los posibles reforzadores a utilizar en cada niño en particular, se lleva a cabo un muestreo de reforzadores, es decir, se presenta la lista de "reforzadores" a los padres para que señalen algunos objetos o actividades que puedan fungir como recompensa para su hijo, y en base a esta selección se prueba cada uno de los reforzadores marcados en forma directa con el niño observando su conducta ante la presentación de cada uno. En la lista se han tomado en cuenta los reforzadores consumibles (comida, dulces y bebidas) reforzadores manipulables (juguetes, juegos, etc.) los reforzadores sociales (alabanza y contacto físico); reforzadores manipulables sociales (privilegios y juegos); reforzadores simbólicos (dinero o fichas); autoreforzadores. Para ello se ha creado una lista muy similar a la mostrada por Ribes (1972) de la cual se han sustruido algunas actividades e incluido otras por características de la propia institución. (ver anexo 2)

Definición de Conductas Problema.- este punto consiste básicamente en la observación de la conducta que presenta el niño al ingresar al Centro y de la ejecución que realiza en el transcurso de las sesiones de diagnóstico con el fin de definir pautas conductuales características del sujeto, en términos observables y medibles (frecuencia, topografía, etc) y posteriormente evaluar eventos discretos del comportamiento del niño.

Registros.- siendo que la modificación de conducta, se expresa a través de datos auténticos de la conducta que presenta el sujeto, antes, durante y después del tratamiento, se hace necesario la elaboración de registros, los cuales reflejan que es lo que se va a medir y como se va a medir en base a una definición operacional previa a la conducta a alterar.

✓ El registro de las conductas es llevado a cabo por el terapeuta que interactúa directamente con el niño (el uso de dos registradores aunque -- proporciona una mayor confiabilidad sería demasiado costoso), realizándose en términos de frecuencia, es decir, si se presenta o no la conducta objetivo en el lapso de la sesión de terapia, éste dato nos proporciona una medida directa de la cantidad de la conducta y del cambio de la misma a través del tiempo.

Otro tipo de registro que se emplea en el C.E.E. está diseñado para medir el tiempo de duración de la respuesta, es decir, el tiempo que transcurre entre el inicio y el final de la conducta o conductas previamente especificadas.

(ver anexo 3)

Por otro lado, con respecto al factor académico y de organización del C.E.E. se han considerado los siguientes puntos para proporcionar un trata

miento que contemple factores relevantes para la solución del problema que presenta cada uno de los niños que asisten a él.

Inicialmente, una vez detectado algún problema en la conducta que exhibe el niño y de que los padres acuden al centro con el pequeño, es necesario realizar una evaluación de las características de la conducta del niño. De tal manera Evans (1975) ha considerado que cualquier procedimiento realizado para auxiliar al niño a adquirir conductas relevantes socialmente, debe contemplar una evaluación de las conductas de entrada del niño, llevándose a cabo a través de procedimientos formales e informales, seleccionados con el fin de revelar los déficits de conducta que más tarde se considerarán en un programa, así las observaciones directas y listas de chequeo nos pueden informar acerca de lo que el niño puede hacer o no. En cualquier caso, los procedimientos de evaluación son seleccionados en relación a objetivos particulares a las circunstancias existentes.

✓ De tal forma la evaluación de la conducta de entrada tiene dos funciones importantes:

- ✓ 1.- Proveer datos de la conducta específica que posee el sujeto, para iniciar a partir de ésta, la estrategia de intervención más adecuada.
 - ✓ 2.- La evaluación nos da una base para comparaciones posteriores con respecto a la tasa de progreso y la eficacia del procedimiento.
- ✓ De la misma manera, Bijou, Peterson y Ault (1968) consideran a la evaluación conductual como la estrategia inicial para obtener medidas de frecuencia, tasa y duración de conductas de interés para un posible tratamiento

to, el diagnóstico inicial no sólo examina la conducta, sino también los e
ventos que preceden y siguen a estas conductas.

✓ Bijou (1978) especifica que el diagnóstico deberá de estar orientado a determinar las condiciones que probablemente desarrollarán con
ductas nue
vas y modificarán las conductas problema, investigando cuales son los reper
torios pertinentes en términos objetivos conductuales y especificando en l
orma concreta la clase de programas educacionales que probablemente podie
ran corregir el problema.

✓ Bijou incluye tres series de procedimientos para el diagnóstico:

- ✓ 1ra. Serie.- Proporciona información acerca de los repertorios del ni
ño en las áreas que constituyen el objetivo de la instruc
ción, derivándose para éste propósito: a) observaciones directas, b) reportes y entrevistas, c) pruebas psicomé
tricas, d) inventarios.
- ✓ 2da. Serie. Es el procedimiento a través del cual se obtiene información continua sobre la eficacia de los programas, incluye los materiales de enseñanza, las contingencias de respuesta, los requisitos de respuesta y los factores contextuales.
- ✓ 3ra. Serie. Indica los cambios que han surgido en el sujeto, desde el principio hasta el final del programa.
- ✓ De manera similar el Departamento de Recursos Humanos del Programa de Desarrollo Infantil de la División de Texas, considera que el propósito es
pecífico de la evaluación de la conducta infantil es descubrir todo lo que sea posible acerca del niño, su lado fuerte y su lado débil, incluyendo

✓ en ella pruebas formales e informales acerca de las habilidades del niño empleando una batería de pruebas consistentes en: pruebas médicas y psicológicas, abarcando las siguientes áreas: física, lenguaje, emocional, conductual, sociológica e intelectual.

Mash y Terdal (1981) describen a la evaluación conductual como un rango de estrategias deliberadas para solucionar problemas, para entender la infancia y sus desórdenes, conociendo los grados específicos de las psicopatologías de los niños, a través del manejo de una metodología, integración e interpretación de la información. Considerando, al igual que otros autores (Cone y Hawkins, 1977) algunos propósitos comunes de la evaluación conductual en niños; incluyendo el diagnóstico o determinante de la naturaleza del problema del niño; diseño o recolección de información relevante para el tratamiento; y evaluación entendida como las estrategias tomadas en cuenta para medir la efectividad del tratamiento.

✓ La fase del diagnóstico contempla la conducta de los niños, asignando los a una nomenclatura descriptiva de la propia conducta, como excesos o déficits conductuales y conducta adecuada. El diagnóstico investiga sobre lo que el niño hace abierta o cubiertamente, que es lo que produce conflicto con el medio ambiente y cuales son las variables potenciales que controlan esta conducta.

✓ Diseño.- Constituye el obtener información de lo que es directamente relevante para la formulación de estrategias de tratamiento efectivo, incluyendo definición y medición de variables potenciales de control (patrones de recompensa social y castigo) Evaluación de los recursos medio ambiente

- los físicos y sociales que pueden ser utilizados para llevar a cabo el tratamiento, especificando los objetivos del tratamiento y recomendaciones para el empleo de las técnicas más apropiadas para llevar a ellos.

✓ Evaluación.- Esta fase comprende el uso de procedimientos diseñados para determinar si los objetivos del tratamiento han sido alcanzados y si los cambios que han ocurrido son atribuidos a las intervenciones, si los cambios se generalizan, etc.

Por su parte Mann (1976) considera que una vez que la conducta objetiva ha sido aislada e identificada como excesiva y la definición de la conducta meta ha sido formulada, se puede implementar un programa para evaluar los progresos de la conducta, antes, durante y después del tratamiento, considerando los siguientes puntos:

✓ 1.- Determinar por medio de preguntas a los padres, a los maestros o a otras personas relacionadas con el niño, las condiciones bajo las cuales ocurre la conducta excesiva más frecuentemente y menos frecuentemente.

✓ 2.- El terapeuta debe seleccionar un procedimiento de medición apropiado que facilite la evaluación de la conducta problema presente (las medidas seleccionadas pueden ser determinadas en parte por la naturaleza y características de la conducta que va a ser evaluada).

✓ 3.- El Psicólogo designará al "observador", el cual llevará a cabo la observación y registro de las conductas del pequeño (de ser necesario entrenará al observador en el empleo de medidas apropiadas para el registro y evaluación), de tal manera el observador bien puede ser el maestro, el padre u otra persona dependiendo de las condiciones bajo las cuales ocurra la

conducta problema.

✓ 4.- Antes de la iniciación del tratamiento, la evaluación pretratamiento de la conducta objetivo ha de llevarse a cabo y después del tratamiento de la misma.

✓ Finalmente, un procedimiento de evaluación adecuado dará al terapeuta retroalimentación acerca de la magnitud y efectividad del tratamiento, durante y después de su implementación.

Fernández Ballesteros (1981) por su parte, considerará que la evaluación trata de dar pistas para explorar todas aquellas áreas de comportamiento que sean de potencial importancia para la configuración y puesta en marcha de programas de tratamiento, además de que ésta se deberá de realizar en dos áreas importantes: el ambiente familiar y el ambiente escolar. Así la evaluación conductual infantil deberá de contemplar los siguientes puntos:

- Evaluación directa de la conducta a través de observaciones.
- Entrevistas con padres y maestros tomando en cuenta tres factores:

1. Información y Motivación.- aquí se les informará a los padres y maestros acerca de las formas actuales de intervención psicológica, tratando de evitar una actitud condenatoria de lo que se ha hecho o dejado de hacer hasta ahora con el niño. El psicólogo debe subrayar los aciertos y toda parte positiva que se vaya realizando entre el niño, padres y maestros, de tal forma que se deje la impresión a padres y maestros de que son capaces de controlar la conducta del niño.

2. Reconstrucción de Información.- Se da relevancia a:

- Información con respecto al problema que ha generado la consulta.

- Información de la situación general de vida, tanto actual como biográfica (aspectos somáticos e influencias ambientales).

- Información alrededor de algunas áreas especiales del comportamiento, ya sea por su relación con el problema principal o por su posible utilización en el programa de tratamiento.

✓ 3. Elaboración de un Plan de acción.- para la elaboración de éste se tomarán en cuenta los siguientes puntos:

✓ a) Fase de Identificación de Conductas

- Establecimiento de problemas y objetivos generales.
- Reducción de los problemas y objetivos generales a una lista de conductas definidas que deben ser incrementadas o reducidas.
- Selección de esta lista, de una o algunas conductas problemáticas en la que se deben concentrar los esfuerzos.
- Especificación de la conducta problema en términos observables y tal como ocurre en la realidad actual.
- Especificación en términos operacionales de la conducta que se desea conseguir.

✓ b) Fase de Programación.

- Discutir como puede llegarse a la conducta deseada de una manera gradual.
- Elaborar una lista de reforzadores que serían efectivos para modificar la conducta problemática.
- Discutir las posibles privaciones y reforzadores negativos.
- Precisar las situaciones en las que la conducta indeseable no de

bería ocurrir.

- Precisar las situaciones en las que la conducta deseada debería ocurrir.
- Identificar las situaciones en que aumenta la probabilidad de que aparezca la conducta deseable.
- Discutir la forma de incrementar la conducta deseada a través de reforzadores contingentes.
- Discutir las formas y programas de contingencias de reforzamiento.
- Discutir y diseñar la aplicación de dos o más procedimientos en forma simultánea.
- Recorrer el programa con criterios previamente establecidos en sus diversas fases.

Dentro del plan de acción, tiene lugar la "Entrevista con el Niño", la cual tiene por objeto al igual que la realizada con las personas adultas, el informar y motivar, el recopilar información y finalmente elaborar un plan de acción.

En el primer punto, es relevante el preguntar al niño acerca de los motivos por los que ha sido llevado con el terapeuta, plantearle lo que se espera de él, reconciliar las expectativas que el niño tiene frente al psicólogo y su comprensión general de la situación.

La recopilación de información se realiza con respecto a la percepción que el niño tiene acerca de su problema y de sí mismo, de sus padres, maestros, familiares, amigos y compañeros y además de su situación de vida en general, así como indicaciones acerca de cuán bien y de que manera se de-

serviende frente a un adulto.

- La elaboración de un plan de acción referente a la planificación con junta de posibles medidas terapéuticas, opinando acerca de las ventajas e inconveniencias de ellas, además del uso de un contrato como un medio general de entablar con el niño una relación terapéutica.

Por último, la evaluación a través de otros niños con el fin de indagar las preferencias y rechazos de los niños acerca de sus compañeros de clase en cuanto a conductas de socialización (sociograma).

Por su parte, Galindo y colaboradores (1980) consideran que el diagnóstico está encaminado principalmente a la detección de los déficits conductuales que se intentarán subsanar durante la rehabilitación; el diagnóstico consta de dos partes; en la primera se evalúan las áreas de: conductas básicas, habilidades sociales y adaptativas, conducta académica y conductas problema; en la segunda, se realiza una entrevista con los padres, donde se exploran: la conducta problemática, conductas de auto-conservación, cuidado personal, conducta verbal y conductas sociales.

Una vez analizados los puntos que son necesarios tomar en cuenta en una evaluación según diversos autores, mencionaremos las características del tipo de evaluación que se lleva a cabo en el "Centro de Educación Especial María Montessori S.C.", la cual consta de: Entrevista a los padres del niño; Evaluación de repertorios conductuales en los niños y Entrevista al niño problema (cuando es posible realizarla).

De tal manera la primera entrevista que se lleva a cabo entre el Psicólogo y los padres del niño, se realiza con el fin de valorar en forma --

ta de la conducta que presenta el pequeño, la cual se lleva a cabo a través del empleo de un formato similar el empleado en el Centro Universitario de Salud Integral /ztacala que contempla la evaluación de conductas relevantes en el desarrollo, considerando que la medición de éstas es importante para detectar el problema y proponer un posible tratamiento conductual.

Cabe aclarar que el diagnóstico realizado en el "Centro" al igual que el empleado en Iztacala, abarca los mismos puntos que los tomados por Galindo y colaboradores (1980), aunque con algunos cambios en los reactivos.

(ver anexo 5)

En lo que corresponde a la evaluación de las conductas problemas, se realizan observaciones al pequeño durante tres días en el cubículo ó en el patio de juegos, con el fin de registrar la forma de presentación y frecuencia de la conducta específica, para lo cual se definen categorías conductuales. una vez hecho ésto, se sacan porcentajes del número de respuestas de cada una de las categorías y se elabora una gráfica que sirve como dato inicial antes de implementar un programa tendiente al decremento de dichas conductas.

Es necesario, antes de aplicar el formato de diagnóstico, que el psicólogo tenga a su alcance todos los materiales necesarios para cubrir cada punto del diagnóstico, así como lápiz, hojas de registro y cronómetro.

En lo que se refiere a la Conducta Académica, se evalúa tomando en cuenta las áreas de Español y Matemáticas programadas por la Secretaría de Educación Pública para cada uno de los grados académicos.

En el área de Español, se evalúa todo lo correspondiente a la Lecto-

escritura.

Para evaluar la escritura, se toman en cuenta los siguientes puntos:

- a) Copia de trazos
- b) Copia de letras mayúsculas o minúsculas
- c) Copia de palabras
- d) Dictado

Para evaluar los tres primeros aspectos, se le proporciona al niño, el modelo en una tarjeta, de la cual copia los trazos teniéndola presente.

En lo que respecta al dictado, el instructor dicta cada una de las palabras hasta completar 30, estas palabras contienen letras problemáticas como: b, c, o, q, r, rr, c y combinaciones de bl, dl, dr, etc.

(Ver anexo 6)

Lectura. Esta prueba incluye una lista de palabras tomadas al azar del libro de texto de 1er. año (50 palabras) si se obtiene un resultado mayor del 80 por ciento de respuestas correctas, se pasa a la lectura de párrafos.

(ver anexo 7)

Lectura de párrafos. Se le presenta al niño el texto y se le pide que lea, anotándose al igual que en la prueba anterior, los errores que vaya cometiendo el niño (omisión, sustitución, agregados, etc.) en la ejecución además de registrarse los siguientes puntos:

- a) Fluidez de lectura.- se obtiene de dividir el número de palabras -
leídas entre el tiempo empleado para ello.
- b) Detequeo.- se señala la forma de emisión de la lectura.
- c) Comprensión de lectura.- se presentan preguntas referentes al tema

leído.

Para la conducta aritmética, se emplea un formato evaluativo el cual comienza desde el nombrar y reconocer dígitos, cantidades, sumas, restas, multiplicaciones y divisiones con diferente grado de dificultad. Además de realizarse algunas pruebas más complejas para niños que asistan a grados de primaria superiores.

En lo que respecta a la entrevista que se realiza con el niño al iniciar el programa, consiste en una serie de preguntas abiertas relacionadas con la interacción entre él y sus padres, hermanos, compañeros, profesores con el fin de detectar la forma en que el niño valora y detecta su propia problemática (si es que la concibe como tal) además de que nos dará la pauta para seguir un posible tratamiento (esta entrevista se lleva a cabo sólo con niños que muestran conducta intraverbal).

(Ver anexo 8)

✓ PROGRAMAS

En lo que se refiere a los programas encaminados al establecimiento, decremento o incremento de conductas en el área de Educación Especial han tomado en cuenta el uso de procedimientos y técnicas conductuales y en este punto se planteará de manera general los criterios que se han considerado para la implementación de un programa, una vez realizado el diagnóstico y la identificación de eventos u objetos reforzantes al niño.

A continuación se señalarán algunos factores determinantes para diseñar un programa o estrategia de intervención con el sujeto "problema".

✓ Objetivo.- aquí se especificará detalladamente, cual es el cambio que se quiere lograr con el niño, considerando los siguientes puntos:

- Estar redactando en términos de la actividad del alumno y en base a una sola conducta.
- Estar redactando en términos observables.
- Especificar un criterio o nivel de ejecución aceptable.

✓ Definición Operacional.

Se describe en términos observables o medibles las características y cualidades que definen a la conducta que se va a modificar a través del entrenamiento.

Repertorio de Entrada.

En este punto se estimulan las conductas precurrentes (necesarias) para implementarse en los sujetos el programa, es decir, que es lo que debe hacer el niño antes de iniciar el programa.

✓ Sujeto.

Se especificarán las características del sujeto, en términos de las habilidades o repertorios que posee y no en base a un rótulo.

✓ Materiales.

Se define claramente el tipo de material necesario para llevar a cabo el entrenamiento (se enumeran también los reforzadores empleados).

✓ Escenario.

Se describe el ambiente físico de trabajo a través del cual se va a realizar el entrenamiento, cubículo, salón de clases, punto de juegos, etc.

✓ Fases del Programa o Diseño.

Aquí se describe la secuencia con que se va a realizar cada fase del programa, así como las características de cada una de ellas, mencionando

el tipo de técnica que se vá a emplear y la forma de llevarse a cabo.

Línea Base o preevaluación.

Una vez que se ha diagnosticado el área problema en el niño se programa una evaluación relacionada con el área en que se presenta el problema y se le aplica cada uno de los reactivos al niño con el fin de observar nuevamente su ejecución ante el requerimiento y presentación de conductas similares a la diagnosticada.

Entrenamiento.

Consta de una o varias fases según el programa, describiendo en cada una de ellas la intervención del terapeuta para modificar la conducta, especificando la cantidad y frecuencia de contingencias aplicadas a la conducta a modificar; así como las técnicas que se emplearán para lograr el cambio.

Aquí se especifica también el desvanecimiento gradual de la contingencia aplicada y no se pasa de una fase a otra sin haber cubierto el criterio de cambio estipulado en cada fase.

Evaluación Final.

Una vez terminado el entrenamiento se aplica nuevamente la evaluación inicial con el fin de comprobar la ejecución del sujeto ante ella, y de hacer válido nuestro tratamiento al observar mejoras en la conducta tratada, dichos resultados deben de mostrar un cambio dramático entre la conducta inicial y final.

Generalización.

Esta fase es determinante por considerar que nuestro cambio conductual en el niño ha sido efectivo, ya que aquí se contempla el que la conducta en

—entrenada se presente ante situaciones ambientales diferentes al lugar donde se llevó a cabo la modificación, ante personas distintas al terapeuta y ante clases de respuesta similares a la entrenada.

La generalización se debe contemplar en todo programa, debiéndose tomar las medidas necesarias para asegurar que éste ocurra, una de ellas y la principal desde mi punto de vista es el entrenamiento a Padres en el manejo de Modificación de Conducta, pues el contemplar este factor, aumentará la probabilidad de que apliquen y mantengan contingencias similares a las empleadas por el psicólogo en el medio ambiente donde se desarrolla el niño.

✓ Sondeo.

Es la presentación cada determinado tiempo de alguno o varios reactivos de la evaluación, con el fin de medir los progresos del sujeto durante la aplicación del programa, esto nos da idea si el programa está logrando los resultados esperados, y de no ser así, analizar nuevamente las estrategias de intervención que se están empleando y en un momento dado, cambiarlas por otras que demuestren su efectividad.

✓ Programas Correctivos.

Estos se determinan cuando el sujeto está cometiendo muchos errores bajo el programa, por lo cual se deben de considerar nuevamente los efectos de las técnicas empleadas, de las contingencias manipuladas o del requerimiento de respuesta en la ejecución del niño, dichos programas deberán de considerar en forma más cuidadosa los pasos de que consta el programa, si se continúa el mismo con algunas modificaciones o bien si se implementa algún otro con estímulos de apoyo u otro procedimiento tendiente a -

modificar la conducta.

✓ Registro y Graficación.

Finalmente, una vez que se tienen datos concretos de las ejecuciones del niño, se procede a graficar por separado los puntos obtenidos en cada una de las conductas tratadas, desde el inicio hasta el final y en cada una de las fases de tratamiento de las que está compuesto el programa.

✓ Entrenamiento a Padres.

Dado que muchas conductas no se llevan a cabo fácilmente en la situación tradicional de tratamiento y son mucho más asequibles a las personas que interactúan con el sujeto "problema" en el medio natural, ha sido necesario el programar la enseñanza de técnicas de modificación de conducta a los padres del pequeño, con el fin de mantener y generalizar el tratamiento. De tal manera Paer y Wolf (1967) habían dado particular interés al entrenamiento de algunos agentes sociales que aseguraran el control del comportamiento cambiado por el terapeuta, asegurando que: "cuando los cambios de comportamiento se llevan a cabo directamente en el medio natural, aumentan las oportunidades para que se programen los cambios, de modo que otras personas, en el ambiente y en el curso natural de los eventos realicen las operaciones de señal y de reforzamiento de los terapeutas del comportamiento.

Los padres de familia fueron los primeros grupos no profesionales que se entrenaron como terapeutas, con obvias ventajas prácticas para obtener y mantener el cambio en el comportamiento problema de sus hijos (Wolf, Ristley y Pres 1964; Allen y Harris 1966; Hawkins, Peterson, Schweid y Bi-

jou 1966; Patterson, Ray y Shaw 1968). Así, entre los diferentes programas que se han empleado para entrenar a los padres se encuentra el desarrollado por Patterson y colaboradores (1968) en el cual se incluye la instrucción en los principios de aprendizaje mediante un texto programado y en observar y registrar la frecuencia de la conducta blanco y sus consecuencias comunes; posteriormente los experimentadores modelaron y supervisaron la aplicación correcta de contingencias que los padres proporcionaban a sus hijos, al mismo tiempo que se continuaban los registros sobre las conductas problema y sus consecuencias, esto daba la oportunidad de medir los cambios conductuales en el pequeño y en los propios padres, ya que éstos alteraron su propia conducta hacia el comportamiento "desviado" de sus hijos.

Basados en lo anterior, el Centro de Educación Especial ha involucrado a los padres de los niños que asisten a él, asegurando así la generalización del tratamiento. Primeramente, se les explica y orienta acerca de la necesidad de registrar en actividades específicas (bañarse, vestirse, hacer la tarea, etc.) las conductas que consideran problemáticas dentro y fuera del hogar así como sus consecuencias; posteriormente se les instruye en el manejo de técnicas de modificación de conducta y en el empleo de contingencias u las conductas objetivo a través de pláticas y ejemplos con modelamiento, juego de roles, etc. y por último se planean sesiones donde los padres narran y muestran los registros que han venido realizando consecutivamente de manera intermitente sobre la conducta de sus hijos, con el fin de que conjuntamente terapeuta y padres de familia se den cuenta de los cam-

bios conductuales que van surgiendo en el niño, dando así oportunidad de retroalimentar y otorgar reforzamiento a la conducta de los padres.

Por último, considero que el aspecto preventivo es una actividad importante que se deberá de desempeñar con los padres de familia en cualquier Centro de Educación Especial.

CAPITULO IV

ASPECTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

En el siguiente capítulo se presentarán de manera abreviada, los aspectos de tipo legal y administrativo que se deberán tomar en cuenta en la planeación y establecimiento de una Institución que preste servicios de Educación Especial.

Primeramente, se enumerarán uno a uno los trámites a seguir y posteriormente se ampliará sobre cada uno de ellos, anexándose los formatos para llevar a cabo estos.

1. Registro de la Institución en la Secretaría de Educación Pública (D.G.E.E.).

2. Elaboración del Acta Constitutiva de la Sociedad Civil.

3. Registro de la Institución ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

4. Registro ante la Secretaría de Salubridad y Asistencia para la expedición de la Licencia Sanitaria.

X 5. Registro de la Institución ante la Tesorería Municipal.

C / 6. Registro de Apertura en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del Estado de México.

Ahora bien, cabe aclarar que para que la S.E.P. expida el registro de estudios en la dependencia de Educación Especial es necesario que la -

Institución o Centro esté instalado y funcionando como tal, pues acude a inspeccionar ésta un agente inspector que certifica si el local, personal y educandos cumplen con lo establecido para expedir el registro.

La documentación que se requiere presentar para el registro en la S.E.P. es la siguiente:

- Solicitud de registro (por triplicado).
- Contar con alumnado regular y una planta de profesores que acrediten su preparación profesional (curriculum vitae de cada profesionista).
- Contar con local, instalaciones y equipo necesario para prestar el servicio (planos del inmueble, mobiliario, extinguidor, botiquín etc).
- Presentar planes de estudio, programas y métodos de enseñanza informando de :

a) Medios que utilice para apoyar el proceso educativo, tales como materiales didácticos, libros de texto, cuadernos de trabajo.

b) Sistemas y métodos que utilice para acreditar y certificar las enseñanzas que imparte.

c) Los elementos y formas de organización académica y administrativa del plantel.

2. Constitución de la Sociedad Civil: cabe aclarar aquí, que el Centro de Educación Especial María Montessori S.C." se creó en base a una sociedad civil, por las ventajas que ésta representa. Tomando en cuenta - que para formar la S.C. deberá de existir finalidad común a todos los que en ella interviene, especificándose que: "los socios se obligan mutuamente a combinar sus recursos o sus esfuerzos para la realización de un fin co-

mín, de carácter preponderantemente económico pero que no constituya una especulación comercial".

Además, dado que una S.C. no es de carácter pronomiamente lucrativo la Legislación Mexicana deja exenta a éste tipo de sociedades del Impuesto - sobre la Renta.

El acta constitutiva solo podrá realizarse frente a un notario, una vez que la S.E.P. a otorgado el registro. De tal manera, el notario acudirán a la Secretaría de Relaciones Exteriores para solicitar permiso y a la vez registrar el nombre bajo el cual funcionará la Sociedad Civil. Los puntos que debe contemplar el Acta Constitutiva son los siguientes:

- a) Objeto de la Sociedad
- b) Razon social o denominación.
- c) Duración de la sociedad.
- d) Domicilio de la sociedad
- e) El capital social, con la expresión de lo que cada socio aporta - en dinero o en otros bienes.

3. Una vez certificada el Acta Constitutiva de la Sociedad Civil se deberá acudir en un lapso no mayor de 15 días hábiles a registrar la apertura del Centro ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público Federal, reuniendo los siguientes requisitos:

- Presentación de Solicitud (6 copias)
- Copia del Acta Constitutiva.
- Presentación de cuatro libros: Libro Mayor, Libro Diario, Libro de Actas, Libro de Inventario y Balance.

En dichos libros se registrarán todas las operaciones que se realicen dentro de la Institución y se presentarán cuando así lo requiera la Secretaría de Hacienda.

4. Es indispensable para que el Centro quede legalmente establecido realizar un tramite ante la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la entidad Municipal o Delegacional, con el fin de que ésta exida la Licencia Sanitaria.

Los requisitos son los siguientes:

- Solicitud (formas que proporciona gratuitamente la oficina de control sanitario).
- Copia de la solicitud de empadronamiento ante Hacienda Federal.
- Si el inmueble donde se encuentra ubicado el giro es propio, presentar planos autorizados por la S.S.A. o constancia oficial de pago para la autorización de los mismos.
- Si el causante es inquilino, copia del contrato de arrendamiento.

Una vez presentados los documentos anteriores en un lapso de 15 días acude un agente de inspección de la S.S.A. a verificar las condiciones generales del plantel, el cual deberá de reunir los siguientes aspectos:

1. El establecimiento en general deberá encontrarse en buen estado de conservación y aseo.

Los muros del local se encontrarán en buen estado de conservación pintados con material lavable e impermeable.

Los techos deberán ser de material impermeable y mantenerlos en buen estado de conservación. La altura libre del piso al techo debe ser de -

2.30 mts. mínimo. Estando estrictamente prohibido el cielo raso.

Todos los locales de la Institución deberán contar con ventilación e iluminación suficientes (natural, artificial o mixta).

El local deberá de contar con suficiente agua potable durante el tiempo de labores.

II. El local de los sanitarios deberá tener piso de material impermeable con iluminación y ventilación suficientes.

El local y los muebles sanitarios deberán mantenerse en buen estado de aseo, conservación y funcionamiento, así como debidamente desinfectados y desinfestados.

Los lavabos, excusados y ringitorios tendrán servicio de agua corriente.

IZT. 1000414

El local deberá de contar con un sanitario por cada 25 niños.

III. El mobiliario y equipo que se utilice en el establecimiento se hallará en perfecto estado de aseo, conservación y funcionamiento.

5. Otro requisito indispensable para que el Centro funcione legalmente, es la realización del tramite para la obtención del permiso que otorga el Estado de México a través de la Tesorería Municipal la cual otorga a la Institución una placa con el número de licencia para poder prestar servicios en la localidad municipal. Dicha licencia se deberá de renovar año con año pagándose por ello una cuota previamente establecida.

Los requisitos para que la Tesorería otorgue la placa son:

- Solicitud
- Copia del registro de Hacienda Federal.



U.N.A.M. CAMPUS.
IZTACALA

- Copia del Registro y licencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Pago de la placa.

6.- Por último se tendrá que informar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del Estado, la apertura de la Institución, para lo cual se tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Solicitud de apertura del giro.
- Copia del registro de Hacienda Federal.
- Copia del registro en Tesorería.

Cabe aclarar que este trámite se deberá realizar siempre y cuando la Institución se encuentre en algún estado de la República, para cuando se encuentre dentro del Distrito Federal este trámite será innecesario.

En la misma oficina donde se presentó el "acta" de la Institución, se deberá de presentar mes con mes la Declaración del Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), cuyo requisito es llenar las formas de declaración del IVA especificando los ingresos del mes correspondiente, de los cuales se pagará un 15% a la Secretaría de Hacienda, del cual será deducible los egresos que también causaron IVA del 15%, pagándose a Hacienda únicamente la diferencia.

Cabe aclarar que para abrir un Centro de Educación Especial no necesariamente se tiene que constituir una Sociedad Civil, sino que también se pueden realizar los registros como "Personas Físicas" con la desventaja de que el número de impuestos que se paga es mayor y el número de actividades

permitted es menor.

Es necesario hacer notar que los trámites descritos, se realizarán en el año de 1982 y durante el tiempo de finalizar este trabajo ha habido Reformas Fiscales y Sanitarias que modifican los requisitos expuestos anteriormente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la demanda potencial de niños 3,469.132 millones, con necesidades de educación especial en nuestro país, surge la necesidad de implementar -- un mayor número de servicios estatales y/o privados que presten atención a dichos sujetos, pues en la actualidad solo se proporcionan servicios especiales a un 10% de ésta población.

Si los servicios de Educación Especial continúan con la proporción actual, la atención niños con problemas será cada vez más deficiente. De allí que sea necesario que el estado aumente el presupuesto destinado al tratamiento, rehabilitación y prevención de los problemas y de no ser así se divulgue más dicha problemática con el fin de estimular a los padres a crear "Centros por cooperación".

✓ La meta principal de la "Educación Especial" deberá de contemplar el desarrollo de habilidades en los sujetos que les permitan integrarse a la vida familiar y social en forma más adecuada.

✓ El entrenamiento a padres es un factor que en muchos de los casos determina la generalización de las conductas establecidas en el niño por el terapeuta, por lo que la planeación de dicho entrenamiento deberá de realizarse cuidadosamente, para asegurar no solo el que los padres conozcan las técnicas de modificación de conducta, sino que las apliquen de manera sistemática con el fin de modificar las conductas blanco.

Si bien, a través del presente trabajo se ha pretendido presentar una

visión integral de los factores que intervienen en la planeación y desarrollo de un Centro de Educación Especial, estamos conscientes de que éstos no cubren de manera alguna todos los factores.

Han quedado al margen del trabajo aspectos tales como: la prevención del retardo en el desarrollo, selección del personal que trabaja en el Centro, recursos publicitarios para dar a conocer a la comunidad el servicio.

Consideramos que la prevención del retardo requeriría un trabajo que queda al margen de este estudio. No obstante de ninguna manera se deja de considerar que es necesario hacer algo más que remitirse a la creación de Centros de Educación Especial para la prevención de dicha problemática, ya que las implicaciones económicas y sociales son aspectos sumamente importantes para el desarrollo de un país.

En la presente tesis, se trató de demostrar la utilidad de algunas de las técnicas realizadas en la Modificación de Conducta, sin embargo, sabemos que dichas técnicas están en evolución constante y que la aplicación de conceptos teóricos debe ser un proceso continuo donde el psicólogo aplicado está inmerso.

Como resultado de mi técnica, puedo afirmar que siempre que se manejen las Técnicas de Modificación de Conducta, se deberá de tener una perspectiva crítica del trabajo desarrollado, sin basar en alto aspectos tales como: el seguimiento de los cambios conductuales producidos en los sujetos, la creación de materiales y recursos, etc. De tal forma, los psicólogos que emplean dichas técnicas no deberán de concretarse a tratar de reproducirlas sin tomar en cuenta características específicas del tipo de población a quien van diri

—gidas.

La programación y creación de materiales para implementar alguna técnica de Modificación de Conducta es un aspecto que el Psicólogo ha descuidado, pero en la mayoría de los casos se ha pasado por alto la existencia de materiales didácticos y la creación de los mismos que apropiadamente utilizados a las técnicas de modificación de conducta son de un gran apoyo al trabajo aplicado.

Otro de los problemas que observé dentro de la práctica profesional es el relativo a la falta de información de los padres de los niños que acuden al Centro de Educación, con respecto al tipo de profesionista apropiado para el tratamiento de estos problemas, dando lugar a que frecuentemente recurran al Médico General, Psiquiatra, Neurologo, etc. para dar solución al problema, hasta que, una vez que llegan con el Psicólogo el niño ya ha pasado por múltiples tratamientos (aplicación de fármacos, pruebas psicológicas, etc.), los cuales han ido en decremento de expectativas positivas y aún de colaboración por parte de los padres y del propio sujeto.

Por otro lado, considero que el establecimiento de un Centro de Educación Especial deberá realizarse con la perspectiva de integrar un trabajo interdisciplinario, y de no realizarse así, el Psicólogo no deberá perder el contacto con otros profesionistas, que en un momento dado pueden contribuir a evaluar los logros del trabajo implementado (profesora del grupo, médico, etc)

REFERENCIAS

- Bandura, A.A., Social learning interpretation of psychological disfunctions. En: H.F. McC. Coy. Behavior Disorders in Children. (Eds.) United States of America: Harper and Row Publishers Inc. 1976.
- Bartel, N.R., Gushin, S.L. La disminución como fenómeno social. En: W.N. — Crulshshank. Psicología de los Niños y Jóvenes Marginados, Bogotá: Prentice Hall International 1973.
- Barton, E.S., Inappropriate speech in a severely retarded child: a case study in language conditioning and generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1970, 3, 299 - 307.
- Bennett, C.W., Ling, D., Teaching a complex verbal response to hearing - impaired girl. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1972, 5, - 321 - 327.
- Bernal, E.M., Duryee, J.S., Pruett, H.L., Burns, J.P. Modificación de conducta y síndrome del rapaz. En: R. Ulrich, T. Stachnick, J. Mabry. Control de la Conducta Humana, Vol. 2. México: Trillas 1972.
- Bijou, S.W. Theory and research in mental (developmental) retardation., *Psychological Record* 1963, 13, 95 - 110.
- Bijou, S.W., Peterson, R.F., Ault, M.H. A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968, 1, - 175 - 191.

- Bijou, S.W., Ribes, I.E. Modificación de Conducta: Problemas y Extensiones. México: Trillas 1972
- Bijou, S.W., Rayek, E. Análisis Conductual Aplicado a la Instrucción, México: Trillas 1978.
- Buckard, D., Barrera, D. Análisis del tiempo fuera y del costo de respuesta en un ambiente programado. En: S.W. Bijou, E. Rayek. Análisis Conductual Aplicado a la Instrucción, México: Trillas 1978.
- Burgio, L.D., Whitman, T.L., Johnson, R. A self instructional package for increasing attending behavior in educable mentally retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1980, 13, 443-460.
- Butz, R.A., Husazi, J.E. The effects of reinforcement on perseverative speech in a mildly retarded boy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1973, 4, 167 - 170.
- Clarizio, H.F., Mc. Coy, G.F. Trastornos de la Conducta en el Niño. México: (ed.) El Manual Moderno S.A. 1981.
- Conducta Humana (Introducción) Unidad preparada en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala en el Área de Psicología Experimental Teórica. México 1982.
- Committee on Child Psychiatry. Psychopathological disorders in childhood: theoretical considerations and a proposed classification. New York: Group for the Advancement of Psychiatry. 1966.
- Cook, J.W., Altman, K., Shaw, J., Blaylock, N. Use of contingent lemon juice to eliminate public masturbation by a severely retarded boy.

- Behavior Research and Therapy*. 1978, 16, 131-133.
- Cooper, B.J. Modification of diurnal enuresis by parental application of to-ken reinforcement. En: Aportaciones al Analisis de la Conducta: Memorias del Primer Congreso Mexicana. México: Trillas -- 1974.
- Corrigan, R. The control of animate and inanimate components in pretended-play and language. *Child Development*, 1982, 53, 1343 - 1353.
- Deitz, S.M., Repp, A.C., Deitz, D.E.D. Reducing inappropriate classroom behavior of retarded students through three procedures of differential reinforcement. *Journal of Mental Deficiency Research*, 1976, 20, 155 - 170.
- Eisenberg, L. Epidemiology of reading. En: Cs. D. Lister Tornapol. Learning Disabilities. (Ed.) Charles C. Thomas. 1969.
- Ellis, A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart 1962.
- Ellis, A. Growth through reason. Palo Alto, California. Science and Behavior Books 1971. En: D.C. Rimm., J.C. Masters. Terapia de la Conducta: técnicas y hallazgos empíricos, México: Trillas 1980.
- Fernández, B.R., Carroñles, J.A. Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones. Madrid: Edit. Piramide 1981.
- Fox, R.M., Azrin, N.H. The elimination of self stimulatory behavior by over correction. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1973, 6, 1-14
- Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, M.I., Tarucena, I., Padilla, F. Modificación de Conducta en la Educación Especial: Diagnóstico y Programas. México: Trillas 1980

- García, V., Lugo, G., Lovitt, T.C. Analisis experimental de la generaliza -
ción de respuestas en problemas aritmeticos de suma. *Revista
Mexicana de Analisis de la Conducta*, 1976, 2, 54-67.
- Garibaldi, Ch. E. J. Necesidades de Servicios de Psicología Clínica en el
Distrito Federal en 1985. Tesis U.N.A.M. 1978.
- Glynn, E. L., Thomas, J. D., Shee, S. M. autocontrol de la conducta de trabaj
jar en un salón de clases de primaria. En: S. W. Bijou; E. Ra
yeh. Analisis Conductual aplicado a la Instrucción, México:
Trillas 1978.
- Harris, S. L., Wolchick, S. H. Suppression of self stimulation: three alter
native strategies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1979,
12, 185-198.
- Heber, L. En: S.W. Bijou. Theory and Research in Mental (developmental) retar
dation. *The Psychological Record* 1963, 13, 95-110.
- Hewett, S. The Family and the Handicapped Child. London, (Eds.) G. Allen,
Uman 1970.
- Ibarra y colaboradores. Documento publicado por la Secretaria de Salubridad
y asistencia. México. 1973.
- Kantor, J. R. Psicología Interconductual; un ejemplo de construcción cientí
fica sistemática. México: Trillas 1978.
- Kazdin, A. E., Frame, C. Aggressive Behavior and Conduct Disorders. En: R. J.
Morris, T. R. Kratochmill. The Practice of child therapy. Uni
ted States of America; Pergamon Press 1973.
- Kendal, P. C., Williams, C. L. Behavioral and cognitive behavioral approaches

- to outpatient treatment with children. En W. E. Craighead, A. G. Kazdin, M. H. Mahoney (Eds). Behavioral Modification Principles, issues and applications. Boston: Houghton Mifflin 1981.
- Kennedy, R. E. Cognitive behavioral approaches to the modification of aggressive behavior in children. *School Psychology Review*; 1982, 11 47-55.
- Koegel, R. L., Covert, A. The relationship of self stimulation to learning in autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*; 1972, 5, 381-387
- La Educación Especial en México/8 Dirección General de Educación Especial. Cuadernos S.E.P. 1980
- Litrownik, A. H., Freitas, J. L., Franzini, L. R. Self regulation in retarded persons: assessment and training of self monitoring skills, *American Journal of Mental Deficiency*, 1978, 82, 499-506.
- Lopez, K. F. Adaptación de los procedimientos operantes de tratamiento de deficiencias conductuales en niños. En: S. W. Bijou; R. Ribes, 1. Modificación de Conducta: problemas y extensiones, México: Trillas 1972.
- Lovaas, O. I. Simmons, J. G. Manipulation of self destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1969, 2, 143-157.
- Mash, E. J., Terdal, L. G. Behavioral Assessment of Childhood Disorders. New York: The Guilford Press 1981.

- Mastand, R. L., Sarason, S. B., Gladwin, T. Mental Subnormality, New York, Basic Books 1958.
- Matson, J. L. Simple correction for treating and autistic boy's encephalitis. Psychological Reports, 1977, 41, 802-812.
- Mercer., J. R. Conceptos pluralisticos del retardo mental en sociedades culturalment complejas. En: Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental, México: Dir. General de Educación Especial 1980.
- National Projects of Minimal Brain Dys function (Learning Disabilities) in Children. En: S. D. Clements. Minimal brain dysfunctions in children: terminology and identification. Washington U. S. Government Printing Office, 1966.
- Payton, T. Effectiveness of secondary reinforcement of behavior of a hiperactive child. En: Aportaciones al Analisis de la Conducta. Memorias del Primer Congreso Mexicano México: Trillas, 1974.
- Reese, H. W., Lipsitt, L. P. Psicología Experimental Infantil. México: Trillas 1974.
- Ribes, I. E. Técnicas de Modificación de Conducta: su aplicación al retardo en el desarrollo. México: Trillas 1972.
- Ribes, I. E. Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo. Trabajo presentado en el 11 Congreso Interamericano de Retardo Mental. Panama. agosto de 1975.
- Ribes, I. E. Prevention of development retardation in poor countries. Documento presentado en el Congreso Mundial sobre el futuro de la Edu

cación Especial. Stirling Scotland, Junio de 1978.

Rincover, A., Lovaus, I., Newsom, C.A., Koegel, R.L. Some motivational properties of sensory stimulation in psychotic children. *Journal of Experimental Child Psychology*. 1977, 24, 312 - 323.

Rincover, A., Cook, R., Peoples, A., Puckard, D. Sensory extinction and sensory reinforcement principles for programming multiple adaptive behavior change. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1979, 12, 221 - 233.

Risley, T., Wolf, M. Experimental manipulation of autistic behaviors and generalization into the home. En: R. Ulrich, T. Stachnick, J. - Mabry. (Eds.) Control of Human Behavior. Glenview, Illinois: Scott, Foresman, 1966.

Roper, R., Hinde, R.A. Social behavior in a play group: consistency and complexity. *Child Development*, 1978, 49, 570 - 579.

Rubin, K. H., Watson, K., Jambor, T. Free play behaviors in middle and lower class preschoolers: Parten and Piaget revisited. *Child Development*, 1976, 47, 414 - 419.

Taylor, J.G. An behavioral interpretation of obsessive compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 1963, 1, 237 - 244.

Texas Department of Human Resources Guide for Working with young Handicapped Children. Austin Texas: Department of Human Resources, 1979.

White, G.D., Nielsen, G., Johnson, S.M. Time-out duration and the suppression of deviant behavior in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1972, 5, 11 - 120.

- Whitman, Th. I., Zakaras, M., Chardos, S. Effects of reinforcement and guidance procedures in instruction following behavior of severely retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1971, 4, 283 - 290.
- Holf, M., Risley, T., Mees, H. Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. *Behavior - Research and Therapy*, 1964, 1, 305 - 312.
- Zavalloni, R. Introducción a la Pedagogía Especial. Barcelona: Biblioteca Técnica. (Ed.) Herder 1979.
- Zigler, E. Familial mental retardation: a continuing dilemma. *Science* 1967, 155, 292 - 298.

CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO
DE LOS RETARDADOS MENTALES

Grado de Retardo Mental	Edad Preescolar 0 - 5 años Maduración y Desarrollo	Edad Escolar 6 - 20 años Entrenamiento y Educación	Adulto 21 años y más Adecuación social y vocacional
Leve	Puede desarrollar comunicación social y habilidades; retardo mínimo en las áreas sensorio motoras a menudo no se distingue del normal sino hasta edad posterior.	Puede aprender habilidades escolares hasta aprox. el 60. grado alrededor de los 16-17 años puede ser dirigido hasta el conformismo social.	Puede por lo general alcanzar habilidades sociales y vocacionales adecuadas con un mínimo de auto apoyo, puede necesitar guía y ayuda cuando se encuentre bajo tensión-excesiva social o económica.
Moderado	Puede hablar o aprender a comunicarse; cognición social defectuosa, desarrollo motor adecuado; se beneficia del entrenamiento en la auto ayuda; puede ser manejado con supervisión moderada.	Puede beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales y vocacionales; difícil que progrese más allá del 20. grado en la escuela; puede aprender a viajar solo en lugares familiares.	Puede alcanzar auto mantenimiento en un trabajo que requiera pocas habilidades o ninguna habilidad, bajo condiciones de abrigo; necesita guía y supervisión cuando se encuentra en tensión leve, social o económica.
Grave	Desarrollo motor defectuoso; lenguaje mínimo; por lo general es incapaz de beneficiarse del entrenamiento en auto ayuda; pocas o ninguna habilidades para comunicarse.	Puede hablar o aprender a comunicarse; puede ser entrenado en hábitos elementales de higiene; se beneficia con el entrenamiento sistemático.	Puede contribuir parcialmente al auto mantenimiento bajo total supervisión; puede desarrollar auto protección con un grado mínimo en medio controlado.
Profundo	Retardo muy notorio; capacidad mínima para funcionar en las áreas sensorio motoras; necesita cuidados de enfermería.	Algún desarrollo motor presente; puede responder a entrenamiento mínimo en auto protección.	Algún desarrollo motor y del habla; puede alcanzar una auto protección muy limitada; necesita cuidados de enfermería.

TABLA 1

	TREATAMIENTOS EMPLEADOS	REFORZAMIENTO	
AUTORES	TIPOS DE PERSONAS TRATADAS	CONDUCTA TRATADA	MÉTODOS DE TRATAMIENTO
Risley	Niño autista de 6 años	Ecolalia, inactividad, aislamiento, carencia de rep. verbal	Reforzamiento Primario y social
Whitman, Zakaras y Charles (1971)	2 niños con daño cerebral	Respuestas motoras, seq. inst.	Ref. Primario y Social
Pennet y Ling (1972)	3 niños con capacidad auditiva disminuida	Emisión de artículo (el) y verbo (ser o estar)	Inst. Física, Desvanece Economía de Fichas
Butz y Husagi (1973)	Niños con retardo intermedio	Lenguajes perseverativo	Reforzamiento Primario
Payton (1974)	Un niño de lero. de Primaria	Hiperactividad	Reforzamiento Secundario
Cooper (1974)	Niño de 6 años	Enuresis	Economía de Fichas
Repp y Deitz (1974)	Niños con retardo profundo y medio	Agresión Física	Ref. de Otras Conductas
Salamanca (1974)	Niño de 8 años	Fobia a un cuarto	Ref. Secundario, Economía de Fichas
Stoufeneire y Salter (1975)	Niño con retardo profundo	Conducta Social	Ref. Social, Instrucc.
Deitz, Repp; Deitz (1976)	11 niños con retardo superficial	Hablar en clase sin permiso	Ref. de Otras Conductas
Rincover; Lovaas y Koegel (1977)	3 niños autistas	auto estimulación	Ref. Sensorial
Rincover; Cook; Peoples y Packard (1979)	4 niños autistas	Auto estimulación	Ref. Sensorial y Extinción Sensorial.

TABLA 2

TABLA 3

TRATAMIENTOS EMPLEANDO MÉTODOS DE SOBRE CORRECCION			
AUTORES	TIPOS DE PERSONAS TRATADAS	CONDUCTA TRATADA	MÉTODO DE TRATAMIENTO
Forx y Azpur (1973) Tovar (1974)	3 Niños con retardo profundo Niños de 8 a 12 años escuela retrasados.	nula estimulación Auto destrucción (golpearse en la cabeza) Agresión a otros . Comer	Sobre corrección Sobre corrección
Stimber, Minor y Mc. Coy (1977)	5 Niños con retardo		Sobre corrección y T.F.
Mitson (1977)	Un adolescente con retardo - profundo.	Entrenamiento al Toilet	Sobrecorrección y Ref. Social.
Harris, Wolchick (1979)	4 Niños autistas	nula estimulación	Sobrecorrección, D.R.O. T.F.

TRATAMIENTOS EMPLEANDO MÉTODOS DE TIEMPO FUERA			
AUTORES	TIPOS DE PERSONAS TRATADAS	CONDUCTA TRATADA	MÉTODO DE TRATAMIENTO
wolf; Nisley y Mres (1964)	Niño autista de edad preescol.	Berrinche, Arrojar artefactos	Tiempo Fuera y Ref. Pri- mario.
Banton (1970)	Niños con retardo profundo	Palabras bizarras	Tiempo Fuera y Ref.
White; Nielsen ; y Stephon (1972)	20 Retardados Institucionaliza- dos.	Berrinches, agresión y auto- destrucción	Tiempo Fuera (valores di- ferentes), Ref.
Buchard y Borrera (1972)	11 Niños con retardo, de 6 a 17 años.	Conducta anti social y de- linuencia	Tiempo Fuera y Costo de Respuestas.

TABLA 4

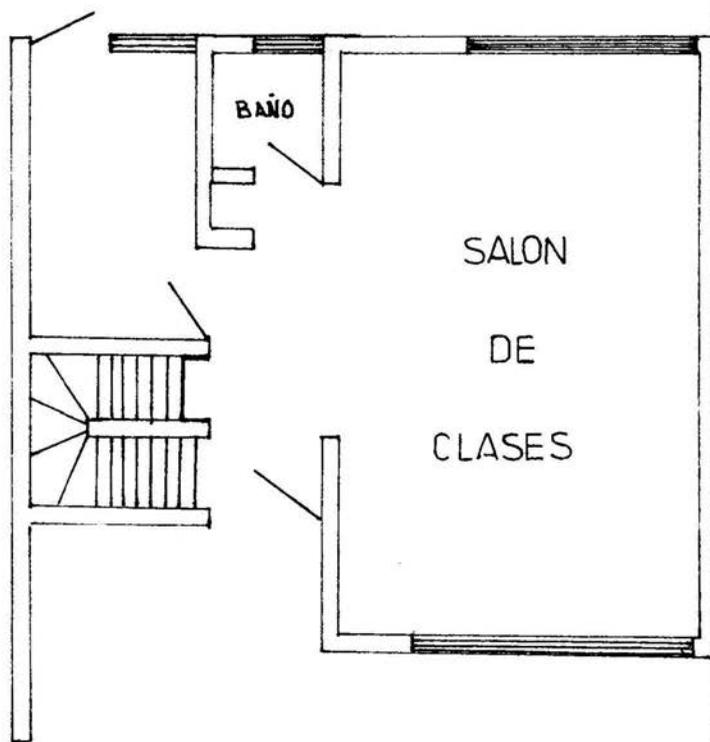
TABLA 5

TRATAMIENTOS EMPLEANDO METODOS		DE CASTIGO	
AUTORES	TIPOS DE PERSONAS TRATADAS	CONDUCTA TRATADA	MÉTODOS DE TRATAMIENTO
Lovvins y Simmons (1969)	1 Niño con retardo profundo y una niña con retardo superficial	Movimientos con las manos y objetos, repetitivos.	Shock eléctrico contin-gente,
Kroegel y Covert (1972)	3 Niños autistas	Auto estimulación	Castigo (retraimiento Físico)
Kroegel; Diestone; Kra- mme; Dunlap (1974)	2 Niños autistas	Auto estimulación y conduc-ta de Juego.	Castigo Físico y Refor. Social.
Tanner y Zeiler (1975)	4 Niños autistas	Auto destrucción	Castigo sensorial (amonia)
Cook; Altman; Shaw y Blaylock (1978)	Un niño con retardo profundo.	Masturbación	Jugo de limón en la boca.

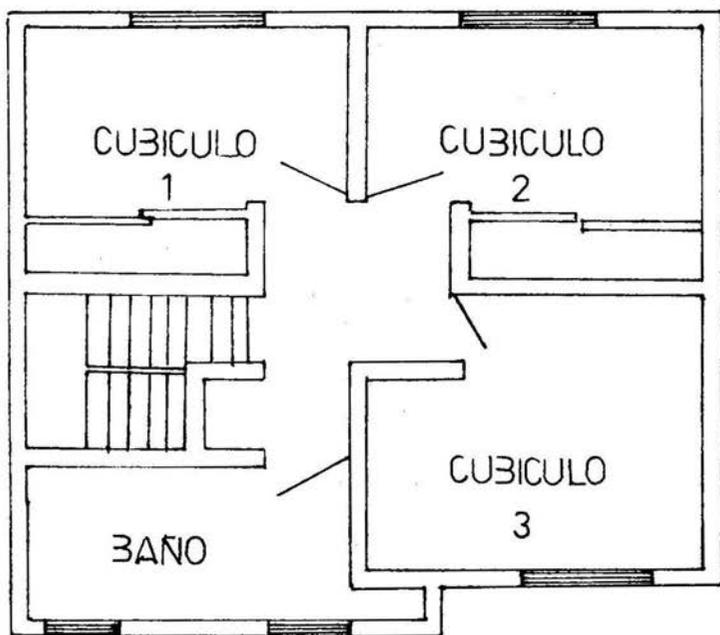
TRATAMIENTOS EMPLEANDO METODOS		DE AUTO CONTROL	
AUTORES	TIPOS DE PERSONAS TRATADAS	CONDUCTA TRATADA	MÉTODOS DE TRATAMIENTO
Glynn; Thomas; Shuc (1973)	8 Niños de segundo año de Pri-maria.	Auto monitoreo de juegos y tareas perceptuales motoras	Auto monitoreo y Ref. Social
Litrownik; Freitas y Franzini (1978)	30 Niños de 7 a 11 años con re-tardo en el desarrollo.	Trabajo en el salón de clases	Reforzamiento y auto con-trol.
Woodsworth; Turner (1979)	30 Niños de 3 a 10 años norma-les.	Tareas de igualación y de puros asociados	Auto monitoreo, modela-miento y auto instrucciones.
Burgio; Whitman y Johnson (1980)	2 niños con retardo superficial.	Auto instrucciones y cond. académica	Modelamiento y auto ins-trucciones.

TABLA 6

PATIO DE JUEGOS

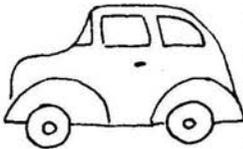


DISTRIBUCION
DEL
ESPACIO





uña
hilo
eso
uva
una



ola
ala
ona
lima
ama



indio
ese
iman
aro
uva



esa
ella
iba
elena
asi



ojo
ala
uno
ocho
ola



oro
uva
ana
ato
olla

Subraya las palabras que comienzan con el mismo sonido del dibujo

FIGURA 1

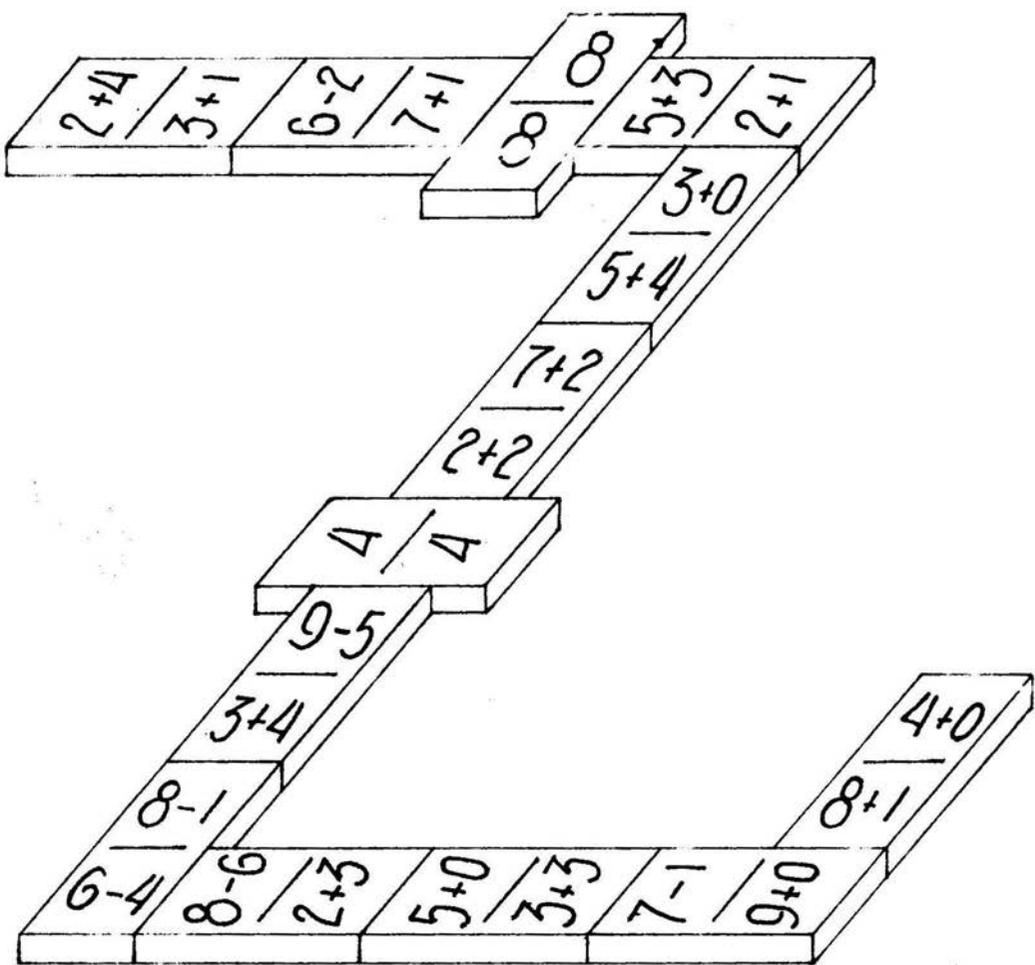


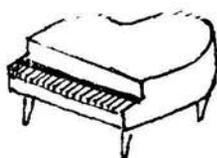
FIGURA 2



auto



violín



piano



hielo



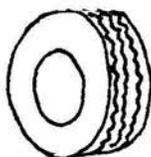
suela



peine



acuario



neumatico



boina

Lee cada palabra y
encierra en un círculo los diptongos

FIGURA 1a

INVENTARIO DE REFORZADORES

El padre o tutor señalará aquellos objetos o actividades que considere son gratificantes o reforzantes para el niño.

REFORZADORES CONSUMIBLES

DULCES		ANTOJOS	
Galletas	()	Charritos	()
Caramelos o dulces	()	Papas fritas	()
Gelatina	()	Palomitas de maíz	()
Helado	()	Cacahuates	()
Pastelillos	()	Chicharrones	()
Pasitas	()	Fritos	()
		Cheetos	()
BEBIDAS		Cereal azucarado	()
Refrescos embotellados	()	especifique. _____	
(sabor y marca preferidos)			
<hr style="border: 1px solid black;"/>			
Jugos de frutas	()	COMIDAS	
<hr style="border: 1px solid black;"/>			
Refrescos en tetra pack	()	Comidas regulares	()
		Leche	()
		Postres	()
		Frutas	()

REFORZADORES MANIPULABLES

JUGUETES		JUEGOS Y ACTIVIDADES	
Coches y camiones	()	Rompecabezas	()
Telefonos, aros, etc.	()	Bloques o cubos	()
Pelotas	()	Armónica	()
Trompos	()	Domino	()
Globos	()	Libros para pintar	()
Burbujas de jabón	()	Juego de acuarela	()
Juguetes de cuerda	()	Materia para construir	()
Silbatos	()	Plastilina	()
		Gises	()
		Plimones	()
		Pluma	()
		Tijeras punta roma	()

REGISTRO CORRESPONDIENTE AL PROGRAMA DE

LECTO ESCRITURA

Nombre del paciente: _____ Edad _____ Año Escolar _____

Número de registro: _____ Fase _____ Fecha: _____

Nombre del registrador _____

Hora de Inicio _____ Hora Final: _____

LECTURA

No. de palabras leídas x min. _____

Texto: _____ P.p. _____

Errores _____

LECTURA DE COMPRENSION No. de Preguntas No. errores _____

Texto _____ p.p. _____

1. ¿ _____ ? _____

2. ¿ _____ ? _____

3. ¿ _____ ? _____

4. ¿ _____ ? _____

5. ¿ _____ ? _____

6. ¿ _____ ? _____

7. ¿ _____ ? _____

8. ¿ _____ ? _____

9. ¿ _____ ? _____

10. ¿ _____ ? _____

Observaciones : _____

ESCRITURA (dictado) No. de palabras escritas _____

por minuto _____

Texto: _____ P.p. _____

Errores : _____

Observaciones _____

CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

"MARIA MONTESSORI S.C."

DATOS GENERALES.

Fecha. _____
Nombre _____
Dirección _____ Tel. _____
Fecha de nacimiento _____ Edad. _____
Sexo _____ Escolaridad actual _____
Escuela a la que asiste _____
Ubicación _____ Tel _____
¿Quién lo remite _____
Motivo de consulta _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE

MADRE

Nombre _____
Edad _____
Ocupación _____
Estudios _____
Eto. de salud _____
Estab. emocional _____
Hábitos _____
Estado Civil _____ ¿Viven juntos? _____
Relación entre ellos _____
Problemas de aprendizaje, conducta, etc. en algún familiar?

Su relación con el padre _____

Su relación con la madre _____

Con los hermanos _____

Con otras personas _____

Actitud en la escuela _____

Actividades que realiza en sus horas libres _____

Observaciones _____

DESARROLLO BIOLÓGICO

Apetito: normal - escaso - exagerado

Tipo de alimentación _____

Horario de comidas _____

Sueño _____ Horas de sueño _____

¿Con quien duerme? _____

Primeros balbuceos (edad) _____

Primeras palabras (edad) _____

Observaciones _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

Dificultad para succionar _____

Dificultad para tragar _____

Cabeza erguida _____ Sedestación _____

Gateo _____ Bipedestación _____ Primeros pasos _____

Lateralidad definida _____ Edad _____

Número de hijos _____ Lugar que ocupa entre los hermanos _____

¿quién atiende al niño? _____

Observaciones _____

ANTECEDENTES PERSONALES

I. GESTACION

a) Enfermedades, accidentes, hemorragias, temperaturas, rubéola, amenaza de aborto, etc. (Especifique el mes) _____

b) Se ingirió algún medicamento, rayos X, etc. _____

II. PARTO

a) Normal, inducido, difícil largo _____

b) Prematuro o a término _____

c) ¿hubo anestesia? _____ Tipo _____

d) Forceps o cesárea _____

e) ¿hubo complicaciones? _____

f) ¿lloró en seguida _____ Peso _____ Medida _____

g) Incubadora _____

III. ENFERMEDADES POSNATALES

a) Descripción de ellas _____

ENFERMEDADES PADECIDAS Y ACTUALES

Sarampión _____ Complicación _____

Varicela _____ Complicación _____

Tosferina _____ Complicación _____

Otras _____

Temperaturas altas _____ Edad _____

Alergias _____ Ausencias _____

Convulsiones _____ Frecuencia _____

Características _____

Observaciones _____

Enfermedades actuales _____

¿Está el niño bajo algún tratamiento? _____

¿Toma actualmente algún medicamento? _____ ¿Cual? _____

Dosis _____

¿Podría obtener un informe del medico tratante? _____

¿Hay algún miembro de la familia con el mismo problema? _____

¿Sabe si el niño tiene algún padecimiento nervioso? _____

ESTUDIOS

REALIZADOS

Motivo. _____ Edad _____

Observaciones _____

CUIDADO PERSONAL

1. VESTIMENTA

Ponerse la blusa

Ponerse los pantalones

Ponerse la falda

Ponerse el sueter

Ponerse overol

Ponerse el vestido

Abrochar botones

Abrochar botones de la espalda

Manejar cierres automáticos

Cerrar hebillas

Ponerse zapatos

Ponerse botas

Ponerse ropa interior

Abrir abrochados

Cotincarse el cinturón

Ponerse medias

Ponerse calcetines

Ponerse pijamas

II.- ASEO

1.- Cuidado de los dientes.

a) Cepillarse

b) Usar dentífrico

c) Manejar el cepillo de dientes.

2.- Cuidado de las uñas.

a) Limpiar

b) Limar

c) Cortar

3.- Lavado de las manos y de la cara

a) En lavamanos

b) Con toalla

c) Con jabón.

4.- Limpieza de la nariz

a) Sonar

b) Limpiar

III.- HABILIDADES PARA COMER

1.- Manejo de Utensilios

a) Usar cuchara

b) Usar tenedor

c) Usar cuchillo

d) Usar tazas

e) Usar vasos

f) Usar platos

2.- Conductas inadecuadas en la mesa

a) Comer con las manos

b) Tirar la comida

- c) Escupir la comida
- d) Derramar el agua del vaso con frecuencia.

3.- Limpiar la mesa

4.- Poner la mesa

5.- Limpiar los platos.

IV CONTROL DE ESFINTERES

1.- Vu al baño sin ayuda cuando es necesario

2.- Avisa cuando tiene que ir al baño para que lo lleve una persona mayor

3.- Defeca sin quitarse antes la ropa frecuentemente

4.- Controla la orina durante el día

5.- Controla la orina durante la noche.

V. TAREAS Y RESPONABILIDADES GENERALES

1. Lavar líquidos

2. Hacer la cama

3. Colgar la ropa en: a) ganchos b) Closets o roperos

4. Limpiar sus zapatos

a) Cepillar

b) Pintar

c) Limpiar

5. Poner los juguetes en su lugar

6. Responder a la puerta

a) Usar la perilla

b) Correr cerrojos

c) Tomar el mensaje y llamar a la persona correspondiente.

7. Resontar accidentes

8. Ir por manducos

9. Decir la hora

10. Responder a las luces del semáforo.

VI. SEGURIDAD CORPORAL

1. Se mueve por el patio o espacios parecidos bajo el cuidado de un adulto?

2. ¿Se pasea por el patio sin ser vigilado, durante periodos cortos?
3. ¿Evita comer tierra del Jarujín o de las macetas?
4. ¿Informa con gestos o vocalizaciones a los adultos de algún peligro?
(un vaso roto etc.)
5. ¿Busca a un adulto cuando se acerca a un animal que no conoce?
6. ¿Reporta al adulto cualquier daño sobre su persona?
7. ¿Evita enchufes eléctricos?
8. ¿Mantiene objetos extraños alejados de sus ojos, oído y nariz?
9. ¿Juega dentro de los límites de un parque sin reja, sin ser vigilado?
10. ¿Juega dentro de los límites de un parque sin rejas, bajo la custodia de un adulto?
11. ¿Se acerca o se aleja de los columpios con cuidado?
12. ¿Evita probar o ingerir sustancias de envases que no conoce?
13. ¿Se mantiene alejado del fuego?
14. ¿Maneja las tijeras sin hacerse daño?
15. ¿Busca a la persona adulta más cercana cuando se le acerca un extraño?
16. ¿Recoje vidrios rotos sin hacerse daño?
17. ¿Enciende fosforos sin hacerse daño?
18. ¿Desenchufa cordones eléctricos por el tapón?
19. ¿Cuándo se asoma por una ventana lo hace con más de medio cuerpo afuera?

COMUNICACION

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Contestar el telefono | 2. Dar mensajes |
| 3. Responder preguntas | a) Por gestos b) En forma verbal |
| | c) En forma escrita |
| 4. Seguir instrucciones | a) Conocidas b) Nuevas instrucciones |

DIAGNOSTICO CONDUCTUAL.

ATENCIÓN: orientarse visualmente hacia el punto señalado por el evaluador (objetos próximos y/o distantes).

El evaluador señalará el objeto al mismo tiempo que dice "mira aquí", "mira esto", "mira allá", señalando el objeto o bien orientándose visualmente al objeto señalado.

La conducta se considera correcta si el niño la realiza dentro de los 5" siguientes a la presentación de la instrucción.

Objetos (colocados en la mesa de trabajo) Ejecución

Caja

Lapiz

Hoja

Reloj

Esquina de la mesa

Boca del evaluador

Nariz

Ojos

Orejas

Cabello

Objetos (Distantes)

Foco

Mueble

Pizarrón

Bote sobre el mueble

Frasco

Dibujos en la pared

Closet

Puerta

Ventana

Cortina

El evaluador registrará la atención prestada a él, cuando llame por su nombre al sujeto, de 3 a 5 veces a lo largo de la sesión.

1)

2)

3)

4)

5)

IMITACION: la topografía de la respuesta requerida, deberá de ser si milar o igual a la del modelo.

El experimentador instruirá al niño, asegurándose de que éste le esté prestando atención, "Tu vas a hacer lo mismo que yo voy a hacer", o bien, "Repite lo que yo haga" e inmediatamente después modelará la conducta.

Para que la respuesta se considere correcta, se deberá presentar en los 5" siguientes a la presentación del estímulo y debe ser semejante a éste.

Conductas por imitar

Evaluación

- 1. Levantar el brazo izquierdo*
- 2. Levantar el brazo derecho*
- 3. Levantar ambos brazos.*
- 4. Mover el tronco hacia la derecha*
- 5. Mover el tronco hacia la izquierda*
- 6. Sentarse*
- 7. Pararse*
- 8. Aplaudir*
- 9. Tocarse la cabeza con la mano*
- 10. Tocarse la nariz con la mano derecha.*

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES: el evaluador indicará al niño lo que debe de hacer "Haz lo que te voy a decir".

Cada instrucción se le presentará dos veces, con un intervalo de diez segundos entre las presentaciones. La respuesta será correcta si ocurre dentro de los siguientes cinco segundos a la presentación del reactivo.

Instrucciones

Evaluación

- Acercate a la ventana*
- Abre la puerta*
- Dame eso (algún objeto)*
- Ven aquí*
- Sientate aquí*
- Pon (algún objeto) en la mesa*
- Abre la boca*
- Cierra la puerta*
- Agachate*
- Tomá el lápiz.*

CONDUCTA MOTORA GRUESA: Movimientos corporales empleando cualesquiera de las extremidades o todo el cuerpo.

El instructor dará la instrucción verbal y modelará al niño, la conducta que se requiere que haga, diciéndole "Haz esto".

Locomoción

Evaluación

1. Rodar sobre sí mismo
2. Gatear con manos y rodillas
3. Caminar solo
4. Caminar hacia atrás
5. Subir una escalera, alternando los pies

Coordinación y Fuerza

1. Acostado boca abajo, levantar la cabeza 90°
2. Ejecutar una maroma
3. Bajar una escalera cargando un objeto
4. Transportar un líquido dos metros
5. Acarrear una silla

Equilibrio

1. Tener la cabeza erecta al estar sentado
2. Estar parado solo
3. Estar parado en un pie con ayuda
4. Estar parado de puntas durante un segundo
5. Pinchar sobre los dos pies

CONDUCTA MOTORA FINA

Evaluación

1. Rodar una pelota con las manos
2. Tocarse la nariz con el dedo índice
3. Levantar objetos con ambas manos
4. Acunzar objetos con una mano
5. Tomar objetos con los dedos índice y pulgar
6. Pasar líquidos de un recipiente a otro
7. Poner la tapa a un frasco
8. Quitar la tapa a un frasco
9. Unir puntos con líneas rectas
10. Recortar sobre una línea recta

OBSERVACIONES: _____

IMITACION VOCAL (Ecoicas) : Respuestas verbales iguales a las del modelo.

El instructor, nombrará cada una de las palabras por imitar, dando la siguiente instrucción "Repite lo que yo voy a decir". Si no hubiese respuesta la primera ocasión, se presentará por segunda vez el estímulo.

Se registrará como correcta, aquella respuesta que ocurra dentro de los cinco segundos siguientes a la presentación del estímulo y ser semejante a éste. (en caso contrario se anotará la pronunciación aproximada).

Palabras por imitar

Bien Mal Pron. Aproximada

1. Mamá
2. Papá
3. Pan
4. Memo
5. Pepe
6. Casa
7. Leche
8. Coche
9. José
10. Verdad
11. Piano
12. Dibujo
13. La mesa
14. La muñeca
15. El niño.

TÁCTOS. Respuesta verbal ante la presentación de un estímulo visual.

El instructor señalará el objeto al mismo tiempo que le pregunta al sujeto "dime que es esto" o "Como se llama esto?". Registrándose: a) Si la respuesta es correcta; b) falta de respuesta; c) Respuesta equivocada (si la respuesta verbal no corresponde al tacto).

Objetos

Bien

Mal

Objetos

Bien

Mal

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. Botella | 8. Mesa |
| 2. Vaso | 9. Silla |
| 3. Bote | 10. Pluma |
| 4. Cuaderno | 11. Botón |
| 5. Lápiz | 12. Falda |
| 6. Foco | 13. Pantalón |
| 7. Coche | 14. Crayola |

INTRAVERBALES: a través de una plática, el experimentador realizará -- una serie de preguntas al niño, anotando si la respuesta es correcta en -- terminos del estímulo, de lo contrario se registrará la respuesta ante el -- estímulo.

Preguntas

1. ¿Como te llamas? _____
2. ¿Como se llama tu papá _____
3. ¿ Como se llama tu mamá? _____
4. ¿Quien te trajo aquí? _____
5. ¿Tienes juguetes? _____
6. ¿ Cuales? _____

Características de las respuestas

- a) Lentitud (esnciamiento de sonidos o palabras)
- b) Tartamudeo
- c) Muletas
- d) Gran latencia de estímulo - respuesta
- e) Intensidad anormal.

Observaciones _____

ARTICULACION.

El instructor presentará dos veces consecutivas cada una de las palabras, diciéndole al sujeto "Vas a repetir lo que te voy a decir", anotando la pronunciación aproximada.

	<i>Ejecución</i>
1. Mamá	(m,a)
2. Pepe	(p,e)
3. Paba	(b/v)
4. Oso	(s,o)
5. Dedo	(d)
6. Mu	(u)
7. Feo	(f)
8. Gato	(g,t)
9. Juan	(j)
10. Casa	(k)
11. Poco	(K entre dos vocales)

Ejecución

12. Lalo (l al principio y entre vocales)
 13. Sol (s al princ. y l al final)
 14. Nene (n al principio y entre vocales)
 15. Perro (Rr entre vocales)
 16. Rín
 17. Aro
 18. In
 19. Tres (t, tr)
 20. Aire (Br)
 21. Costra (str)
 22. Creó (hr)
 23. Este (st)
 24. Asco (sk)
 25. Tito (t al principio)
 26. Niño (ñ)
 27. Blanda (bl)
 28. Chungo (ch al principio)
 29. Cucha (ch entre vocales)
 30. Cedro (dr)

Observaciones : _____

DISCRIMINACIÓN DE COLORES:

Se le presentarán al sujeto 5 colores diferentes (rojo, azul, amarillo, verde, anaranjado) en una situación de igualdad a la muestra, con un estímulo de muestra y tres de comparación; uno de los cuales es del mismo color de alguno de la muestra. El instructor, le pedirá al sujeto que señale con el dedo los dos estímulos que sean del mismo color.

Se le presentarán al azar dos veces cada uno para realizar 10 ensayos en total, registrándose la ejecución.

Iguales	Evaluación	Iguales	Evaluación
1. E. Rojo		6. E. Azul	
2. E. Verde		7. E. Amarillo	
3. E. Amarillo		8. E. Verde	
4. E. Rojo		9. E. Anaranjado	
5. E. Anaranjado		10. E. Azul	

Posterior a la igualdad se le presentarán 5 círculos, uno de cada color. Se le indicará al sujeto: "Señala el de color rojo, el amarillo", etc.

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. rojo | 6. azul |
| 2. amarillo | 7. rojo |
| 3. azul | 8. amarillo |
| 4. verde | 9. anaranjado |
| 5. anaranjado | 10. verde |

TACTOS COMPLEJOS:

De posición: se le indicará al sujeto "¿Dime donde está el coche? ¿arriba o adentro, afuera o junto a la caja?"

- Dentro de la caja
- Fuera de la caja
- Arriba de la mesa
- Abajo de la mesa.

TACTOS DE TAMAÑO

Se presentan al niño cinco círculos de diferentes tamaños proporcionales. ¿Señala la más grande? Se realizan 5 presentaciones diferentes.

- | | |
|----|----|
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |
| | 5. |

EVALUACION DEL FONEMA "D"

Al principio de palabra

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Das		Dona	
Debe		Duda	
Dice		Duro	

Entre vocales Pron. Aproximada Pron. Aproximada

Nada		Lado	
Pide		Nada	
Mudo			

Antes de consonante

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Adviento		Pedro	
Admite		Adjunto	
Madre		Drama	

Después de consonante

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Munda		Tanda	
Vende		Mundo	
Gonda		Soldado	
Sondo		Balde	
Arde		Atigda	

EVALUACION DEL FONEMA "S"

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Sol		Sn	
Silla		Cerca	
Sul		Sube	

Entre vocales

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Oso		Gusano	
Así		Mexi	
Tuza		Hizo	

Antes de consonante

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Resbala		Esera	
Cusco		Rasgo	
Pescado		Asno	

Después de consonante

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Absoluto		Al final	
acción		Dos	
Salsa		Tomás	
Cansado		Calles	
Marso		Es	

EVOLUCIÓN DEL FONEMA "L"

al principio de palabras

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Luz		Liso	
Los		Lidia	
Ley		Lima	
Luna			

Entre vocales

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Pala		Palo	
Tala		Tela	
Malo		Suelo	

antes de consonante

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Culpa		alcancia	
Elsa		Golfo	

Algo

Anselmo

Después de consonante

Pron. Aproximada

Pron. Aproximada

Habla

Gloria

Musto

Berli

Flecha

Musto

Flaco

EVALUACION DEL FONEMA "R"

Entre vocales

Pron. Aproximada

Pron. Aproximada

Cara

Furia

Toro

Loro

Veré

Luro

Viré

Aro

Corado

Antes de consonante

Pron. Aproximada

Pron. Aproximada

Arbol

Carlos

Hierba

Firme

Arco

Forma

Sordo

Carpa

Virgen

Carne

Berla

Muerto

Después de consonante

Maño

Costra

Pedro

Entra

Frio

Abre

Gracias

Prisa

Prado

Tronco

Tropa

Gruoso

Creo

Al final de palabra

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Platicar		Decir	
Comer		Tomar	
Hacer		Color	
Botar			

EVALUACION DEL FONEMA "RR"

Al principio de palabra

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Rora		Roca	
Reata		Reloj	
Ri-La			

Entre vocales

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Perro		Cerro	
Carro		Torre	
Gorra			

Después de consonante

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Enrique		Alrededor	
Sonrisa			

EVALUACION DEL FONEMA B y V

Al principio de palabra

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Bata		Boca	
Bote		Bicho	
Boda		Vida	
Bala			

Entre vocales

	Pron. Aproximada		Pron. Aproximada
Daba		Nieve	
Iba		Nuevo	

Cabeza
Sube

Lobo

Antes de consonante

Pron. Aproximada

Bravo
Niebla
Tabla

Pron. Aproximada

Bruja
Apre

Después de consonante

Pron. Aproximada

Advierto
Calva
Timbre
Árbol

Pron. Aproximada

Álberto
Curva
Hombre

EVASIONES DEL FONEMA "Y" y "L"

Al principio de palabra

Pron. Aproximada

Lleno
Lluvia
Yegua
Llave
Yunque

Pron. Aproximada

Yo
Yolanda
Llorar
Llover
Llano

Entre vocales

Pron. Aproximada

Payaso
Mayon
Mellizo
Hoyo
Ajua

Pron. Aproximada

Papaya
Brillo
Silla
Ladrillo
Talla

COPIA DE TRAZOS

Mexico

soldado

palo

burro

DICTADO

<i>tabla</i>	<i>Adriana</i>	<i>plano</i>	<i>rico</i>	<i>suma</i>	<i>México</i>
<i>arriba</i>	<i>corazón</i>	<i>queso</i>	<i>tonero</i>	<i>dado</i>	<i>cara</i>
<i>globos</i>	<i>elote</i>	<i>columpio</i>	<i>dragón</i>	<i>Pablo</i>	<i>nosa</i>
<i>temprano</i>	<i>lata</i>	<i>refresco</i>	<i>gallina</i>	<i>pelota</i>	<i>gorro</i>
<i>pato</i>	<i>blanco</i>	<i>nariz</i>	<i>leche</i>	<i>verde</i>	<i>sol</i>

EVALUACION DE LECTURA

roja	loro	blanco	torero	huevos
negro	borrego	muño	calle	lápiz
nariz	globos	dedos	melones	lluvia
frente	muñeca	atale	pierna	quesos
rodilla	tijeras	naranjas	frijoles	gato
pollo	caballo	caricas	leche	azul
agua	llave	sapo	tortuga	oreja
vaca	dibujos	luna	gusano	brazo
burro	cubeta	toro	trompo	chocolate
mango	verde	payaso	elote	gallina

COMPRESION DE LECTURA

LA ZORRA Y EL CUERVO

Sobre la rama de un árbol descansaba un cuervo con un sabroso queso en el pico. En eso estaba cuando pasó la zorra, y ansiosa de robarle el — manjar, se acercó a hablarle.

- Amigo cuervo, que plumaje tan hermoso tienes. Supongo que si tu canto es tan hermoso como las plumas de tu cuerpo, nadie se atreverá a de cir que no eres el rey del bosque. Canta un poco, te lo suplico para que— yo escuche la melodía de tu voz.

El cuervo se sintió muy halagado por aquellos bonitos elogios y supo— niendo que la zorra realmente lo veía hermoso y que se quedaría muy admira— da con su voz, abrió el pico para cantar y con esto el queso cayó justa— mente en el hocico preparado de la zorra, que desde abajo lo miraba.

- Muchas gracias, amigo cuervo. Esto era lo que esperaba.

Y así diciendo, la astuta zorra se fué de allí muy campante.

La Fontaine

FORMATO DE ENTREVISTA CON EL NIÑO

- ¿ Como te llamas? _____
- ¿ Vas a la escuela? _____ ¿ Como se llama tu maestra? _____
- ¿ Platicas con ella? _____ ¿ Porqué? _____
- ¿ Te gusta ir a la escuela? _____ ¿ Porqué? _____
- ¿ Tienes amigos en la escuela? _____ ¿ Como se llaman? _____
- _____
- ¿ Juegas con ellos _____ ¿ A que juegas? _____
- ¿ Que haces cuando llegas de la escuela? _____
- _____
- ¿ Que haces en las tardes? _____
- ¿ Tienes hermanos _____ ¿ Juegas con ellos? _____
- ¿ Haces las tareas _____ ¿ Te ayuda alguien a hacerlas? _____
- ¿ Quien? _____
- ¿ En que lugar realizas la tarea? _____
- ¿ Como se llama tu papá? _____
- ¿ Juegas con el? _____ ¿ Porqué? _____
- ¿ A que juegas con tu papá? _____
- ¿ Como se llama tu mamá? _____
- ¿ Juegas con ella? _____ ¿ A qué? _____

NOTA. La serie de preguntas planteadas arriba, es solo un ejemplo de la entrevista que se realiza de manera abierta. Tomando en cuenta que todas las preguntas irán encaminadas a obtener información referente a la interacción del niño con las personas que le rodean y a las actividades que realiza dentro y fuera de casa.