

121915

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES



"IZTACALA"

U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

LA INTERVENCION PROFESIONAL DEL PSICOLOGO
EN LA TERAPEUTICA Y REHABILITACION DE
SUJETOS RETARDADOS BAJO EL CONTEXTO
DE LA ASISTENCIA SOCIAL INSTITUCIONAL

001
31921
PI
1990-3

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

LILIA PEREZ RODRIGUEZ

XAVIER CRUZ LARA

México, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A MIS PADRES:

ANGEL Y VICKY

A quien, si no a ellos
que representan en mi vida
el más valioso tesoro.

A LORENA,

mi pequeña compañera
de siempre.

Lilia

PARA MIS PADRES:

MARIA ENRIQUETA LARA HERNANDEZ

ISAURO CRUZ GONZALEZ

Y HERMANOS

XAVIER

Deseamos expresar nuestro sincero agradecimiento al **LIC. ANGEL LUIS LEON**, asesor de la presente tesis y sin cuyo apoyo no se hubiera realizado este trabajo.

A las psicólogas **PATRICA LANDA** y **ROSA DEL CASTILLO**, por sus revisiones y sugerencias de gran utilidad para mejorar el manuscrito.

Finalmente, nuestra gratitud a todas aquellas personas que de un modo u otro contribuyeron para que este trabajo se hiciera posible.

Bienaventurados los que comprenden mi extraño
paso al caminar y mis manos torpes.

Bienaventurados los que saben que mis oídos
tienen que esforzarse para comprender lo
que oyen.

Bienaventurados los que comprenden que
aunque mis ojos brillan, mi mente es lenta.

Bienaventurados los que saben que mi corazón
siente, aunque no pueda expresarlo.

Bienaventurados los que me ayudan en mi
peregrinar a una vida normal.

Gracias a tí, por brindarme tu amor
y aceptarme tal como soy
y no como otros quisieran que fuera.

Anónimo.

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION **IZT.** 1001127

CAPITULO I ANTECEDENTES DE LA ASISTENCIA SOCIAL

- La asistencia social antes y durante la Colonia 10
- La asistencia social durante la reforma y el porfiriato 13
- La asistencia social en el México moderno 18
- Centro Asistencial "Valle Narvarte" 34

CAPITULO II EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN INSTITUCIONES QUE BRINDAN ASISTENCIA Y EDUCACION A SUJETOS CON NECESIDADES ESPECIALES

- Función profesional del psicólogo en educación especial y rehabilitación 42
- Elaboración de evaluaciones conductuales 50
- Clasificaciones 54
- Intervenciones terapéuticas 55

CAPITULO III ANALISIS CONSTRUCCIONAL

- Aproximación t6pica-lineal 68
- Aproximaci3n sist6mica-no lineal 70

CAPITULO IV METODOLOGIA CONDUCTUAL

- M6todo 80
- Casos ilustrativos 84
- Discusi3n 114
- Consideraciones generales 115

CAPITULO V METODOLOGIA CONSTRUCCIONAL

- M6todo 118
- Resultados 121
- Conclusiones 123

CONCLUSIONES GENERALES 126

ANEXOS 136

REFERENCIAS 171

**LA INTERVENCION PROFESIONAL DEL PSICOLOGO
EN LA TERAPEUTICA Y REHABILITACION DE
SUJETOS RETARDADOS BAJO EL CONTEXTO
DE LA ASISTENCIA SOCIAL INSTITUCIONAL**

I N T R O D U C C I O N

México es un país en vías de desarrollo con grandes contradicciones en su estructura social, por existir una gran diferencia en los niveles económicos, lo que provoca la apari--ción de miles de individuos que sobreviven en la miseria en el interior del país y en las zonas marginadas de las grandes - ciudades; de ellos una gran proporción se encuentran en condiciones de mendicidad, indigencia, abandono y orfandad.

Históricamente, desde el período colonial hasta nuestros - días, se han creado numerosas instituciones de custodia de - orientación caritativa, benéfica y asistencial (hospicios, asilos, internados, albergues, casas hogar y hogares sustitutos), con el fin de proteger y promover el bienestar de los sectores más necesitados de nuestra sociedad, constituidos fundamentalmente por menores y ancianos en estado de abandono, adultos indigentes y madres sin recursos.

En este contexto es notorio observar a través de los años una mayor y creciente preocupación por asistir a la niñez desprotegida y desamparada como grupo que requiere de especial - atención y cuidado.

Sin embargo y paradójicamente a ese desarrollo, las prácticas asistenciales infantiles se otorgaron y mantienen ope--rando en forma selectiva y discriminatoria, protegiendo de ma

nera prioritaria y preferente a niños y jóvenes en completa orfandad o en estado de abandono total y parcial, descuidando otros sectores de la niñez que, sin contar con apoyo, protección o tutela familiar presentan variedad de problemas biológicos, sensoriales, motores o habilitatorios (retardados, autistas, Síndrome de Down, parálisis cerebral, con problemas de audición, visión o lenguaje), convirtiéndolos en sujetos de la recepción de servicios asistenciales en forma preferente.

El perfil de la historia asistencial a individuos que carecen de amparo y tutela familiar, sufre una ligera pero significativa transformación a principios de los años 60, cuando se funda la primera institución benéfica (Centro "Valle Narvarte"), para el albergue de niños abandonados con "deficiencia mental". Durante los siguientes años hasta la fecha, este centro será el punto exclusivo de atención residencial oficial a infantes y adolescentes sin amparo que sufren de retardo comportamental.

Por ello, no sorprende que dentro de las políticas sociales del Estado, no se destaquen las relativas a la seguridad y asistencia social de poblaciones desamparadas con necesidades de educación especial, a pesar de que se dispone de una legítima normatividad institucional dentro del marco constitucional (Ley General de Asistencia Social), que "garantiza" y reglamenta la obligación del Estado por brindar servicios - -

asistenciales preferentemente a individuos con carencia familiares "en estado de necesidad, desprotección, o desventaja física o mental" (Diario Oficial No. 6, enero 1986, p. 11).

En la actualidad, el Centro Asistencial Valle Narvarte se ubica orgánicamente dentro del sistema DIF como un hogar sustituto colectivo específico, brindando atención residencial las 24 horas del día (alojamiento, alimentación, higiene, ropa y servicios profesionales), a menores en estado de abandono total y parcial que presentan problemas de retardo psicológico debido a diversas etiologías orgánicas y/o sociales, y que necesitan de formas específicas de atención en lo biológico, social, psicológico y educativo.

El énfasis en esta institución asistencial responde a varias cuestiones fundamentales que dan cuenta de su singular característica e importancia.

En primer lugar, dado que es el único centro oficial en el país para la asistencia social de menores abandonados que sufren deficiencias en su desarrollo psicológico, lo que ocurra en esta institución no sólo será importante para la vida de este centro, sino para la historia asistencial a individuos atípicos desamparados en México.

En segundo lugar, tomando en cuenta su reciente emergencia y exclusividad en el terreno asistencial, y el hecho de que la población usuaria la forman sujetos con requerimientos

de educación especial, constituye un nuevo escenario y campo de acción del psicólogo con amplias perspectivas futuras de desarrollo. Considerando además la ausencia de sistemas alternativos de atención residencial y/o comunitaria, y el amplio número de individuos desventajados que demandan servicios asistenciales psicológicos de rehabilitación y el número creciente de esa población a futuro, bajo condiciones de crisis económica nacional.

Finalmente, porque representa el ámbito institucional dentro del cual se desarrolló el presente trabajo, donde la intervención del psicólogo ha llegado a presentarse en forma limitada y tradicional. Con el compromiso profesional de redefinir el trabajo del psicólogo tanto dentro de la institución como a lo interno de la disciplina, a través de la incidencia en nuevos problemas, formas de evaluación-tratamiento y tipo de soluciones, distintas a las que tradicionalmente se han manejado.

Es importante señalar que históricamente el Centro Asistencial Valle Narvarte, aun cuando ha cubierto el objetivo de asistencia social originalmente asignado, relativo al cuidado y seguridad personal, ha carecido de formas de intervención terapéutica encaminadas a la evaluación y tratamiento conductual de los usuarios asistidos.

Este último aspecto no es de extrañar, si consideramos -

que actualmente las principales instituciones oficiales dedicadas a brindar servicios a personas que requieren educación especial y rehabilitación (la Dirección General de Educación Especial y la Subdirección de Rehabilitación del Sistema DIF), se caracterizan porque el psicólogo continúa desempeñando un papel eminentemente tradicionalista circunscrito a evaluar la conducta del niño mediante la aplicación de pruebas psicométricas, citarlo a algunas sesiones, y hacer recomendaciones vagas al maestro o a los padres, sin posibilidad de aplicar los avances y contribuciones teórico-metodológicas de la disciplina conductual (Márquez y Hernández, 1987; Vázquez, 1988).

Lo anterior conduce a la necesidad de redefinir las funciones y actividades del psicólogo dentro del ámbito institucional oficial, concretamente en el Centro Valle Narvarte, como a lo interno de su campo disciplinario, por lo que se requiere elaborar programas de investigación e intervención conductual que habiliten a los sujetos desventajados en las áreas del desarrollo psicológico donde muestren deficiencias, con la finalidad última de establecer repertorios y habilidades de competencia social e independencia. Además de que dichos programas puedan ser aplicables de manera masiva por los profesionales de la enseñanza especializada para el tratamiento a gran escala de individuos retardados que demandan atención psicológica de asistencia residencial rehabilitatoria.

Por tal motivo, el presente trabajo tiene como propósito diseñar métodos efectivos y estrategias de enseñanza aplicables a nivel masivo, que garanticen por un lado el aprendizaje y desarrollo de conductas adaptativas y funcionales al me dio, y por el otro, la solución a problemas conductuales de in teracción social, destinados en ambos casos a favorecer la in tegración del menor usuario retardado a su ambiente inter e - intra institucional.

Con base en una perspectiva conductual, se han desarrollado una serie de estrategias de intervención encaminadas a modificar conductas problema en el niño, que son tratadas di rectamente con el fin de eliminarlas o suprimirlas. Sin embargo, permanecer en este nivel conceptual de operación equivale a quedar nuevamente instalado en la lógica del modelo mé dico que se ha pretendido superar.

El carácter de esta analogía se pone de manifiesto en - que ambos modelos (médico y conductual) comparten una preocupación clínica en base a una orientación patológica, ya que - hacen énfasis en la desaparición de síntomas y/o conductas va loradas clínicamente como enfermas o inadaptadas. Sin considerar que el cambio psicológico "...No debe darse como pura - eliminación de lo patológico, sino que necesariamente se re-- quiere de la construcción de opciones en términos con la pro pia historia y recursos conductuales de la persona" (Ribes, 1985, p. 8). Bajo esos lineamientos, una adecuada interven--

ción conductual radicaría "...no en lo que el individuo no debe hacer, sino por el contrario, lo que puede hacer y las diversas opciones disponibles en el ambiente y su historia interactiva para lograrlo" (p. 7), siendo el modelo construccional (Goldiamond, 1974 a), la alternativa y estrategia de cambio psicológico viable para la eliminación de ciertas prácticas conductuales tradicionales.

Bajo un modelo de este tipo, la función del psicólogo - asume un carácter distinto al que tradicionalmente se ha manejado. La alternativa profesional requiere que el psicólogo - no sólo construya habilidades nuevas y adaptativas incompatibles a la aparición de conductas problema, sino también que - los nuevos repertorios compitan socialmente con el fin de recibir iguales o más beneficios y menos costos de los que provoca la conducta inadecuada.

Sobre esta base se han desarrollado procedimientos construccionales dirigidos en su mayoría a solucionar problemas - de orden clínico, a pesar de los resultados favorables encontrados bajo esta lógica de trabajo, actualmente existe poca investigación en el área de educación especial (por no decir - que nunca se ha realizado), sobre todo del tipo que ofrezca - posibilidades de insertar procedimientos rápidos y económicos encaminados a resolver problemas de conducta con sujetos desventajados, y que además sean de fácil manejo y aplicación - dentro de escenarios institucionales.

Teniendo en cuenta la exclusividad en el uso del modelo constructivista, se ve la necesidad de elaborar y explorar estrategias perfectibles y autocorregibles que permitan construir habilidades prosociales en personas retardadas. Estas inquietudes se retoman y reflejan en el presente trabajo, que tiene como un propósito más, mostrar un procedimiento dentro del marco constructivista, destinado a mejorar la calidad interactiva de menores retardados institucionalizados con base en la construcción de repertorios de competencia social que provoquen a la vez una reducción en la aparición de conductas problema previamente detectadas.

Para el cumplimiento de nuestros propósitos y para fines de contextualización, se presenta en el capítulo I una propuesta que permite periodizar la evolución que la asistencia social a desamparados ha tenido en nuestro país, destacando el nulo interés por tratar de ayudar a personas en estado de abandono con desventajas físicas y psicológicas. Asimismo se describe la secuencia histórica del Centro Asistencial "Valle Narvarte" y su condición actual, señalando las funciones, actividades y tareas que el psicólogo ha venido desempeñando.

En el capítulo II se analiza el perfil laboral del psicólogo tradicional en el área de la educación especial y rehabilitación y las limitantes de su trabajo, señalando la estrategia de evaluación conductual como opción para la superación -

de ciertas prácticas psicológicas con énfasis en el modelo médico de enfermedad.

El siguiente capítulo describe los planteamientos y lógica de trabajo del modelo construccional (Goldiamond, 1974a), como una alternativa en la superación de ciertas prácticas - conductuales tradicionales, los casos en los que se ha aplicado y resultados obtenidos.

En el capítulo IV se exponen los procedimientos de diagnóstico y el diseño, elaboración y evaluación de los programas de intervención implementados.

En el capítulo siguiente se muestra la propuesta metodológica construccional para la solución de problemas conductuales previamente identificados, así como las conclusiones a - las que se llegó en base a los resultados.

Finalmente se presentan las conclusiones generales y su gerencias para futuras intervenciones psicológicas dentro del marco de la asistencia social, centrada institucionalmente.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES DE LA ASISTENCIA
SOCIAL EN MEXICO

ANTECEDENTES DE LA ASISTENCIA SOCIAL

A pesar de que la asistencia social, como principio otorgante de bienestar al desamparado e incapacitado, no es un campo propio de la psicología, su abordaje y comprensión es necesario, ya que permite ubicar y contextualizar de mejor forma la actividad psicológica llevada a cabo dentro del marco asistencial institucional.

Por lo anterior, se iniciará este capítulo con una revisión modesta y somera desde una perspectiva histórica del origen y evolución de la asistencia social, sus antecedentes conceptuales y derivaciones prácticas, tomando como eje fundamental la atención otorgada a individuos desamparados: niños, adultos y ancianos en situación de desventaja o desprotección social y en especial de menores con retardo conductual en estado de abandono y con requerimientos de educación especial. Debido fundamentalmente a que la acción asistencial nace y se forma ligada a estos sectores de la población, constituyendo los individuos desventajados y sin amparo el centro de nuestro análisis y práctica profesional.

LA ASISTENCIA SOCIAL ANTES Y DURANTE LA COLONIA

Para algunos autores (Alvarez et al, 1960; Miranda, - - 1987), el conocimiento que se tiene de los servicios de carác

ter asistencial en nuestro país, se remonta a ciertas prácticas comunitarias prehispánicas particularmente entre los aztecas, quienes otorgaban al desvalido una asistencia integral - que atendía completamente sus necesidades básicas, adquiriendo una importancia preponderante la protección y educación de niños huérfanos como de adultos enfermos y pacientes incurables.

Durante la Colonia, la ayuda al desprotegido se conformó con base en el pensamiento católico, que consideraba como un alto valor el amor al prójimo y por ende, la caridad y filantropía.

En esta época se fundan instituciones benéficas de servicio a semejanza de las establecidas por la caridad española, operadas por particulares y asociaciones religiosas (Sistema nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [DIF] 1985).

En el Cuadro 1 se presentan los principales momentos históricos en la configuración de las primeras acciones asistenciales coloniales. Es notorio observar que la ayuda a indígenas y niños huérfanos y expósitos, constituyó la preocupación y grupo preferente de los servicios otorgados, implicando un tipo de asistencialismo empírico, espontáneo y católico fundamentalmente de tipo hospitalario.

CUADRO 1

ANTECEDENTES COLONIALES DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN MEXICO

- 1523 - Se crea en Texcoco la primera escuela para niñas.
- 1530 - Se funda el hospital rural de "San José de los Naturales", buscando la protección de los indígenas.
- 1532 - Vasco de Quiroga funda en Santa Fe la casa de niños expósitos, considerada la primera casa cuna del mundo.
- 1535 - El mismo Vasco de Quiroga establece el hospital de Pátzcuaro para atender problemas de salud a indígenas, instaurando talleres para adiestrarlos en oficios útiles para su subsistencia.
- 1548 - Recibe reconocimiento oficial el colegio de "Santa Cruz" - en Tlatelolco, dedicado a la instrucción de niños desprotegidos, también se funda el asilo para enfermos.
- 1566 - Bernardino Alvarez crea el hospital "San Hipólito" para enfermos mentales, además de construir albergues tipo hospitales en las rutas México-Acapulco-Veracruz, con la finalidad de brindar alimentos y medicinas a los viajeros.
- 1687 - José Sayago atiende en su casa a mujeres dementes que deambulan por las calles, quedando formalmente constituido en 1700 como hospital para enfermas mentales.
- 1767 - Se establece la casa de niños expósitos "La Cuña", por Antonio Lorenzana y Butrón.
- 1768 - Se organiza el primer hospicio para pobres.
- 1771 - Se funda por cédula real el "Asilo de Pobres o Casa de la Misericordia".
- 1778 - Por obra de Fernando Ortiz, se funda el hospital de niños que en un principio no sólo albergó a menores abandonados pobres o huérfanos, sino también adultos y ancianos menesterosos.
- Además, en este año se crea la casa hospital para mendigos con el fin de evitar que siguieran pidiendo limosna.
- 1805 - El Virrey Iturrigaray inaugura la escuela "La Patriótica" para niños huérfanos, recibiendo educación cristiana y civil.

Entre los personajes que más se distinguieron por su labor asistencial, sobresale el religioso español Fray Vasco de Quiroga, Obispo de Michoacán y protector de indígenas, considerado como el pionero en México de los primeros sistemas asistenciales conocidos por nosotros (Zepeda, 1933).

Como puede observarse, las prácticas asistenciales de esta época tuvieron como matiz central ser sumamente esporádicas e inconexas (sin guardar ninguna vinculación directa entre sí), teniendo como propósito fundamental auxiliar a personas que se encontraban en alto grado de necesidad, en las cuales se procuraba únicamente atenuar los daños provocados por la situación de vulnerabilidad (DIF, 1986).

En relación con su aplicabilidad, los servicios se implementaron sin un marco jurídico adecuado, atendiendo primordialmente a motivos ideológicos, éticos y religiosos, y no como debiera ser en función de las necesidades propias de los grupos más desprotegidos y marginados.

LA ASISTENCIA SOCIAL DURANTE LA REFORMA Y EL PORFIRIATO

Una vez consumada la Independencia y establecidas las Leyes de Reforma, se empieza a dar un cambio sustancial en las acciones y servicios asistenciales, pasando éstas del simple altruismo y caridad a un concepto más integral de beneficencia pública (Asistencia, 1934; DIF, 1985). Bajo el gobierno

del Presidente Juárez se crea la beneficencia pública o social, que propugnó por el otorgamiento de servicios en favor de los necesitados y protección y apoyo a quienes no podían valerse por sí mismos, creándose en 1861 la Dirección General de Fondos de Beneficencia dependiente del Gobierno del Centro. Con este nuevo organismo estatal se incautan de inmediato los establecimientos benéficos que eran controlados y administrados por el clero, quedando bajo la custodia de la autoridad pública, la cual tenía como encargo vigilar que dichos establecimientos fueran correctamente administrados, manejando sus fondos con atingencia (DIF, 1986).

Paralelamente a estos establecimientos surge la beneficencia privada basada en las ideas de la filantropía, fraternidad y humanitarismo, sobre todo en el período en que se desarrolla el Pensamiento de la Ilustración, fundando más adelante instituciones para la ayuda de personas de escasos recursos (Miranda, 1987).

Estos hechos señalan la ruptura y marcan la etapa en que se deja al margen la caridad cristiana y religiosa como elemento rector de ayuda social, sustituyéndose por acciones públicas y privadas de beneficencia social.

Es en este contexto en que empieza a darse un cambio significativo y radical en la transformación y fundación de instituciones de promoción y ayuda al necesitado, creándose por

primera vez en México establecimientos para el cuidado y atención de personas con necesidades de educación especial.

Así, en 1867, por decreto del Ministerio de Justicia, se establece la Escuela Normal de Sordomudos y en 1870 se inaugura la Escuela Nacional de Ciegos, teniendo entre sus metas - - adiestrar a personas con atipicidades sensoriales en trabajos que les fueran útiles para su subsistencia (Larroyo, 1959; Alvarez, et al, op. cit.).

Sin embargo, la atención impartida en estos establecimientos al igual que en los restantes centros benéficos dejaron mucho que desear, implementando sus programas en precarias condiciones y con muy pobres resultados, logrando sobrevivir en un estado de abandono y pobreza tales, que la mayoría de los servicios otorgados sólo resultaron relativamente útiles por el denodado esfuerzo y constancia del personal que laboraba en ellas (Zubirán, 1943).

De entre los factores que influyen en la configuración de tales sucesos, sobresalen los siguientes:

1. Falta de interés y preocupación del gobierno respecto a la vida de los organismos benéficos públicos.
2. Escasez de recursos financieros de las juntas de beneficencia encargadas de administrar y otorgar los servicios básicos de ayuda.

3. La inexistencia de concepciones teórico-metodológicas de intervención multidisciplinaria, que dieran lugar a formas programáticas de solución a problemas asistenciales, originando la perpetuación de métodos y sistemas anticuados e inoperantes.

De esta manera, durante la Reforma Liberal, el gobierno mexicano interviene buscando el rompimiento y extinción de antiguos moldes y prácticas caritativas-cristianas, estableciendo un sistema asistencial con fundamento en la beneficencia pública, la que sin embargo, continuó ejerciendo y aplicando antiguas estrategias de apoyo social; intuitivas, empíricas y pragmáticas establecidas desde el virreinato.

En cuanto a las tareas y obligaciones del Gobierno Federal, quedaron limitadas a una simple labor de vigilancia administrativa, teniendo como única función el custodiar que las instancias de beneficencia administraran correctamente sus recursos financieros sin derroche (DIF, 1986).

Durante el Porfiriato se promulga la primera Ley de Beneficencia Privada en el año de 1899, autónoma e independiente de las asociaciones que controlaba y vigilaba el Poder Público. Posteriormente en 1902, reaparece la beneficencia pública dependiente de la Secretaría de Gobernación (Alvarez, et al, op. cit.).

Es en este marco jurídico, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, que se reglamenta a las instituciones de asistencia privada y se fundan establecimientos de asilo para mendigos, niños expósitos y desvalidos (Asistencia, 1934).

Sin embargo, las dependencias benéficas que se mantuvieron y funcionaron se caracterizaron por su pésima organización, sin cubrir ni dar solución satisfactoria a las necesidades - más apremiantes de los usuarios a quiénes iban dirigidos tales servicios (Zubirán, 1943). Quedando una vez más truncados - los intentos por construir un sistema asistencial que contribuyera en forma eficaz a cubrir de manera eficiente e integral las demandas de los grupos más desprotegidos del país.

Resumiendo, durante este período, igual que el anterior, los organismos de servicio benéfico (escasos y deficientes), mostraron un enorme contraste entre la ayuda proporcionada y las grandes necesidades de los grupos marginados y desprotegidos en materia de carácter asistencial, quedando excluidas - grandes poblaciones de individuos desamparados de las acciones benéficas del Estado, entre las que figuran niños, jóvenes, mujeres y ancianos sin recursos económicos, empleo u hogar, sin olvidar a menores de edad con retardo comportamental en situación de orfandad o abandono total.

LA ASISTENCIA SOCIAL EN EL MEXICO MODERNO

Durante la segunda década del siglo XX y una vez conluida la Revolución Mexicana, se fomentó el interés y preocupación real del Estado por la resolución de los problemas asistenciales, iniciándose una nueva etapa en la vida de las instituciones de seguridad y bienestar social.

Transformación que se inicia en 1920 con la reorganización de la antigua beneficencia social y de sus organismos - afiliados, encargada de planear y establecer nuevas técnicas y procedimientos de promoción y protección asistencial, con secuencia lógica de los avances científicos, tecnológicos y metodológicos que habían alcanzado diversas ramas del conocimiento a principios del siglo (Báez, 1943).

Esta situación mejoró aún más por el creciente apoyo - económico de la autoridad federal, quien, en 1921, reorganiza los fondos de la Lotería Nacional, asignándolos en exclusividad para el financiamiento y funcionamiento de los programas de la beneficencia pública, siendo la población infantil la primera en recibir tales beneficios (DIF, 1985).

Así, a partir de los años 20's se vislumbra una creciente preocupación por atender al sector de la población infantil, como grupo que requiere de atención y cuidado especial, y en particular, de aquéllos carentes de amparo y protección

social, preocupación que se refleja y queda constatada por los eventos y trabajos organizados, en 1921, en el que se lleva a cabo el primer Congreso Mexicano del niño, donde se analiza el tema de la higiene infantil y la práctica de hábitos higiénicos en los niños, a través del cambio curricular en la escuela y la orientación a los padres sobre aspectos de cuidado y aseo personal (DIF, 1988).

Y es precisamente a partir de un trabajo de ponencia como surge la propuesta para crear centros de higiene infantil distribuidos en las zonas periféricas y marginadas de la ciudad, con objeto de proteger a la madre gestante y posteriormente al hijo, que no cuenten con sistema alguno de seguridad social.

De los escritos publicados, destaca el libro La psicología de los niños anormales, editado por el Departamento de Salubridad, donde se describe la prevención de las anomalías psíquicas en relación con sus posibles causas pre y perinatales (Alvarez, et al, 1960). Iniciándose con esto una preocupación institucional dentro de un plan informativo para prevenir y evitar posibles causas de desarrollo físico y psicológico anormal.

Por otro lado, en 1929 se funda la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, constituyendo un nuevo organismo del Estado con el fin de realizar acciones de protección y am

paro a menores procedentes de familias sin posibilidades económicas, siendo su tarea principal dotar de desayunos a infantes que acudían a la misma Institución o que asistían a escuelas localizadas en zonas marginadas de la ciudad (DIF, 1985).

En el año de 1934, la Beneficencia Pública otorga servicios de apoyo y protección en favor de quiénes no podían valerse por sí mismos, siendo sus instrumentos de acción la Escuela para Ciegos y Sordomudos, el Manicomio General de Mixcoac, el Asilo para Ancianos, Casas Amiga de la Obrera y el Dormitorio Público para Niños Indigentes y Estudiantes sin Recursos, donde se les ofrecía alimento y un lugar donde dormir (Asistencia, 1934).

Durante la tercera década del siglo, en 1937, el General Cárdenas modifica la Ley de Secretarías y Departamentos del Estado, creando la Secretaría de Asistencia Pública, quien absorbe la totalidad de los establecimientos que correspondían a la antigua beneficencia pública y privada (Alvarez, et al, 1960).

Así, la Beneficencia Pública se transforma en Asistencia Pública, bajo este concepto se reconoce el derecho de los débiles sociales, orientando las acciones a combatir las causas que generan su situación. Surgen en consecuencia centros de asistencia infantil, hospitales, dispensarios, comedores, internados, escuelas y talleres, destacando los denominados ho

gares sustitutos, con la mira de albergar a menores de edad - en condiciones de desintegración familiar, abandono u orfan--dad. En cada uno de estos pequeños hogares tipo familia, una encargada tenía a su cuidado de cinco a seis niños con respon--sabilidad de educarlos y protegerlos (Asistencia Pública, - - 1941).

Posteriormente, en 1941, se establecen los llamados hoga--res colectivos que asistían a una población de 7 a 20 menores, entre los 5 y 18 años de edad. Estas casas tipo hogar surgie--ron para sustituir a los caducos orfanatorios e internados in--fantiles y juveniles que, de acuerdo a la política del momen--to, debían desaparecer, debido a que los usuarios se desarro--llaban dentro de un ambiente impersonal y anónimo, sin posibi--lidad de recibir atención y educación individualizada (Artea--ga y León, 1987).

Es así como la Secretaría de Asistencia a través de los hogares sustitutos y colectivos, ^{en los cuales se} inicia en forma sistemática y coordinada un plan para modificar el estado de indefensión y abandono por el que atraviesa una mayoría de los infantes - en nuestro país. / Fundando establecimientos de bienestar so--cial tipo Hogar-Sustituto para proteger a este gran sector - marginado de la población infantil.

Desafortunadamente, en los requisitos de ingreso donde - se delimita el perfil del beneficiario a ser admitido en los

hogares, no se acepta el internamiento de infantes en condiciones de enfermedad física o "mental", por lo que automáticamente niños con retardo en su desarrollo y en situación de desamparo, quedaron fuera, sin posibilidad de beneficiarse de tan importante servicio asistencial. TC 1-0

Con ello comienzan a ser selectivas las acciones de amparo colectivo infantil, atendiendo únicamente a un sector de la niñez desamparada con características bien definidas. página 25 después a la página 24 después página 26

Paralelamente a estos acontecimientos, surge el interés en la significación de la asistencia social y de la forma en que es conceptualizada. Con la realización del I Congreso Nacional de Asistencia, en agosto de 1943, se inicia una metamorfosis conceptual asistencial, dejando a un lado criterios de caridad o beneficencia, sustituyéndose por acciones de justicia y bienestar social. Se llega a considerar la acción asistencial como un deber del Estado y la sociedad con categoría de indefectible servicio público, y como tal, el derecho de los ciudadanos, en especial de los débiles sociales, de exigir la prestación de servicios de asistencia, o sea, el reconocimiento jurídico de un derecho por constituir la práctica asistencial una obligación del Estado para impartirla (Báez, 1943; Zubirán, 1943).

Estas formulaciones colocaron a la asistencia social como un sistema de derecho inalienable del individuo y obliga--

ción permanente de sus gobernantes, con objeto de lograr el bienestar general de la población, y en especial de aquella constituida por personas que por diversas causas socio-económicas carecen de condiciones propias para su desarrollo individual y social.

De esta forma comienza a magnificarse el concepto de asistencia social, sustituyéndose por el de asistencia pública, lo que trajo como consecuencia nuevas acciones, así como sujetos a atender en razón de sus características de limitación o abandono (Miranda, 1987).

También en la creación de dependencias gubernamentales se dan cambios trascendentales, hacia 1943 se establece la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad, que a través de la Dirección General de Asistencia Social se convierte en el nuevo organismo estatal de planificación, promoción y administración de las actividades necesarias para proporcionar servicios sociales asistenciales (DIF, 1985).

La característica central de la Dirección es su preocupación por dirigir acciones pro-sociales a poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad y menores posibilidades de ingreso y mantenimiento autónomo en el contexto social, constituida preferentemente por menores y ancianos carentes de hogar o procedentes de ambientes familiares desorganizados, de

adultos indigentes, minusválidos y núcleos familiares sin posibilidades económicas y que por su desfavorable situación socioeconómica necesitan de apoyo urgente para solucionar graves problemas de existencia (alimenticios, de salud y vivienda, de productividad).

Para cubrir las necesidades de estos grupos, se adaptaron y pusieron en marcha numerosos servicios y centros asistenciales acordes a las características particulares de cada población, destacando las casas para ancianos, los comedores y dormitorios públicos, así como los internados y albergues infantiles, juveniles y familiares.

En general, la asistencia social de esta etapa cubre tres características:

1. La preocupación por crear un sistema asistencial con status jurídico de carácter obligatorio.
2. El interés por desarrollar centros de protección asistencial para ciertos grupos de edad más vulnerables y desprotegidos: infantes, jóvenes y ancianos abandonados.
3. La preocupación por brindar servicios sociales con una clara concepción benéfico-asistencial de enfoque paternalista.

Sin embargo, la evolución de la asistencia social no fue del todo simétrica, palpándose desigualdades notorias

tanto de los servicios otorgados como de las poblaciones asis-
tidas. En general, millones de personas en situación de de-
samparo quedaron marginadas de innumerables servicios básicos,
de salud, educación, vivienda y alimentación.

Las aplicaciones prácticas de asistencia infantil se hi-
cieron discriminatorias, atendiendo a poblaciones infantiles
muy reducidas, evidenciándose la nula o poca atención presta-
da a menores indigentes con problemas de audición, visión, -
ajuste social o de retraso conductual. Por é ello, no sorpren-
de que durante las siguientes décadas no existieran institu-
ciones asistenciales residenciales con el fin de atender y -
proteger a individuos menesterosos excepcionales.

Por lo que nuevamente quedó trunca la posibilidad de - -
construir un verdadero sistema asistencial homogéneo integral,
en beneficio de personas impedidas, disminuidas y minusváli--
das que les permitiera los medios para satisfacer sus necesi-
dades básicas.

Un siguiente momento importante fue la fundación en 1961
del INPI (Instituto Nacional de Protección a la Infancia), -
que a través del Programa de Integración Social buscó la pro-
tección de niños huérfanos, abandonados o que vivieran y/o -
trabajaran en la vía pública, canalizándolos a las correspon-
dientes dependencias oficiales con el fin de buscar el mejor
medio para su desarrollo personal (DIF, 1988).

Dos años después, en 1963, tuvo lugar un hecho significativo y trascendental, se funda el Centro Asistencial "Valle Narvarte", auspiciado por un Club Rotario que da nombre al Centro, primero en su tipo, con la mira de albergar a niños abandonados de ambos sexos con retardo mental. Años después, la tutela del Centro es absorbida por la Dirección de Asistencia Social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Durante los posteriores años hasta la fecha, este Centro será el punto exclusivo de asistencia social oficial a - infantes y adolescentes desamparados con problemas de retardo conductual.

El período comprendido entre 1968 y 1975 se caracteriza por el surgimiento de dos organismos públicos descentralizados: el IMAN (Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez), e IMPI (Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia), - destinados a fomentar y apoyar la prestación de servicios - asistenciales (IMAN, 1968; IMPI, 1976).

A partir de 1977, las anteriores dependencias gubernamentales se fusionaron surgiendo el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), organismo del Gobierno Federal encargado de promover el bienestar social de la - población (DIF, 1978).

Al inicio de 1981 se realiza un serio ejercicio de coor-

dinación propuesto por la Secretaría de Programación y Presupuesto para establecer un marco secretarial de salud, asistencia y seguridad social. Por ese entonces se acepta el concepto de asistencia social entendido como "El conjunto de acciones de prevención, promoción y rehabilitación de carácter obligatorio, que el Estado debe realizar en beneficio de la población marginada, así como de las personas incapacitadas o en desventaja social y cultural para contribuir al bienestar y desarrollo individual y colectivo" (Miranda, 1987, p. 52).

Más tarde, en 1982, el sistema DIF se integra por Decreto Presidencial como un organismo descentralizado dentro del sector salud, encomendándole la tarea de coordinar los programas de asistencia social de carácter no hospitalario, disponiendo de los bienes muebles e inmuebles y recursos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia venía destinando a servicios de asistencia social (DIF, 1985).

Por tanto, el Centro Asistencial "Valle Narvarte" pasa a formar parte de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social del DIF, adscrito a la Coordinación Técnica de Integración Social como un hogar sustituto específico.

En 1983 se promulga la Ley General de Salud, y por primera vez en la historia legislativa de México, la asistencia social es considerada como materia de salubridad general, rompiendo con modelos tradicionales de asistencialismo o ayu

da y definiéndole un perfil coherente y sistemático para convertirla en un programa permanente y prioritario del gobierno, para la promoción del desarrollo y bienestar social (DIF, - - 1985b).

En consecuencia, se transformó radicalmente el perfil de la asistencia social, recibiendo el carácter de servicio básico de salud dentro del marco constitucional del Estado, quedando éste comprometido a proporcionar en forma sistemática - servicios de asistencia social y a normar, promover y coordinar los que brinden los sectores social y privado.

El nuevo perfil de las obligaciones asistenciales del Estado permitió reorientar la asistencia social bajo un marco conceptual renovado e integral, entendida como "El conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva" (DIF, 1985c, p. 8).

Esta nueva reformulación conceptual, permitió delimitar con mayor precisión su campo de acción, actualizando la dimensión de la población que requiere asistencia, es decir, aquellos sectores de la población que no están incorporados a sistema alguno de seguridad social, con el fin de procurarles -

los mínimos necesarios de bienestar a los que tienen derecho de acuerdo a la Constitución, permitiéndoles su rehabilitación y la adecuada integración a la sociedad a la que pertenecen.

Se determinó en 1983 que 32 millones de personas formaban la población desamparada, representando el 44% de la población total (DIF, 1985b). La incapacidad de atender a todos de inmediato, obligó al DIF a servir preferentemente con lo más necesario a quienes más lo necesitan, atendiendo prioritariamente a quienes la marginación social ha colocado en situación crítica, población cuyas condiciones socioeconómicas les pone en desventaja para responder a sus demandas esenciales de existencia.

Con el fin de garantizar la eficiencia y continuidad de las acciones asistenciales, el DIF estableció nueve programas institucionales a nivel nacional, destacando el relativo a la asistencia social a desamparados, siendo su campo de acción los niños huérfanos o abandonados, los ancianos desamparados, los adultos indigentes o en estado de abandono y las madres gestantes de escasos recursos (DIF, 1985). Para el desarrollo de tal programa, el DIF sostiene el funcionamiento de diversos centros de protección y ayuda social, contando con las siguientes instalaciones: casas cuna, casas hogar e internados para niños, niñas y ancianos, albergues temporales y hogares sustitutos, incluido el Centro Asistencial "Valle Narvarte".

El desarrollo de la asistencia social alcanza su punto máximo en 1986, con la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, que consolida su marco jurídico con una normatividad que uniforma sus servicios a nivel nacional para la atención de los individuos más desprotegidos del país (DIF, 1985; 1986b).

Esta ley, en su artículo IV fracciones I-VI y demás relativas, define como sujetos preferentes de la recepción de servicios asistenciales, a menores de estado de abandono y desamparo y que además presentan deficiencias "mentales", entre los que se encuentran los usuarios del Centro Asistencial "Valle Narvarte", único en su género dentro del sistema nacional de asistencia social.

A partir del examen de estos hechos, que incluye la mayor parte de la evolución asistencial a desamparados, se pueden comentar varios aspectos relevantes de su situación actual.

Se observa que el gobierno de la República hace patente su compromiso con la población desprotegida a través de la asistencia social, como acción prioritaria en contra de la desigualdad y con fundamento en diversos instrumentos de política, legislación y normatividad.

Con respecto a su acción práctica, es otorgada en el presente con una amplia visión, que contempla a los diferentes grupos de edad más necesitados y desprotegidos (infantes, jó

venes, adultos y ancianos), sobresaliendo la niñez como grupo que requiere de una especial atención y cuidado. Para tal efecto, el Sistema DIF, órgano público responsable de proporcionar los servicios asistenciales, mantiene la operación de establecimientos de atención residencial que se da en los hogares sustitutos, en donde los usuarios reciben los beneficios de carácter no hospitalario, relativos al cuidado necesario en todas las áreas de vigilancia y atención personal las 24 horas del día.

No obstante los esfuerzos y acciones encaminadas a proteger a las poblaciones marginadas, la asistencia social a desamparados presenta una serie de limitaciones y contradicciones que parecen sugerir la necesidad de nuevas formulaciones y aplicaciones prácticas. Ya que los servicios otorgados son raquíticos e insuficientes para cubrir íntegramente las demandas y necesidades de los individuos más necesitados. Además de no estar disponibles y accesibles para los usuarios retardados en la misma cantidad y calidad que están dispuestos para otros individuos de la comunidad.

Lo anterior se agudiza todavía más, si tomamos en cuenta los siguientes aspectos. Aun cuando en México no se tienen cifras estadísticas que permitan conocer con certeza el número de personas con problemas de retardo psicológico, se estima que el 8% de la población total requiere de servicios de educación especial y rehabilitación (Galindo, et al., 1980),

lo que supondría la existencia de un núcleo poblacional numeroso de individuos retardados con necesidades de entrenamiento y rehabilitación social.

Por otro lado, es evidente que las condiciones materiales en México, donde las contradicciones sociales son marcadamente agudas debido a una gran diferencia en los niveles de ingreso económico, con severos problemas en los campos de la salud y educación, permiten y generan la aparición de fenómenos sociales tan complejos como el abandono, maltrato y desprotección infantil y su cada vez mayor incidencia.

Si retomamos los aspectos señalados y los fusionamos, nos daríamos cuenta que efectivamente es un serio problema la existencia de niños y jóvenes con problemas de desarrollo conductual, cuya situación familiar los coloca parcial o totalmente en estado de indigencia, abandono u orfandad, sector cada vez más numeroso en nuestro país.

Por otra parte, si bien es cierto que sería un proceso prolongado el abatir los factores y condiciones que propician el abandono y retardo infantil, también es verdad que el Gobierno Federal no manifiesta ningún intento ni preocupación por desarrollar e implementar formas de atención residencial y comunitaria que permitan cuidar y proteger a estos núcleos de la sociedad, con la finalidad de incorporarlos a la vida normativa o convencional dentro de la comunidad.

*por lo cual es necesario determinar que el retardo mental
realmente depende de las formas de interacción para el desarrollo del
reto psicológico*

Prueba de ello es el hecho de que sólo existe a nivel nacional un centro asistencial (Valle Narvarte) de carácter oficial, dedicado a brindar atención residencial a menores de edad que carecen de padres y que comparten problemas de retardo conductual.

Es importante señalar que desde su origen, el anterior hogar sustituto fungió exclusivamente como un lugar de depósito o almacenamiento, proporcionando a sus usuarios los mínimos de bienestar físico y social; alojamiento, alimentación, higiene, ropa y asistencia médica, sin considerar la aplicación de programas terapéuticos y rehabilitatorios individuales y de grupo.

Debido a la importancia trascendental que tiene el surgimiento por primera vez de un centro residencial oficial para niños retardados sin familia, y por ser el ámbito institucional dentro del cual se desarrolló el presente trabajo, se subraya la necesidad de ofrecer un breve recuento histórico sobre los antecedentes y situación actual del Centro Asistencial "Valle Narvarte", institución sin precedente en la historia y evolución de la asistencia social a individuos impedidos.

El presente panorama, además de contextualizar el trabajo implementado en el terreno asistencial, permitirá valorar y destacar cabalmente la importancia de nuestra inserción profesional a través del contenido de los siguientes elementos:

1. Un análisis de los recursos humanos, materiales y condiciones físicas inadecuadas para el desarrollo de actividades terapéuticas dirigidas a los usuarios.
2. El examen del servicio, trabajo y papel que ha desempeñado el psicólogo dentro de la institución.
3. La importancia del factor jurídico o administrativo como instancia que facilite o por el contrario dificulte el cambio del servicio psicológico dentro del Centro.

CENTRO ASISTENCIAL "VALLE NARVARTE"

Como anteriormente se había señalado, la institución Valle Narvarte fue fundada en el año de 1963 por un grupo de personas pertenecientes a un Club Rotario de las colonias del Valle y Narvarte, del cual recibió el nombre. Teniendo como propósito inicial, albergar a niños abandonados con retardo mental, de ambos sexos, recibiendo asistencia dentro de una casa habitación de dos plantas, improvisada para la simple vivienda de los usuarios (León, 1987).

Posteriormente, la tutela del Centro queda adscrita a la Dirección de Asistencia Social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1975, el inmueble fue clausurado por reparaciones fi-

sicas, siendo su población trasladada a un centro asistencial ubicado en la periferia de la ciudad (Mixquic).

A finales de 1977 se incorpora su población con la modalidad de que albergaría exclusivamente a menores retardados de sexo masculino. Quedando el inmueble conformado de la siguiente forma: Un patio-garage, una oficina, un comedor con una - cocina, dos almacenes, seis sanitarios, lavandería, un cuarto de ropería y planchaduría, un consultorio médico, un cuarto - de TV y tres dormitorios. Cuyas instalaciones, material y - equipo son insuficientes y no funcionales para llevar a cabo programas psicológicos, médicos, de recreación y esparcimiento, careciendo además de áreas verdes y de espacios donde se pudieran llevar a cabo actividades terapéuticas y rehabilitatorias.

Hacia 1982, el Centro "Valle Narvarte" pasa a formar parte de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social del DIF, adscrito a la Coordinación Técnica de Integración Social como un hogar sustituto específico, quedando como encargada - una supervisora de trabajo social, quien realiza actividades - propias de su disciplina (Diagnóstico Situacional, 1988).

De 1982 a 1984, el Centro alberga a un total de seis - usuarios, con la participación de tres empleados, quienes - realizan funciones de lavandería, cocina, intendencia y chofer.

Los trabajos de este Centro giran en torno a mantener al niño bajo custodia, proporcionándole la seguridad de su integridad física, descuidando completamente el aspecto educativo que la institución debía brindar, siendo notable la carencia de servicios técnico-profesionales, incluyendo el psicólogo, lo cual se evidencia por la falta de actividades evaluativas y de tratamiento individual y grupal (Romano y León, 1987).

Mientras tanto, ocurren en la Subdirección de Asistencia Social cambios en su estructuración interna, creándose en 1985 la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, por lo que se implementan acciones que permitieron coadyuvar al mejoramiento de los servicios que prestan las unidades operativas asistenciales, que se reflejan con la integración al Centro de diez nuevos usuarios y personal, todos ellos del área administrativa y manual. Se nombró director de la institución a un psicólogo de orientación teórico-metodológica conductual que procedió a la elaboración de programas de trabajo y manuales de organización que permitan establecer criterios operativos, normativos y de funcionamiento acordes al cumplimiento de los objetivos que señala la asistencia social en el DIF (Diagnóstico Situacional, 1988).

Con la llegada de nuevos niños y personal, se agudizan los problemas inherentes a la estructura e instalación del Centro, como es el hecho de no contar con espacios abiertos y

cerrados para recreo y entrenamiento, falta de áreas verdes, juegos mecánicos y condiciones físicas estimulantes. Se improvisaron áreas de almacén de víveres, medicamentos, recursos materiales, etc., desplazando así, áreas de baño y esparcimiento, siendo insuficiente el comedor para otorgar alimentación simultánea a los 19 usuarios, estando los dormitorios llenos de literas, casi juntas, donde el reducido espacio no permite una movilidad sin contacto físico involuntario entre los usuarios, lo que provoca roce, agresividad e interacciones sociales negativas (León, 1988).

Sin olvidar los problemas de relaciones inadecuadas personal-niño, niño-personal, deficiencias conductuales y hábitos inadecuados individuales (destruir muebles, manejo de basura, etc.).

Por otra parte, debido a que sólo ingresó a la unidad personal de apoyo no especialista, el trabajo técnico-profesional fue conducido exclusivamente por pasantes de diversas disciplinas (psicológica, médica, trabajo social), sin contar con experiencia suficiente para proporcionar al niño retardado una atención, que desde el punto de vista técnico sea la más adecuada.

Concentrándonos en el área de psicopedagogía, el trabajo fue llevado a cabo por pasantes de la carrera de psicología de la ENEP Zaragoza UNAM, quiénes se encontraban prestan-

do servicio social; cabe destacar que el trabajo fue entusiasta, pero debido a que no contaban con elementos curriculares para abordar problemas en el área de educación especial, su labor se circunscribió a la simple aplicación de valoraciones - psicométricas, implementación de actividades grupales de trabajo manual (iluminar, recortar, etc.), así como de apoyo en las tareas escolares de los usuarios que asistían a la escuela (Romano y León, 1987).

No obstante, hubo intentos de la Dirección del Centro - por llevar a cabo cursos y reuniones de trabajo, con el propósito de brindar al personal de psicología las herramientas necesarias para tratar los problemas de déficit conductual que demandan los usuarios. Sin embargo, tal iniciativa se vio - obstaculizada y limitada, dado que los pasantes de psicología concluían su servicio social, justo cuando comenzaban a entender la aportación, instrumentación y lógica de trabajo de la psicología conductual a los problemas de la educación especial, desincorporándose inmediatamente del Centro.

Lo anterior ocasionó que los usuarios no recibieron los beneficios relativos a la aplicación de procedimientos de - - diagnóstico y de intervención terapéutica y rehabilitatoria, - con objeto de cambiar sus conductas deficitarias y de las condiciones que las producen.

El perfil del trabajo psicológico se transforma de mane-

ra significativa en 1987, cuando se diseña un programa general de trabajo como proyecto de investigación aplicada (véase León y Osorio, 1987), mismo que contempla los distintos aspectos de la asistencia residencial a menores retardados, incluyendo las diversas áreas de intervención (psicológica, médica, de trabajo social), así como las actividades técnico-profesionales a cubrir en cada una de ellas.

IZT. 1001127

En el área psicológica se planteó como objetivo terminal el proporcionar a los usuarios los elementos necesarios que permitan favorecer su desarrollo integral en las áreas sensoriomotriz, cognitiva y social, mediante el cumplimiento de una serie de funciones que el psicólogo debe desempeñar, entre las que destacan: actividades de evaluación y diagnóstico conductual, de diseño, elaboración e implementación de programas terapéuticos y rehabilitatorios, así como el empleo de diversas estrategias de cambio conductual que permitan un trabajo eficaz del psicólogo en escenarios de asistencia residencial a individuos retardados.

Sin embargo, para el correcto cumplimiento del programa y especialmente el correspondiente al área psicopedagógica, no se contó con el apoyo de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, en el sentido de proporcionar las necesidades materiales mínimas indispensables para el buen funcionamiento y desarrollo de las actividades psicológicas programadas, en dirección a crear o adaptar espacios físicos para el

desarrollo de actividades evaluativas e instruccionales, el otorgamiento de instrumentos de evaluación y diagnóstico conductual, material de apoyo evaluativo y didáctico que permitiera el desarrollo de actividades terapéuticas motoras, sociales, lingüísticas, etc., como de mobiliario y equipo adecuado y funcional (mesas y sillas de trabajo, cronómetros) para el desarrollo de habilidades básicas con base en una enseñanza especial individualizada (Romano, 1988, 1990).

Actualmente, el Centro "Valle Narvarte" proporciona asistencia a diecinueve menores en estado de abandono total y parcial, con retardo en su desarrollo psicológico, y cada uno con diferente etiología biológica y/o social (diagnóstico situacional, 1989).

No obstante, las limitaciones materiales, físicas, arquitectónicas y condiciones actuales de los usuarios, el desarrollo del presente trabajo emerge vinculado al proyecto de investigación aplicada (León y osorio, Op. cit.), como una alternativa dentro del campo asistencial oficial, con la finalidad de ofrecer servicios psicológicos profesionales destinados a la terapéutica y rehabilitación de niños y adolescentes abandonados con problemas asociados al retardo en el desarrollo.

En los siguientes capítulos se plantearán de manera breve algunos lineamientos generales que serán de utilidad para entender mejor la actividad de nuestro trabajo profesional, -

debido a que las formas de atención psicológica se encuentran estrechamente vinculadas a determinadas conceptualizaciones - teórico-metodológicas que dan lugar a las formas programáticas operativas de solución de problemas.

C A P I T U L O I I

EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN INSTITUCIONES QUE BRINDAN
ASISTENCIA Y EDUCACION A SUJETOS CON
NECESIDADES ESPECIALES

La actividad profesional psicológica ha estado, sin lugar a dudas, determinada por la postura teórica que asume el psicólogo, siendo esto verídico para cualquier área de trabajo en la que le competa abordar problemas psicológicos. Con respecto al campo de la educación especial y rehabilitación, sin ser ésta la excepción de dicho postulado, se han suscitado fundamentalmente dos concepciones teórico-metodológicas (tradicional y conductual), que han intentado abordar y estudiar los aspectos íntimamente relacionados con la educación de individuos excepcionales. Prevalciendo en la práctica institucional actual una labor psicológica altamente tradicionalista y por consiguiente deficiente. (Márquez y Hernández, 1987; Vázquez, 1988).

Considerando lo anterior, es pertinente plantear someramente en qué ha consistido esta práctica psicológica tradicional, para posteriormente delimitar cuál debería ser la función y actividad profesional del psicólogo en escenarios educativos y asistenciales con base en una postura conductual.

FUNCION PROFESIONAL DEL PSICOLOGO EN EDUCACION ESPECIAL Y REHABILITACION

De singular importancia para los estudiosos del desarrollo psicológico ha sido su retardo, el cual se ha interpretado y conceptualizado en función de los diferentes enfoques que se han propuesto estudiar al niño.

Desde una postura psicodinámica o tradicional, se estableció el concepto de "retardo o deficiencia mental", para hacer referencia a individuos intelectualmente inferiores a los "normales", definiendo este término como un deterioro en el funcionamiento intelectual por debajo del promedio general (Akins, 1976), o como un estado de incompetencia social o intelectual (Cameron y Margaret, 1951 en Bijou, 1975; Chiva, 1978), producto de fallas en procesos hereditarios o de influencias ambientales nocivas, o bien, de ambas (Bijou, 1975).

En el marco de esta conceptualización tradicional, la función del psicólogo se caracteriza por la elaboración de diagnósticos, siguiendo la lógica y procedimiento de la disciplina médica (descripción de signos y síntomas para determinar el origen y carácter de la enfermedad); considerando los problemas psicológicos con la misma lógica que los fenómenos médicos, abordando ambas categorías como si fueran de la misma naturaleza o similares (Zarzosa, 1979).

Así, este marco tradicional con sustento en el modelo médico, considera las manifestaciones externas (conductas) como síntomas o signos resultado de causas internas, orientando su práctica a la atención de las causas como medio para que desaparezcan los síntomas.

Con respecto a los métodos empleados para evaluar la conducta, se basan fundamentalmente en el uso de pruebas psicomé-

tricas con referencia a normas, las cuales tratan de conocer lo que el individuo "es" o "tiene", así como medir su supuesto nivel de inteligencia o adaptación, y con esto obtener una medida o puntaje, donde se compara la ejecución numérica que obtuvo el sujeto con la ejecución promedio de un grupo (norma) (Martínez, 1985).

Con los datos de esta forma, se determina si el individuo evaluado se encuentra por debajo o por encima de la ejecución promedio de un grupo, intentando contrastar diferencias inter-individuales (comparaciones entre sujetos). Con los resultados que este tipo de diagnóstico arroja, la persona es colocada o clasificada de acuerdo a ciertas categorías o taxonomías específicas, asignándoles con frecuencia una etiqueta o rótulo (deficiente mental medio, retardo mental profundo, educable, con daño cerebral, entre otros), representando cada membrete o etiqueta una categoría o conjunto de conductas vagamente definidas y con características que se sobrelapan (Fernández y Carrobles, 1981).

En cuanto al uso de los sistemas clasificatorios, han habido un sinnúmero de problemas por la terminología ambigua que se emplea, es decir, estos esquemas son inadecuados, porque la imprecisión de sus términos no permite tener un contenido sólido, descriptivo, de lo que el niño realmente exhibe como conducta "anormal" o "patológica", lo que conduce a altos grados de desacuerdo o discrepancias al emitir un diagnóstico particular (León, 1983; Galguera, 1984).

Además, el hecho de que se clasifique a un grupo de personas como deficientes mentales moderados, profundos, etc., - no garantiza que todos posean características homogéneas, es decir, que presente las mismas habilidades, inhabilidades o conductas y por consiguiente, las mismas necesidades educativas, en términos del tipo de evaluación específica y programas a ser implementados. Incluso se corre el riesgo de prestar más atención a las características de la categoría o etiqueta que a las necesidades particulares de la persona (Macotela y Romay, 1986).

Así, tales ^{los} tareas de clasificación pretenden ser explicativas más que prescriptivas, por lo que la determinación del tratamiento no resulta tan sencilla, dificultando la conducción de programas educativos o terapéuticos. Ya que los rótulos como "entrenables", "educables", "custodiables", etc., - clasifican, pero no indican las áreas de desarrollo o conductas específicas a ser alteradas, como para que el psicólogo pueda diseñar programas que tengan como objetivo cambiar las conductas deficitarias y las condiciones que las producen. - De tal forma que el diagnóstico diferencial resulta insuficiente para generar una tecnología de intervención terapéutica, donde ambos procesos (evaluación-tratamiento) se manejan como entidades separadas (Rosenhon, 1973; Salvia y Yesseldike, 1978 en Macotela y Romay, op. cit.; Fernández y Carrobles, 1981; Martínez, 1985).

Bajo estos lineamientos y una vez realizado el diagnóstico, se cita al individuo a unas cuantas sesiones y se hacen recomendaciones vagas al maestro o a los padres (que se le brinde "apoyo", "comprensión", "seguridad", "paciencia", etc.), o la decisión de canalizar o recluir al retardado a algún servicio disponible, sin proporcionar directrices claras con respecto al tipo de medidas terapéuticas concretas que deben seguir; ya que no exponen datos con respecto a los déficits conductuales y variables responsables que deben ser cambiadas, resultando este tipo de actividad profesional limitada, especialmente porque, en general, los problemas de las personas desventajadas no logran solucionarse satisfactoriamente (Zarzosa, 1984; Macotela y Romay, op. cit.).

No obstante las críticas bien fundamentadas que ha recibido esta forma de trabajo, actualmente la práctica psicológica profesional a nivel público (concretamente la Dirección General de Educación Especial y la Subdirección de Rehabilitación del Sistema DIF), continúa siendo una práctica tradicionalista con énfasis en el modelo médico de enfermedad, como directriz comúnmente utilizada en el trabajo aplicado con personas desventajadas, donde el perfil laboral del psicólogo se ha circunscrito a simple diagnosticador, etiquetador, psicómetra o auxiliar psiquiátrico (Márquez y Hernández, 1987; Roth, 1988; Vázquez, 1988). Sin posibilidad de aplicar (por muy diversas razones) los conceptos, técnicas y metodología de la -

Trabajo

teoría conductual, para evaluar y modificar el comportamiento de las personas con problemas de retardo en el desarrollo.

En vez de fundar nuestras tácticas de tratamiento en un modelo de enfermedad mental, ^{0410 15} la teoría del aprendizaje ⁶⁻¹ propone un modelo de deficiencia de la conducta retardada, en donde los problemas de conducta que manifiestan los niños se interpretan como una limitación de los repertorios conductuales, derivado de las interacciones deficientes del sujeto con su ambiente físico, biológico y social, lo que constituye su historia, considerando estas deficiencias como el resultado de historias insatisfactorias de reforzamiento y enseñanza, en vez de atribuirlos a alguna hipotética psicopatología interna. X

Las directrices de la teoría del aprendizaje sustituyen conceptualmente al tradicional "retraso o deficiencia mental" por "retardo en el desarrollo psicológico", es decir, el individuo manifiesta incapacidad para desarrollarse de acuerdo a lo esperado en cierto tiempo, lo que regularmente alcanza la persona promedio, en donde las condiciones medioambientales a las que se ve expuesto, pueden retardar o acelerar su desarrollo. Bajo esta perspectiva, necesariamente se habla de una multideterminación de la conducta retrasada y por lo tanto, se realiza un análisis funcional donde se identifican y definen tanto los repertorios con los que cuenta el sujeto como las variables ambientales y orgánicas que están influyendo en la conducta retardada, las cuales pueden ser modificadas para Conductual

facilitar el desarrollo de destrezas o habilidades (Ribes, - 1972, 1975; Galindo, et al , 1980; Galguera, 1984).

Es por ello que la acción psicológica en el ámbito de la enseñanza especializada requiere de un análisis exhaustivo, - en el sentido de contemplar un sinnúmero de factores que de - una u otra manera contribuyen a que se presente desarrollo y mantenga el problema del retardo psicológico.

Factores que comprenden desde las prácticas sociales (hábitos nutricionales, salud, educación comunitaria), de las - cuáles se desprenden otras más, como las formas particulares de conceptualización tradicional del retardo que ocasionan en las personas "sentimientos" de minusvalía y predisponen a las personas que conviven con ellos y a la comunidad a esperar - ciertas actitudes y reacciones de su parte, hasta llegar a - los métodos de crianza deficientes, educativos o terapéuticos tradicionales, lo que trae como consecuencia la reconsideración de nuevas prácticas concretas profesionales que juegan - un papel determinante en la prevención de la conducta desviada, estudiando las condiciones evaluativas, terapéuticas y de enseñanza, como opciones concretas que trasciendan las prácticas tradicionales y que además puedan ser aplicadas a nivel masivo en escenarios institucionales o comunitarios, y como - consecuencia de esta acción, contribuir al mejoramiento de - las condiciones de vida de los individuos que exhiben problemas comportamentales.

Es importante retomar que la valoración psicológica de los individuos con retardo psicológico ha sufrido ciertos cambios, en parte por encontrar que los datos obtenidos a partir de la aplicación de Test psicométricos, no proporcionan información específica para programar estrategias terapéuticas para la reeducación, además de entender que la clasificación no es tan necesaria como la posibilidad de identificar y aumentar repertorios comportamentales en el menor (Fernández y Carrables, 1981).

En este sentido, se ha planteado como alternativa reemplazar estas prácticas tradicionales por las que se formulan en la teoría conductual, pretendiendo con ello conocer el grado de modificabilidad del individuo, esto es, saber en qué condiciones físicas, biológicas y sociales se encuentra la persona para que sea posible la modificación de su conducta desviada a partir de una serie de experiencias de aprendizaje particulares.

Es así, que resulta necesario plantear los lineamientos que se inscriben en cada estrategia conductual, que de tomarse en consideración en la labor psicológica, permitirán un desempeño más eficiente en los servicios especiales. A continuación se describen cada uno de estos aspectos y las ventajas que conlleva su aplicación.

ELABORACION DE EVALUACIONES CONDUCTUALES

La evaluación comportamental por medio de inventarios y diagnósticos conductuales con referencia a criterios, implica la comparación de una puntuación con un preestablecido nivel de puntuación, lo que significa que la puntuación obtenida - por una persona es comparada con una puntuación preestablecida que se considera el criterio a alcanzar o cubrir (Martínez, 1985).

En esta forma, los instrumentos de evaluación con referencia a criterio miden el desarrollo de habilidades o deficiencias particulares de un individuo en términos de los niveles absolutos de destreza, lo que da pauta a conocer lo que el individuo hace o no hace ante determinados estímulos o situaciones, proporcionando de esta manera información confiable con respecto a las habilidades o deficiencias presentadas en las distintas áreas del desarrollo psicológico y el grado en que dichas habilidades se encuentran desarrolladas, o por debajo del nivel preestablecido (Macotella y Romay, 1986). Lo que convierte a estos instrumentos en prescriptivos, ya que a la vez que evalúa, proporciona lineamientos generales para el tratamiento, ya que determinan con precisión (cualitativa y cuantitativamente) las conductas de las que carece o presenta en exceso la persona y las condiciones de estímulo, de respuesta y situacionales de las que son función.

Evaluación Conductual

Algunos instrumentos diagnósticos-prescriptivos representativos de este tipo de evaluación son: El inventario de habilidades básicas (Macotela y Romay, 1986), la escala de evaluación de la conducta (Kozloff, 1980), el diagnóstico general del CEER (Galindo, et al., 1980), y el instrumento de evaluación conductual ABACUS (Arizona Behavior Analysis Criterion Utilization Scale) (Bijou, 1981), entre otros.

Al realizar este tipo de evaluación funcional a través de la observación objetiva de las distintas conductas a ser cambiadas, permite identificar los factores que controlan o producen la conducta retardada, no con el objeto de etiquetar o clasificar a la persona, pues no interesa darle un nombre al problema, sino agrupar un conjunto de cuantificaciones y descripciones de la conducta y el análisis de las condiciones en las que se observó ésta (Ribes, 1972).

En esta dirección se procura medir la ejecución de una persona en un momento dado, permitiendo con esto conocer en qué grado de desventaja está el sujeto para funcionar de manera eficaz en su medio físico, cultural y social; además de especificar el tipo (o tipos) de problemas que han de tratarse, con la finalidad de elaborar objetivos particulares para cada caso y de formular un programa de intervención ajustado a las particularidades y necesidades del individuo. Por tanto, una de las peculiaridades de este enfoque, es que considera a cada caso por separado para su diagnóstico y tratamiento, lo

Evaluación Conductual

cual trae como consecuencia no agrupar a los sujetos bajo clasificaciones de límites arbitrarios, lo que ha producido resultados desalentadores (Martínez, 1981; Fernández y Carrobles, 1981; Silva, 1984; Galindo, et al., 1984; Macotela y Romay, 1986).

Por ello, la evaluación conductual en el marco de la educación especial, debe ser conceptualizada como un proceso continuo aplicable en distintas fases temporalmente sucesivas - (evaluación diagnóstica, durante la terapia, de los resultados y pronóstica) (Bijón y Grimm^{no}, 1978; Galguera, 1984; Silva, 1984), donde no debe existir evaluación sin tratamiento y tratamiento sin evaluación.

En este sentido, el proceso evaluativo va desde conocer la naturaleza del problema y su definición, la división de éste para su estudio, la unidad de medida que se empleara antes, durante y después de intervenir con el tratamiento, hasta la interpretación de los datos (Ribes, 1972; Galguera, 1984; Zorzosa, 1984).

Tenemos entonces, que bajo estos lineamientos la evaluación pretende ser dinámica y/o funcional; en cuanto que intenta llevar a cabo cuatro metas bien específicas, a saber:

1. La identificación de aquellas conductas objetivo, así como el método adecuado para su medición.

2. La especificación de las variables ambientales y orgánicas que están determinando la(s) conducta(s).
3. El seleccionar las estrategias terapéuticas que han de utilizarse para establecer, desarrollar, mantener o eliminar conductas.
4. Y la realización de evaluaciones para probar la efectividad de la intervención (Hersey y Bellack, 1981; en Castillo, 1983).

Así, la valoración psicológica para que sea eficaz, debe estar encaminada a establecer y entender todos aquellos procesos que han determinado un nivel particular de funcionamiento en el individuo, con el firme propósito de adecuar un programa apropiado de intervención educativa; aspecto que no podría establecerse bajo una valoración convencional psicométrica.

Cada vez más, se ha enfatizado la posibilidad de reeducar a los sujetos retrasados, junto con el hecho de comprender que la medición psicométrica brinda una escasa información que resulta poco benéfica en la realización concreta de programas terapéuticos individualizados, llevando a poner mayor énfasis en la estrategia evaluativa conductual (Johnson, 1962; Bloom, 1964; Hambruger, 1964; Cobb, 1972; Rivers, 1975; Budoff, 1975; Feuerstein, 1979; en Fernández y Carrobes, op. cit.) - Junto a la aplicación de diagnósticos y evaluaciones conductuales, se han planteado algunas clasificaciones que no guar-

dan ninguna relación con los sistemas taxonómicos tradicionales, veamos esto con más detalle.

CLASIFICACIONES

Al inicio de este capítulo se habló del diagnóstico tradicional y sus implicaciones, siendo una de sus principales tareas la clasificación de individuos dentro de categorías o esquemas clasificatorios basadas en distintos criterios (según la educabilidad, entrenabilidad, custodiabilidad, pronóstico o daño biológico del individuo). Sin considerar que el entrenamiento, educación o custodia del sujeto excepcional son función de la amplitud y tipo de los repertorios conductuales afectados (Ribes, 1975).

Bajo una perspectiva conductual, el retardo se clasifica con base en un criterio funcional, en relación con las conductas afectadas, ya sea en forma de excesos, déficits o carencias conductuales, lo que posibilita establecer dos formas de retardo: Por un lado, el retardo específico que se caracteriza por abarcar uno o dos tipos particulares de conducta (problemas principalmente en el campo académico), donde no se observa una contribución biológica claramente reconocida, y por otro, el retardo generalizado que abarca repertorios amplios y numerosos (básicos, de socialización, motricidad, autocuidado), donde en la mayoría de los casos se observa un daño o disfunción orgánica visible (Ribes, op. cit.).

Clasificación conductual

Esta clasificación es flexible y puramente operativa, sin guardar relación alguna con las clasificaciones tradicionales de retardo, porque su función es definir el tipo de programas de rehabilitación que se han de aplicar. Así, los individuos con retardo generalizado requerirán fundamentalmente programas para establecer repertorios básicos, de lenguaje, socialización, autosuficiencia y motricidad, entre otros, mientras que los sujetos con retardo específico requerirán programas instruccionales básicamente de tipo preacadémicos y académicos (Galindo et al., 1984).

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

El tratamiento habilitatorio, como labor esencial del psicólogo en los servicios asistenciales, debe contemplar los siguientes aspectos, según León (1985, 1988):

1. Considerar las condiciones medioambientales presentes en las que está inmerso el niño.
2. Pensar en la estructuración de programas educativos que contemplen las necesidades futuras del niño, esperando con ello propiciar su ajuste social en diversas situaciones (casa, escuela y comunidad); así como obtener la generalización y el mantenimiento de las conductas intervenidas terapéuticamente.

León et al. en el tratamiento habilitatorio

3. Plantear bajo calendarización el éxito de los objetivos o metas conductuales con la finalidad de obtener resultados lo más objetivamente posible, y así señalar la efectividad de la intervención.
4. Que el ingreso requerido para el cumplimiento de la programación terapéutica no sea cuantioso, tanto en lugar, instrumentación y recursos humanos.
5. Esperar que las bases teóricas y metodológicas que sustentan la intervención puedan ser aplicables e implementables a otros sectores de la población.
6. Que la metodología empleada sea flexible, permitiendo con esto no limitar la obtención de respuestas pertinentes con el objetivo; así como su ajuste a la institución, posibilitando su mejoramiento, donde sea importante contemplar criterios de cambio contingentes al incumplimiento de las metas terapéuticas.
7. Que tanto teórica como metodológicamente no sea complejo, permitiendo con esto la colaboración de los no profesionales y paraprofesionales interesados en participar.

Para Bijou (1982), los programas de intervención conductual deben estipular los siguientes objetivos:

1. La supresión o el debilitamiento de la conducta perjudi-

Labor del 9º. febrero 6 de noviembre.

cial para el niño o aversiva para otros, así como el fortalecimiento de la conducta prosocial.

2. La sustitución de las conductas de timidez, retraimiento, o de miedos, por formas de conducta socialmente aceptables.
3. Establecimiento de nuevas conductas y aplicación extensiva de las mismas, formando nuevas discriminaciones y habilidades.
4. Instituir un adecuado control de estímulos para la mejora de conductas ineptas, y para las conductas inapropiadas o socialmente no aceptables, tanto por topografía como por contexto.

Así, para la elaboración y aplicación de los programas -habilitatorios necesariamente se realizará:

1. Definir objetivamente las conductas que habrán de constituirse como metas terapéuticas.
2. Consultar referencias bibliográficas con el propósito de seleccionar técnicas y procedimientos adecuados para lograr la eliminación, adquisición o mantenimiento de las categorías conductuales en cada programa terapéutico.
3. Determinar los métodos evaluativos que habrán de aplicarse al inicio, durante y posterior a la aplicación de los procedimientos conductuales.

4. Elegir el diseño experimental.
5. Plantear los criterios de cambio conductual al pasar de una a otra fase experimental, y contemplar programas correctivos para ser incluidos cuando se requieran cambios en la metodología, debido al incumplimiento de patrones conductuales esperados.
6. Especificar y definir el sistema de registro a emplear.
7. Describir la forma de evaluar los efectos de generalización (validez externa) en la intervención conductual.
8. Estipular las estrategias que habrán de utilizarse al realizar el seguimiento conductual y notificar el mantenimiento o variación comportamental.
9. Especificar la forma de representación de los datos y tipo de análisis de éstos, contemplando la evaluación inicial, intra y posterior al tratamiento conductual, así como la fase de seguimiento.
10. Precisar los cambios a nivel cualitativo.
11. Análisis de las técnicas y procedimientos utilizados, estimando posibles modificaciones significativas para futuras intervenciones.

Otros autores (Aguilera y Alarcón, 1984) exponen que el - trabajo psicológico con niños especiales que acuden a escuelas de educación especial debe cubrir las siguientes características:

- a) Contribuir en el proceso de enseñanza-aprendizaje y de adaptación al medio ambiente escolar en el que se desarrollan los educandos.
- b) Realizar conjuntamente con el maestro la evaluación psicopedagógica de los alumnos.
- c) Visitar periódicamente al grupo con el objeto de participar en el proceso educativo.
- d) Llevar a cabo observaciones y revaloraciones de los alumnos cuando el caso así lo requiera.
- e) Asentar notas y comentarios sobre la evaluación de los - - alumnos, y observaciones, asesorías y recomendaciones al - maestro.
- f) Actualizar expedientes, proporcionando un resumen de caso para el maestro, y
- g) Reportar alcances y limitaciones de cada niño en la escuela especial al equipo técnico de la institución.

Características del trabajo del P en Esc. de Educ. Es.

Sin olvidar que, además le compete realizar actividades de **investigación**, sobre la causalidad de la problemática de los casos con requerimientos especializados; de **planeación**, contribuyendo en la planeación del trabajo de la institución asistencial en que labora; **control**, supervisando la actualización de los expedientes de cada usuario; y de **diseño**, elaborando cronogramas de actividades complementarias que apoyen los programas específicos (Arteaga y León, 1987).

En este sentido, podemos plantear que a partir de los avances teóricos-metodológicos suscitados en las pasadas tres décadas, específicamente en la utilización de una tecnología conductual en el campo de la educación especial y rehabilitación, es que se han dado progresos en el desarrollo de nuevas estrategias de intervención para sujetos retardados; pretendiendo con ello alterar las condiciones (ambiente-conducta) que están asociadas a la presentación del retardo (Berkson, 1985; Drash, Raver y Murrin, 1987), además de intentar preparar a este tipo de individuos a que funcionen efectiva y productivamente en su medio social, para lo cual se hace necesario solucionar sus requerimientos rehabilitatorios y terapéuticos inmediatos.

No obstante, las anteriores aportaciones de la psicología conductual a la educación especial, se continúan aplicando una gran variedad de técnicas y procedimientos psicológicos tradicionales, en distintos ambientes o contextos situa-

Comando General de la Armada
del Perú de la Marina

cionales, sea este familiar, escolar o institucional (Cullan, 1977 en Emerson y Emerson, 1987 ; Márquez y Hernández, op. - - cit.).

Por lo tanto, para continuar con la línea de avances, es necesario modificar conceptos y prácticas tradicionales de los profesionales responsables del estudio y educación de este tipo de sujetos, siendo esencial que en aquellas instituciones que tienen a su cargo el entrenamiento y/o rehabilitación de estos individuos, reevalúen sus actividades, funciones y responsabilidades, de tal manera que se elaboren programas, proyectos y estrategias instruccionales efectivas para los individuos de acuerdo a sus necesidades, y estar conscientes de la naturaleza heterogénea del problema y sus diferentes manifestaciones y consecuencias (Grossman, 1984; Sleeter, 1986; Reynolds, Wang y Wlaberg, 1987), pretendiendo con esto no frenar el desarrollo psicológico del individuo desventajado, sino proporcionarle una intervención psicológica efectiva para que sea más autosuficiente, independiente y logre interactuar más constructivamente en su medio circundante.

Vinculado a lo anterior, Drash, Raver y Murrin (1987), consideran que la meta de cualquier profesional que intervenga terapéuticamente con individuos retardados, debe ser la habilitación total, entendida como la recuperación permanente y/o completa del retardado, permitiéndole funcionar independientemente en su medio después de la intervención.

Por otra parte Schroeder, Rujhan y Muliek (1981 en Walker, et al., 1985), plantean que para un trabajo efectivo del psicólogo y otros profesionales en el campo educativo especializado, es imprescindible que manipulen variables ecológicas para el control directo de los sujetos excepcionales, ya que incluso se puede contemplar el entrenamiento del personal que está al cuidado de este tipo de niños, mejorando su ejecución dentro de las diferentes instituciones en que laboran.

Continuando con esta lógica, es evidente la necesidad e importancia que tiene continuar esforzándose por mejorar los servicios de educación especial y rehabilitación, buscando o rescatando nuevas estrategias de intervención idóneas para problemas vinculados al retardo, que permitan rehabilitar, compensar o superar los déficits en el comportamiento y con esto facilitar el pleno desarrollo del individuo con base en una interrelación constructiva con los miembros de su comunidad.

No obstante los avances y contribuciones teórico-metodológicas del análisis conductual en el campo de la rehabilitación y enseñanza especial, subsisten algunos problemas conceptuales en la evaluación conductual que no se han podido superar, problemas relacionados con el uso de estrategias tradicionales para evaluar y modificar el comportamiento.

En este sentido, a continuación se describen los plantea

mientos constructivos de Goldiamond (1974), con el fin de retomarlos como una estrategia alternativa de intervención conductual en la rehabilitación de individuos desventajados, y como opción que trascienda enfoques conductuales con énfasis en modelos clínicos de enfermedad.

CAPITULO III

ANALISIS CONSTRUCCIONAL

El surgimiento de la modificación de conducta (Kazdin, - 1982) y del análisis conductual aplicado (Baer, Wolf y Risley, 1968), plantearon la posibilidad de trascender y rechazar una serie de prácticas y conceptos psicológicos tradicionales con sustento en el modelo médico clínico patológico (Ribes, 1981). El cual parte del concepto de enfermedad para la explicación - de los trastornos psicológicos, generalmente unidimensional, - comprendiendo los dos extremos de un continuo, como son: en-fermedad y salud, normalidad-anormalidad.

De esta forma, el enfoque conductual aplicado emergió como estrategia alternativa en rechazo a ciertas prácticas tradicionales que abordaban la conducta desviada o anormal.

Característico de este primer momento es la contraposición del modelo conductual al modelo médico en términos de dos problemas centrales. En base a la superación de una causalidad - interna de entidades biológicas y mentales, debido a que los - problemas psicológicos no son comparables a los trastornos fisicos a los que el modelo médico pretende equiparar, y la definición de la conducta presente del individuo como el objetivo de cualquier estrategia de cambio y no como indicador periférico de una personalidad hipotética o heredada. La conducta no era simple síntoma, sino el problema esencial a modificar (Ribes, 1981).

En este sentido, el modelo comportamental criticó los método

dos de diagnóstico y psicoterapia tradicionales, incluyendo el cuestionamiento mismo del enfoque médico de enfermedad física como guía y sostén de la práctica profesional.

De este modo, numerosos autores (Ribes, 1975; Zarzosa, 1979; Fernández y Carrobles, 1981; Ardila, 1985) se dieron a la tarea de cuestionar los fundamentos del psicodiagnóstico tradicional, que no solo carecía de validez y confiabilidad, sino de utilidad para general estrategias de tratamiento instruccional.

Se propusieron y programaron aquellos elementos, técnicas y procedimientos que debe contener la evaluación y el diagnóstico conductual, enfatizando el rechazo permanente de analogías y razonamientos operativos y conceptuales de la disciplina médica.

Así, la evaluación y diagnóstico en la teoría de la conducta se caracterizó como un opción válida por tratar de eliminar y superar los modelos, métodos y estrategias de otras disciplinas (principalmente de la medicina), los cuales ejercían gran influencia en el trabajo psicológico con personas retardadas, como en escenarios clínicos.

Si bien era cierto que el enfoque conductual rechazó el razonamiento y lógica de trabajo del modelo clínico patológico, también es verdad que muchos problemas conceptuales y de operación no fueron resueltos, debido a la inclusión de números su-

puestos del modelo médico en el modelo conductual, quedando en su mayoría ocultos, por el hecho de que ambos modelos comparten una preocupación clínica en base a una orientación patológica.

Si revisamos el modelo médico de enfermedad, se encuentra que su intervención radica en la eliminación de una entidad indeseable, generadora e identificada con la enfermedad. En medicina, la salud se recupera mediante la eliminación de lo patológico. En psicología, su análogo clínico se centra ya sea en la eliminación sintomática o en la eliminación de aquellas formas de acción del individuo que le llevan a presentar la -sintomatología. Se presta énfasis a la desaparición de conductas valoradas clínicamente como enfermas o inadaptadas (Ribes, 1981).

En base a lo anterior, una adecuada intervención requerirá para el cambio conductual la importancia de considerar la conducta como el aspecto central y no como un indicador periférico de entidades causales internas, y por la otra, explicitando que el cambio individual no puede darse como pura eliminación de lo patológico, sino que necesariamente se requerirá de la construcción de opciones interactivas en términos congruentes con la -propia historia y recursos conductuales de la personas (Ribes, 1981).

Resumiendo, la intervención tendría que consistir en definir no lo que el individuo no debe hacer, sino por el contrario,

lo que puede hacer y las diversas opciones disponibles en el ambiente y su historia interactiva para lograrlo (Ribes, op. cit.).

A partir de estas consideraciones, podemos derivar que el modelo de evaluación comportamental se ha caracterizado por extrapolar algunas limitaciones y lineamientos del enfoque médico patológico. Por lo que actualmente persisten en la práctica conductual una serie de problemas conceptuales, debido a que, aunque se rechazó el psicodiagnóstico tradicional, no se canceló la lógica de operación que define y sustenta a un sistema médico de enfermedad, en términos de continuar con la búsqueda de técnicas, procedimientos y estrategias de modificación de conducta, que se avoquen a la supresión y ocurrencia de repertorios comportamentales considerados desadaptados o problemáticos, los cuales pueden ser tratados directamente con el fin de eliminarlos.

A continuación se mencionarán brevemente algunas consideraciones sobre la influencia del modelo médico de enfermedad, en el modelo conductual (o aproximación sistémica-lineal). Posteriormente se describirá el modelo de evaluación construccional (o aproximación sistémica-no lineal) (Goldiamond, 1974a) y las ventajas implícitas de esta modalidad, como alternativa viable en la superación de métodos y modelos conductuales de orientación tradicional.

Aproximación tópica-lineal

En el modelo conductual de intervención, llamado también - aproximación tópica-lineal (Goldiamond, 1974a-b), la conducta - problema (CP) del paciente es considerada con frecuencia "desadaptada" (conducta inadecuada), y los efectos que produce definen el problema, es decir, se observa la conducta y dependiendo de cómo se emita topográfica y funcionalmente, será como la definamos; el diagnóstico se realiza por medio de un análisis funcional de variables ambientales, mismas que están manteniendo - la conducta, y la intervención está encaminada a eliminar o mo - dificar la conducta referida o manifestada por el individuo, e intenta cambiar las consecuencias medioambientales que determinan y mantienen la ejecución, haciendo uso de técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje (extinción, castigo, tiempo fuera, moldeamiento, desvanecimiento, etc.) (Goldiamond, 1979).

La intervención, por tanto, intenta aliviar, solucionar o eliminar lo patológico como en el modelo médico, es decir, su- - primir la conducta problema a través de arreglos consecuencia-- les por medio de programas de reforzamiento positivo o negativo, fijos o variables, ante la presencia o ausencia de la conducta problema, llamada también conducta blanco (CB) (Goldiamond, - - 1974c).

Dicha intervención lineal ha sido utilizada en la supresión o eliminación de una gran variedad de repertorios conductuales, como el aislamiento social (Botero, 1978), la conducta antiso--

cial (Stuart, 1971), la autoestimulación (Doke y Epstein, 1975), la conducta autodestructiva y la agresión física y verbal (Saponek y Watson, 1974; Firestony, 19760), por mencionar algunos repertorios, y aplicados en distintos ambientes y contextos situacionales, como son: el hogar, clínicas, salones de clase, instituciones, entre otros.

Por ejemplo Hawkins, et al (1966) y Sloane, Johnson y Harris (1978), establecieron repertorios verbales vocales en niños y eliminaron la hiperactividad y desobediencia, para lo cual entrenaron a las madres en principios de modificación de conducta en sus casas para que funcionaran como terapeutas de sus hijos, los resultados obtenidos fueron satisfactorios; Sulbacher y Houser (1966) trabajaron en la escuela especial y normal. Eliminaron la conducta de 14 niños retardados, consistente en levantar "un dedo" frecuentemente en el salón de clases, haciendo referencia verbal al mismo, así como levantarse constantemente en sus asientos, por medio de reforzamiento diferencial de otras conductas, costo de respuesta y reforzamiento.

Con respecto a los estudios realizados en clínicas, encontramos los de Bernal, Durgée, Pruett y Buns (1983), quiénes trabajaron con un niño de 8 años, tratado en una clínica psiquiátrica de pacientes externos, con la finalidad de suprimir los berrinches y la agresión física, para lo cual entrenaron a la madre en técnicas operantes para que fuera la terapeuta de su

hijo, los resultados mostraron la eliminación de la conducta - problema y un incremento de conductas socialmente aceptables.

A partir de estas prácticas, se plantea la importancia de considerar la conducta como aspecto central, y no como un indicador de enfermedades internas, así como la necesidad de comprender que el cambio conductual no puede darse como pura eliminación de lo patológico, sino que necesariamente se requerirá de la construcción de opciones interactivas del individuo - con su ambiente natural, considerando la propia historia y recursos conductuales de la persona (Ribes, 1981).

En este sentido, la intervención tendría que consistir no en suprimir conductas, valoradas como inadecuadas, sino tratar de establecer repertorios conductuales y crear opciones disponibles en el ambiente; para lo cual se propone como estrategia de cambio conductual viable el modelo de evaluación construccional (Goldiamond, 1974b, 1976).

Aproximación sistémica-no lineal

La aproximación construccional viene a ser otra forma de - abordar los problemas psicológicos en modificación de conducta, en la que se pretende, entre otras cosas, no conceptualizar el problema reportado como tal, sino como producto de ciertas prácticas sociales a las que se enfrenta el individuo, y por tanto, intenta no eliminar ni aliviar la conducta reportada como pro--

blemática, en lugar de ello, construir o establecer otras conductas y/o habilidades que no produzcan consecuencias aversivas, sino que estén encaminadas al bienestar social del individuo (Goldiamond, 1974a-c).

Continuando con este planteamiento, en el modelo construcional, llamado también aproximación sistémica-no lineal (Goldiamond, 1974b), la conducta problema no es considerada como tal (patológica), sino que se le denomina conducta referida (CR) y se define como producto de ciertas conductas alternativas (CA); con respecto al diagnóstico, se realiza un análisis funcional para conocer aquellas variables que están influyendo en la conducta referida, pero éstas no la determinan, sino que es necesario considerar y pantear (CA), que puedan establecerse en el sujeto y ser las que están dominando y determinando la (CR), la cual puede ser función de (CA) y adquirir valor a través de éstas, por ejemplo:

Ante los berrinches de un niño se establecen las (CA) de ocupar su tiempo libre (realizando alguna actividad manual, salir a dar un paseo diariamente) y estas conductas meta serán las que definen la (CR), en donde al no presentarse las (CA) se manifiesta (CR).

Es decir, se buscan ejecuciones alternativas, las cuales sean de algún beneficio para el individuo; otro ejemplo, bien podría ser el de:

Un individuo que comete "locuras" y "crímenes" - para ser enviado a prisión o a hospitales psiquiátricos para así poder obtener cobijo, sustento, e incluso, ser entrenado en algún oficio y no morir; linealmente se le etiqueta como "psicótico" o "masoquista" (si es que no hace nada para obtener sus necesidades); sistemáticamente las "locuras" y su conducta "criminal" son consideradas como (CA) (inadecuadas) mantenidas por las necesidades de sustento y cobijo, es decir, al individuo no le queda más alternativa que cometer esas conductas, para poder obtener ciertos beneficios; así que se plantean (CA) socialmente aceptables, como serían: lograr su contratación en un empleo, establecer nuevas relaciones interpersonales y poder así definir su (CR) en función de éstas (CA).

A partir de los ejemplos anteriores, se puede especificar que la conducta referida (CR) es considerada construccionalmente producto de ciertas prácticas sociales a las que el individuo se ha enfrentado y que han moldeado las conductas socialmente no aceptables (Goldiamond, 1976).

Tenemos entonces, que al pretender modificar conductas tomando como eje de referencia al modelo construccional, no debemos dirigir nuestra intervención a las (CR), ni a aquellas variables que las están manteniendo, en lugar de ello, es impres

cindible realizar un análisis de la ecología (contexto social o agenda de vida) del individuo y a partir de esto, plantear distintas (CA) que puedan ser establecidas o construídas en el individuo, las cuales no necesariamente deben ser competitivas o incompatibles con la conducta que ha sido referida; y sobre estas conductas alternativas está encaminado el tratamiento, dichas (CA) serán las conductas blanco a ser establecidas, llamándoseles también conducta objeto (CO) o conducta meta (CM), por ejemplo, en el caso de:

Un niño tartamudo, no se trata el tartamudeo en sí, en lugar de ello, se le enseñan nuevas ejecuciones para hablar.

Es decir, se plantean caminos alternativos que produzcan - los mismos o mejores beneficios (Goldiamond, 1974c).

Otro caso (citado por el mismo autor), sería el - de una señora casada, quien vomitaba inmediatamente después de comer en exceso, lo que representaba un problema médico; aquí la intervención consistió en construir una nueva vida social, en la cual el esposo e hijo tuvieron una gran participación; la presentación del síntoma disminuyó en - gran medida sin atención terapéutica a la conducta de vomitar o comer en exceso.

Otro ejemplo es el de un sujeto que presenta dolor severo al dejar la adicción a cierto tipo de droga (síndrome de la postadicción); la intervención no fue directamente al dolor o a las condiciones de su ocurrencia, sino que estuvo encaminada a establecer mejores relaciones con su esposa, es decir, mejorar su proceso de vida social.

Podemos decir que la intervención está encaminada a las - conductas alternativas, por medio de relaciones respondientes y relaciones consecuenciales; haciéndose también un arreglo de contingencias, utilizando programas de reforzamiento positivo o negativo, fijos o variables, pero sobre la(s) (CA) (s).

En esta aproximación no se pretende eliminar la ejecución, sino que se intenta desarrollar, producir nuevos repertorios - conductuales, los cuales podrían proporcionar mejores relaciones interpersonales, una vida mejor, más adaptativa, para lo - cual se tiene que realizar un programa construccional en términos de cuatro elementos:

1. Establecer las (CA).
2. Establecer las conductas relevantes que existen en el repertorio del individuo y que van a servir como punto de - partida para la construcción de las conductas alternativas.
3. Establecer procedimientos de cambio conductual.

4. Establecer las variables de mantenimiento para las nuevas conductas construídas.

Una vez que estipulan las (CA) se procede a realizar una matriz o tabla en la que se estipule la relación:

OCASION - CONDUCTA - COSTO - BENEFICIO

tanto para las conductas referidas (CR) como para las alternativas (CA), cuantas conductas alternativas estén disponibles, para cada una se deben considerar sus ocasiones, costos y beneficios (Bird, Sall, 1955: Raiff, 1957 en Goldiamond, op. cit.).

La ocasión o estímulo discriminativo (ERD) se refiere a qué condiciones medioambientales se deben presentar para que la (CA) aparezca, los costos y beneficios consisten en que ante cualquier conducta que realicemos siempre tendremos ciertas repercusiones (costos) y ganancias (beneficios) favorables o desagradables; de los cuales dependerá que se siga presentando o no la conducta, se han considerado tres tipos de costos y beneficios:

- Pago económico
- Refuerzos para responder
- Costo del desarrollo para establecer, transferir y mantener las (CA).

Es decir, tanto las (CR) como las (CA) tienen ciertos costos y beneficios que pueden adquirir valor positivo o negativo (dinero, shocks, comida, juguetes...) que demuestran algún efecto sobre la conducta decrementándola o incrementándola.

La matriz o tabla que realicemos debe especificar mínimamente dos consecuencias para cada conducta alternativa, dichas consecuencias son los costos y beneficios.

Es importante plantear que para las (CA) la relación ocasión-conducta-consecuencia, debe ser diferente que para la (GR), puesto que (CA) y (CR) son completamente distintas, así también las (CA) deben de producir otro tipo de reforzadores (beneficios) igualmente potentes o más, que los producidos por (CR), es decir, la (CR) por el individuo produce ciertos reforzadores que han estado manteniendo su ocurrencia, así que la conducta en blanco debe producir reforzadores distintos muy potentes que de preferencia produzcan menos costos, para que de esta manera la probabilidad de que se presente (CA) se incremente; gráficamente sería:

	<u>OCASION</u>	<u>COSTO</u>	<u>BENEFICIO</u>
A	$E_{CP}^d = E_{CB}^d$	$COSTO_{CP} = COSTO_{CB}$	$BEN_{CP} = BEN_{CB}$
B	$E_{CP}^d \neq E_{CB}^d$	$COSTO_{CP} \neq COSTO_{CB}$	$BEN_{CP} \neq BEN_{CB}$

En el ejemplo que presentamos sobre la señora que vomitaba seguido de comer en exceso, esto mismo podría quedar de la siguiente manera:

	<u>OCASION</u>	<u>CONDUCTA</u>	<u>COSTO</u>	<u>BENEFICIO</u>
A	- Estar sola	- Comer en exceso y vomitar.	- Riesgos médicos. - Dinero mal gastado.	- "Mata el tiempo".
B	- Esposo está con ella. - Visitar a una amiga.	- Salir juntos y platicar. - Buscar empleo - Buscar actividad (jugar, - tejer, etc.).	- Enfatizar la importancia del patrimonio. - Lograr una buena comunicación. - Aceptar amistades.	- Ocupar el tiempo agradablemente e incremento de su círculo social.

A = Intervención tradicional.

B = Intervención construccional

Quizá resulte imprescindible plantear el porqué considerar como alternativa el análisis construccional, bien, para este cuestionamiento existe una respuesta bien específica, y se refiere a la necesidad de establecer un marco alternativo que en sus formulaciones trascienda los procedimientos, conceptos y lógica de trabajo de la disciplina médica, intentando contrarrestar estrategias que pretendan eliminar conductas patológicas, utilizando generalmente métodos punitivos, tales como la sedación farmacológica, restricción física, castigo verbal y físico; en lugar de esto se pretende brindar al individuo la oportunidad de elegir tanto las conductas a ser establecidas, así como los procedimientos a emplear, este simple hecho posibilita no coartar la libertad del individuo y sustituir una práctica autoritaria-impuesta, que estaba haciendo del control aversivo una estrategia de cambio conductual (Homand, 1974 en Goldiamond, 1974c, 1979), para evitar esta acción profesional, se propone tratar de desarrollar y probar programas de intervención construccional para un mejor manejo de los problemas psicológicos (Goldiamond, 1974a).

Sin embargo, los reportes en el uso del modelo construccional indican exclusividad en la intervención de problemas clínicos, dejando a un lado otros, que por su significación, deberían ser tomados en cuenta. Un ejemplo sería en cuanto a la rehabilitación y educación de personas con problemas de retardo, ya que generalmente las prácticas terapéuticas encaminadas a la mo

dificación de conductas problema en este tipo de sujetos, se han basado en el uso de procedimientos y técnicas directas su mamente aversivas (véase Foxx y Arzin, 1973; Doke y Epstein, 1974; Barmann, 1980).

IZT. 1001127

Por otro lado, si se retomaran los planteamientos del aná lisis construccional, con la finalidad de diseñar y elaborar - estrategias de intervención dirigidas al desarrollo de conduc- tas y habilidades prosociales en individuos desventajados, - - traería como consecuencia superar en efecto los modelos y método s de diagnóstico y tratamiento conductual con énfasis en li neamientos médicos, lo que su vez permitiría definir un nuevo papel del psicólogo distinto al que tradicionalmente se le ha asignado.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

CAPITULO IV

M E T O D O L O G I A

C O N D U C T U A L

A continuación presentaremos parte de la labor realizada en el Centro Asistencial "Valle Narvarte", para lo cual se expondrán de manera somera algunos casos ilustrativos que muestran la forma en que se trabajó con cada uno de ellos y los datos obtenidos.

Método

Sujetos: Cuatro individuos del sexo masculino de 8 a 22 años de edad, los cuales presentan diferentes problemas de retardo en el desarrollo y que requieren de los servicios de educación especial y rehabilitación (ver Cuadro 2).

CUADRO 2.- MUESTRA LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE CADA UNO DE LOS SUJETOS.

Caso	Nombre	Edad	Etiología	Tipo de retardo	Antecedentes de rehabilitación	Déficits conductuales	Terapia conductual
1	Francisco "N"	22 años	Síndrome de Down	Generalizado severo	Ninguno	Conductas básicas: (imitación) lenguaje (mutismo)	Estuvo encaminada al establecimiento de la conducta imitativa de lenguaje (sonidos, sílabas, palabras) a través de programación conductual, manejo de contingencias y un control de estímulos.
2	Antonio López de Sideria	18 años	Síndrome de Down	Generalizado intermedio	Ninguno	Conductas básicas: (imitación) lenguaje (mutismo)	Estuvo encaminada al establecimiento de la conducta imitativa de lenguaje (sonidos, sílabas, palabras) a través de programación conductual, manejo de contingencias y un control de estímulos.
3	Adrián Reyna Naranjo	8 años	Posible "autismo"	Generalizado profundo	Ninguno	Carece de conductas básicas, autocuidado y lenguaje	Por medio de programación conductual, niveles de ayuda física, verbal, desvanecimiento, así como de condiciones y arreglo de contingencias antecedentes y consecuentes, se intervino en las diferentes conductas básicas.
4	César Sandoval Colín	12 años	Síndrome fetal alcohólico	Generalizado intermedio	Ninguno	Conductas básicas (fijación visual), discriminación visual y de lenguaje; identificación de elementos del medio ambiente.	Se centró básicamente en la programación de diferentes técnicas conductuales, contingencias de reforzamiento, ayuda física y verbal, para establecer fijación visual, discriminación visual y nombramiento de objetos.

ESCENARIO: Las sesiones de evaluación y entrenamiento - se llevaron a cabo en la sala de televisión de 2.30 metros por 3.00 metros, y en un espacio cerrado de 3.00 metros por 3.00 metros, con muebles (literas, mesa y tres sillas). En ambas situaciones se contó con iluminación y ventilación suficientes.

MATERIAL: Hojas blancas y de registro, formatos de evaluación, lápices y los materiales necesarios para cada una de las áreas de desarrollo psicológico a evaluar y de los programas a implementar.

PROCEDIMIENTO: A todos los sujetos se les aplicó en forma individualizada el instrumento de evaluación conductual - ABACUS (Arizona Behavior Analysis Criterion Utilization Scale); la escala de evaluación de la conducta (véase Kozloff, - 1980), así como el diagnóstico general del CEER (véase Galindo et al , 1980), los cuales evalúan las siguientes áreas de desarrollo psicológico: repertorios básicos, conductas de autocuidado, desarrollo de lenguaje expresivo y receptivo, conductas motora gruesa y fina, desarrollo socializado, entre - otras. Esto se hizo con la finalidad de detectar el nivel de desarrollo psicológico alcanzado en cada una de las áreas, y su aplicación determinó formas de programación e intervención para la creación y desarrollo de repertorios conductuales en cada uno de los sujetos, además de obtener la validez convergente por el cruzamiento de los datos.

La aplicación de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo por medio de un evaluador, quien presentaba los materiales correspondientes a las áreas, repertorios y reactivos, proporcionando las instrucciones y registrando las respuestas correctas e incorrectas en las hojas de registro correspondiente; además participó un observador independiente, quien llevó a cabo un registro concurrente de los repertorios bajo observación con la finalidad de confiabilizar los datos obtenidos por el evaluador.

Los datos individuales de cada sujeto se presentan en el Cuadro 3, donde aparecen las conductas específicas que se evaluaron con cada prueba conductual, y en relación con cada una de éstas se muestra el porcentaje de ejecución obtenido en cada repertorio, área y calificación global. El porcentaje de cada repertorio conductual se calculó de la siguiente manera: se sumó el número de respuestas correctas incluidas en el repertorio y se dividió esta suma entre el número total de respuestas probadas por 100; de la misma forma se procedió para el cálculo de porcentaje por área, es decir, se sumaron el número de ítems probados por 100; se hizo lo mismo para obtener el porcentaje de ejecución global por instrumento, sumando las respuestas correctas obtenidas en cada una de las áreas, dividiendo esta suma entre el número total de ítems probados de la prueba, multiplicado por 100.

Aun cuando los instrumentos de evaluación manejan distintos tipos, números y nombres de áreas de desarrollo psicológico, coinciden en abordar componentes de conductas similares, evaluando habilidades que se relacionan directamente con seis esferas de desarrollo (básica, autocuidado, motricidad fina y gruesa, lenguaje y socialización), las cuales son básicas, debido a que su dominio permite la adquisición de repertorios más complejos, preparando al niño para su funcionamiento de manera independiente, tanto en la escuela como en la institución y fuera de ésta, además de posibilitar el aprendizaje de destrezas prelaborales y académicas.

Debido a lo anterior, se obtuvo el porcentaje promedio de las seis esferas básicas de desarrollo por cada sujeto, en base a los tres instrumentos evaluativos, los cuales son mostrados en el Cuadro 4 (Anexo 1), para su representación visual, permitiendo analizar en conjunto las habilidades que presentan todos y cada uno de los individuos para seleccionar formas de programación y entrenamiento individual. En la Figura 1 (Anexo 1) se muestra el perfil de integración de las principales áreas de desarrollo de cada usuario.

Una vez que los sujetos fueron sometidos a la aplicación de los instrumentos de evaluación conductual, colocados de acuerdo a su nivel de ejecución, y seleccionados los criterios de entrenamiento, se realizó una evaluación específica de acuerdo con el tipo o tipos de problemas que habrían de tra-

tarse, a fin de elaborar objetivos específicos para cada sujeto y de formular un programa de intervención ajustado a las particularidades de cada uno de ellos. De esta manera, cada sujeto contó con una evaluación diagnóstica y programas acordes a sus necesidades individuales de desarrollo psicológico y social.

CASOS ILUSTRATIVOS

CASO 1

Franciso es un joven que en septiembre de 1984 fue asistido por el Albergue Temporal de Varones (DIF), debido a que fue hallado abandonado en la vía pública.

En noviembre de 1985, cuando presenta una edad aproximada de 20 años, ingresa al Centro Asistencial "Valle Narvarte", lugar residencial en donde a la fecha permanece.

En octubre de 1984, se le aplica una valoración psicológica y médica, reportando ambas disciplinas, incapacidad para poder expresarse verbalmente sin poder mantener su atención - durante un período largo de tiempo, además de mostrar rasgos característicos de Síndrome de Down.

En noviembre de ese mismo año se realiza otro estudio -- psicológico, reportándose como principales áreas afectadas la imagen corporal, identificación sexual, comunicación y coordinación motora fina y gruesa.

En junio de 1987, se lleva a cabo una evaluación psicológica con la aplicación de tres instrumentos conductuales: ABACUS, Escala de Evaluación de la Conducta y Diagnóstico General del CEER, observándose resultados favorables en el área básica (atención y control instruccional), y de lenguaje receptivo, con rangos de ejecución entre el 80% y 90%, mostrando inhabilidad en los aspectos de coordinación visomotriz fina y gruesa, cuidado personal y desarrollo socializado, con rasgos de dominio entre el 50% y 75%, obteniendo el puntaje más bajo en el área de lenguaje expresivo, donde alcanzó un promedio de .05% de eficiencia.

Evaluación

Las evaluaciones conductuales practicadas permiten identificar que Francisco es un joven que muestra severo retardo en la mayoría de las áreas de desarrollo psicológico y en particular en el área de lenguaje expresivo (imitación verbal y lenguaje funcional), además de presentar condiciones genéticas (Síndrome de Down), asociadas a su bajo desarrollo conductual.

Tratamiento

Francisco puede desempeñarse independientemente con autosuficiencia en las áreas afectiva, conductual y social. Requiere una programación con objetivos que destaquen su entrenamiento en la adquisición de comportamiento imitativo motor, el

cual sirva como punto de partida para el establecimiento de - respuestas verbales vocales imitativas de fonemas básicos, en en cadenamamiento de sílabas, y emisión de frases para el inicio - de lenguaje funcional, y en consecuencia, para que alcance un grado de eficiencia en las distintas áreas de desarrollo conductual de manera integral.

El logro de estos objetivos permitirá promover un mejor desempeño cotidiano de Francisco en su medio social e institu-- cional.

PROGRAMAS IMPLEMENTADOS

PROGRAMA DE IMITACION GENERALIZADA

OBJETIVO. Que Francisco realizara 30 acciones simples en correspondencia a las acciones que presentaba un modelo (adulto).

MATERIAL. Diferentes objetos que estuvieran implicados en las listas de conductas a imitar, diversos comestibles co mo reforzador (pasas fritas, refresco, etc.), hojas de re-- gistro, lápices y reloj con segundero.

REGISTRO. Al final de cada sesión se evaluaba al joven, anotando con una (✓) si ejecutaba la conducta correctamente, si la hacía con instigación (✓1), o una (X) si no la presen-- taba. La confiabilidad de las respuestas en todos los progra-- mas se obtuvo mediante el registro simultáneo de dos observa-- dores independientes utilizando la siguiente fórmula $\frac{A}{A+D} \times 100$.

Intervención

FASE A (Línea Base). Durante cuatro sesiones consecutivas se le mostraron al muchacho las conductas que debería imitar y se registraba si las realizaba o no; en esta fase no se programó ningún tipo de apoyo ni contingencia.

FASE B (Entrenamiento). Se le modeló a Franciso la conducta a imitar; a continuación se le daba la indicación de que la realizara; si no lo hacía se instigaba física y verbalmente la respuesta, por ejemplo, en la conducta de extender los brazos lateralmente, mientras un instructor le modelaba la conducta, otro terapeuta le tomaba los brazos y se los extendía; inmediatamente después se administraban contingencias reforzantes sociales (halago, caricia) y materiales (sorbo de refresco, pedazo de papa frita), se procedió al desvanecimiento de la instigación de manera progresiva de tal manera, que al final con una instigación física simple el muchacho realizaba la conducta para posteriormente, solo, ante la presentación del modelo, realizarla. Se procedió así para cada una de las conductas a ser implementadas. Finalmente se le presentó una lista de cinco diferentes conductas a las enseñadas, para ver el efecto de la generalización, imitándolas correctamente. Quince días después se realizó un sondeo de seguimiento, observándose un 100% de respuestas correctas.

PROGRAMA DE ESTABLECIMIENTO DE SONIDOS BASICOS

OBJETIVO. Establecer algunos fonemas y sílabas bajo control imitativo.

MATERIAL. Diferentes comestibles como reforzador, abate lenguas, espejo, hojas de registro, lápices, reloj con segundo.

REGISTRO. Condiciones similares que en el registro anterior.

Intervención

FASE A (Línea Base). En cuatro sesiones se le presentaron los sonidos que tenía que imitar y se registraba si los pronunciaba o no. Durante esta fase no se programó ningún tipo de ayuda ni contingencia.

FASE B (Entrenamiento). Se colocaba al muchacho frente a la cara del instructor presentándole algún sonido, por ejemplo "Ma" con voz fuerte y clara, exagerando la posición de la boca y labios, de tal manera que Francisco pudiera observar dichos movimientos, al tiempo que se le repetía nuevamente el mismo sonido, diciéndole "dí Ma"; en caso de que no respondiera o presentara dificultad para realizar las respuestas, el terapeuta lo instigaba con ayuda de algún depresor de madera, o bien, con sus manos, colocando la posición correcta de la boca, labios y lengua, con el fin de que emitiera con mayor -

facilidad el sonido; inmediatamente después de que intentara o produjera el sonido, se administraban eventos consecuentes reforzantes sociales y materiales. Quince días después se aplicó un sondeo de seguimiento.

PROGRAMA DE ENCADENAMIENTO DE SILABAS

OBJETIVO Establecer palabras bisílabas a partir del encadenamiento de fonemas básicos.

MATERIAL. Tablero con dos luces de colores, distintos dulces como reforzador, hojas de registro, lápices y reloj con segundero.

REGISTRO. Mismo criterio que el programa anterior.

Intervención

ENTRENAMIENTO. Se utilizaron luces de diferentes colores en secuencia, en donde al encender la primera luz el joven tenía que repetir la primera sílaba, pronunciada anteriormente por el instructor. Al encender la segunda luz, después de apagarse la primera, el sujeto debía repetir la segunda sílaba de la palabra. El intervalo entre los estímulos luminosos, es decir, entre las dos sílabas duraba inicialmente cinco segundos, para posteriormente reducir el intervalo de manera progresiva hasta cero, de tal forma que al final "Francisco" repetía juntas las sílabas, formando una palabra simple.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

La Figura 2 (Anexo 2) muestra la ejecución de Francisco en los distintos programas implementados.

En lo que respecta al programa de imitación generalizada, puede observarse que durante el período de línea base, Francisco logró imitar seis conductas de las 30 que le fueron presentadas, alcanzando un 20% de respuestas correctas. Cuando a Francisco se le dio reforzamiento (sorbos de refresco y galletas), contingentes sobre la emisión de respuestas imitativas, su ejecución incrementó de manera significativa, logrando en la sexta sesión de entrenamiento un 36.6% de respuestas correctas, porcentaje que se incrementó de manera abrupta en las posteriores cuatro semanas, alcanzando un 100% de imitaciones correctas al final de la treceava sesión.

En cuanto a la prueba de generalización, realizó las cinco conductas nuevas que le fueron presentadas.

Durante el sondeo realizado 15 días después, obtuvo un 100% de ejecuciones correctas (Figura 2a.).

En el segundo programa implementado (imitación de fonemas básicos), en la fase A (línea base), Francisco sólo imitó cuatro de los 30 sonidos que le fueron presentados, obteniendo un 13% de respuestas correctas, manteniéndose el mismo porcentaje durante las primeras siete sesiones de entrenamiento,

punteando en la sesión 15 un 16.6% de ejecución. También se observa que a partir de la sesión 17 hasta la 26, hubo un incremento gradual y significativo de su ejecución, debido al empleo de un reforzador más efectivo (refresco). También se puede apreciar un decremento significativo de sus respuestas en la sesión 27 y 28, debido a que reportó un dolor intenso de muelas. No obstante, el porcentaje de respuestas recuperó su estabilidad, además de incrementarse, obteniendo en la sesión 33 un 96% de ejecución. En el sondeo realizado 15 días después, alcanzó un 90% de respuestas correctas (Figura 2b).

En cuanto al tercer programa, se observa que durante la condición de línea base, Francisco no logró imitar ninguna de las diez palabras que le fueron presentadas. Durante la fase de entrenamiento se aprecia un incremento constante en su porcentaje de ejecución, alcanzando al final de la sesión 31 un 90% de respuestas correctas (Figura 2c). Es de interés resaltar que la palabra "dame", fue la que más tiempo ocupó en aprender a imitar, requiriendo once sesiones para su establecimiento; dicho programa no se ha concluido todavía, dado que se pretende incluir nuevas listas de palabras, estableciendo su funcionalidad, así como para comenzar a establecer oraciones simples.

CASO 2

Antonio es un adolescente que a la edad de 16 años fue - asistido por el Centro Asistencial "Valle Narvarte"; el motivo del estado de abandono fue la carencia de recursos económicos por parte de su madre. A su ingreso al Centro Asistencial (abril de 1986), se le diagnostica con retardo intermedio, - presentando debilidad visual y Síndrome de Down.

Quince meses después de su ingreso, se le practica una - evaluación de su desarrollo, mediante la aplicación de tres - pruebas conductuales: Diagnóstico General del CEER, ABACUS y Escala de Evaluación de la Conducta, obteniéndose resultados positivos en las áreas de lenguaje receptivo, repertorios básicos (atención y seguimiento de instrucciones) y conducta motora gruesa, con rangos de ejecución entre el 85% y 90%, mostrando regular dominio en los aspectos de autocuidado, socialización y conducta motora fina, obteniendo niveles del 70% y 80% de ejecución, presentando el puntaje más bajo en el área de lenguaje expresivo, en donde logró .07% en promedio.

Diagnóstico

Con base en estudios practicados, se puede observar que Antonio es un muchacho que muestra un regular dominio en la mayoría de las áreas del desarrollo psicológico, presentando problemas severos en el área de habilidades lingüísticas (imi

tación de conducta verbal-vocal y lenguaje funcional), además de presentar defectos cromosómicos (Síndrome de Down) y alteraciones sensoriales (debilidad visual).

Tratamiento

El tratamiento estuvo dirigido principalmente a la adquisición de comportamiento imitativo motor, que servirá como base para el establecimiento de imitación verbal vocal (sonidos, palabras y frases) y de lenguaje funcional y condiciones que permitan su desarrollo en los aspectos de cuidado personal, - conducta motora fina y socialización, las cuales deberán trabajarse de manera secuencial y funcional.

Lo anterior permitirá una mejor integración y funcionalidad de Antonio a su medio social en general, que coadyuven a su posible reincorporación familiar.

PROGRAMAS IMPLEMENTADOS

PROGRAMA DE IMITACION GENERALIZADA

Mismo objetivo y condiciones de tratamiento en el Caso 1.

PROGRAMA DE ESTABLECIMIENTO DE SONIDOS BASICOS

Mismo objetivo y condiciones de entrenamiento que en el caso 1. Pero diferente secuencia en la adquisición de los sonidos.

PROGRAMA DE ENCADENAMIENTO DE SILABAS

Mismo objetivo y procedimiento que en el Caso 1. Variando algunas de las palabras enseñadas.

Descripción de los resultados

En la Figura 3 (Anexo 2) se presenta la ejecución de Antonio a través de los distintos programas implementados imitación motora simple, establecimiento de sonidos bajo control imitativo y encadenamiento de sílabas en cada una de las fases programadas.

Los cambios de la conducta a imitar acciones simples se muestran en la Figura 3a. Durante la preevaluación Antonio sólo imitó 4 de las 30 conductas que le fueron presentadas, obteniendo un 13.3% de respuestas correctas.

Durante la fase de intervención fueron necesarias 16 sesiones para que alcanzara un 100% de imitaciones correctas, utilizando elogios y dulces como reforzadores. Al inicio, todas las conductas fueron instigadas, desvaneciéndose gradualmente la ayuda, logrando establecer las últimas conductas sin apoyo adicional.

En la prueba de generalización logró imitar cinco acciones simples que le fueron presentadas, diferentes a las enseñadas.

Durante el sondeo realizado quince días después, obtuvo - un 100% de respuestas correctas.

Con respecto al segundo programa, Antonio sólo imitó tres de los 30 sonidos que le fueron presentados, alcanzando un 10%, porcentaje que se mantuvo durante las primeras cuatro sesiones del tratamiento. En las posteriores sesiones, el incremento - de respuestas correctas no fue tan significativo, siendo hasta la sesión 24 en que logró un aumento considerable del 90% de - ejecuciones correctas.

También se puede observar que el porcentaje de respuestas con instigación fluctuó entre un 3.3% y 17%, lo cual se debe a que en cada sesión sólo se trabajó en el entrenamiento de uno o dos fonemas, adquiriendo éstos en la segunda y tercera sesión posterior (Fig. 3b).

Con respecto al tercer programa implementado, se aprecia - que durante el período de preevaluación, Antonio no fue hábil pa - ra imitar alguna de las diez palabras que le fueron presentadas.

Durante el transcurso de la fase de entrenamiento, en 17 - sesiones logró imitar cuatro palabras, pronunciando la quinta - palabra sólo con instigación (Fig. 3c).

Actualmente se continúa trabajando con la aplicación de los dos anteriores programas, para posteriormente pasar a su funcio - nalidad y establecimiento de repertorios lingüísticos más comple - jos.

CASO 3

Adrián es un usuario del que se desconocen sus antecedentes familiares, ya que fue abandonado el 30 de noviembre de 1983 en la Casa Hogar para Varones del DIF a la edad aproximada de cuatro años.

En enero de 1984, se reporta la aplicación de un estudio psicológico, en el que se señala que el niño carece de contacto ocular, que emite constantemente sonidos vocálicos y conductas repetitivas, relacionándose mejor con objetos inanimados que con personas. En ese mismo mes ingresa a la Casa Cuna Coyoacán, aplicándole una evaluación médica y psicológica, diagnosticando retraso psicomotor severo de origen perinatal, con probable hipoacusia, crisis convulsivas y desnutrición de primer grado, reportando los siguientes repertorios: enuresis, falta de contacto visual, carencia de lenguaje, e inhabilidad para poder comer, vestirse y asearse por sí solo.

En mayo de 1984 pasa al Instituto "Molino de Bezares", donde se realiza un examen psicológico a través de la Escala de Gesell, encontrándose un cociente de desarrollo de 20, con una edad de madurez equivalente a 54 semanas, y con diagnóstico de deficiencia mental profunda de origen congénito, reportándose como principales áreas afectadas la personal social y el lenguaje.

En octubre de 1985 pasa a formar parte de la población del Centro Asistencial "Valle Narvarte", donde se diagnostica con severo retardo en el desarrollo y probable autismo.

En el año de 1987 se realiza una valoración psicológica, utilizando tres pruebas de evaluación conductual: ABACUS, Escala de Evaluación de la Conducta y Diagnóstico del CEER, encontrándose severas deficiencias en todas las áreas de desarrollo evaluadas (lenguaje, coordinación visomotriz, autocuidado, etc.), incluyendo los repertorios básicos de atención, imitación y seguimiento de instrucciones, con rangos de ejecución entre el 3.3% y 1.6%.

Evaluación

Con base en lo anterior, se puede establecer que Adrián fue un niño que mostró profundo retardo en la mayoría de las áreas del desarrollo psicológico, las cuales están directamente relacionadas con las graves deficiencias observadas en el área de atención y de acciones simples bajo instrucción y por imitación, presentando frecuentemente conductas antisociales (moverse constantemente, manipulación e ingesta de basura y heces fecales) y autoestimulatorias (balanceos, manerismos motores y repetición de sonidos vocálicos).

Tratamiento

De las deficiencias mencionadas, son las del área básica (control instruccional, imitación motora simple y atención a nivel de fijación y contacto visual), las que deben ser tratadas en forma prioritaria, promoviendo al mismo tiempo una mayor responsividad en el niño, a todos los niveles, siendo esto de vital importancia para que Adrián adquiriera conductas cada vez más complejas (habilidades de cuidado personal, repertorio socializado, lenguaje, etc.).

El logro de estos aspectos será determinante para propiciar una mejor integración y desarrollo cotidiano del niño, a su medio institucional y social en general.

PROGRAMAS IMPLEMENTADOS

Programa de atención

OBJETIVO. Que el niño establezca contacto visual ojo-ojo, espontáneo, ante orden y a otros estímulos con diferentes personas y objetos.

MATERIAL. Diferentes objetos manipulables como: espantapuegras, papel lustre, tubo de cartón, matraca, carros, etc. - Hojas de registro, lápices y reloj con segundero.

REGISTRO. Durante toda la sesión se anotaba la frecuencia y la duración en segundos del contacto visual establecido (fre-

cuencia de clase por tiempo determinado), ante objetos y personas, tanto cuando lo hacía de manera espontánea, como bajo mando del terapeuta.

Intervención

En cada sesión se trabajó a la hora correspondiente de la comida, con sus alimentos respectivos.

FASE A (Línea Base). Durante esta fase se registraron los contactos visuales que establecía el niño ante objetos y personas bajo instrucción y espontáneamente, durante 20 minutos en cinco días consecutivos, sin programar ningún tipo de ayuda ni contingencia.

FASE B (Tratamiento). Se iniciaba la sesión dándole la orden "Mírame"; si no respondía o presentaba dificultad para realizar la conducta, se instigaba físicamente la respuesta, para lo cual el terapeuta le tomaba de la barbilla girándolo en dirección a sus ojos, repitiéndole nuevamente la instrucción; a cualquier intento o contacto visual que emitiera se administraban eventos consecuentes sociales (caricia, elogio) y materiales (cucharada de alimento). Otra forma de instigación consistió en colocar frente a la cara del niño algún objeto llamativo (campana, papel aluminio, etc.), indicándole "mira esto", moviendo el objeto lateralmente. Otro procedimiento de ayuda consistió en mirar al niño, atisbándolo a través de un tubo de cartón, o bien, jugando con un espantasuegras frente a su cara,

lo cual se hizo por espacios de tiempo cada vez mayores, con objeto de aumentar la duración del contacto visual.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

OBEJTIVO. Que Adrián realizara 10 acciones simples en correspondencia a las indicaciones dadas por un adulto.

MATERIAL. Diferentes objetos que estuvieran implicados en la lista de instrucciones, alimento correspondiente a la comida, hojas de registro, lápices y reloj con segundero.

REGISTRO. Al final de cada sesión se realizaba un ensayo de evaluación, anotando con una paloma (✓) si el niño realizaba correctamente la instrucción, si lo hacía con instigación (✓_i), o una cruz (X) si no la presentaba.

Intervención

Se trabajó conjuntamente con el programa de contacto visual.

FASE A (Línea Base). En esta condición únicamente se le dieron las instrucciones al niño para que realizara las distintas acciones simples, anotando en la hoja de registro si las ejecutaba o no. Esto se hizo durante cinco sesiones consecutivas sin presentar ningún tipo de apoyo o contingencia.

FASE B (Entrenamiento). Se comenzaba con la primera instrucción presentándole la orden, por ejemplo, "cierra la puerta", se esperaba cinco segundos para que respondiera, si no lo hacía, se instigaba física y verbalmente la respuesta, para lo cual, el terapeuta lo tomaba del brazo guiándolo en dirección a la puerta, repitiéndole constantemente la instrucción, colocándole la mano sobre la perilla de la puerta girándola junto con él, inmediatamente después se administraban - contingencias reforzantes sociales y materiales. La ayuda se desvaneció gradualmente hasta lograr que Adrián emitiera la - respuesta solicitada sin ayuda, controlada únicamente por la instrucción verbal. De la misma forma se procedió para las - conductas restantes

PROGRAMA DE PERMANECER SENTADO ORIENTADO VISUALMENTE HACIA UNA ACTIVIDAD

Se pretendía que el niño adquiriera habilidades para la disposición al aprendizaje, tales como: permanecer sentado en la mesa, atendiendo y escuchando diferentes situaciones de trabajo, así como comenzar a participar en las mismas.

MATERIAL. Una mesa, dos sillas y diferentes objetos, como dados, frascos, lazos, serpentinas, etc. Su comida como reforzador, hojas de registro, lápices y reloj con segundero.

REGISTRO. Durante toda la sesión se registraba el tiempo que permanecía sentado atendiendo a la situación de trabajo.

Intervención

FASE A (Línea Base). Durante esta fase se registró el tiempo que Adrián permanecía sentado atendiendo al instructor, en un lapso de 20 minutos durante cinco sesiones consecutivas. Durante esta fase no se administró ningún tipo de instigación ni contingencia.

FASE B (Entrenamiento). En forma gradual se fue incrementando el tiempo de permanecer sentado, mediante el reforzamiento diferencial, tomando como base los logros de los programas anteriores, esto es, se le daba al niño la instrucción "siéntate en la silla", una vez sentado, el terapeuta le solicitaba a Adrián que estableciera contacto visual con algún objeto colocado sobre la mesa, otorgándole inmediatamente eventos reforzantes sociales y materiales. Así también, se le pedía que estableciera contacto visual a diferentes partes de la cara del instructor, o bien, pidiéndole que colocara alguna de sus manos sobre la mesa, reforzándolo por cada respuesta correcta. Cuando hacía intento de pararse, otro de los instructores lo instigaba física y verbalmente para que permaneciera sentado. Antes de darle todos sus alimentos correspondientes a la comida, el niño debía permanecer sentado cuando menos un minuto; posteriormente, en las siguientes sesiones se aumentó de manera progresiva el tiempo en que debería permanecer sentado de acuerdo a un programa de intervalo periódico de aumento progresivo.

PROGRAMA DE IMITACION DE ACCIONES MOTORAS SIMPLES

OBJETIVO. Que el niño realizara acciones simples en correspondencia a la conducta de un modelo (adulto).

MATERIAL. Diferentes objetos que estuvieran implicados - en la lista de las conductas a imitar, su alimento como reforzador, hojas de registro, lápices y reloj con segundero.

REGISTRO. Al final de cada sesión se realizaba un ensayo de evaluación registrando el número de respuestas correctas - (✓), con instigación (✓) e incorrectas (X).

Intervención

FASE A (Línea Base). En esta fase el terapeuta hizo una demostración al niño de cómo realizar la conducta, registrando si la realizaba o no. Esta actividad se llevó a cabo durante tres sesiones consecutivas, sin programar ningún tipo de ayuda ni contingencia.

FASE B (Entrenamiento). En esta fase el instructor modeló al niño en la forma en cómo realizar la conducta, después - le dio la instrucción de hacerlo. Si Adrián no respondía o - presentaba dificultad para realizar la respuesta, se procedía a moldear la respuesta instigando física y verbalmente la conducta, para lo cual, mientras un instructor le modelaba la acción, otro instigaba físicamente la respuesta, intentando que Adrián imitara al modelo. El uso de la ayuda se desvaneció de

manera progresiva hasta lograr que el niño emitiera la respuesta solicitada sin ayuda.

Descripción de resultados

En las Figuras 4 y 5 (Anexo 2) se muestra la ejecución de Adrián a través de los distintos programas implementados.

En cuanto al programa de contacto ocular y fijación visual a objetos próximos, durante la preevaluación Adrián únicamente estableció dos contactos oculares espontáneos de uno y tres segundos de duración, uno más y de un segundo a otros objetos.

Durante la fase de tratamiento el avance fue lento y variado, pero muy significativo, ya que al final de la sesión 44 logró establecer frecuentemente contactos visuales oculares con rangos de duración entre tres y cinco segundos principalmente (Figuras 4a, b, c y d).

En cuanto al programa de control instruccional, el niño no fue hábil para realizar una serie de diez acciones simples bajo instrucción. Durante la condición "B" transcurrieron 37 sesiones para que el niño alcanzara un 90% de ejecuciones adecuadas. Además se observó una generalización del seguimiento instruccional a otras personas y contextos, según informes del personal (enfermeras) (Fig. 5a).

Con respecto al programa de permanecer sentado atendiendo la tarea, en cinco sesiones de línea base, el niño se mantuvo sentado en promedio ocho segundos durante períodos de observación de 20 minutos. En las posteriores sesiones de intervención aumentó de manera significativa el tiempo de estar sentado, permaneciendo 12 minutos en la décima primera, logrando que se mantuviera sentado 15 minutos al final de la vigésima sesión (Fig. 5b).

Durante la aplicación del programa de imitación de acciones simples, fueron necesarias 31 sesiones para obtener un 90% de respuestas correctas, con 10 imitaciones (Fig. 5c).

Al inicio todas las respuestas fueron instigadas, siendo difícil desvanecer la ayuda, sin embargo, el transcurso de las sesiones se requirió de menos apoyo adicional.

Actualmente se continúa con la aplicación de los distintos programas, esperando aumentar el número y complejidad de las respuestas.

CASO 4

César es un niño de 11 años de edad que, debido a la desintegración familiar y escasos recursos económicos de su padre, ingresó al Centro Asistencial "Valle Narvarte" en abril de 1986.

Con respecto a sus antecedentes familiares, se tiene conocimiento de que su madre es alcohólica desde que naciera, para

posteriormente abandonar el hogar. En abril de 1985, cuando el niño presentaba una edad aproximada de 10.4 años, se llevó a cabo un estudio psicológico en el Hospital Psiquiátrico Infantil, con la aplicación de una batería de pruebas, con los siguientes resultados:

- L. Bender: E.M. 3 años 6 meses, sugerente de disfunción cerebral.
- Stanfor-Binet: E.M. 3 años 10 meses, con un C.I. de 37 que corresponde a un nivel de debilidad mental profunda.

Recomendando tratamiento farmacológico y orientación al padre sobre el manejo del niño.

A su ingreso al Centro "Valle Narvarte", se le diagnostica un retardo intermedio en el desarrollo, presentando Síndrome fetal-alcohólico.

Un año después de su ingreso se llevó a cabo una valoración psicológica con la aplicación de tres instrumentos conductuales: ABACUS, Diagnóstico General del CEER y Escala de Evaluación de la Conducta, encontrándose que el niño tiene habilidad suficiente en el área de repertorios básicos (imitación, control instruccional) y lenguaje receptivo, con rangos de ejecución entre el 90% y 100%, obteniendo bajo dominio en las áreas de atención (fijación visual en situaciones discriminativas), lenguaje expresivo, coordinación visomotriz y socializa-

ción, con porcentajes de ejecución entre el 40% y 80% (véase Cuadro 3).

Evaluación

Con base en las evaluaciones practicadas, se puede observar que César presenta un regular dominio en la mayoría de las áreas de desarrollo psicológico: autocuidado, habilidades sociales, lingüísticas y coordinación visomotriz, teniendo dificultades principalmente en el área básica (discriminación), de comunicación (identificación de elementos del medio ambiente y lenguaje espontáneo), y conducta motora fina, sin presentar - problemas severos de conducta como agresividad, hiperactividad u otros.

Tratamiento

Para incrementar las habilidades de César, se recomienda la elaboración y aplicación de programas que estimulen su discriminación y comunicación, procurando generalizar su repertorio verbal vocal, así como aumentar el grado de dominio sobre las otras áreas de desarrollo de manera integral. Además, se considera necesaria la incorporación de César a una escuela de educación especial que favorezca su independencia con autonomía en las áreas afectiva, conductual y escolar.

El cumplimiento de estos objetivos podría resultar en un pronóstico favorable para lograr su integración familiar y social.

PROGRAMAS IMPLEMENTADOS

PROGRAMA DE FIJACION VISUAL EN SITUACIONES DISCRIMINATIVAS

OBJETIVO. Que el muchacho fijara su vista ante dos o más estímulos de manera sucesiva durante un período de 15 segundos.

MATERIAL. 16 tarjetas de colores de 12 x 7 cms., diferentes comestibles como reforzadores, hojas de registro y lápiz.

REGISTRO. Se anotó la duración en segundos de la fijación para cada estímulo, anotando una (✓) si atendía los estímulos de manera encadenada.

Intervención

FASE A (Línea Base). Durante este período se le presentaron a César cada una de las tres distintas tarjetas-estímulo, colocadas en una situación de igualdad a la muestra, teniendo que fijar su vista en cada tarjeta por un período de tiempo de 15 segundos, registrando la ocurrencia o no de la fijación visual en el tiempo previsto.

FASE B (Entrenamiento). Sobre una mesa se le presentaron a César tres tarjetas (dos del mismo color y una diferente), teniendo que fijar su vista hacia cada una de las distintas tarjetas durante cinco segundos en forma consecutiva.

El tiempo del contacto visual se incrementó de manera progresiva hasta que César atendiera por espacios de tiempo cada -

vez mayores, alcanzando el criterio de 15 segundos, una vez lo grado lo anterior, se le entrenó para que señalara cuáles tarjetas eran semejantes.

PROGRAMA DE DISCRIMINACION VISUAL

OBJETIVO. Que el niño respondiera de manera discriminativa ante distintas formas visuales.

MATERIAL. 30 pares de tarjetas de 10 x 15 cms., conteniendo diferentes formas y figuras geométricas, diversos dulces como reforzadores, hojas de registro y lápiz.

Intervención

FASE A (Línea Base). Se le presentaron a César sobre una mesa, una figura (estímulo de muestra) y abajo de ésta, otras tres figuras, una de las cuales tenía que ser idéntica al estímulo de muestra, se le dio la instrucción de que indicara cuál figura era semejante a la de arriba, haciendo lo mismo con cada uno de los estímulos restantes, registrándose las respuestas correctas.

FASE B (Tratamiento). En una situación de igualdad a la muestra, se instigaba al niño para que señalara de entre los tres estímulos de "comparación" el que era idéntico al estímulo de "muestra". Si César cometía muchos errores, primero se trabajaba con un solo estímulo de comparación que igualaba al estímulo de muestra, posteriormente se agregaban dos estímu

los distintos al estímulo de muestra. Se continuaba de este modo con cada una de las distintas figuras.

Si el niño no respondía correctamente, se implementaba el procedimiento de tiempo fuera total o parcial.

PROGRAMA DE IDENTIFICACION DE ELEMENTOS DEL MEDIO AMBIENTE

OBJETIVO. Que César señalara y nombrara correctamente 30 elementos del medio ambiente representados en láminas.

MATERIAL. 30 tarjetas de 15 x 20 cms., con diferentes figuras (animales, frutas, ropa, etc.), galletas y dulces como reforzador, hojas de registro y lápiz.

REGISTRO. Considerando que existen dos categorías de respuestas (señalar y nombrar cada figura), al final de cada sesión se anotaba si César ejecutaba correctamente los dos tipos de respuestas o sólo una, ya fuera con una (✓) en caso de que respondiera adecuadamente o con una (X) si lo hacía incorrectamente.

Intervención

FASE A (Línea Base). En esta condición, durante tres sesiones consecutivas se le presentaron las tarjetas al niño y se le pedía que los nombrara preguntándole "¿Qué es esto?", también se le pidió que en un conjunto de tarjetas identificara los diferentes dibujos diciéndole "Señala la...", registrándose si lo hacía correcta (✓) o incorrectamente (X) para las dos categorías de respuesta.

FASE B (Tratamiento). Para la respuesta de nombrar los objetos, se le iban presentando uno por uno los objetos y se le decía, por ejemplo, "Mira, esto es un tren", inmediatamente se le preguntaba, ¿Qué es esto? y se le ayudaba indicándole al mismo tiempo, "esto es un tren", posteriormente se desvaneció el uso de la instigación verbal de manera progresiva, atenuando la ayuda a base de decir cada vez menos la palabra. De tal manera que al inicio se le ayudaba diciéndole el nombre completo del dibujo. Después se le presentaba alguna parte de la palabra y así sucesivamente hasta mover únicamente los labios como para pronunciar el nombre del objeto, hasta que finalmente la respuesta quedaba controlada por la pregunta ¿Qué es esto?

En la respuesta de señalar, al tiempo que iba aprendiendo a nombrar las figuras, se iban formando conjuntos de tarjetas, las cuales se colocaban sobre la mesa de trabajo y dándole la indicación "Señala dónde está el tren y/o dame el tren"; y si no respondía o lo hacía de manera inadecuada se le instigaba físicamente dirigiéndole la mano hacia la tarjeta correcta; inicialmente se formaban grupos de tres tarjetas, después de cinco, ocho y así sucesivamente; cuando señalaba la respuesta correcta, o bien, se la daba al instructor, se le preguntaba, ¿Qué es? y si contestaba correctamente se le administraban eventos reforzantes sociales y materiales. El uso de la ayuda se redujo gradualmente de tal manera que después de ciertos ensayos sólo se le instigaba ligeramente para que señalara la

tarjeta correspondiente, hasta que finalmente, sólo, ante la pregunta, él contestara adecuadamente; cabe aclarar que las tarjetas constantemente se cambiaban de posición para estar seguros de que el niño efectivamente había aprendido a nombrar y señalar las diferentes figuras, sin contestar a la posición de las mismas. Se procedió de igual forma para cada una de las palabras contenidas en las listas respectivas.

FASE C (Evaluación final). En esta fase se procedió de la misma forma que en la Línea Base, pero sólo durante una sesión.

Descripción de resultados

A continuación se enumeran los distintos avances del niño en cada uno de los programas aplicados.

En el programa de fijación visual en situaciones discriminativas, durante las sesiones de Línea Base, César no prestó atención a ninguna de las tres tarjetas en forma sucesiva en los períodos de tiempo preestablecidos (15 segundos por tarjeta).

En cuanto a las primeras sesiones de entrenamiento, el niño no mostró mejoría, debido a que se movía y distraía constantemente, sin embargo, estos errores fueron disminuyendo mediante un procedimiento de instigación física en donde se le tomaba de la cabeza y se le dirigía a cada una de las distintas tarjetas-estímulo, lo que permitió una mejoría en su atención por -

espacios de tiempo cada vez mayores, hasta que en la treceava sesión de entrenamiento logró atender en 15 ocasiones cada uno de los estímulos durante 15 segundos, en un lapso de tiempo de 5 minutos (Fig. 6a.) (Anexo 2).

En cuanto al programa de discriminación visual, en la pre evaluación César sólo alcanzó un 8% de igualaciones correctas. Cuando se le otorgó reforzamiento (sorbos de refresco y galletas) contingentes sobre la emisión de igualaciones correctas, su porcentaje incrementó gradualmente alrededor de un 40% de respuestas correctas, el cual, a su vez, se incrementó hasta un 100% a través del empleo de un procedimiento de tiempo fuera (permaneciendo oscura la habitación) contingente sobre la ocurrencia de respuestas incorrectas. Todo en un total de 20 sesiones (Fig. 6b).

Finalmente, con respecto al programa de nombramiento de objetos, durante el período de preevaluación, César no fue hábil para nombrar todas las figuras que le fueron presentadas, señalando correctamente sólo 10 de ellas. En la fase de entrenamiento bastaron 15 sesiones para que César respondiera correctamente a la primera categoría de respuestas (nombrar), y siete sesiones para la categoría de señalar. Durante la evaluación final alcanzó un 100% de respuestas correctas en ambas categorías (Fig. 6c).

Cuando se realizó el sondeo 15 días después, alcanzó un ni vel del 100% en las dos categorías.

DISCUSION

Los resultados de este trabajo indican con bastante claridad que se obtuvo un marcado éxito en los distintos programas de tratamiento conductual implementados, debido a que los niños adquirieron una diversidad de conductas adaptativas bien específicas, lo cual se reflejó en avances significativos en sus respectivas áreas de desarrollo psicológico. Lo anterior confirma que el empleo de las diversas técnicas y procedimientos de modificación de conducta son efectivas en el tratamiento del sujeto retardado.

En cuanto a los cambios conductuales presentados, es de interés resaltar que se presentaron resultados no esperados, ya que en ocasiones el establecimiento de determinadas conductas permitió el desarrollo de otras nuevas sin necesidad de llegar a utilizar procedimientos específicos para implementar estas últimas. Tal es el caso del niño Adrián, el cual, una vez que cubrió los objetivos intermedios de los programas de atención y control instruccional, empezó a mostrar conductas cada vez más ordenadas, como el hecho de dejar de desvestirse constantemente dirigirse en ocasiones por sí mismo al baño para realizar sus respuestas urinarias o fecales, o mostrarse menos renuente ante los diversos contactos sociales, así como el hecho de presentar cada vez con menor frecuencia conductas de tipo autoestimuladorio (repetición constante del sonido "eh", manerismos motores, etc.).

Si bien, solamente se presentaron de manera breve e imprecisa cuatro casos y los diferentes problemas que se trataron, esto no implica que únicamente se haya trabajado con cada uno de ellos y en las conductas antes señaladas, sino que éstos se eligieron por considerarlos ilustrativos de la actividad profesional de investigación aplicada desempeñada.

CONSIDERACIONES GENERALES

Los casos aquí presentados fueron especialmente interesantes, porque ilustran algunas de las funciones y actividades - que el psicólogo puede llegar a desempeñar con éxito dentro de la educación especial, bajo un marco institucional de asistencia social.

A lo largo del trabajo realizado, se demostró que el psicólogo puede llevar a cabo evaluaciones conductuales que le permitan diseñar y aplicar programas de tratamiento conductual rehabilitatorios, en sujetos que muestran desviación en su desarrollo psicológico, lo cual depende en gran medida de la forma conceptual de entender el problema del retardo.

Con respecto a las conductas que adquirieron los distintos sujetos, es de interés enfatizar el entusiasmo de las interacciones terapeuta-usuario que al dispensar contingencias - de manera particularmente oportuna afectaron efectiva y eficientemente el mantenimiento de respuestas correctas en los menores.

Así, también se ve la necesidad de que los cambios producidos no se restrinjan a la situación de trabajo, manteniéndose de manera funcional y constante en el medio natural.

Ahora bien, para mantener y transferir distintos repertorios conductuales, una vez retirado el tratamiento, se requiere hacer uso de procedimientos de cambio conductual más concretos, entre los que destacan la eliminación o desvanecimiento gradual de las contingencias, así como el entrenamiento a individuos que se hallan dentro del ambiente social del niño, entre otros. Este último parece ser uno de los caminos más viables y recomendables que tendrían que llevarse a cabo para cubrir con éxito los objetivos planteados en los programas de intervención.

Esto es, ya que el personal de la institución también constituye un medio para prestar cuidados y asistencia, se requiere entrenarlo en el uso de técnicas y procedimientos de manejo conductual, de manera que sean capaces de eliminar las contingencias que mantienen las conductas indeseables o de proporcionarles otras nuevas que produzcan y mantengan conductas adaptativas. En este sentido, nuestra función no radicaría únicamente en modificar la conducta de los sujetos, sino también en la planeación y programación de ambientes sociales. Por lo anterior, es urgente y necesario elaborar procedimientos que permitan la realización y cumplimiento de esta nueva forma de intervención psicológica, dentro del ámbito institucional de la asistencia social.

Así también, es necesario resaltar que nuestra labor no - debe estar al margen de la actividad desempeñada por otros pro fesionales (médico, pedagogo, trabajador social, etc.), ya que en el problema del retardo inciden factores de orden biológico, educativo y social, por lo que se requiere de un equipo de pro fesionales que otorguen una atención integral al individuo desventajado con base en un enfoque multidisciplinario.

Finalmente, es necesario mencionar que se debe contar con el material, equipo e instalaciones mínimas indispensables, pa ra el buen funcionamiento de las actividades evaluativas y de tratamiento, y en términos de contar con la infraestructura - técnica que de cuenta del cumplimiento de los objetivos de ser vicio en la población atendida, a través de un cuerpo de conoci mientos y una organización que permita solventar las necesidades de servicio.

Si lo anterior llegara a cubrirse, sería factible el supo ner alcanzar con rapidez los objetivos de entrenamiento de los usuarios, lo que posibilitaría atender a un número mayor de in dividuos que demandan servicios asistenciales psicológicos de rehabilitación.

CAPITULO V

M E T O D O L O G I A
C O N S T R U C C I O N A L

OBJETIVO GENERAL

Construir en menores retardados institucionalizados, repertorios de conductas socialmente aceptables, con lo cual se pretenderá a la vez, decrementar conductas problema detectadas.

Método

a) Sujetos

Se trabajó con catorce sujetos, los cuales presentan al gún tipo de retardo en el desarrollo y cuyas edades fluctúan entre los siete y veintidós años de edad. Para asegurar su acceso al programa, se requirió que los sujetos no mostraran incapacidad motora y sensorial severa..

b) Escenario

El trabajo se realizó en el patio de la institución de 16.80 de largo por 4.40 de ancho, así como en un área de 4 x 4 metros aproximadamente, sin muebles y con iluminación y ventilación suficiente.

c) Material

- Hojas de registro (Anexo 3)
- Hojas de papel y lápiz
- Reloj con segundero
- Diversos comestibles como reforzadores (galletas, dulces...)

- Distintos objetos contenidos en cada uno de los programas
- Programas de actividades sociales (Anexo 4)

Procedimiento

1. Inicialmente se realizaron registros anecdóticos de las actividades desarrolladas por los usuarios, los cuales se llevaron a cabo en distintos espacios de la institución, con el fin de detectar de manera general las principales conductas de los niños. Los registros tuvieron una duración aproximada de treinta minutos diarios durante cinco días.
2. Se analizaron los distintos registros anecdóticos con la finalidad de observar las conductas problema más frecuentes y las conductas adaptativas menos frecuentes que presentaron los usuarios.
3. Se hicieron enlistados o categorizaciones de las principales conductas presentadas, haciendo hincapié en aquellas que por sus efectos en el medio, frecuencia o forma predominante son consideradas adaptativas y desadaptativas, las cuales fueron agrupadas principalmente en base a su semejanza topográfica, formando categorías conductuales mutuamente excluyentes e incompatibles (Anexo 5).
4. Una vez agrupadas las distintas clases de respuestas en categorías conductuales, se definieron de manera operacional, asignándoles un código para cada una de las díadas de conductas.

5. Se determinaron y seleccionaron las formas de registro necesarias para anotar la frecuencia de las distintas categorías conductuales. Para lograr lo anterior se seleccionó un registro de ocurrencia por intervalos de cinco minutos durante un tiempo de observación de media hora, donde se anotó si ocurría o no cada categoría conductual.
6. Se aplicó el registro de ocurrencia seleccionado, con el fin de registrar la ocurrencia o no de las distintas categorías conductuales. Para cada sesión (día) se realizaron cuatro períodos de observación de 30 minutos cada uno, para pre y post tratamiento. Lo cual se realizó mediante el registro simultáneo de dos observadores independientes con el objeto de garantizar la confiabilidad de las respuestas.
7. Con los datos obtenidos en la pre-evaluación, se diseñaron y programaron actividades grupales, cuya intención - fue la de "construir" habilidades nuevas y adaptativas incompatibles a la aparición de conductas problema. Estas actividades se implementaron durante un mes, con duración de dos horas diarias de lunes a viernes.

Confiabilidad

El porcentaje mínimo para que un registro se considerara como confiable fue de 90%. Obtenido por medio de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de acuerdos}}{\text{Número de acuerdos} + \text{Desacuerdos}} \times 100$$

Resultados

En el Anexo 6 se muestran las figuras de las díadas de conductas mutuamente excluyentes, donde los puntos del polígono de series temporales representan el promedio, y las gráficas de la derecha de cada hoja representan la media de las sumas de la frecuencia promedio de cada sesión para cada categoría conductual y su respectiva incompatible, antes y después del entrenamiento.

En términos generales, los resultados muestran que al construir repertorios sociales adecuados incompatibles a la presencia de conductas problemas, disminuyen sustancialmente los problemas sociales de los sujetos y aumentan considerablemente las habilidades prosociales; de esta manera, se puede observar que de acuerdo al diseño pre-test pos-test empleado en las que se presentan datos promedio por sesión, la conducta de agresión física (AGF) disminuye de ocho a cuatro respuestas por sesión al ser establecida la conducta de interacción social adecuada (ISA), que incrementó de tres respuestas a un promedio de seis respuestas por sesión (Figura 7) (Ver el Anexo 6 para cada una de las siguientes figuras).

En relación a la díada de las categorías conductuales: agresión verbal (AGV) e interacción verbal adecuada (IVA), se

observa que al entrenar esta última se presenta un decremento en AGV, de tres a dos respuestas, mientras que IVA incrementa de dos a cuatro respuestas, lo que representa una ganancia - del 50% diario en promedio (Figura 8).

En otro par de conductas registradas, se observa que la conducta de molestar a compañeros (MoC) disminuye de cinco a dos respuestas promedio por sesión en el pretest al ser entrenada la conducta incompatible de cooperación (Coo) que incrementó de una a cuatro respuestas con una ganancia promedio - del 75% pre-post-test (Figura 9).

En las categorías de conductas no higiénicas (CHI) y - conductas higiénicas (CHI), no se observan cambios significativos en las medidas de post-test, en el que se presentó la - primera (CHI) en un promedio de ocho respuestas y la segunda - (CHI) en un promedio de tres respuestas por sesión (Figura 10).

Por otra parte, la respuesta de manejo inadecuado de objetos (MIO) y manejo adecuado de objetos (MAO), no presentaron cambios significativos de una condición a otra, con un - promedio de doce y dos respuestas en la medida de post-test (Figura 11).

Los datos obtenidos en la categoría de daño al mobiliario (DaMo) incrementó ligeramente de dos a tres respuestas - por sesión, mientras la categoría incompatible reparar y/o -

cuidar el mobiliario (ReMo), presentó el mismo nivel pre-post test con una frecuencia diaria de una respuesta (Figura 12).

Por último, los hábitos de alimentación inadecuados (HAI) y los hábitos de alimentación adecuada (HAA) no presentaron cambios significativos al presentar frecuencias promedio de diez y tres respuestas pre-post-test, respectivamente (Figura 13).

En estos resultados se destaca el hecho de que las categorías directamente entrenadas fueron las de (ISA), (IVA), (Coo), en cuyas díadas se observaron los cambios más relevantes de acuerdo a los propósitos del presente estudio.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, podemos apreciar que se registraron cambios significativos en la frecuencia de algunas categorías mutuamente excluyentes antes y después del entrenamiento.

Por una parte, es notorio observar un incremento en la emisión de las categorías de interacción social adecuada y cooperatividad, y un decremento en la frecuencia de las conductas de molestar a compañeros, agresividad física y verbal.

Con respecto a las restantes categorías conductuales, no se registraron cambios, manteniendo el mismo nivel de ejecución al término del programa.

El hecho de que únicamente se hayan producido cambios en sólo tres de las siete categorías mutuamente excluyentes, puede ser consecuencia del diseño y programación de los distintos programas de intervención implementados, los cuales únicamente hacen énfasis en el desarrollo de habilidades sociales (cooperación e interacción social adecuada), dejando a un lado otras dimensiones de respuestas, como los hábitos de higiene, limpieza, conductas de orden, entre otras.

Por otro lado, si bien es cierto que se lograron disminuir algunas clases de conducta consideradas socialmente inadapadas, éstas no fueron en su totalidad extinguidas, continuando en un nivel bajo de frecuencia.

En base a lo anterior, se sugiere:

- a) Extender los programas de intervención, en la construcción de otras clases de conducta incompatible a la aparición de conductas problema.
- b) Elaborar nuevas y mejores actividades grupales de construcción habilitatoria prosocial.
- c) Ampliar la metodología propuesta, abordando no solo relaciones interactivas niño-niño, sino adulto-niño, niño-adulto, etc.
- d) Plantear sistemas de registro, que permitan observar cambios conductuales durante la aplicación de los distintos programas y no sólo antes y después del entrenamiento.

Lo anterior permitirá avanzar en el desarrollo de nuevas estrategias o modelos constructivos en el campo de la educación especial, con la finalidad de establecer repertorios de competencia social en individuos desventajados, por constituir un grupo con preferentes necesidades de atención terapéutica y rehabilitatoria.

Por último, quisiéramos recordar que el presente trabajo es un ejemplo de cómo las políticas locales de cada institución pueden ser un elemento que favorezcan, o por el contrario, dificulten el desempeño y conducción de programas y actividades - evaluativas, de entrenamiento e investigación aplicada, ya que frecuentemente declaran sin fundamentos sólidos (científicos), qué tipo de corriente o técnica psicológica es la óptima para utilizarse en ese escenario, llegando a considerar al psicólogo como un subprofesionista, cuyas funciones y papel son estrictamente de diagnóstico con base en taxonomías psiquiátricas o psicométricas; práctica favorecida por los mismos psicólogos (Pérez, 1975; Zarzosa, 1984b).

CONCLUSIONES GENERALES

Es evidente que en México existe un número alarmante de menores con requerimientos especiales de tratamiento, que viven en condiciones de indigencia, abandono u orfandad. Su presencia obliga a brindarles urgentemente servicios asistenciales, dada su condición de extrema necesidad, vinculada con su pobre capacidad para competir a lo interno de su entorno social.

No obstante la importancia de auxiliar a este sector de la población (el más desprotegido y limitado), nuestro país se ha caracterizado a través de su historia, por carecer en absoluto de sistemas o modelos de convivencia residencial en forma de albergues, hogares sustitutos, casas hogar o comunidades terapéuticas, tendientes a proporcionar al individuo excepcional los beneficios relativos al cuidado, necesario en todas las áreas de su desarrollo y atención personal.

En base a las consideraciones expuestas al inicio del trabajo, la única forma de ayuda oficial creada especialmente para dar atención a personas con desventajas físicas y psicológicas, cuya situación los coloca parcial o totalmente en estado de abandono u orfandad, ha consistido en el sostenimiento de un hogar sustituto colectivo denominado Centro Asistencial "Valle Narvarte", representando el carácter oficial institucional de más alto nivel de complejidad y desarrollo -

para la asistencia social de un grupo reducido de niños y adolescentes, todos varones, sin familia, con retardo en el desarrollo psicológico, denotándose de esta forma el carácter discriminatorio y sexista de las políticas oficiales asistencia--
les.

Si bien, este tipo de apoyo institucional o tratamiento intramuros ha recibido algunas críticas (Bradley, et al, 1985; Braddock y Heller, 1985; Griffith, 1985), su emergencia en el contexto mexicano debe ser por el momento justificable e indispensable, considerando, por un lado, el número creciente de la población con desventajas físicas y psicológicas que viven en la calle, con familias desintegradas, o reclusos en lugares - inadecuados para su desarrollo (hospitales psiquiátricos, reclusorios, albergues caritativos o para adultos indigentes), y por otro, las posibilidades remotas y muy limitadas para implementar sistemas alternativos de residencia terapéutica asistencial (modelo de familia enseñante, comunidades experimentales terapéuticas), como para atacar la diversidad de factores sociales (alimenticios, de salud, educativos, entre otros), que contribuyen y dan origen al grave problema del abandono y retardo infantil, difíciles de controlar por vincularse a aspectos de la organización económica social.

Lo anterior apoya aún más la idea de crear hogares de - - asistencia residencial o semiresidencial, tipo casa de huéspedes, para niños y adolescentes excepcionales que carecen de - apoyo o tutela familiar y que difícilmente van a poder ser am

parados o adoptados por algún grupo familiar y/o social, donde la intervención del psicólogo de orientación conductual puede contribuir con mucho a mejorar no solo la calidad de los servicios asistenciales, sino ser un importante instrumento para facilitar el cumplimiento de los objetivos que enmarcan a la - - asistencia social, además de poder propiciar con su labor un - cambio en la imagen institucionalizadora en forma de custodia o vigilancia por el de entrenamiento o educación formal.

Un ejemplo de cómo la intervención profesional del psicólogo puede contribuir a la solución de problemas nuevos y con--cretos en el campo de la asistencia social, centrada institu--cionalmente, fue mostrada en el presente trabajo, que dio lu--gar al desempeño de tres importantes actividades profesionales, con base en:

- a) El desarrollo de modelos de intervención conductual que superen las limitaciones inherentes de las prácticas psicológicas tradicionales con sustento en el modelo médico clínico patológico.
- b) La definición de un nuevo papel profesional del psicólogo en el marco de una institución pública, con probabilidad - de inserción en el futuro sobre capas de la población más amplias, buscando resolver en forma multidisciplinaria problemas generados por prácticas económicas y sociales inadecuadas.

- c) La conjugación o vinculación de dos importantes tareas profesionales diferentes pero íntimamente vinculadas: intervención conductual e investigación aplicada.

La contribución del trabajo en este sentido, permitió a la vez mostrar, si no todas, sí algunas funciones esenciales, no tradicionales, que el psicólogo puede llegar a desempeñar dentro del marco asistencial institucional, con el fin de proporcionar a los usuarios el entrenamiento de repertorios conductuales que les permitan ejercitar habilidades sociales, mejorando su calidad de vida dentro de la institución, así como generar su eventual colocación en un ambiente natural.

Este hecho es especialmente significativo cuando tiene lugar en un área de la educación (sistema oficial de educación especial y rehabilitación) que ha carecido en absoluto de tradición tecnológica conductual, y cuando las condiciones materiales, de espacio y equipo para realizar la intervención e investigación psicológica no son las más adecuadas en cuanto a que no brindan las facilidades necesarias.

Sin embargo, nos hemos limitado de momento a un número reducido de problemas (diagnóstico y evaluación conductual, construcción de habilidades prosociales), por lo que se requiere de una mayor práctica, estudio e investigaciones que deriven en el desarrollo de una mejor tecnología evaluativa y terapéutica para abordar de manera **integral** la circunstancia socioedu

cativa de menores con necesidades especiales de atención institucional a partir de la asistencia social.

Esta nueva tendencia tendrá necesariamente que considerar la implementación de otros elementos o estrategias de intervención psicológica profesional, que posibiliten una mejor ubicación y desarrollo tecnológico de nuestra disciplina, las cuales deberán abarcar los siguientes aspectos:

A) Acciones de intervención

Donde en primera instancia será necesario prevenir la -
ocurrencia o agudización de problemas conductuales, evaluando
lo que habremos de considerar como problema, definirlo con -
propiedad y crear las estrategias de acción que nos permitan
evitar su presencia o eliminar su ocurrencia.

Así, por ejemplo, la presencia de desviaciones sexuales
en un beneficiario de la asistencia social, pudiera ser preve
nida mediante una oportuna educación sexual. De la misma for
ma que el desarrollo de habilidades sociales puede prevenir -
la presencia de conductas antisociales, como las agresivas o
el aislamiento.

Las tareas que se pudieran desempeñar para llevar a cabo
un trabajo preventivo, podrían consistir en:

- 1) Difundir de manera amplia, intra y extra institucionalmente, el conocimiento psicológico con el que contamos para evitar y solucionar problemas.

2. Crear programas educativos, tanto para la capacitación - del personal paraprofesional y no profesional, como para los usuarios y beneficiarios de la asistencia social (sobre aspectos del aprendizaje y modificación de conducta, educación sexual, entrenamiento prelaboral, etc.).
3. Diseñar y aplicar de manera sistemática y continua programas de entrenamiento conductual y formas de evaluación en las diversas áreas del desarrollo para evitar y corregir desviaciones normativas del individuo.

B) Trabajo multidisciplinario

Otro aspecto que debe considerarse en el ejercicio profesional del psicólogo desde una perspectiva institucional y de asistencia social, es el relativo al trabajo multidisciplinario, ya que los problemas en el campo de la salud y educación no deben tratar de explicarse y abordarse desde una sola perspectiva (médica, social o psicológica), o de lo contrario se caería en explicaciones limitadas, rígidas, lineales y reduccionistas.

Por lo que debe marcarse la necesidad del trabajo conjunto a través de las diferentes disciplinas, tanto a nivel diagnóstico-evaluativo, como de tratamiento terapéutico para incidir integralmente en la solución de los problemas concretos. Así, las acciones a desempeñar por un profesional en un caso particular, requieren ser comprendidas por otro, tanto por -

procedimiento como por sus implicaciones, de lo contrario se entorpecerán el uno al otro. Romano y León (1989), consideran que la organización de equipos multidisciplinarios en el ámbito institucional de la asistencia social requiere tomar en cuenta para su conformación:

1. La dificultad de comunicación por el hecho de "hablar lenguajes diferentes", lo que implica capacitación interdisciplinaria, lo que da lugar a entendimiento recíproco.
2. La diferencia de conceptos que avalan la especificidad de la profesión. El entendimiento y respeto de la actividad de otra disciplina constata la no subordinación del conocimiento en el campo aplicado. En esencia el individuo es biopsicosocial y ninguna de sus partes se define como un todo.

De esta forma, la participación multidisciplinaria en la evaluación y solución integral de los problemas dará como resultado una mayor eficacia en la asistencia social.

C) Desprofesionalización

Finalmente, la capacitación paraprofesional y no profesional es otro elemento a implementar dentro del quehacer psicológico institucional de asistencia social.

Su importancia radica en que los logros educativos y terapéuticos obtenidos en términos de adquisición de repertorios -

saludables y eliminación de conductas antisociales son, en la mayoría de los casos, específicos a la situación y personas que los implementan. El cambio producido en condiciones diferentes a la situación natural en la que debe exhibirse un nuevo repertorio, y en interrelación exclusiva con el profesional responsable, se limita con frecuencia a las circunstancias relativamente arbitrarias de dicha interacción profesional y muestra una corta permanencia.

Por razones metodológicas, se requiere que la técnica de cambio y mantenimiento conductual sea aplicada en la situación natural, y que los encargados de hacerlo sean personas que formen parte de la interacción que define el problema a resolver.

En el caso del contexto institucional de asistencia social, esta acción debe corresponder a los paraprofesionales y no-profesionales en contacto directo con los usuarios.

Al respecto, Romano y León (1989) señalan que un aspecto que justifica este hecho, es que el número de profesionales requeridos y el costo que representarían sería considerablemente alto, y por lo tanto, obliga a diseñar procedimientos y criterios para que los propios paraprofesionales y no-profesionales ya existentes apliquen las técnicas de cambio conductual, lo que incrementaría la eficacia profesional.

Lo anterior implica llevar a cabo una actividad profesional de enseñanza de prácticas disciplinarias desprofesionalizadas. Esto significa socializar el conocimiento profesional, transfiriéndolo a otros sectores marginados de la población, con la posibilidad de acceder a él y a su empleo. "Desprofesionalizar el trabajo intelectual representa una ruptura de la división social del trabajo, siempre y cuando esta transferencia social del conocimiento se dirija a los sectores explotados en el esquema del sistema productivo, y se plantee la posibilidad de que la técnica y el conocimiento profesional se utilicen para los fines que defina ese sector explotado como clase social, incluyendo el proceso mismo de concientización como parte integral de esta desprofesionalización" (Talento y Ribes, 1980, p. 271).

Así, la desprofesionalización como transferencia de conocimientos a otras personas que pueden ser paraprofesionales y no-profesionales permitirá un mejor manejo terapéutico generalizado del usuario retardado en condiciones naturales y/o institucionales, donde los capacitados formen parte del entorno social de los usuarios.

Por lo anteriormente expuesto, podemos observar que la práctica profesional psicológica en dirección a usuarios de asistencia social con desventajas psicológicas es aún incipiente, por lo que debe extenderse a otros niveles de inter-

vención (preventivos, multidisciplinarios y desprofesionalizadores), para de esta manera hacer más próspera nuestra tarea ante los problemas que habrán de resolverse, encaminadas al - tratamiento integral de menores con necesidades especiales de atención institucional en el marco de la asistencia social.

A N E X O 1

FIG.1, CUADRO 3 Y CUADRO 4 QUE MUESTRAN
LOS PORCENTAJES POR SUBÁREA, ÁREA Y CA
LIFICACION GLOBAL CORRESPONDIENTES A -
LAS DISTINTAS ÁREAS DEL DESARROLLO PSI
COLÓGICO.

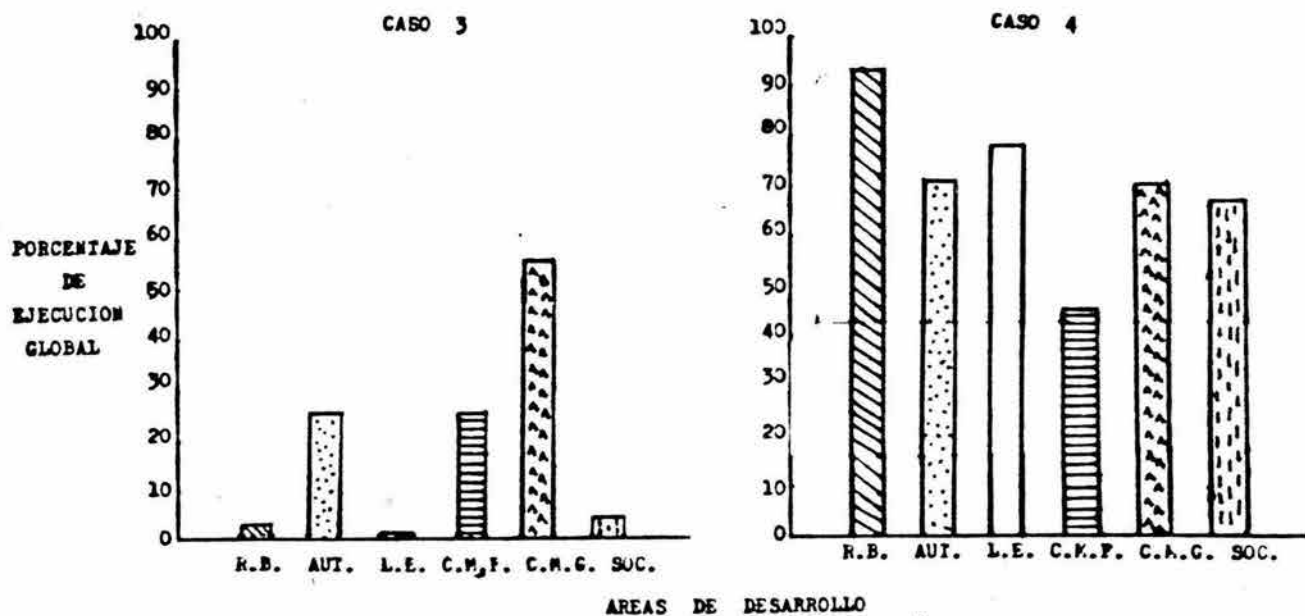
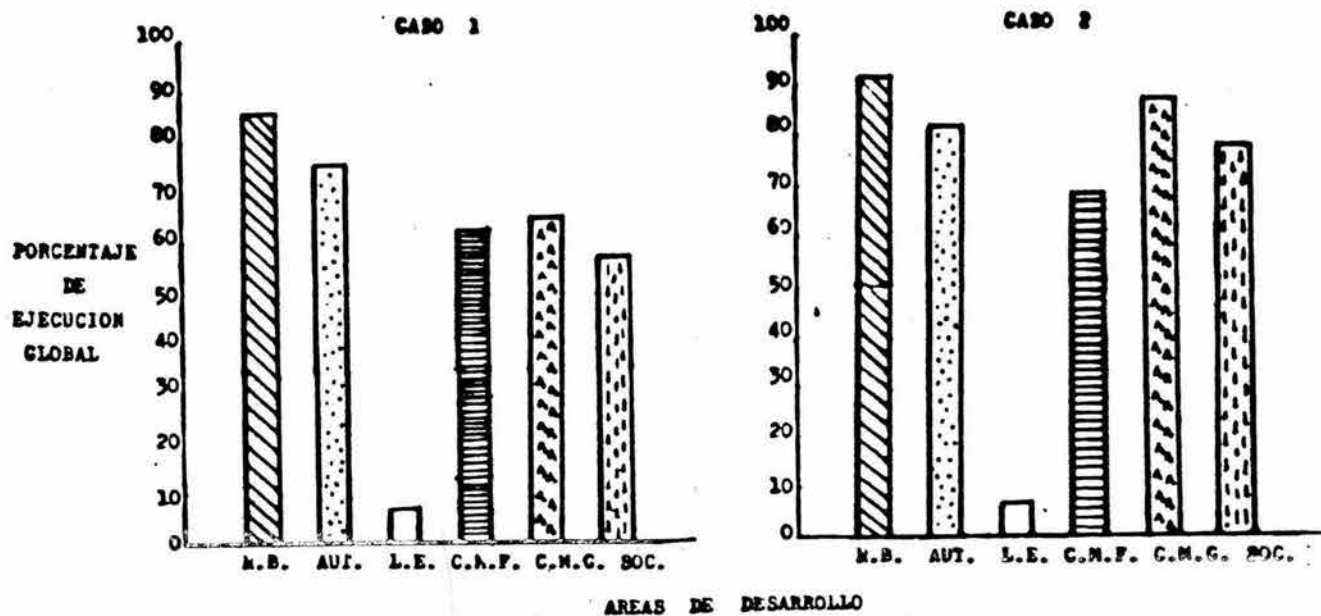
Cuadro 3. Muestra el vaciado de datos en porcentajes, resultante de la aplicación de 3 pruebas conductuales, a 4 sujetos retardados institucionalizados.

INSTRUMENTO	AREAS	REPERTORIOS	% DE EJECUCION POR REP.				% DE EJECUCION POR AREAS				% DE EJECUCION GLOBAL			
			Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
A.B.A.C.U.S.	Autocuidado	-	-	-	-	84.7	93.4	36.9	82.6					
	Lenguaje recep.	-	-	-	-	80	80	6.6	100					
	Lenguaje exp.	-	-	-	-	9.5	4.7	0	46	57.7	66	22	69.2	
	C. mot. fina	-	-	-	-	54	64	20	46					
	C. mot. gruesa	-	-	-	-	79.1	91.6	66.6	83.3					
	Hab. precodém.	-	-	-	-	27	20.0	13	41					
	Socialización	-	-	-	-	55.2	71	5.2	76.3					
DIAGNOSTICO GENERAL DEL C.E.E.R.	Conductas básicas	Atención	100	100	0	100								
		Imitación	46.6	73.3	0	100	73.5	85.2	0	100				
		S. instrucc.	85.7	92.8	10	100								
	Habilidades sociales y de adaptación	C. M. gruesa	60.7	85.7	53.5	47.8								
		C. M. fina	78.5	85.7	35.7	50								
		Imit. vocal	0	0	0	100	23.9	34.1	15.3	75.8				
		Tactos	0	0	0	65								
		Intraverbales	0	0	0	90								
	Conductas Académicas	Articulación	0	0	0	86.6								
		Dis. colores	0	66.6	0	100								
		Tactos comple.	0	0	0	0	0	18.1	0	27.2				
	Problemas-ticas	Textuales	0	0	0	0								
		Autoestimulac.	40	0	60	60					42.8	53.3	18	55.9
		Hiperactividad	0	0	0	0								
		Molostar e int.	0	50	0	0	19	9.5	9.5	14.2				
		Agresión	40	0	0	0								
		Berrinches	0	0	0	100								
		Autodestrucción	0	0	0	0								
	Cuidado personal	Vestimenta	66.6	83.3	16.6	66.6								
		Aseo	27.2	63.6	9	36.3								
Hab. comer		91.6	91.6	41.6	83.3	50.7	60	20	49.2					
Control de esfínteres		100	100	40	80									
Habilidades interpersonales	Tareas y resp.	54.5	54.5	0	54.5									
	Seguridad corp.	84.2	78.5	21.4	71.4									
ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA	Hab. de disposición para el aprendizaje	-	-	-	-	89.6	94.5	3.3	93.1					
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Hab. de mirar, escuchar y moverse	C.M. gruesa	53.5	82.1	44.1	57.1								
		C.M. fina	53.1	56.6	18.7	40.6	51.2	62.5	24.1	56.2				
		Hab. sociales	71.4	92.8	0	71.4								
	Hab. imitación motora	Imit. movimien.	52.1	69.5	8.6	82.6	53.3	76.6	6.6	83.3				
		Imit. general	57.1	100	0	85.7								
	Hab. imitación verbal	Int. imit. ver.	33.3	41.6	8.3	100	22.8	31.4	5.7	100	47.0	63.8	13.7	77.8
		Imit. verbal	17.3	17.3	0	100								
	Lenguaje funcional	Clases de leng. funcional	8.1	21.6	0	81.3	6.9	18.6	0	81.3				
Manejo probl. especiales		0	0	0	33.3									
Hab. trabajo comés y auton.	Encargos	25	100	0	50	66.6	90	16.6	66.6					
	Tareas de aut.	68.1	86.3	18.1	72.7									
Conductas problemáticas	C. destructiva	18.1	0	63.6	27.2									
	Revolver cosas	0	0	100	0	21	0	71	7.8					
	C. insólitas	28.5	0	85.7	0									

CUADRO 4. Muestra los porcentajes obtenidos por 4 sujetos retardados, en 6 áreas de desarrollo básico, a través del empleo de 3 instrumentos de evaluación conductual.

CASOS	REPERTORIOS BASICOS				AUTOCUIDADO				LENGUAJE EXPRESIVO				COORDINACION MOTORA FINA				COORDINACION MOTORA GRUESA				SOCIALIZACION			
	ABACUS	C.E.E.R.	E.E.C.	P.G.	ABACUS	C.E.E.R.	E.E.C.	P.G.	ABACUS	C.E.E.R.	E.E.C.	P.G.	ABACUS	C.E.E.R.	E.E.C.	P.G.	ABACUS	C.E.E.R.	E.E.C.	P.G.	ABACUS	C.E.E.R.	E.E.C.	P.G.
CASO 1	-	82.3	89.6	85.9	84.7	72.5	68.1	75.1	4.7	0	10.6	5.1	54	78.5	53.1	61.8	79.1	60.7	53.5	64.4	55.2	50	71.4	58.8
CASO 2	-	85.2	96.5	90.8	93.4	82.5	72.7	82.8	4.7	0	18.1	7.6	64	85.7	56.2	68.6	91.6	85.7	82.1	86.4	71	66.6	92.8	76.8
CASO 3	-	0	3.3	3.6	36.9	25	18.1	26.6	0	0	0	0	20	35.7	18.7	24.8	66.6	53.7	44.1	54.8	5.2	8.3	0	4.5
CASO 4	-	91.1	93.1	92.1	82.6	65	63.6	70.4	66	82.6	87.8	78.8	46	50	40.6	45.5	83.3	67.8	57.1	69.4	76.3	50	71.4	65.9

- ABACUS - Arizona Behavior Analysis Criterion Utilization Scale
- C.E.E.R. - Diagnóstico General del Centro de Educación Especial y Rehabilitación.
- E.E.C. - Escala de Evaluación de la Conducta
- P.G. - Puntuación Global



R.B. - REPERTORIOS BASICOS
 AUT. - AUTOCUIDADO
 L.E. - LENGUAJE EXPRESIVO
 C.M.F. - COORDINACION MOTORA FINA
 C.M.G. - COORDINACION MOTORA GRUESA
 SOC. - SOCIALIZACION

Fig. 1. Muestra el perfil de ejecución global por áreas, de 4 sujetos retardados, en base a la aplicación de 3 pruebas conductuales; A.B.A.C.U.S., Escala de Evaluación de la conducta y Diagnóstico del CEER.

A N E X O 2

FIG. 2, 3, 4, 5, Y 6 QUE MUESTRAN LA
EJECUCIÓN CONDUCTUAL A TRAVÉS DE LOS
DISTINTOS PROGRAMAS IMPLEMENTADOS.

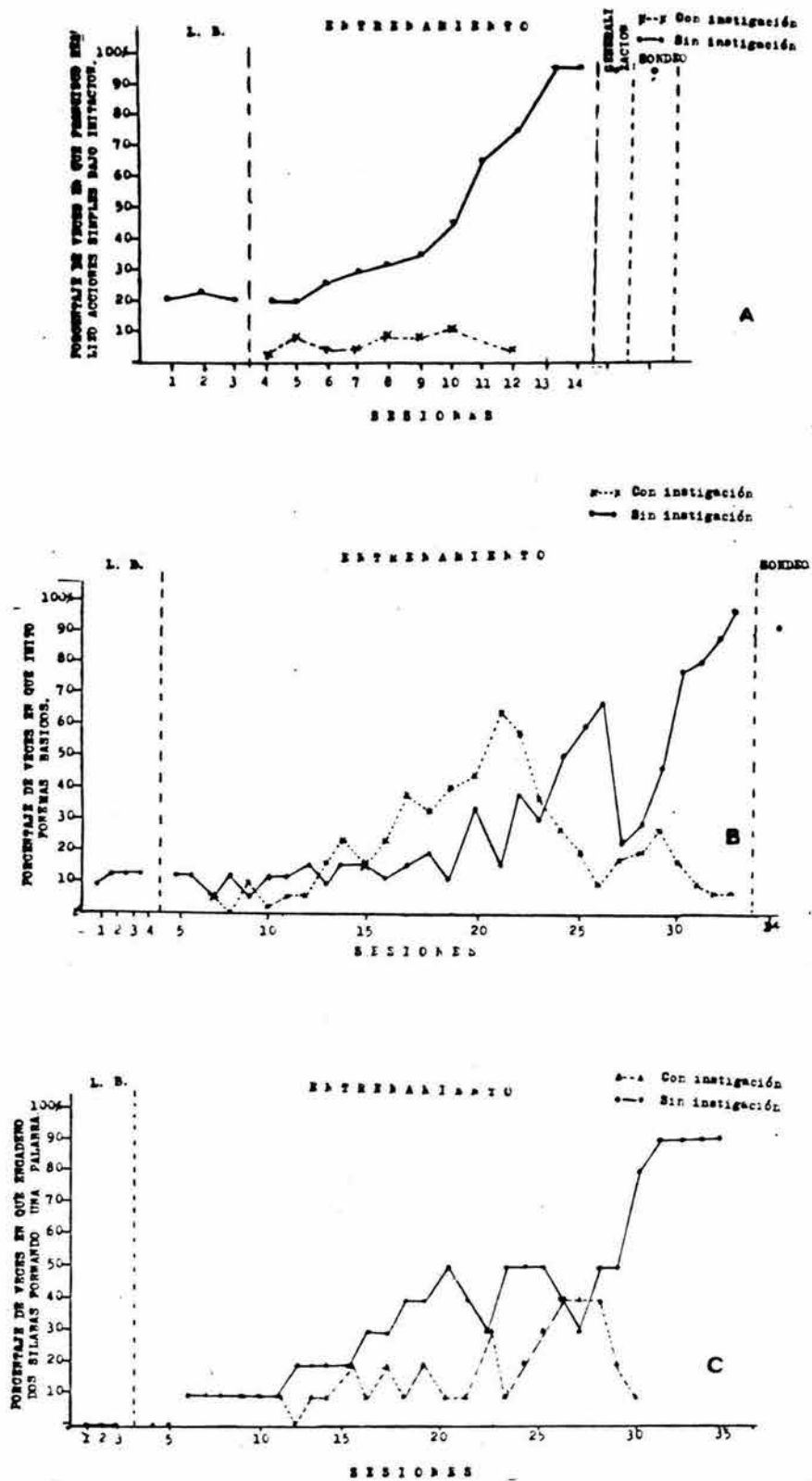


Fig. 2. Muestra la ejecución de Francisco (caso 1), a través de los distintos programas implementados; comportamiento imitativo motor (A), establecimiento de respuestas imitativas de fonemas básicos (B), y encadenamiento de sílabas (C), bajo las diferentes fases instruccionales.

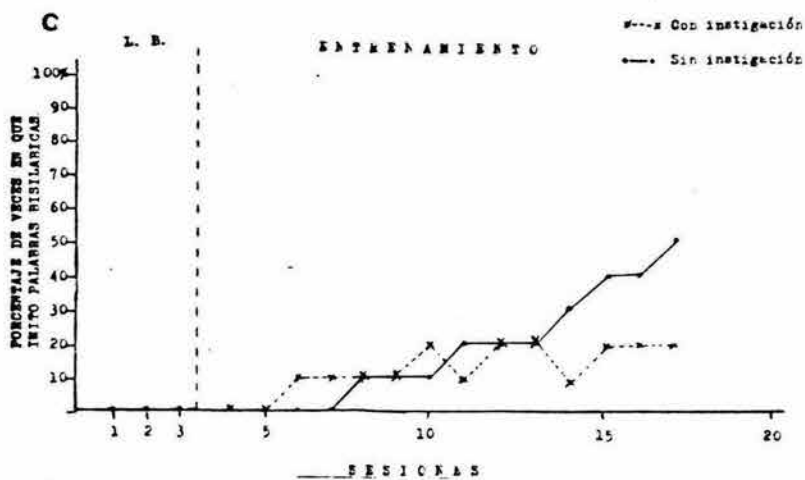
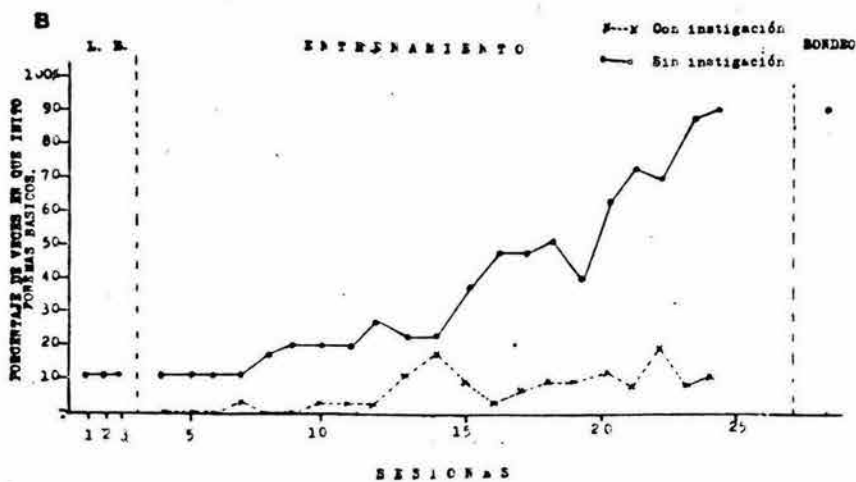
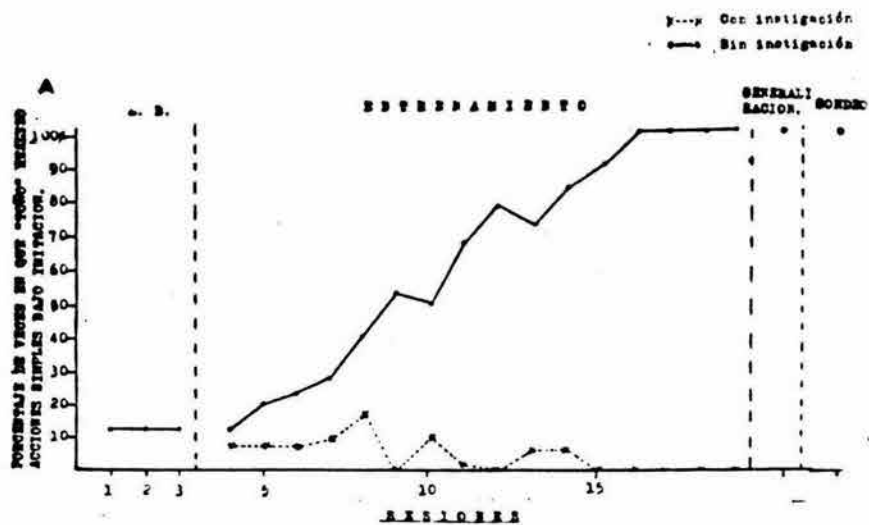


Fig. 3. Representa el aprendizaje de Antonio en cada una de los programas aplicados; imitación de acciones simples (A), establecimiento de sonidos basicos (B), e imitación de palabras bisilabicas (C), bajo las distintas condiciones del entrenamiento.

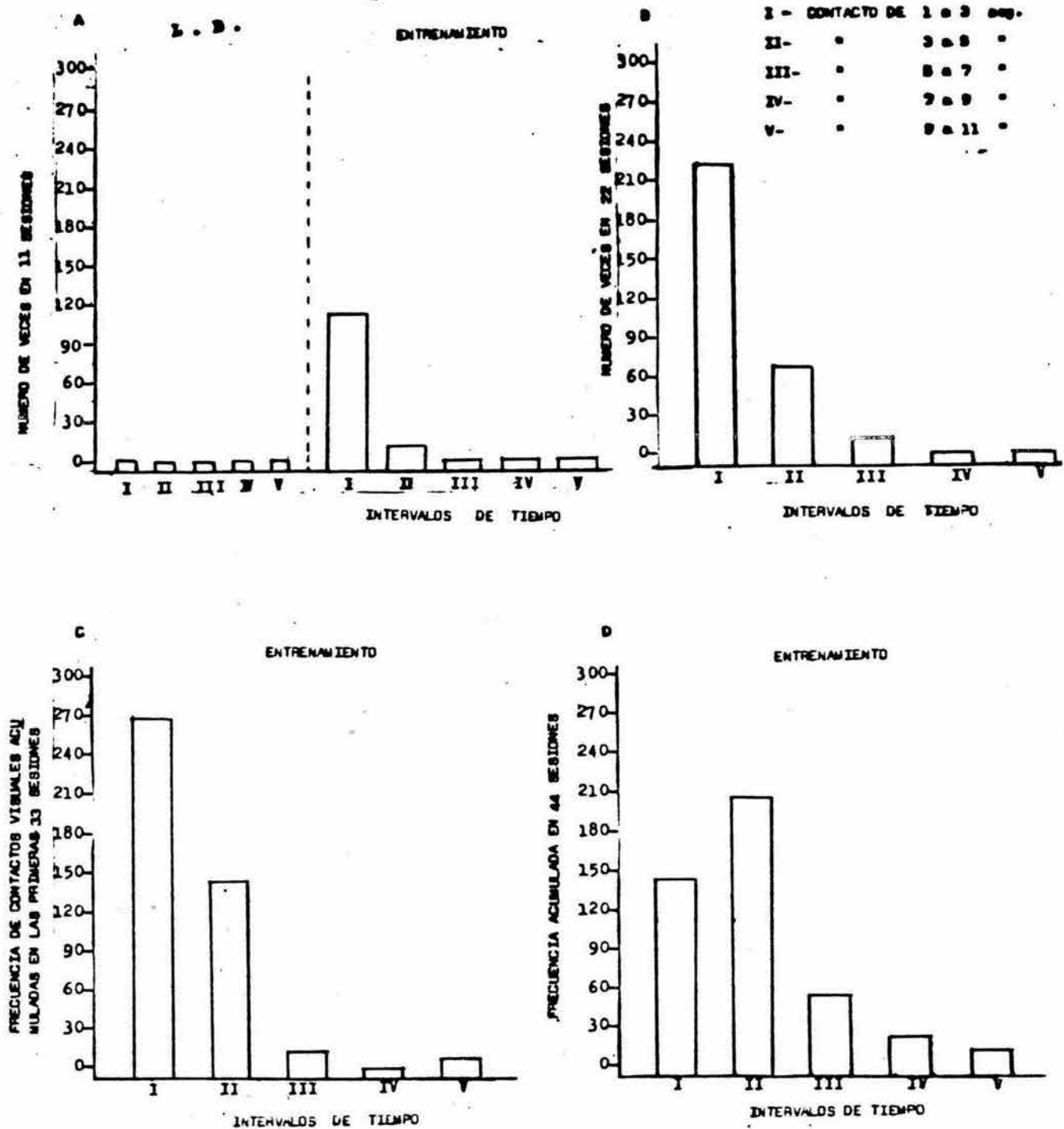


Fig. 4. Representa la frecuencia de contactos visuales (ante-orden, espontáneos, y a otros estímulos), establecidos por Adrián, agrupados en intervalos de tiempo, durante las primeras 11 sesiones (A), 2da 11 sesiones (B), 3ra 11 sesiones (C) y 4ta 11 sesiones de entrenamiento.

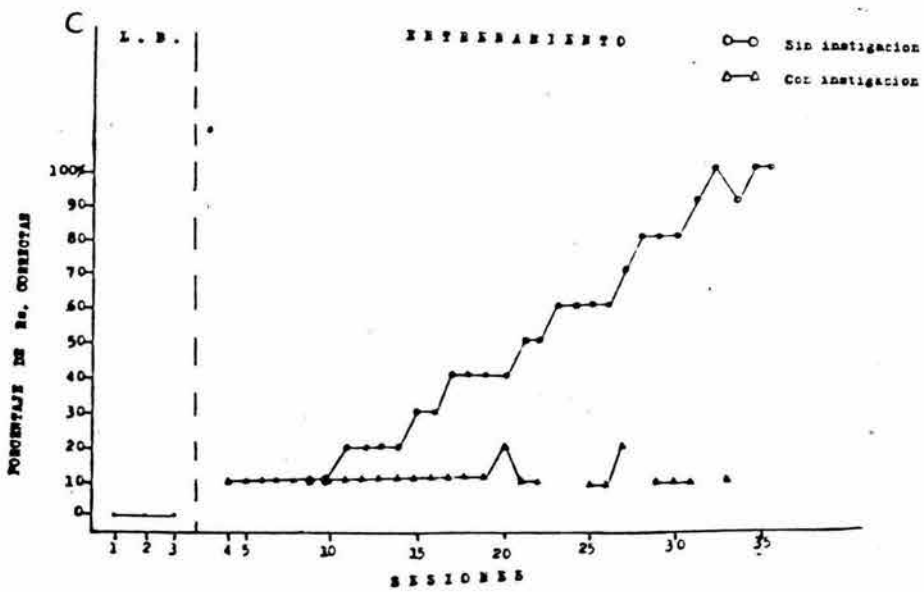
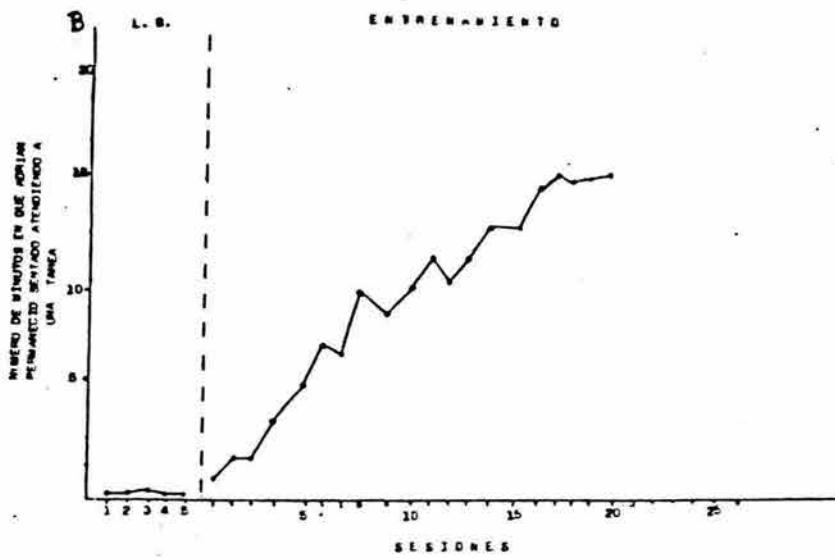
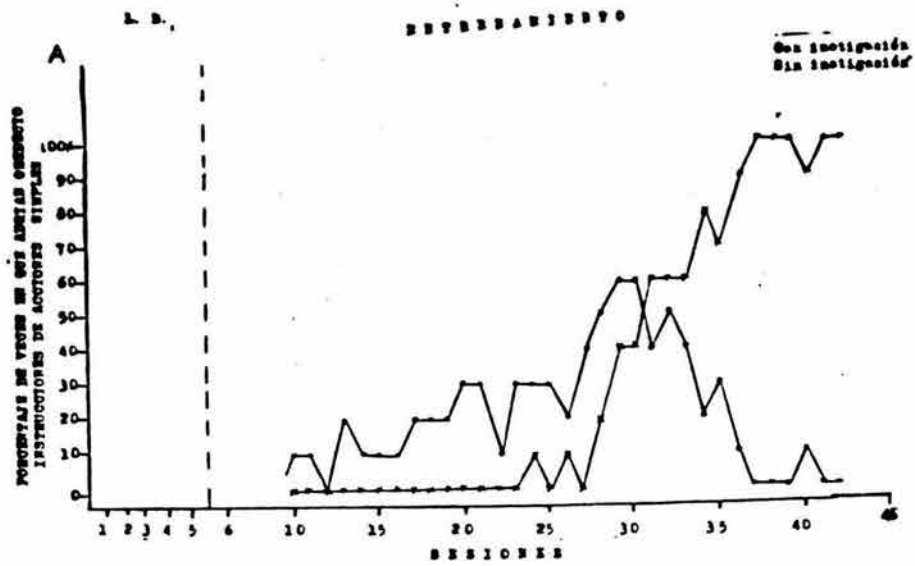


Fig. 5. Muestra la ejecución de Adrián (caso 3), a través de los distintos programas implementados; Control Instruccional (A), Permanecer sentado (B), y Acciones simples bajo control imitativo, en cada una de las condiciones de entrenamiento.

A N E X O 3

**HOJA DE REGISTRO DE LAS DISTINTAS
CATEGORÍAS CONDUCTUALES INCOMPATI
BLES.**

A N E X O 4

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PROSOCIALES
MEDIANTE UNA APROXIMACIÓN CONSTRUC
CIONAL.

CATEGORIA: I S A

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE ESTABLEZCA CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	PRE-REQUISITO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
"Pin Pon"	Establecer <u>con</u> tacto corporal a través de <u>ca</u> ricias y <u>abra</u> zos	- Atención - Seguimiento de <u>instruc</u> ciones - Imitación	Dulces o golosinas como re-forzador	Area de activi-dades - grupa--les	De 3 a 17 niños	<ol style="list-style-type: none">1. Se formarán parejas de ni--ños colocados frente a frente.2. Se les dirá que todos van a cantar la canción de "Pin Pon"3. Se contará hasta el número 3 para dar inicio a la actividad de la siguiente forma: *Pin Pon es un muñeco muy <u>gua</u>po de cartón, se lava su <u>ca</u>rita con agua y con jabón... etc."4. Se cambiará la forma en cómo se <u>actúa</u> la canción, ya que en vez de que los niños se <u>la</u>ven y peinen a sí mismos, <u>la</u>varán y peinarán al otro <u>com</u>pañero, lo cual se hará <u>mutua</u>mente.5. Al finalizar la canción, en <u>vez</u> de simular llorar solos, abrazarán a su compañero <u>llo</u>rando juntos.6. Si a alguno de los niños se le <u>dificulta</u> realizar la <u>activi</u>dad se le instigará física y <u>ver</u>balmente.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	PRE-REQUISTO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTOS
------------------------	----------	--------------	-------------------	-----------	---------------	----------------

7. A los niños que realicen la actividad de manera correcta se les proporcionará reforzamiento social, diciéndoles: "Muy bien", "Bravo", acompañado de una caricia.
8. Para motivar a los niños que no desean participar, se les otorgará un pedazo de dulce o galleta por haber intentado realizar la tarea.
9. Se cambiarán las parejas constantemente, propiciando la formación de nuevas interacciones.

CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	PRE-REQUISITO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Colocar prendas de vestir	Establecer contacto físico a través de la colocación de una prenda de vestir	- Atención - Imitación - Seguimiento de instrucciones	Prendas de vestir superiores abiertas y cerradas (suéteres, chamarras, camisas)	Area de actividades grupales	De 3 a 17 niños	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se pondrá una hilera de sillas en la misma posición. 2. Se invitará a los niños a sentarse y observar lo que realiza el instructor con ayuda de otro niño. 3. El instructor se colocará en frente de los niños, e invitará a alguno de ellos a pasar, indicándole que permanezca parado con los brazos pegados al cuerpo. 4. El instructor tomará un suéter y tratará de ponérselo, tomándolo de los brazos y de distintas partes del cuerpo con el fin de colocárselo. 5. Posteriormente se invitará a uno de los niños para que realice la misma tarea. 6. Cuando se le dificulte la actividad, se le ayudará física y verbalmente. 7. Cuando se estén poniendo las prendas de vestir, es recomendable colocar un suéter sobre el otro, de tal forma que al final cada niño tenga varias prendas puestas. 8. De la misma forma se procederá para quitarse las prendas, formando díadas entre los niños.

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR DIFERENTES ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE ESTABLEZCA CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
La gallina ciega	<p>Conducta motora gruesa</p> <p>Repertorio de - atención</p> <p>Repertorio de - seguimiento de instrucciones</p> <p>Repertorio de imitación</p>	<p>Establecer <u>con</u> tacto físico - al tocar un <u>ni</u>ño a otro en - diferentes <u>par</u>tes del cuerpo y/o cara</p>	<p>Venda, - utilizan <u>do</u> <u>masca</u>da</p>	<p>Patio de juegos</p>	<p>De 3 a 17 niños</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se explicará en qué <u>consis</u>te la actividad. 2. Se modelará la actividad. 3. Se colocarán de pie, <u>for</u>mando un círculo. 4. Dos niños pasarán al <u>cen</u>tro y a uno de ellos <u>se</u> le vendarán los ojos. 5. Al niño que tenga la venda en los ojos, se le darán - instrucciones para que <u>to</u>que al compañero que <u>tiene</u> frente a él y reconozca - <u>quién</u> es. 6. El niño que no tiene venda en los ojos, regresará a - su lugar. 7. Se le quitará la venda al niño que la tenía y se le pedirá que señale o nombre al niño que tocó. 8. En caso de que un niño no quiera participar, se <u>ins</u>tigará física y/o verbalmente.

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE ESTABLEZCA CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
"Todos a bailar"	Establecer contacto físico mutuo entre los participantes, en forma de abrazos	Conducta motora gruesa. Atención Imitación Seguimiento de instrucciones	- Discos o cassettes con música infantil - Tocadiscos o reproductora de cassette - Dulces y golosinas como reforzador	Area de actividades grupales	De 3 a 17 niños	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se formarán diadas entre los niños. 2. Se pondrán diversas canciones elegidas por los niños, de preferencia que sean adecuadas para bailar. 3. El instructor, en compañía de otro niño, modelará los distintos movimientos y pasos que deben realizar los niños. <p>-Se tomarán ambos sujetos de las manos, levantando los brazos hacia arriba, moviendo el cuerpo lateralmente.</p> <p>-Se tomarán de los hombros de manera recíproca, moviendo lateralmente la cabeza y el cuerpo.</p> <p>-Colocarán sus brazos sobre el cuello del otro, agarrándose mutuamente de las manos.</p> <p>-Se colocarán de lado, uno junto al otro, en dirección contraria, extendiendo un brazo lateralmente sobre la parte trasera del cuello de su compañero, agarrándose mutuamente de las manos, de tal forma que ambos queden</p>

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE ESTABLEZCA CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
						<p>enganchados. Hecho lo anterior, girarán dando varias vueltas.</p> <p>-Se tomarán de los brazos en forma cruzada, quedando uno al lado del otro, inmediatamente girarán dando varias vueltas entre sí. Posteriormente se soltarán y se engancharán con el otro brazo.</p> <p>4. Los participantes que se les dificulte realizar las distintas actividades se les instigará física y verbalmente.</p> <p>5. Se reforzarán material y socialmente las ejecuciones correctas.</p>

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR DIFERENTES ACTIVIDADES ORGANIZADAS, EN DONDE SE ESTABLEZCA CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Simón dice	<p>Conducta motora gruesa</p> <p>Repertorio de - atención</p> <p>Repertorio de - seguimiento de instrucciones</p> <p>Repertorio de - imitación</p>	<p>Establecer - contacto físico de diferentes maneras (tocar, acariciar, - abrazar, be sar)</p>	Muñeco guiñol	Patio de juego	De 3 a 17 niños	<p>1. Se dará una explicación sobre lo que se va a realizar.</p> <p>2. Se sentarán en el piso formando un círculo.</p> <p>3. Se presentará un muñeco guiñol, indicándoles que deben realizar lo que éste diga.</p> <p>4. Los niños repetirán la frase: *Simón dice que...* Para que enseguida el muñeco dé las instrucciones: Por ejemplo: *Que un niño vaya hacia otro y lo toque en alguna parte del cuerpo* *Que un niño vaya hacia otro y lo acaricie* *Que un niño vaya hacia otro y que lo abrace*</p> <p>5. En caso de que algún niño no quiera participar, se le instigará física o verbalmente.</p>

CATEGORIA:

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR DIFERENTES ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE ESTABLEZCA CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
El patio de mi casa	Repertorio de atención. Repertorio de imitación. Seguimiento - de instruccio <u>o</u> nes. Conducta moto <u>o</u> ra gruesa.	Establecer contacto <u>f</u> ísico a través - del abra <u>o</u> zo.		Patio de juegos	De 12 a 17 niños	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar que se va a jugar al patio de mi casa, pero que en lugar de agacharse, deberán abrazarse. 2. Formar una rueda con los niños tomados de la mano y uno de ellos al centro. 3. Girar la rueda, al mismo tiempo que se cantará la siguiente canción: *El patio de mi casa, como es particular, se riega y se barre como los demás, abrácese y vuelvándose a abrazar, los niños bonitos se vuelven a abrazar: Chocolate, molinillo, estirar, estirar que el de monio va a pasar.* 4. Al término de la canción el niño que está al centro deberá brincar en un solo pie alrededor de la rueda y escogerá a uno de sus compañeros, el cual tomará su lugar y se volverá a cantar la misma canción.

CATEGORIA: I S A

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR DIFERENTES ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE ESTABLEZCA CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICULARES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Tocar un instrumento y abrazarse	Conducta motora gruesa Repertorio de atención Repertorio de seguimiento - de instrucciones Repertorio de imitación	Establecer contacto físico por medio del abrazo	Instrumento musical (pandero, cascabeles, maraca, etc.)	Patio de juegos	De 3 a 17 niños	<ol style="list-style-type: none">1. Se explicará en qué consiste el juego que se va a realizar.2. Se formará un círculo con los participantes, dejando una distancia considerable entre cada uno de ellos.3. El moderador tocará el instrumento y mientras éste suena, los participantes caminan, haciendo girar el círculo que formaron.4. Al dejar de escuchar el instrumento, los participantes deberán abrazarse por parejas.5. Se instigará física o verbalmente a los niños que no realicen la actividad.6. Después se escogerá a uno de los participantes para que haga sonar el instrumento y en el momento que desee, deje de sonarlo para que sus compañeros se abracen.

CATEGORIA: I S A

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR ACTIVIDADES ORGANIZADA EN DONDE SE ESTABLEZCA CONTACTO FISICO ADECUADO ENTRE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Pares y nones	Conducta motora gruesa donde se incluye movimiento de extremidades superiores e inferiores. Repertorio de atención. Repertorio de seguimiento de instrucciones. Repertorio de imitación	Establecer contacto físico a través del abrazo		Patio de juego	De 3 a 17 niños	<ol style="list-style-type: none">1. Se explicará a los niños - en qué consiste el juego.2. Se pedirá que se acerquen se tomen de la mano y formen una rueda.3. Conforme se cante la canción se hará girar la rueda (a pares y nones, vamos a jugar, el que quede solo, ése perderá...).4. Al terminar la canción cada niño deberá acercarse al -- compañero más próximo para abrazarlo.5. Al niño que quede sin pareja se le indicará alguna actividad a realizar en el momento, por ejemplo: aplaudir, saltar, cantar, etc.6. En caso que el niño no realice la actividad, se le - instigará físicamente.

CATEGORIA: C o o

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR DIFERENTES ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE REQUIERA LA AYUDA MUTUA DE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Formar conjuntos de objetos atendiendo al uso	Conducta motora gruesa Repertorio de - seguimiento de instrucciones Atención e imitación	Establecer - ayuda mutua mediante el agrupamiento de distintos objetos	Diversos objetos (de aseo personal, escolares, juguetes, etc.)	Espacio cerrado	De 3 a 17 niños	<ol style="list-style-type: none">1. Se colocarán diversos objetos en la parte central - (objetos de aseo personal, escolares, juguetes, etc.).2. Se formarán varios equipos con los participantes (de 3 a 4 niños).3. Se explicará lo que tendrán que hacer ayudándose unos a otros dentro de su mismo - equipo.4. A cada equipo se le asignará el tipo de objetos que deberá agrupar.5. Al inicio de la actividad, todos los participantes se dirigirán hacia donde están las cosas "revueltas" para tomar una de las que debe <u>es</u> coger y colocarla en un lu-<u>gar</u> determinado para su equi<u>po</u>.6. Deberán coger uno a uno los objetos, hasta terminar de formar su conjunto respecti<u>vo</u>.

CATEGORIA: C o o

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR DIVERSAS ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE REQUIERA LA AYUDA MUTUA DE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Armar rompecabezas	Conducta motora fina	Establecer cooperatividad, mediante la ayuda mutua para armar un rompecabezas	Rompecabezas - (con su modelo respectivo) de 5 a 10 piezas	Espacio cerrado	De 3 a 17 niños, forman un equipo de 3 ó 4 participantes cada uno	<ol style="list-style-type: none">1. Se formarán equipos de 3 a 4 participantes.2. Se les explicará la actividad.3. Se les proporcionará a cada equipo un rompecabezas con su modelo, para que entre todos lo armen.4. Se instigará física o verbalmente a los niños que no quieran participar.5. Cuando hayan terminado, se intercambiarán los rompecabezas de un equipo a otro, hasta que todos hayan armado todos los rompecabezas disponibles.
	Seguimiento de instrucciones					
	Repertorio discriminativo					
	Atención					

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR DIVERSAS ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE REQUIERA LA AYUDA MUTUA DE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Moldear figuras con masa	Conducta motora fina Repertorio de atención Seguimiento de instrucciones Repertorio de imitación	Establecer ayuda mutua mediante la elaboración de una figura sencilla con masa	Masa de harina Mesas	Espacio cerrado	De 3 a 4 niños por equipo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mostrar a los niños el modelo de un objeto sencillo (tren) elaborado con masa. 2. Proporcionarles por equipo la masa suficiente. 3. Indicarles que deben ayudarse entre los integrantes del equipo para reproducir el modelo mostrado anteriormente. 4. Realizarán la actividad señalada y en caso de que un niño no quiera hacerlo, se le instigará física o verbalmente.

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR DIVERSAS ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN DONDE SE REQUIERA LA AYUDA MUTUA DE LOS PARTICIPANTES.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Iluminar Atención Seguimiento de instrucciones Imitación	Conducta motora fina Atención Seguimiento de instrucciones Imitación	Establecer ayuda mutua a través de iluminar un dibujo	Dibujo en cartulinas Crayolas	Espacio cubierto	De 2 a 4 niños por dibujo a realizar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se formarán grupos de 3 niños cada uno. 2. Se darán indicaciones sobre la forma en que van a trabajar: "Les voy a dar un dibujo, el cual iluminarán entre los tres; cada uno escogerá una parte de él para iluminar, respetando los espacios escogidos. 3. Proporcionarles el material necesario. 4. En caso de que el niño no quiera participar, se le instiga física y verbalmente.

CATEGORIA: C o o

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR UNA ACTIVIDAD ORGNIZADA QUE IMPLIQUE QUE UN NIÑO AYUDE A OTRO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MISMA.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Hacer una torre con cubos	Repertorio de señalamientos de instrucciones Repertorio de imitación Atención	Establecer ayuda mutua entre 2 niños para levantar una torre con cubos	Cubos de madera o de plástico	Parte alta del Centro "Valle Narvarte"	3 a 17 usuarios	<ol style="list-style-type: none">1. Se explicará al niño en qué consiste la actividad.2. Se coloca un cubo encima de otro hasta hacer una torre con 5 cubos.3. Se reparten los cubos haciendo equipos de 2 niños, se les pide que hagan lo mismo que el modelador, solicitándoles que entre ambos levanten la torre. En caso de ser necesario, se les instiga física o verbalmente.4. Si ambos niños levantan la torre, se les reforzará con un dulce.

CATEGORIA: C o o

OBJETIVO GENERAL: REALIZAR UNA ACTIVIDAD ORGANIZADA QUE IMPLIQUE QUE UN NIÑO AYUDE A OTRO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MISMA.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRE-REQUISITO	OBJETIVO	MATERIAL Y EQUIPO	ESCENARIO	PARTICIPANTES	PROCEDIMIENTO
Buscar el duplicado de una tarjeta	Repertorio - de seguimien <u>to</u> de ins- trucciones Repertorio - de imitaci <u>o</u> n Atenci <u>o</u> n Discrimina- ci <u>o</u> n	Establecer ayuda mutua entre dos - ni <u>o</u> s para la localiza <u>ci</u> o <u>n</u> de una tarjeta	Tarje-- tas con diferen <u>tes</u> fi- guras	Parte al- ta del - Centro - "Valle Narvarte"	De 3 a 17 usua-- rios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se explicará al niño en qué consiste la actividad, modelando la misma. 2. Se ponen en el piso varias tarjetas en desorden y se les muestra - una en particular, el - modelador busca entre todas las tarjetas el duplicado de la que se enseñó. 3. Se forman equipos de 3 niños y se les proporcionan las tarjetas. El modelador les muestra una tarjeta y les pide que busquen el duplicado de todas las que se encuentren en el piso. 4. Al equipo que encuentre las tarjetas, se le refuerza material y social<u>mente</u>.

A N E X O 5

CÓDIGOS Y CONTENIDOS DE LAS CATEGORÍAS CONDUCTUALES MUTAMENTE EXCLUYENTES.

CODIGOS Y CONTENIDOS DE LAS CATEGORIAS CONDUCTUALES A REGISTRAR

Categoría y códigos	Definición	Conductas Incluidas	Categoría incompatible y código	Definición	Conductas Incluidas
1. Agresión (física) (AgF)	Se refiere a todas aquellas conductas violentas que produzcan algún daño físico en un compañero	<ul style="list-style-type: none"> - Patear - Empujar. - Aventar objetos - Jalar cabellos - Pellizcar - Pegar al pasar - Morder 	1.A Interacción social adecuada (ISA)	Se considera a todas las conductas donde haya un contacto físico entre los niños sin producir daño	<ul style="list-style-type: none"> - Abrazar - Acariciar - Besar - Cargar
2. Agresión verbal (AgV)	Todas aquellas conductas verbales ofensivas de un niño a otro que produzcan efectos visibles en el otro sujeto	<ul style="list-style-type: none"> - Insultar - Decir groserías 	2.A Interacción verbal adecuada (IVA)	Aquellas conductas verbales entre los niños que no sean ofensivas	<ul style="list-style-type: none"> - Platificar con sus compañeros - Cantar juntos
3. Molestar a compañeros (MoC)	Todas las conductas de un niño que tengan que ver con la interferencia de alguna de las actividades de sus compañeros que no produzcan daño físico evidente	<ul style="list-style-type: none"> - Quitar objetos - Despertar a los que duermen - Destruir objetos de sus compañeros - Aventar cobijas - Escupir 	3.A Cooperatividad (Coo)	Conductas que implican el ayudar en diversas actividades por parte del niño a otro	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a caminar a otro niño - Arreglar su cama - Ayudar a comer a otro niño

Categoría y códigos	Definición	Conductas Incluidas	Categoría incompatible y código	Definición	Conductas Incluidas
4. Conductas no higiénicas (CHI)	Todo manejo de desechos orgánicos e inorgánicos, así como aquellas conductas de desaseo, tanto a nivel individual como ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Escupir en el <u>pi</u>so - Caminar descalzos - Tomar agua de la llave - Tirar papeles - Orinar en lugares inadecuados - Manipular guardar o comer <u>ba</u>sura 	4.A Conductas higiénicas (CHI)	Conductas que llevan a obtener <u>lim</u> pieza <u>tan</u> to a <u>ni</u> vel <u>perso</u> nal como ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Bañarse - Lavarse los <u>dien</u>tes - Poner <u>ba</u>sura en su lugar - Lavarse cara y manos - Peinarse
5. Manejo inadecuado de <u>ob</u> jetos	Se refiere a todas aquellas conductas en las que se manipulen <u>obje</u> tos de manera diferente a su función	<ul style="list-style-type: none"> - Chupar objetos - Arrastrarlos - Utilizar cubiertos en forma diferente al comer 	5.A Manejo adecuado de <u>obje</u> tos (MAO)	Se refiere a todas las conductas en las que se <u>ma</u> nipulen <u>obje</u> tos de acuerdo a su función	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar dibujos o <u>lámi</u>nas - Recortar papel de forma correcta - Jalar un coche - Manipular pelotas, dados, cuentas

Categoría y códigos	Definición	Conductas Incluidas	Categoría incompatible y código	Definición	Conductas Incluidas
6. Daño al mobiliario e instalaciones del edificio (DaMo)	Cualquier conducta que implique modificación temporal o permanente de los objetos del medio	<ul style="list-style-type: none"> - Saltar sobre los muebles - Quitar plástico de las ventanas - Forzar chapas - Subirse en ventanas y mesas - Rayar paredes o puertas - Destruir colchones 	6.A Reparar y/o cuidar el mobiliario y edificio (ReMo)	Se refiere a las conductas que implique el cuidado o reparación del mobiliario por parte del niño	<ul style="list-style-type: none"> - Arreglar algún objeto descompuesto - Limpiar las paredes - Evitar que otro niño destruya un objeto
7. Hábitos de alimentación inadecuados (HAI)	Todas aquellas conductas que impliquen un mal manejo de los alimentos y utensilios para su alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar los alimentos con las manos - Jugar con la comida - Comer directamente del plato - Masticar con la boca abierta - Limpiarse los dedos con la boca 	7.A Hábitos de alimentación adecuados	Todas aquellas conductas que impliquen manejo de los alimentos y utensilios para la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Masticar con la boca cerrada - Usar la servilleta - Limpiar su lugar - No derramar comida - Manejar apropiadamente los cubiertos

A N E X O 6

FIG. 7, 8, 9, 10, 11, 12 Y 13 QUE
MUESTRAN LOS DATOS OBTENIDOS EN
LA SOLUCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA.

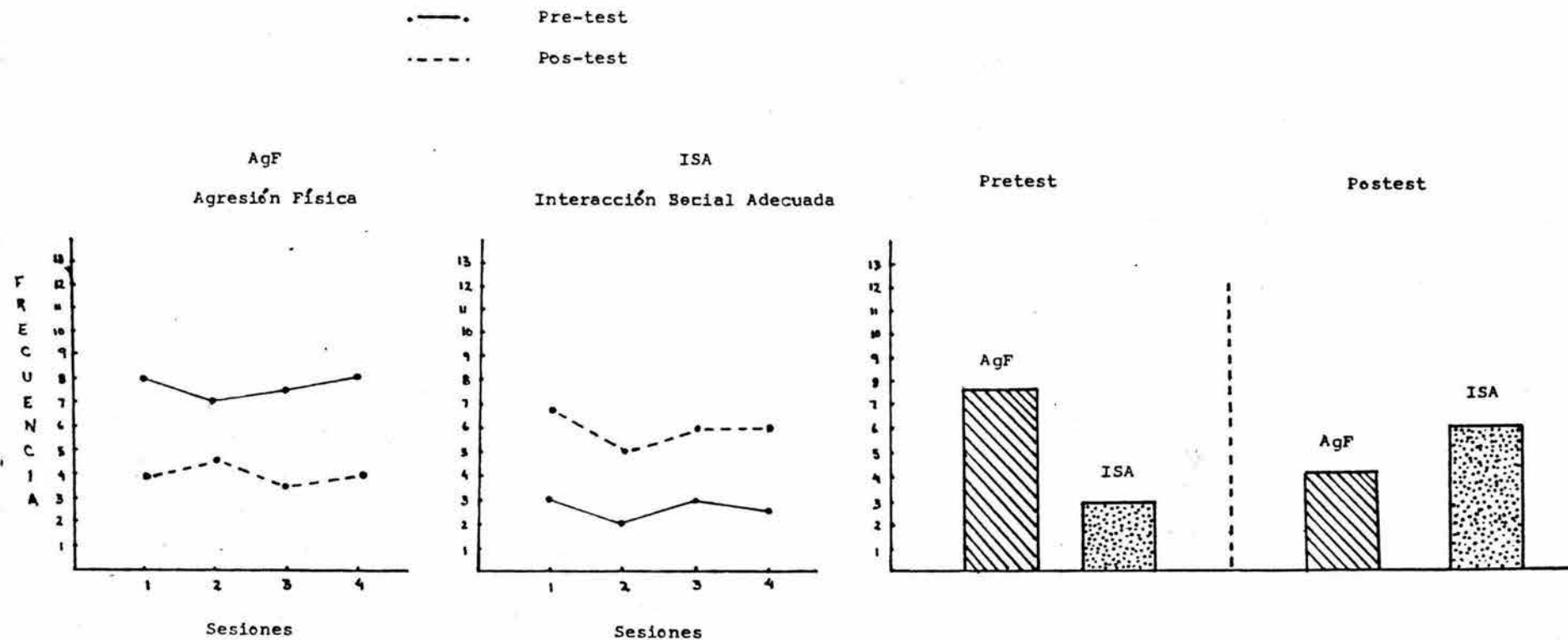


FIGURA 7. Muestra las diadas de conductas mutuamente excluyentes de agresividad física e interacción social adecuada. Las gráficas de la derecha indican el promedio de las respuestas obtenidas durante las sesiones, antes y después del entrenamiento.

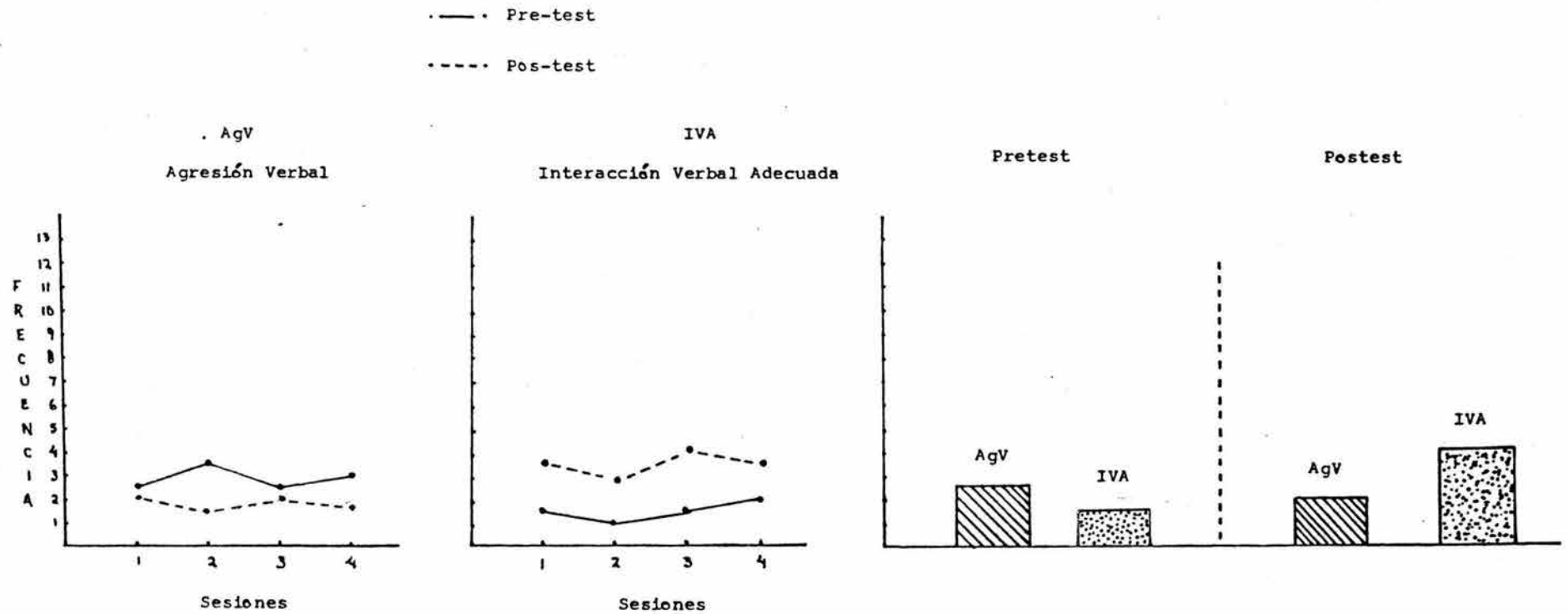


Figura 8. Muestra la frecuencia de las conductas mutuamente excluyentes de agresión verbal e interacción verbal adecuada. Las gráficas de la derecha indican el promedio de las respuestas obtenidas en las sesiones, durante el pre-test/pos-test.

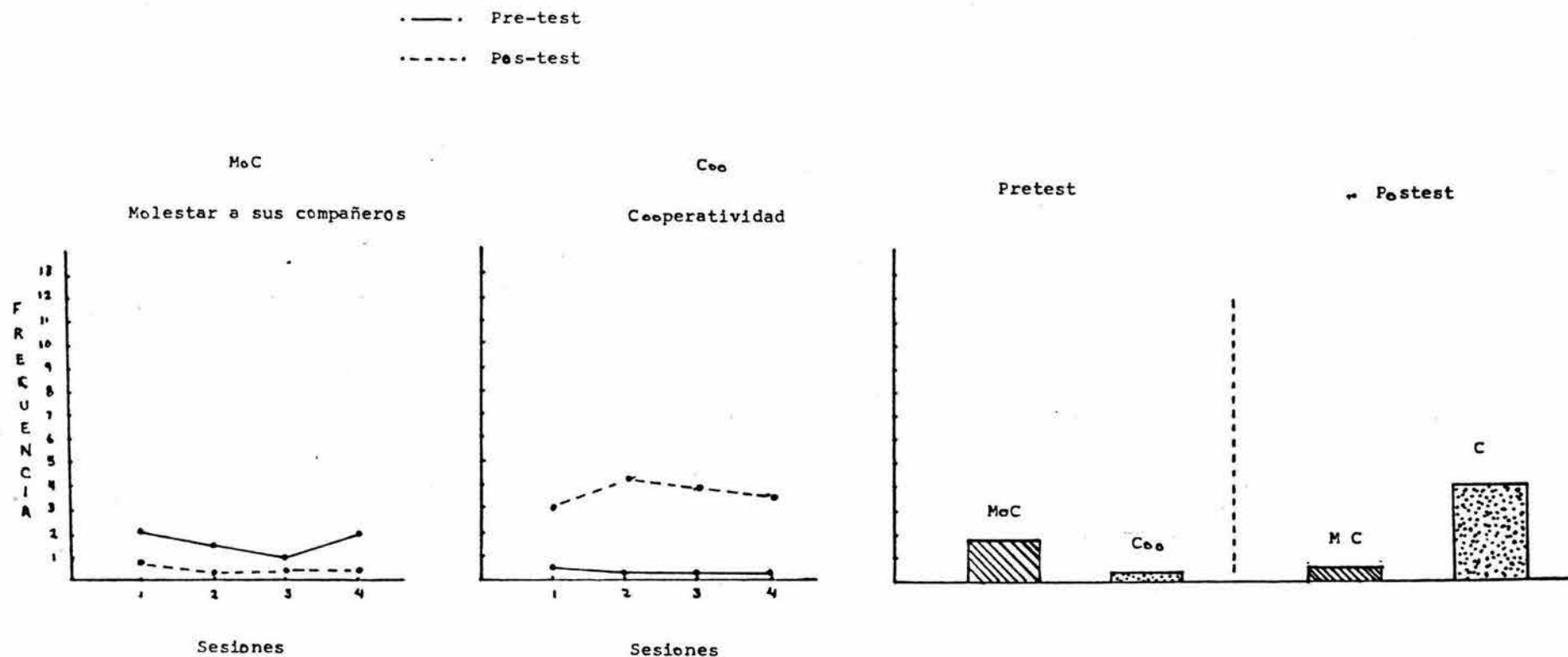


FIGURA 9. Muestra la frecuencia de las conductas mutuamente excluyentes de molestar a sus compañeros y cooperatividad. Las gráficas de la derecha indican el promedio de las respuestas obtenidas en las sesiones, durante el pre-test/pos-test.

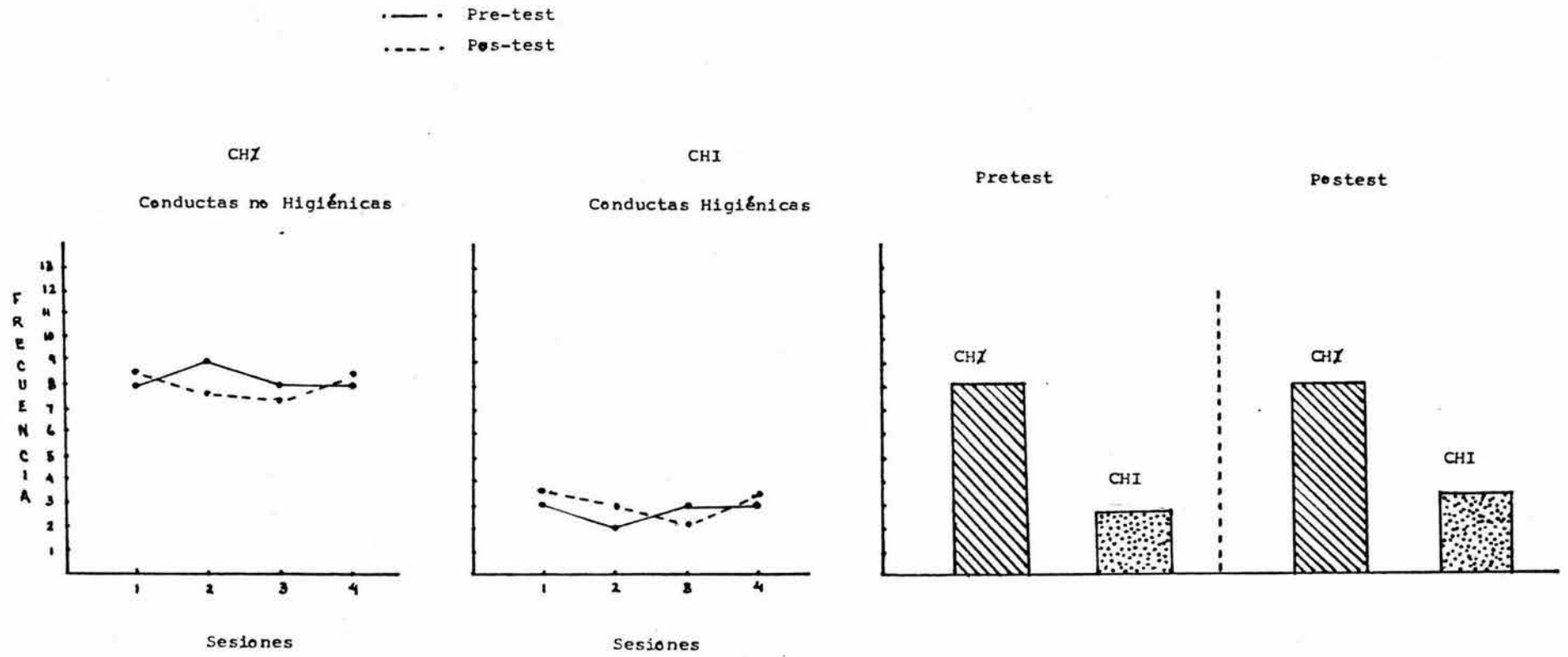


FIGURA 10. Muestra la frecuencia de las conductas mutuamente excluyentes de conductas no higiénicas y conductas higiénicas. Las gráficas de la derecha indican el promedio de las respuestas obtenidas en las sesiones, durante el pre-test/pos-test.

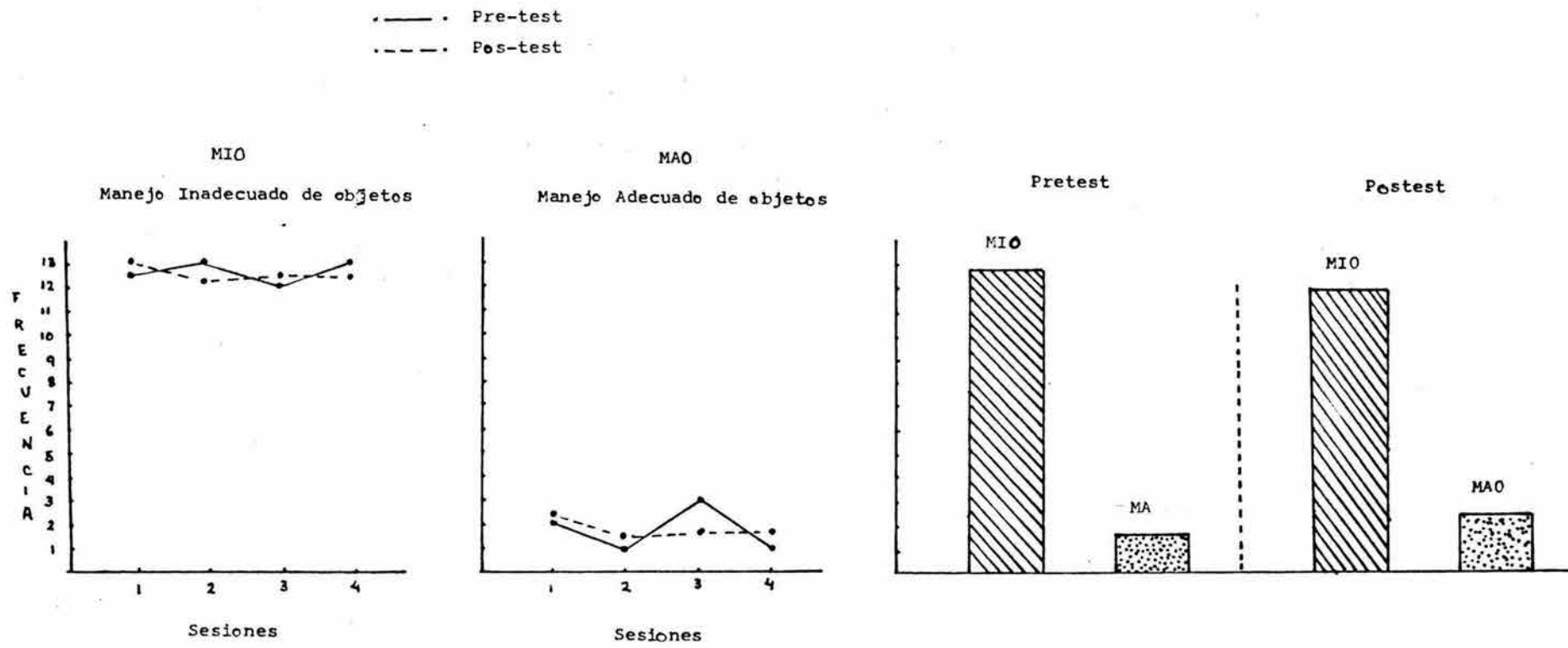


FIGURA 11. Muestra la frecuencia de las conductas mutuamente excluyentes de manejo inadecuado de objetos y manejo adecuado de objetos. Las gráficas de la derecha indican el promedio de las respuestas obtenidas en las sesiones, durante el pre-test/pos-test.

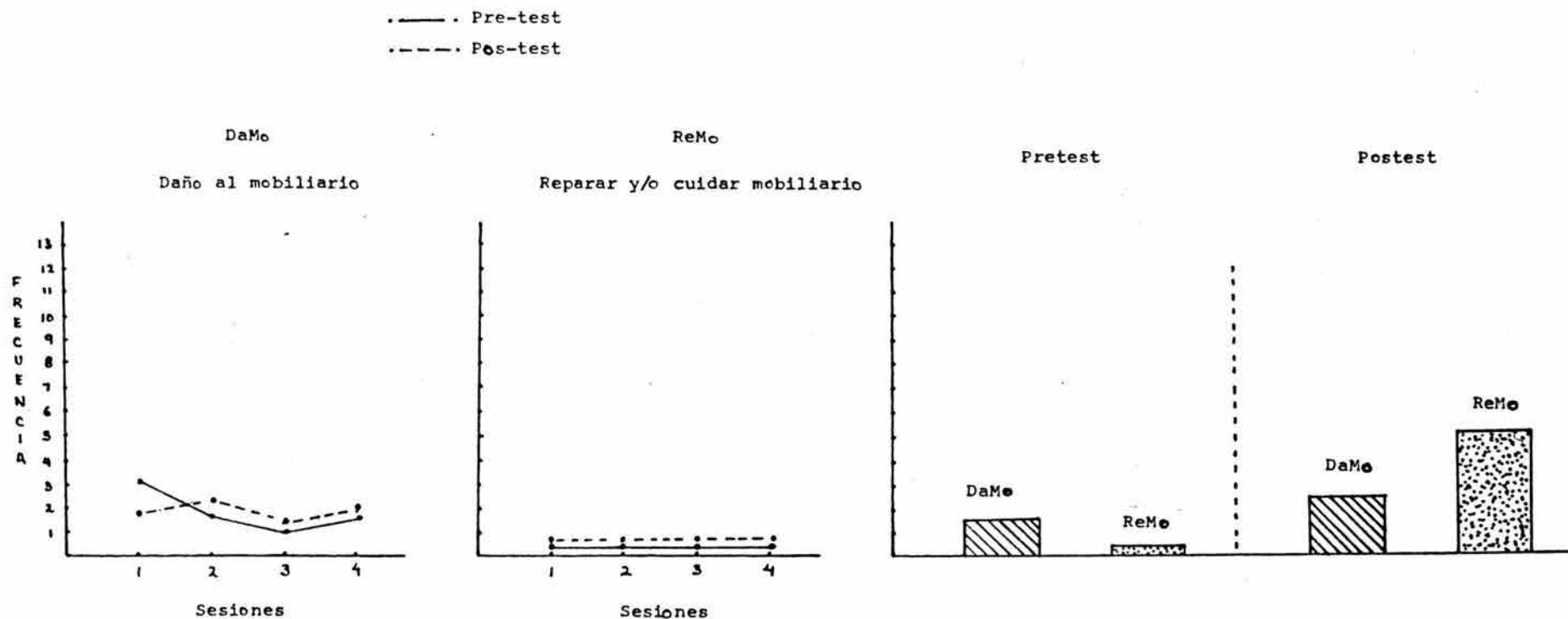


FIGURA 12. Muestra la frecuencia de las conductas mutuamente excluyentes de daño al mobiliario y reparar y/o cuidar mobiliario. Las gráficas de la derecha indican el promedio de las respuestas -- obtenidas en las sesiones, durante el pre-test/pos-test.

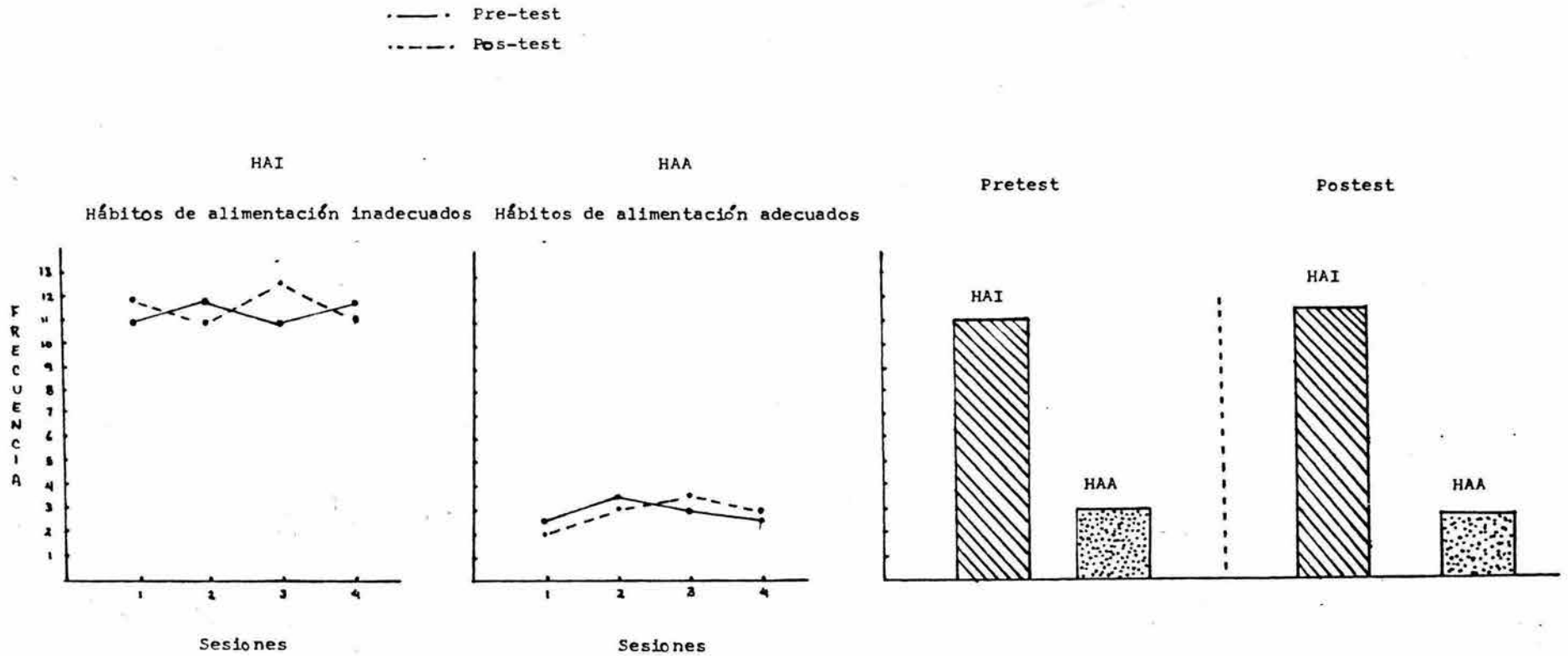


FIGURA 13 Muestra la frecuencia de las conductas mutuamente excluyentes de hábitos de alimentación inadecuados y hábitos de alimentación adecuados. Las gráficas de la derecha indican el promedio de las respuestas obtenidas en las sesiones, durante el pre-test/postest.

Polygono
Acumulativo



REFERENCIAS

- Aguilera, C.G. y Alarcón, A.M. (1984). La educación especial en México. E.N.E.P.I. U.N.A.M. (Inédito).
- Akins, K. (1976). Deficiencia mental en: Solomon y Patch, V. Manual de Psiquiatría. México: El Manual Moderno.
- Alvarez, A.J.; Bustamante, E.; López, P.A. y Fernández, C.P. (1960). Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México. Tomo I, II.
- Ardila, R. (1985). La evaluación comportamental como alternativa al diagnóstico psiquiátrico tradicional. Revista Mexicana de Psicología. Vol. II. No. 1, 62-69.
- Arteaga, B.C. y León, A.L. (1987). Hogares sustitutos y la asistencia social. Coordinación técnica de hogares sustitutos. Documento inédito. DIF. 1-12.
- Asistencia Pública. (1941). Revista Mensual de la Secretaría de la Asistencia Pública. México. No. 1.3-27.
- Asistencia. (1934). Organo Oficial de la Beneficencia Pública en el D. F. México. No. I. 5-28.
- Baer, D.; Wolf, M. y Risley, T. (1974). Algunas dimensiones actuales del análisis conductual aplicado. En: R. Ulrich, T. Stachnick y J. Mabry (Eds.). Control de la Conducta Humana. Vol. 2. México:Trillas

- Báez, G. (1943). La transformación de la asistencia en México. Discurso de bienvenida a los delegados del Primer Congreso Nacional de Asistencia. Secretaría de la Asistencia Pública. México. 8-14.
- Barmann, C.B. (1980). Use of contingent vibration, the treatment of self-stimulatory hand-mouthing and ruminative vomiting behavior. J. Behav. Ther. II, 307-311.
- Berkson, G. (1985). The next generation: The relation between funding and productivity in mental retardation research. Mental Retardation. Vol. 23, No. 4, 177-181.
- Bernal, E.M.; Duryee, S.J.; Pruett, L.H. y Burns, J.B. Modificación de conducta y síndrome de rapaz (1978). En: Ulrich, Stacchnik y Mabry. Control de la Conducta Humana. Vol. 2. México:Trillas.
- Bijou, S.W. (1975). Teoría e investigación sobre el retardo -- mental (en el desarrollo). En: Bijou, S.W. y Baer, D.M., Psicología del Desarrollo Infantil. Vol. 2, México: Trillas.
- Bijou, S.W. (1981). Evaluación conductual tomada del ABACUS - (Arizona Behavior Analysis Criterion Utilization Scale). Modificada y adaptada por el área de educación especial y rehabilitación. E.N.E.P.I. U.N.A.M. (2)
- Bijou, S.W. (1982). Psicología del Desarrollo Infantil. La Etapa Básica de la Niñez Temprana. México:Trillas. (3)
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1975). Psicología del Desarrollo Infantil. Vol. 2, México:Trillas.
- Bijou, S.W. y Grimm, J.A. (1978). Diagnósis y evaluación conductual en la enseñanza de niños pequeños desventajados. En: Bijou y E. Rayeck (Eds.), Análisis Conductual Aplicado a la Instrucción. México:Trillas.
- Botero, M. (1975). El adiestramiento de interacciones sociales en un niño de edad preescolar y sus efectos transcontextuales. Trabajo presentado en el Segundo Congreso mexicano de Análisis de la Conducta. S.L.P., México. 44.

- Braddock, D., y Heller, T. (1985). The closure of mental retardation institutions I: Trends in the United States. Mental Retardation, 23, No. 4, 168-176.
- Braddock, D., y Heller, T. (1985). The closure of mental retardation institutions II: Implications. Mental Retardation, 23, No. 5, 222-229.
- Bradley, K. H.; Bruininks, R.H.; Lakin, C.; Hauber, F.A.; McGuire, S.P. (1985). Stability of residential facilities for people who are mentally retarded, 1977-1982. Mental retardation, 23, No. 3, 108-114.
- Castillo, V.R. (1983) Breve estudio acerca del retardo en - - desarrollo: Definición, causas, diagnóstico, estrategias y técnicas de intervención y prevención. Tesis profesional. E.N.E.P.I. U.N.A.M. México. ④
✓
- Chiva, M. (1978). El Diagnóstico de la Debilidad Mental. Débiles normales, débiles patológicos. Madrid:Pablo del Río Editor.
- Diagnóstico Situacional. (1988). Documento inédito interno - del Centro Asistencial "Valle Narvarte", DIF. México.
- DIF. (1978). Hoy para Mañana. México. 1-28.
- DIF. (1985). Programas Institucionales. México. 11-32.
- DIF. (1985b). Qué hace el DIF por México. México. 1-29.
- DIF. (1985c). La Institucionalización de la Asistencia Social en el Municipio. México. 1-17.
- DIF. (1986). Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. México. 7-35.
- DIF. (1986b). Modelo Unico de Asistencia Social. México. 3-30.
- DIF. (1988). El Niño en la Historia de México. México. 119-155.

- Doke, L.A. y Epstein, L.H. (1974). Oral overcorrection: Side effects and extended applications. Journal of Experimental Child Psychology, 20, 496-511.
- Drash, W.P.; Raver, A.S., y Murrin, M. (1987). Symposium: Issues in total habilitacion. Mental Retardation, 25, No. 2, 67-69.
- Emerson, E., y Emerson, C. (1987). Barriers to the effective implementation of habilitative behavioral programs in an institutional setting. Mental Retardation, 25, No. 2, 101-106.
- Fernández, B.R. y Carrobles, J.A. (1981). Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones. Madrid: Pirámide, (5)
- Firestone, P. (1976). The effects and side effect of timeout on an aggressive nursery school child. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7, 78-81.
- Foxx, R.M., y Azrin, N.H. (1973). The elimination of autistic self-stimulatory behavior by overcorrection. Journal of Applied Behavior Analysis, 6, 1-14.
- Galguera, M.I.; Hinojosa, G. y Galindo, E. (1984). El Retardo en el Desarrollo. Teoría y Práctica. México: Trillas. (6)
- Galindo, E.; Bernal, T.; Hinojosa, G.; Galguera, M.I.; Taracena, E. y Padilla, F. (1984). Modificación de Conducta en la Educación Especial. Diagnóstico y Programas. México: Trillas. (7)
- Galindo, E. (1980). El concepto de retardo en el desarrollo y sus implicaciones para la enseñanza y el entrenamiento. En: I. Galguera, G. Hinojosa y E. Galindo. El Retardo en el Desarrollo. México: Trillas. (8)
- Goldiamond, I. (1974a). "Toward a construccional approach to social problemas". Behaviorism. 2, No. 2, 1-84.

- Goldiamond, I. (1974b). A constructional approach to self-control. Behaviorism. 67-130.
- Goldiamond, I. (1974c). Training parents and ethicists in nonlinear analysis of behavior. En: Dangel, R. I. y Polster, R.A. (Eds.). Parent Training: Foundations of Research and Practice. New York:Gilford Press (in Press).
- Goldiamond, I. (1976). Protection of human subjects and patients: A social contingency analysis of distinctions between research and practice, and its implications. Behaviorism, Vol. 4, No. 1, 1-41.
- Goldiamond, I. (1979). Behavioral approaches and liason psychiatry. Psychiatric Clinics of North America, Vol. 2, No. 2, 379-401.
- Griffith, R.G. (1985). Simposium: Residential institution. Institutions: What is going on? Mental Retardation. Vol. 23, No. 3, 105-107.
- Grossman, H.H. (1984). Mental Retardation: Professional responsibilities. Vol. 22, No. 5, 212-217.
- Hawkins, P.R.; Peterson, F.R.; Schweid, E. y Bijou, W.S. (1966). La terapia de la conducta en el hogar, mejoramiento de las relaciones entre los padres y el hijo con el padre, desempeñando un papel terapéutico. En: Ulrich, T.; Cstacchnik y J. Mabry. Control de la Conducta Humana. Vol. 2. México:Trillas.
- IMAN. (1968). Decreto Presidencial de la Institución Mexicana de la Asistencia a la Niñez. 1-6.
- IMPI. (1976). Decreto Echeverría para la Infancia y la Familia. México. 1-5.

- Kazdin, A.E. (1982). History of behavior modification. En: Bellack, A.; Hersen y Kazdin, A. International Handbook of Behavior Modification and Therapy.
- Kozloff, M. (1980). El Aprendizaje y la Conducta en la Infancia: Problemas y Tratamiento. Barcelona:Fontanella. (9)
- Larroyo, F. (1959). Historia Comparada de la Educación en México. México:Porruá.
- León, A.L. (1983). Definiciones, evaluación y procedimiento de cambio conductual en el desarrollo psicológico desviado. Documento inédito de circulación interna. - Maestría en modificación de conducta. Estudios superiores E.N.E.P. Iztacala. U.N.A.M. (10)
- León, A.L. (1985). El papel del psicólogo en la educación especial bajo el marco de la asistencia social. Trabajo presentado en el Primer Simposium Metropolitano de Psicología. Educación Especial. E.N.E.P. Iztacala. U.N.A.M.
- León, A.L. (1987). Texto sintetizado sobre acciones, logros y avances del Centro Asistencial "Valle Narvarte". Documento inédito interno del Centro Asistencial "Valle Narvarte". DIF. México. (11)
- León, A.L. (1988). Relatoria de la evolución de los aspectos operativos del Centro Asistencial "Valle Narvarte" durante el período 1983-1988. Documento leído en el - Sexto Seminario de Evaluación de la Asistencia Social. México.
- León, A.L. y Osorio, A.G. (1987). Proyecto de investigación - aplicada de programas de intervención terapéutica para sujetos con retardo en el desarrollo, bajo el contexto de la asistencia social comunitaria. Documento inédito E.N.E.P. Iztacala. U.N.A.M.

- Macotela, S. y Romay, M. (1986). Inventario de habilidades - básicas. Un modelo de diagnóstico prescriptivo para el manejo de problemas asociados al retardo en el desarrollo. Inédito. Centro de Estudios del Niño Especial. Facultad de Psicología. U.N.A.M. (17)
- Martínez, A. (1981). Principios psicométricos de las técnicas de evaluación conductual. En: B. Fernández y Carrobbles, op. cit. (13)
- Martínez, C.E. (1985). Manual de apoyo para las prácticas de campo de educación especial. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México. (14)
- Márquez, G., L.A.; Hernández, S., S.A. (1987). El papel del psicólogo en la educación especial y rehabilitación. Tesis profesional. E.N.E.P.I. U.N.A.M. México.
- Miranda, P.J. (1987). Temas de Asistencia Social. DIF. México. 45-82.
- Pérez, N. (1975). Problemas de la implantación de programas - para el desarrollo infantil. Trabajo presentado en el Segundo Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. San Luis Potosí, México.
- Reynolds, C.M.; Wang, C.M. y Walberg, J.H. (1987). The necessary restructuring of special and regular education. Exceptional Children, 53, No. 5, 391-398.
- Ribes, I.E. (1972). Técnica de Modificación de Conducta: Su aplicación al retardo en el desarrollo. México:Trillas. (15)
- Ribes, I.E. (1975). Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo. Trabajo presentado en el II Congreso Interamericano de Retardo Mental, Panamá. (16)

- Ribes, I.E. (1980). La interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en la enseñanza de la psicología. Memorias de las IV Jornadas Académicas de Problemas Enseñanza-Aprendizaje en el Área de la Salud. E.N.E.P. Iztacala. U.N.A.M.
- Ribes, I.E. (1981). Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual. Trabajo presentado en el XI Simposium Internacional sobre Modificación de Conductas.
- Romano, T.H. y León, A.L. (1987). Síntesis y resumen del área de psicopedagogía. Documento inédito interno del Centro Asistencial "Valle Narvarte". DIF. México. 1-8.
- Romano, T.H. y León, A.L. (1989). La importancia de la salud mental en Asistencia Social. Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social. DIF. México. 1-19.
- Romano, T.H. (1988). Evaluación del programa de actividades del área de Psicopedagogía del Centro Asistencial "Valle Narvarte". Documento inédito de circulación interna. DIF. México.
- Romano, T.H.; Peniche, V.A.; Sánchez, R.P. y Cruz, L.X. (1990). Necesidades materiales del área psicopedagógica. Documento inédito del Centro Asistencial "Valle Narvarte". DIF. México.
- Roth, E. Estrategias de diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas relacionados con el área de educación especial. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Saposneck, D.T. y Watson, L.S. (1974). The elimination of the self-destructive behavior of a psychotic child: A case study. Behavior Therapy, 5, 79-89.
- Silva, R.A. (1984). La evaluación como proceso continuo de la terapia. Trabajo presentado en el VII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. Oaxtepec, Morelos.

- Sletter, E.C. (1986). Learning disabilities: The social construction of a special education category. Exceptional Children, 53, No. 1. 46-54.
- Sloane, N.H.; Johnston, K.M. y Harris, R.F. (1978). Procedimientos correctivos para enseñar conducta verbal a niños pequeños con defectos o deficiencias del lenguaje. En: W.S. Bijou y K.E. Rayek. Análisis Conductual - Aplicado a la Instrucción. Cap. 36. México:Trillas.
- Sulbacher, I.S. y Houser, E.J. (1966). Una táctica para eliminar las conductas perturbadoras en el salón de clases: Consecuencias, contingencias sobre el grupo. En: R. Ulrich T.; Stachnik y J. Mabry. Control de la Conducta Humana. Vol. 2. México:Trillas.
- Stuart; R.B. (1971). Behavior contracting with the families of delinquentes. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2 1-11.
- Talento, M.C. y Ribes, I.E. (1980). Consideraciones sobre el papel social de la profesión psicológica. En: Ribes, I.E.; Hernández, G.C.; Rueda, B.M.; Talento, M.C.; López, V. (1980). Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología. pp. 259-273.
- Vázquez, G.C. (1988). Análisis del trabajo del psicólogo en la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.). Tesis profesional. E.N.E.P. Iztacala. U.N.A.M.
- Walker, R.A.; Mc Haren, P.K. y Buenaventura, J. (1985). Changing places: A look of some realities of institutional behavior management. Mental Retardation, 23, No. 2, 78-81.
- Zarzosa, E.L.G. (1979). Comentarios sobre un diagnóstico conductual para sujetos con retardo en el desarrollo. En: Galguera y Cols., op. cit.

Zepeda, R.T. (1933). La instrucción pública en la Nueva Es
paña en el siglo XVI. U.N.A.M. Facultad de Filosoo
fía y Letras. México. 26-45.

Zubirán, S. (1943). Consideraciones sobre la Asistencia Pú-
blica en México. Trabajo presentado en el Primer -
Congreso Nacional de Asistencia. DIF. México.
3-13.