



231  
Zej

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**Manejo Conductual en un Grupo de Niños  
con Problemas de Conducta.**

**REPORTE LABORAL**  
Que para Obtener el Título de  
Licenciado en Psicología  
Presenta  
**María Esther Torres Rubio**

**Director de Reporte :  
Dr. Carlos Santoyo**

**México D. F.**

**1995.**

**FALLA DE ORIGEN**



## **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 está 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.

**AGRADECIMIENTOS.**

**A DIOS**

**A MI HIJA XIMENA, CON TODO MI AMOR.**

**A MI ESPOSO CON AMOR, GRACIAS POR SU APOYO Y COMPRESION.**

**A MIS PADRES, QUIENES SEMBRARON EN MI, EL DESEO DE SUPERACION SIEMPRE CON SU BUEN EJEMPLO.**

**CON MUCHO CARIÑO A LA SRA JOSEFINA NUÑEZ DE ARVIZU POR SU APOYO INCONDICIONAL.**

**A SANDRA ARVIZU NUÑEZ, POR SU CALIDAD HUMANA Y APOYO QUE ME BRINDO DURANTE LA REALIZACIÓN DE ESTE REPORTE.**

**A MI DIRECTOR DE REPORTE.**

**DR. CARLOS SANTOYO, CON MI AGRADECIMIENTO Y ADMIRACION  
POR SU GRAN CALIDAD PROFESIONAL Y HUMANA. MIL GRACIAS POR  
SU VALIOSA AYUDA.**

**MI AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO A LOS SUPERVISORES DE  
ESTE REPORTE.**

**DRA. GILDA GOMEZ PEREZ MITRE.**

**LIC. ROSA DEL CARMEN FLORES MACIAS.**

**DR. GILBERTO LIMON ARCE.**

**MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS.**

**A LA DIVISION DE EDUCACION CONTINUA POR TODO EL APOYO Y  
ASESORIA.**

**MTRA. EVA LAURA GARCIA.**

**LIC. MARGARITA OLVERA.**

**LIC. HILDA PAREDES.**

**LIC. OLIVIA ALVAREZ.**

**AL DR. LUIS MENDEZ CARDENAS, POR SU APOYO Y CONFIANZA.  
GRACIAS .**

**AL ING. HUGO ALEJANDRO LOPEZ POR SU VALIOSA AYUDA.**

**A MIS AMIGAS MARTHA CACERES, CARMEN CORONA, SILVIA  
BECERRIL, ALEJANDRA VEGA, MARTHA PADILLA, LIGIA ORTEGA, LILIA  
PEREZ, VERONICA PEREZ, GEORGINA GRAJALES, MARIBEL ALVAREZ,  
DIANA BAÑOS, YOLANDA OROZCO, MINERVA MENDEZ, BLANCA  
GARCIA QUE EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES SIEMPRE ME  
BRINDARON SU APOYO. GRACIAS POR SU MARAVILLOSA AMISTAD.**

**AL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR JUAN N. NAVARRO" POR  
HABER SIDO EL ESCENARIO DE MI DESEMPEÑO PROFESIONAL ;  
GRACIAS POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD PARA REALIZAR  
ESTE TRABAJO.**

**CON AMOR Y RESPETO A LOS NIÑOS Y A SUS MADRES ,QUE ACUDEN  
A LA INSTITUCIÓN.**

## **INDICE.**

<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>3</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>11</b>
<b>METODO</b>	<b>22</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>ANALISIS</b>	<b>39</b>
<b>CONTRIBUCION</b>	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>47</b>
<b>TABLAS</b>	
<b>FIGURAS</b>	
<b>ANEXOS.</b>	

## **INTRODUCCION**

De la experiencia obtenida en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" surge el tema que se tratará en este reporte **laboral** que aborda una problemática muy específica que ocurre en las instituciones de salud y que es el problema en el ajuste de menores considerados como niños con retardo en el desarrollo.

Este reporte describirá la experiencia realizada con un grupo de niños diagnosticados con "retardo en el desarrollo", conductas problema, dificultad para relacionarse, y problemática en el aula escolar de educación especial .

Este trabajo habla sobre el tratamiento aplicado a un grupo de menores con problemas de conducta y retardo en el desarrollo, los que habían recibido tratamiento en forma individual y lograron personalmente decrementar la alta frecuencia de emisión de comportamientos problema (como la emisión de conductas agresivas: pegar, patear, gritar, escupir y morder o **presentar excesiva conducta** motriz, opositorista y negativista) además de recibir estimulación en las áreas de bajo rendimiento, cubriendo los criterios, para considerar que poseían los repertorios básicos de una evaluación conductual utilizada institucionalmente (Ver anexo # 2) esto se logró por medio de técnicas y programas de Modificación Conductual.

Este tratamiento se avocó a otorgar atención a los niños en forma individual y grupal, así como a los padres (específicamente a las madres) en grupos de orientación.

Los objetivos del presente estudio fueron:

- a) Lograr establecer en los menores las habilidades precurrentes o básicas de ajuste al medio ambiente natural.
- b) Eliminar las conductas que son incompatibles con el eventual ajuste de los sujetos al medio educativo.

**Se describirá el procedimiento utilizado y los resultados obtenidos, por medio de gráficas de los indicadores conforme al diseño y se discutirán los mismos con base al estado inicial de los sujetos y con los resultados de la intervención.**

**En las conclusiones se señalarán las implicaciones de esta experiencia con base en las posibilidades que ofrece esta estrategia en la solución de problemas psicológicos que se deben enfrentar en escenarios de esta naturaleza.**

## **JUSTIFICACION**

La Secretaría de Salud a través de su estructura Institucional, tiene como prioridad brindar atención asistencial a los problemas de salud existentes en nuestro país, beneficiando principalmente a un sector de población de escasos recursos .

Sin embargo, es importante mencionar que no existen programas preventivos específicos, que traten la problemática del retraso mental , daño cerebral, etc., a nivel masivo.

Esto se fundamenta en la observación de que existen factores de tipo social que afectan cada día más a las masas pobres de la población , es decir en los núcleos de pobreza podemos constatar grados importantes de desnutrición tanto en las mujeres embarazadas como en los recién nacidos, así como hipoestimulación ambiental en los menores, o bien carencia de atención médica específicamente gineco-obstetra y debido a esta situación y a otros factores, se observa una gran población infantil con retardo en el desarrollo y una gran cantidad de familias disfuncionales dada su condición de vida , los que acuden a solicitar ayuda, tanto en forma asistencial como privada, con especialistas del campo de la salud.

Ribes se refiere a esta situación señalando que "las posibilidades para prevenir el retardo son muy limitadas, pues el número de factores que intervienen en su determinación es elevado y en muchas ocasiones difícil de controlar" mencionando, también que "los factores sociales que se vinculan a la restricción y empobrecimiento del ambiente, aun cuando de más fácil identificación, también son poco susceptibles al cambio y alteración por vincularse a aspectos de la organización social que rebasan los límites de cualquier profesión o actividad dirigida a la salud y educación". (citado en Galindo 1984, pag. 253.)

Sin embargo, surge un cuestionamiento ¿no es menos costoso realizar la prevención que tener que proporcionar atención a los afectados?.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" se encarga de atender problemas de tipo psiquiátrico que se presentan en la infancia y en la adolescencia (único a nivel Nacional) que requieren la participación de

profesionales de la salud, quienes conforman un equipo multidisciplinario (integrado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros) para ofrecer un tratamiento integral a los pacientes y a sus familiares.

Por otra parte los niños no pueden decidir cuál es el tratamiento que desean llevar, pero son sus familiares quienes definen la situación del menor y los adultos, a su vez, no conocen opciones a seguir, por lo que el tratamiento es sugerido por un equipo de especialistas, que son los que toman la decisión y determinan el tratamiento conforme a la experiencia que tienen en éste campo. Al considerar que estos sujetos no califican para recibir otro tipo de terapia como psicoanalíticas, centrada en el paciente, transaccional, terapia de Juego, (utilizada por Axline 1947) terapia de grupo de actividad (aplicada por Schiffer, Slavson 1975) está con fines terapéuticos y reduccionales, pero específicas para niños diagnosticados como neuróticos, estas terapias no incluyen en sus criterios de selección a niños con problemas de agresividad, o psicóticos por lo que con base en las características del paciente se determina el empleo de la modificación conductual sobre todo porque ésta institucionalmente ha probado su eficacia.

Este problema es de gran importancia para el país por las siguientes razones:

Los psicólogos entre otros profesionales (psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros) se dedican a resolver estos problemas en el área de la salud y cuentan con diversas estrategias para abordarlos, como:

- 1.- Realizar evaluaciones con instrumentos psicológicos, para conocer la capacidad y rendimiento de los pacientes.
- 2.- Evaluar las condiciones medioambientales para identificar aquellos factores que promueven u obstaculizan el establecimiento y mantenimiento de repertorios conductuales de ajuste y competencia social, y para valorar la participación de la familia y la escuela.
- 3.- Elaborar programas de intervención terapéutica,
- 4.- Aplicar programas de intervención y evaluar su efectividad.

En esta Institución, se ha encontrado que el manejo más apropiado con estos niños es la intervención terapéutica por medio de las técnicas y programas de modificación de conducta que, como herramienta profesional, puede mostrar con datos el progreso de los sujetos, o bien en el caso opuesto, nos permite corregir la estrategia para cambiar la técnica inicialmente aplicada para lograr metas institucionales y sociales.

En general, estas técnicas tienen ventajas como las siguientes:

a) Producen cambios observables en la conducta desde el inicio del tratamiento (modificación de comportamientos problema, como berrinche, hiperactividad, pegar, patear, escupir etc.) .

b) Producen cambios de comportamiento que facilitan el aprendizaje de conductas positivas ( control instruccional como sentarse y obedecer, mayor atención a estímulos, etc).

c) Permiten el mantenimiento y generalización de tales cambios, reforzando las conductas deseadas en algunos escenarios, por ejemplo, el reforzar la conducta de sentarse en el consultorio y en la sala de espera , posteriormente ésta podrá emitirse en forma natural en otros lugares, al respecto Skinner menciona que "la generalización no es una actividad del organismo es simplemente un término el cual describe el hecho de que el control adquirido por un estímulo es proporcionado por otro estímulo con propiedades comunes" (citado en Stokes y Osnes, 1989, pag. 338).

Por su parte Stokes y Baer (op. cit., pag 339) describen la generalización como "la ocurrencia de una conducta relevante bajo diferentes condiciones no enseñadas"

d)Facilitan la representación gráfica y cuantitativa de dichos cambios , lo que implica una ayuda eficiente tanto para quienes instrumentan la estrategia (retroalimentación) como para la Institución y sus usuarios.

e)Producen cambios en el comportamiento familiar, mismos que se observan en la manifestación de relaciones adecuadas con los menores y con los demás miembros de la familia.

Los niños con Retardo en el Desarrollo tienen un nivel intelectual por debajo de lo normal, pueden ser clasificados como retrasados profundos, severos, moderados o ligeros, otros sujetos presentan trastornos como el autismo, depresión, etc. y, en general, cuando existe un retraso importante, éste se manifiesta por un déficit en las capacidades y habilidades requeridas para su edad, es decir, falta de lenguaje, ausencia de socialización y dificultad para aprender, entre otras.

Los niños con estas características necesitan tratamiento terapéutico, pero se ha encontrado que la psicoterapia psicoanalítica no ha tenido resultados favorables, como lo menciona L. Wing, quien refiere que este método no ha logrado ser eficaz para curar ni siquiera disminuir las desventajas de estos pacientes (L. Wing 1978 pag.22).

Porque estos niños "disminuidos", tomando este término para señalar las desventajas que presentan, y que como menciona R. Hamblin (1976), refiriéndose a los niños autistas "están demasiado desposeídos culturalmente para que se les pueda enseñar algo, o son demasiado violentos para ser dirigidos en clase" (Hamblin, 1976, pag 2) que son condiciones aplicables a los pacientes con problemas conductuales importantes y con retardo en el desarrollo, por lo que debe aplicarse un tratamiento específico que muestre resultados eficaces, como la modificación conductual.

Pierre Vayer (1989) afirma que la disminución consiste en la desventaja que estos sujetos tienen que soportar y que si esta desventaja se presenta desde el nacimiento o en los primeros años de vida, constituye el origen de las dificultades que el niño encontrará en el mundo.

El retardo en el desarrollo es considerado como una desviación del desarrollo normal, que es un cambio progresivo de las relaciones entre niño y ambiente.

Durante el desarrollo se adquieren nuevos repertorios conductuales a través de la interacción de condiciones biológicas, físicas y sociales normalmente establecidas. Cuando una de estas condiciones se aleja de la normalidad, se produce un retardo en el desarrollo, mientras más extrema es la condición anormal, mayor es el retardo.

Dominguez Brito (citado en Galindo, 1980 pag. 217) señala que el retardo en el desarrollo puede ser explicado por 3 factores :

- 1.- Causas de tipo orgánico.
- 2.-Causas de origen sociocultural .
- 3.- Causas de origen mixto.

Dentro de las causas de origen orgánico, podemos mencionar las de tipo endógeno como: Hereditarias, alteraciones cromosómicas y metabólicas. Las de tipo exógeno como:( asociados a causas perinatales) prematuridad, trauma obstétrico, sufrimiento fetal, patología infecciosa, trastornos hematológicos y (asociados a causas posnatales) vacunas, parásitos (cisticercosis), tóxicos, traumatismos, patología infecciosa etc. y trastornos durante la gestación como : Deficiencias nutricionales, uso de fármacos, infecciones (rubéola, sífilis etc.) y alteraciones endocrinas.

En cuanto a los factores de origen sociocultural que constituyen otro grupo de causas de retardo , y también dependen de factores múltiples que se dan en diversos niveles (individuo, familia, escuela, sociedad, etc.), actuando aquí elementos concretos como tradiciones, nivel de información, clase socioeconómica, componentes afectivos particulares, aceptación o rechazo al niño, etc.

Y las de origen mixto que se da cuando se asocian una o más de las causas orgánicas con una o más de las causa socioculturales.

Los pacientes con retardo en el desarrollo , poseen un nivel intelectual por debajo de la norma por lo que se han clasificado dependiendo de su nivel intelectual, la clasificación de la American Association on Mental Deficiency (AAMD) (ver tabla 1) indica puntuaciones en C.I. en pruebas como Binet y Wechsler y edad mental de este grupo de sujetos, esperada en la edad adulta y dependiendo del manejo educativo que pueden tener se les ubica en tres categorías, como: educables, entrenables y custodiables.

Cuadro de Niveles de Retraso.

NIVEL	C.I. DE BINET (d.e. =16)*	C.I. DE WECHSLER (d.e.=15)	EDAD MENTAL EN EDAD ADUL- TA.
LIGERO.	68-52	69-55	8.3-10.9 a°
MODERADO	51-36	54-40	5.7-8.2 a.
SEVERO.	35-20	39-25	3.2-5.6a.
PROFUNDO.	-19	-24	-3.1 a.

\*d.e. desviación estándar

Tabla1

°a. años.

Los intentos para definir retraso mental se pueden reducir a tres categorías: los que se basan en un bajo cociente intelectual (C.I.), los que se fundamentan en la incompetencia social en general y los que se basan en algún defecto constitucional como es el caso de la lesión cerebral.

Entre otras definiciones sobre retraso mental una de las más aceptadas es la de la AAMD que considera que el: **Retraso Mental es un funcionamiento intelectual general notablemente muy por debajo del promedio, que existe junto con deficiencias de adaptación y se manifiesta durante el periodo de desarrollo** (Grossman , 1973 ).

El rendimiento social, académico y personal de un individuo con retardo en el desarrollo va a depender de las oportunidades que le brinde su medio ambiente para recibir estimulación ya que si llega en forma oportuna y adecuada las deficiencias y retrasos podrán ser superados hasta cierto nivel , de acuerdo con el nivel potencial del menor , ya que estos niños pueden aprender con lentitud en relación a los demás .

El trabajar en el área de la psicología clínica y llevar a cabo el tratamiento terapéutico de niños con problemas de conducta y del desarrollo , utilizando técnicas de modificación de conducta como: extinción, tiempo fuera, saciedad, castigo positivo, así como programas de reforzamiento positivo, muestra la oportunidad de vivenciar en el campo profesional , la eficacia que tienen estas técnicas en la solución de diversos problemas

En general los niños con las características mencionadas son rechazados tanto familiar como socialmente, especialmente en el sistema educacional, esto se debe a que aunque hayan recibido previamente un tratamiento individual en terapia conductual, al quererlos insertar en un ambiente educativo, su funcionamiento es deficiente ya que se les dificulta adaptarse a un medio ambiente diferente o "extraño", perdiendo momentáneamente el control conductual que ya se había establecido, por consecuencia presentan todas aquellas conductas problemáticas por las que fueron tratados y asimismo exhiben un rendimiento académico pobre.

Motivo por el cual es necesario trabajar explícitamente en aquellos repertorios conductuales que faciliten su ajuste a los escenarios escolares donde se ubicarán próximamente y en el debilitamiento de aquellas conductas que interfieran con una buena adaptación.

Una vez decrementados los problemas de conducta, las técnicas de modificación conductual son una herramienta que puede ayudar a estos sujetos en el aprendizaje de conductas, hábitos y habilidades para ser autosuficientes en sus necesidades personales y su adaptación social.

El uso del tratamiento con enfoque conductual en un hospital psiquiátrico infantil ha dado por resultado el beneficiar a muchos pacientes con problemas de conducta, retraso mental , etc. en forma individual, pero con limitaciones debido a

las dificultades que presentan para adaptarse en otros escenarios como el educativo.

Esta es la razón por la que surgen los llamados "grupos de socialización" que pretenden reproducir las condiciones que vivenciarán al exterior y ofrecer ciertas bases de generalización de los repertorios básicos que estos niños requieren en los escenarios educativos en que habrán de insertarse.

Dicha modalidad, también apoya a los padres de familia ya que con anterioridad, al ser dado de alta un menor que recibía terapia individual, se optaba por responsabilizar a la familia para que el paciente pudiera adaptarse a su medio ambiente.

Pero tomando en cuenta la importancia que tiene la familia para lograr el éxito en cualquier tratamiento y conociendo que la misma puede encontrarse desorganizada y en confusión, elementos que afectan el tratamiento, se les proporciona orientación e información sobre como llevar a cabo el manejo conductual y de ser necesario reciben los miembros de dicha familia, apoyo individual (son referidos al Hospital Psiquiátrico de adultos si se considera necesario, o si lo solicita el interesado) hasta resolver sus conflictos personales, por lo que tenderán a tener un mejor ajuste.

Esto se logra al hacer participar a los padres en el tratamiento, primero se les indica cuáles son y cómo funcionan los programas y técnicas que se aplicarán en las sesiones individuales con sus hijos, a las que asisten inicialmente como observadores para posteriormente ellos mismos aplicar los programas y técnicas con sus hijos bajo la supervisión de las terapeutas, en el consultorio y en su casa, reportando por medio de registros específicos el rendimiento de las actividades programadas así como la emisión de comportamientos problema. Por otra parte, los padres participan en un grupo especialmente creado para ellos donde reciben información y supervisión sobre el manejo aplicado en otros escenarios (como reuniones familiares, asistencia a eventos públicos, uso de transporte colectivo, etc.) de las técnicas de modificación conductual, así como para recibir apoyo en sus problemas personales.

En ese contexto "existe una tendencia cada vez mas marcada en el campo de la salud mental a considerar que el cliente no es solamente el niño retrasado en forma aislada sino toda su familia, y existe una tendencia correlativa a proporcionar servicios sobre una base familiar y no solamente al individuo que presenta problemas" ( Ingalls , 1982. pag. 288).

Por interés personal, laboré con los pacientes mencionados, ya que considero de gran importancia que los sujetos participen grupalmente y puedan adquirir los elementos necesarios para su adaptación social.

Otra motivación fue que el trabajo con niños con retraso mental, autismo, depresión, etc, que además presentan problemas de conducta, son rechazados y menospreciados por los mismos profesionales de la salud, ya que el trabajo con estos menores es frustrante para algunos profesionistas, quienes manifiestan que la dificultad para atenderlos surge de la aproximación metodológica que manejan (Psicoálisis, terapia de juego, terapia breve etc.) , reconociendo que no es la corriente adecuada para el manejo de estos pacientes.

Sin embargo, la demanda de atención de este tipo de sujetos va en aumento y es necesaria la aplicación de métodos que den resultado con rapidez que también puedan solucionar problemas comunes en forma grupal.

Si la intervención psicológica se realiza a temprana edad serán mayores las posibilidades de estimular adecuadamente a estos niños y estos obtendrán mejores oportunidades en su medio para tener reforzadores positivos que repercutan en su rendimiento.

Asimismo los cambios en el comportamiento de los sujetos en cuestión, les permite interactuar con los demás, educarse y adaptarse a su medio ambiente social y de esta manera serán aceptados familiar y socialmente.

## **ANTECEDENTES.**

Desde su origen el hombre se agrupa y convive, su existencia cobra sentido en la medida que ésta repercute en un contexto social.

Asimismo el ser humano desde siempre busca la perfección tanto individualmente como en los que lo rodean . por esto tiende a ser rechazante con todo aquello que no cumple con las expectativas exigidas por la sociedad. Esta situación se observa en los medios cotidianos por la actitud que muestran las personas hacia los niños que padecen de algún problema mental (los ven con morbo, se muestran asustados, les causa asco )esto se manifiesta desde el hogar de estos menores, donde en ocasiones son rechazados y los familiares se muestran avergonzados por tener en casa a un menor con problemas.

Es entonces que aquellos seres humanos que se encuentran desvalidos y en desventaja sufren las consecuencias de su condición, como los menores con retraso mental, autismo, depresión, bajo rendimiento escolar, problemas conductuales etc., que son rechazados en primera instancia por sus padres, quienes niegan tal situación, sin embargo estas actitudes tanto la culpa, inconformidad y agresión hacia otros se dan a conocer por los padres cuando solicitan atención para sus niños y a lo largo del tratamiento, sea este individual, grupal ó familiar y exteriorizan todo lo que se genera alrededor de un menor con estos problemas.

El enfermo mental ha sido castigado y señalado desde todos los tiempos, con anterioridad se les consideró como "poseos" por el demonio y eran castigados con crueldad, se usaban procedimientos rigurosos e inhumanos, por ejemplo la flagelación e inanición para convertir al cuerpo inhabitable para los espíritus, posteriormente se les consideró como "enfermos" sin cambiar por esto su situación ya que han sido escondidos y reclusos por muchos años. Esta actitud castigante continua manifestándose hacia los menores con retardo en el desarrollo, autismo y problemas conductuales severos que aún generan rechazo y morbo en los demás, lo que los orilla más a la desadaptación social .

"Describir al individuo desviado como un enfermo mental ha contribuido a una mayor compasión y tratamiento humanitario. Aunque aún la gente comúnmente

rechace y evalúe negativamente a los individuos que han sido clasificados como enfermos mentales o que han estado implicados en un tratamiento psiquiátrico." (citado en Kazdin 1975, p.11).

Este hecho hace importante el papel del psicólogo, que además de contribuir técnica y profesionalmente, debe cambiar la imagen que se tiene de estos individuos y hacerlos respetar en una sociedad que no los acepta y limita su superación, porque no les permite recibir del medio ambiente las situaciones reforzantes a las que todo ser humano debe estar expuesto, únicamente reciben hostilidad y castigos lo que los lleva a mantener un comportamiento primitivo.

Estos acontecimientos pueden ser identificados en la familia y en el sector escolar y a pesar de ser negados verbalmente son evidentes. En este contexto surge el problema que corrobora lo siguiente: ningún tratamiento puede tener éxito si es entorpecido, es decir si la participación de la familia y la escuela es sólo aparente y realmente no existe cooperación para producir y esperar los cambios conductuales deseados, ya que al iniciar el tratamiento la familia no sigue con exactitud las instrucciones de manejo con los menores.

Por tal motivo es importante hacer participar a los miembros de la familia en el tratamiento. Sin embargo, esta situación es difícil ya que, como se mencionó anteriormente, la familia también está afectada por el problema que presenta el paciente y deben por tanto recibir atención integral.

Ingalls (1992) al respecto menciona que aunque la participación familiar conlleva beneficios al tratamiento es difícil lograr tal participación ya que, aunque cada uno de los miembros es afectado, esta afectación no es incapacitante, excepto en el caso del sujeto que padece retraso mental y de la madre que se responsabiliza de éste.

Los padres reaccionan conmocionados ante el descubrimiento de que su hijo es un niño "disminuido" cualquiera que sea el diagnóstico.

Por ejemplo Menolascino (1967) y Wolfensberger (1967) describen 3 tipos de reacciones. (citado en Ingalls 1992 , pag 289) .

1.- La crisis de lo inesperado, percibiendo un cambio repentino que causa la vida y no es precisamente una reacción específica ante el retraso mental.

2.-La crisis de valores personales, la que genera angustia por que en el cambio de vida que viven no están presentes los valores aprendidos y que ellos aceptan como positivos (hijos "bonitos", "inteligentes", etc.).

3.-La crisis de realidad, situación que los ubica a tomar decisiones en sus necesidades actuales .

La familia se enfrenta a esta difícil situación desde la llegada de un miembro con problemas, pero no pueden verbalizarla porque, como mencionan Menolascino y Wolfensberger (1967) se encuentran en un momento de crisis que continúan arrastrando hasta no recibir la atención adecuada.

Lo que hace imprescindible la atención de los padres y hermanos, para contar con su participación en el tratamiento, pero también para ayudarles a solucionar sus propios conflictos asociados al problema en general.

El trabajo del psicólogo clínico se ha centrado en el paciente y su familia para establecer cambios, y después intervenir dentro de lo posible en el sector educativo, en donde se ha encontrado que los menores que no cumplen con los requisitos del sistema son aislados del mismo.

Los grupos de socialización se refieren al agrupamiento de menores con algunas características comunes que se han beneficiado del manejo conductual individual y ya que califican para ser tratados con técnicas de modificación de conducta, se les reúne en forma grupal; estos grupos se han diseñado para niños con problemas de conducta, porque surgen del compromiso de preparar a estos menores en una situación similar a la que enfrentarán en escenarios educativos, para lograr su inserción social con mayores posibilidades de éxito.

El manejo de pacientes en forma grupal se ha extendido debido a los resultados favorables pues se beneficia a mayor número de personas y puede ser aplicado en diferentes escenarios en forma efectiva, por esto es que han surgido gran variedad de técnicas para el manejo de grupos con orientación: psicoanalítica, interaccional, análisis transaccional, gestalt, psicodrama, existencial y conductual.

En la última parte del decenio de 1960 y a principios del de 1970, los grupos alcanzaron proporciones enormes por su novedad a medida que la población general se hizo consciente del poder del modelo para ayudar a los individuos . La psicoterapia de grupo favorece la adaptación e integración normales del individuo afectado por trastornos, a su medio ambiente.

La modificación conductual ha demostrado ser eficaz en el manejo individual y grupal de niños con problemas de conducta, en esta modalidad se guía al niño dentro de un contexto grupal para el logro de objetivos comunes, inicialmente controlando las conductas problema por medio de la aplicación de las técnicas conductuales de: extinción, saciedad, tiempo fuera parcial, tiempo fuera total y castigo positivo y dentro de lo posible, simultáneamente, estimular a los menores

en cuanto al aprendizaje de habilidades y hábitos, con la finalidad de integrarlos al medio ambiente familiar, educativo y social, observándose que los resultados obtenidos a largo plazo son favorables, lo que se detecta por medio de entrevistas a los padres para conocer la validación social de los programas y técnicas aplicados. Comprobándose la eficacia de acuerdo a lo reportado por los padres y maestros verbalmente y en ocasiones de forma escrita.

En este sentido, Wolf (1978) describe 3 niveles de validación social:

- 1.- La significancia social de las metas. ¿Son las conductas específicas las metas que la sociedad quiere?
- 2.-La conveniencia social del procedimiento. ¿Los fines justifican los medios? Es decir ¿los participantes y otros consumidores consideran el procedimiento del tratamiento aceptable?
- 3.-La importancia social de los efectos. ¿Están los consumidores satisfechos con los resultados? ¿con todos los resultados, incluyendo alguno no predicho?

En este programa cumplimos con dichos requisitos en los programas y técnicas aplicadas. Las metas se logran por medio de programas específicos donde se trabajan actividades de menor a mayor grado de dificultad, donde se refuerzan positivamente todas las tareas acertadas, las que emiten los sujetos de la siguiente forma: por imitación o bien por ayuda física y son apoyados por las terapeutas, hasta que se presentan sin ayuda y se refuerzan continuamente durante 4 sesiones como criterio mínimo, y para que formen parte del repertorio del sujeto se siguen reforzando en forma intermitente para su mantenimiento.

Al respecto Ribes (1984) menciona que "cuando la conducta se presenta con la frecuencia suficiente, como para considerar que el sujeto la ha adquirido, para hacer que la conducta siga dándose sin necesidad de ser reforzada continuamente, se utiliza un procedimiento que se conoce como reforzamiento intermitente que consiste en presentar el reforzador de manera discontinua, es decir no se refuerzan todas las respuestas del sujeto, solo se refuerzan algunas". (Ribes, 1972, pag. 33)

Por otra parte en la terapia grupal se obtiene un gran aprovechamiento de los recursos del grupo, ya que estos pacientes, tienden a imitar continuamente la conducta de los demás, especialmente la de los niños de su edad. Asimismo, el usar métodos directivos con estos menores, dadas sus características, da por resultado el aprendizaje grupal con tendencia a ser homogéneo porque todos realizan las mismas actividades, es decir que todos los miembros se benefician educativamente en mayor o menor grado, dependiendo de sus propias posibilidades.

Además, la terapia del comportamiento basa sus principios en la teoría del aprendizaje, la cual nace de la investigación en el laboratorio con animales, pero ha sido probada en el ser humano mostrando su efectividad sobre la conducta humana, así "el enfoque conductual hace énfasis, en los determinantes ambientales, situacionales y sociales que ejercen influencia sobre la conducta. Este enfoque conductual considera la mayoría de las conductas como susceptibles de ser aprendidas o alteradas mediante procedimientos de aprendizaje" (Kazdin 1978, p.12).

Así la terapia del comportamiento se fundamenta en que la conducta puede medirse, ya que si conocemos las condiciones bajo las que se mantiene, establece o extingue, pueden manipularse para incrementar o decrementar la conducta. "Las consecuencias de la conducta son, pues, sus determinantes. Los humanos tienden a repetir conductas que, según su percepción, se recompensan o premian, a su vez tienden a no repetir aquellas que según lo perciben, se castigan" (Walker 1987 ,pag. 20).

De esta forma, la conducta esta en función de una serie de interacciones entre el individuo y su ambiente y es posible influir en ésta por medio de su ambiente social, modificando las consecuencias que mantienen dicha conducta, se utilizan estrategias para lograrlo, primordialmente en casos de, conducta desadaptada, ya que al lograr cambios en la conducta se beneficiará al sujeto con problemática conductual que se traduciría en problemática familiar y social.

Los paradigmas que rigen estos métodos son el respondiente (pavloviano) y el operante (skinneriano) los cuales se combinan en la práctica. Observándose que para la Terapia del comportamiento son más relevantes los eventos que mantienen la conducta que aquellas que la originan y debido a que los que la mantienen se localizan en el medio ambiente es en éste donde se interviene manipulando en forma sistemática los eventos externos.

Por tanto, si la conducta humana es aprendida y se mantiene o extingue dadas las consecuencias de la misma, es importante y básico conocer cuales son las situaciones reforzantes y cuales no son para cada individuo específicamente

Asimismo, es importante que el control de estímulos sea cuidadoso y que las personas que tratan al paciente se rijan de igual manera que el terapeuta, ya que un manejo inadecuado , puede tener como resultado el reforzar equivocadamente conductas no deseadas y un pobre control de la conducta en general, por tal razón se hace participar a la familia activamente, dentro de lo posible.

Estas técnicas actualmente han sido muy aceptadas por algunos profesionistas y en general socialmente, ya que los padres de familia, bajo supervisión

especializada las utilizan con mayor frecuencia en sus hogares, pero también han recibido críticas ya que se piensa que se coarta la libertad de decisión personal, en los sujetos que reciben este tipo de tratamiento, pudiéndose pensar que este método se utiliza a favor de un grupo determinado con fines de manipulación y dominación social. Pero esto me parece una idea equivocada, ya que el interés al aplicar estas técnicas radica en la importancia que se le da al individuo para que pueda lograr un desarrollo personal satisfactorio, explotando al máximo sus capacidades.

El tratamiento conductual abarca 3 aspectos fundamentales :

- 1° la creación de nuevas conductas.
- 2° el aumento de la frecuencia en las conductas ya existentes .
- 3° la supresión de conductas objetables. (Ribes 1984, pag .23)

El mismo autor señala que el tratamiento conductual comprende dos etapas bien definidas :

- 1° tratamiento individual bajo condiciones controladas.
- 2° la intervención sobre el ambiente del sujeto , dirigido a obtener condiciones óptimas para el mantenimiento de la conducta ya adquirida bajo tratamiento individual (op. cit. pag 23).

Para poder llevar a cabo el tratamiento pertinente es necesario conocer el rendimiento de los sujetos con las características que poseen los menores con Retardo en el Desarrollo y problemas de conducta severos por medio de una valoración

Se pueden utilizar pruebas psicológicas que nos indicarán una calificación expresada en C.I., o bien existe otro método viable para conocer dicho rendimiento y es una evaluación conductual, que no solo nos dirá el funcionamiento actual del sujeto sino que también indicara las áreas a tratar, (tratamiento individual) dadas las deficiencias encontradas por este medio.

Este tipo de instrumentos son utilizados para la valoración y tratamiento de pacientes con deficiencias importantes, que en ocasiones no es posible evaluarlos (por su bajo nivel intelectual o bien por presentar conductas problema en forma importante) por medio de pruebas psicológicas como Stanford-Binet o las pruebas de Wechsler y otros test que miden inteligencia, sin embargo por este medio se logra conocer el desempeño del sujeto y saber cuales son sus posibilidades educativas en el momento de la valoración.

Asimismo se conoce a través de este medio, si es requisito para estos menores que se les prepare para lograr su inserción educativa (terapia conductual individual) o bien si podrán recibir en ese momento educación en un sistema especializado (Escuela de Educación Especial).

En el Hospital Psiquiátrico Infantil se realiza la evaluación conductual con base en un instrumento que integra 9 áreas que miden : Atención, Imitación, Control Instruccional, Autocuidado, Coordinación Motriz Fina, Coordinación Motriz Gruesa, Lenguaje, Socialización y Académica.(La evaluación es una recopilación de diferentes instrumentos afines).

Este instrumento es utilizado para conocer el nivel en que se ubican los menores, independientemente del diagnóstico que se les dé, para detectar las áreas de bajo rendimiento y comenzar la habilitación en las mismas.

La utilidad de la evaluación conductual en el Retardo en el desarrollo es ilimitada debido a los siguientes puntos:

- a) Sustituye el uso de otros instrumentos psicológicos como son las pruebas psicométricas, que aunque su utilidad es innegable, ya que proporcionan información acerca del sujeto, esta información beneficia al sujeto parcialmente ya que el conocer su diagnóstico permitirá elegir el tratamiento adecuado, pero no lo incluye, como la evaluación mencionada.
- b) No es posible realizar la aplicación de pruebas psicológicas en algunos casos, dadas las deficiencias presentes en los sujetos con retardo en el desarrollo.
- c) En general la aplicación de la modificación conductual a pacientes con esta clasificación es importante, ya que incluye el manejo global del sujeto, tanto con la familia, como en el exterior, a nivel escolar y social.

Al respecto Bijou y Grimm (1978) comentan "que la evaluación antes de la intervención es importante porque permite conocer las áreas problemáticas, cuando y con qué duración se presentan, para lograr recopilar esta información proponen que se recurra a la entrevista con padres y maestros, a la historia clínica o escolar o a la evaluación directa" (citado en Galindo 1984).-

Estos autores distinguen 3 modalidades de diagnóstico conductual.

- 1.- Evaluación antes de la intervención
- 2.-Evaluación durante la intervención y
- 3.- Evaluación después de la intervención.

Institucionalmente el tratamiento conductual se realiza partiendo de los siguientes puntos:

- 1.- Por medio de una entrevista con padres e hijos.(Ver anexo1)
- 2.- Elaborando registros ( anecdótico, de frecuencia o el que se requiera ) para conocer más acerca del comportamiento del sujeto a tratar, estos registros se realizan en diversos escenarios como: consultorio, sala de espera, cámara de Gessel (en casos especiales, cuando el sujeto no coopera, o bien para observar la relación con algún miembro de la familia).
- 3.- Aplicando la evaluación conductual ya mencionada.
- 4.- Elaborando los resultados de la evaluación. (ver anexo 3 )
- 5.-Intervención terapéutica, con técnicas de Modificación Conductual, estimulando las áreas de bajo rendimiento .
- 6.- Estableciendo el control de Conductas Problema.
- 7.-Entrenamiento y asesoría a padres.

La finalidad de utilizar este tipo de instrumentos, es conocer el desempeño actual del sujeto para explotar las posibilidades que tiene para aprender habilidades nuevas y lograr cambios en su comportamiento, los que benefician al niño y a su familia y en general a la sociedad, ya que un menor que recibe la estimulación pertinente, podrá exhibir un mejor rendimiento académico y conductual y podrá tener mayores oportunidades de éxito en su adaptación social.

Existen otros antecedentes con los que podemos vincular nuestro trabajo,por ejemplo, Fernández Ballesteros (1992) refiere que la evaluación conductual, cuenta con ciertas características básicas que son:

- La evaluación esta dirigida al cambio de conducta.
- La evaluación hace énfasis en la determinación ambiental del comportamiento y en la multicausalidad de la conducta anormal .
- La evaluación conductual evita hacer inferencias.

En ese sentido Goldfried y Pomerz (1968) dicen que "la evaluación conductual surge como requisito de la terapia y modificación de conducta " (Citado en Fernández Ballesteros 1992).

Por otra parte autores como Fallen y McGovern, en 1978 manifiestan que "la evaluación conductual representa el primer paso para la habilitación del niño con necesidades especiales. Por medio de la evaluación se determina la naturaleza o magnitud de una incapacidad determinada, de manera que se tomen las medidas apropiadas para la intervención y la prevención" (Citado en Macotela y Romay, 1992, pag. 10).

De acuerdo a Macotela y Romay la evaluación conductual proporciona la información pertinente sobre los sujetos y estos datos podrán ser utilizados como metas educacionales y como objetivos instruccionales, ya que la identificación de las habilidades que el niño no posee puede permitir el diseño de objetivos instruccionales. Por tanto elaboran un Inventario de Habilidades Básicas, diseñado para niños mexicanos, este inventario muy similar en estructura con la evaluación conductual que se utiliza institucionalmente (op. cit., 1992).

Otros autores como Galindo utilizan en escenarios educativos, una evaluación parecida a las referidas anteriormente, para atender a niños con deficiencias, tanto de aprendizaje como físicas, (invidentes, sordos etc.) (Galindo 1984).

Los trabajos con programas y técnicas de modificación Conductual basados en este tipo de instrumentos de evaluación o bien utilizando únicamente el manejo de contingencias, han resultado exitosos, a continuación a manera de ejemplo, se mencionan algunos trabajos representativos.

Ayllon y Cols. 1972 trabajaron con un grupo de niños diagnosticados como retrasados mentales educables, quienes presentaban problemas conductuales y bajo rendimiento académico y demostraron que hubo cambios en el comportamiento de los sujetos con base en los procedimientos de reforzamiento positivo. El efecto de dicha intervención posibilitó un decremento en las conductas problema y mayor ejecución académica (citado en Bijou 1972).

Por otra parte Bandura 1965 demostró cómo las respuestas agresivas (conducta problema) en niños se incrementaron por medio de la observación de un modelo y las consecuencias que le sucedían a éste (citado en Bijou 1972).

Figuerola, Bruce, Thyer, y Thyer. (1992) aplicaron modificación de conducta, combinando la técnica de extinción con la técnica de reforzamiento diferencial de otras conductas. R.D.O.C., con un menor de 11 años, diagnosticado como retrasado mental severo con parálisis cerebral, el que presentaba conductas agresivas en forma importante, inclusive le perturbaba la cercanía de los demás. La historia del sujeto, contaba con datos de rechazo y manejo inadecuado por parte de la familia, situación por la que el menor era residente de una Institución (G.R.C). El niño presentaba conductas agresivas como patear, golpear, rasguñar, escupir y jalar el cabello, emitiendo estas conductas indiscriminadamente, por lo cual se tornaba peligroso para los demás y él tendía a aislarse; los autores sugieren que esto estaba asociado a su parálisis, ya que temía a la gente cuando se encontraban cerca de él, se sentía amenazado, por lo que su conducta agresiva era de escape y esta era reforzada negativamente.

Durante la intervención se aplicó extinción a las conductas agresivas y cuando el menor no emitía ninguna conducta agresiva el terapeuta le entregaba un dulce sin azúcar como recompensa, acompañando estos de comentarios elogiosos, intentando comprometerlo en un juego de pelota, que consistía en tirar la pelota contra la pared, deteniéndola cuando el niño se alejaba. Como resultado de dicho procedimiento la conducta agresiva del menor se redujo en frecuencia e intensidad.

F. Sallis (1983) en una revisión sobre tratamiento de niños con agresión, concluye que las intervenciones enfocadas al cambio de factores del medio ambiente da por resultado mejoras substanciales sobre el comportamiento de los menores con este problema, en comparación con otras intervenciones como las enfocadas en alterar variables en las personas ( para aprendizaje de destrezas sociales y destrezas cognoscitivas), las que también reportan resultados alentadores, sin embargo las técnicas conductuales que intervienen en el medio ambiente manipulando las consecuencias de las conductas agresivas han demostrado mayor eficacia. El autor sugiere que para mejorar los resultados, sería conveniente combinar ambos métodos.

Guevremont, Osnes y Stokes (1988) reportan que en niños preescolares se utilizó reforzamiento positivo (estrellitas, etiquetas, dulces) proporcionándoselos cuando éstos lograban una meta escolar (leer, escribir, hacer tarea) lo que dio por resultado un aumento en la calidad y cantidad del trabajo en clases.

Adams y Kelley (1992) realizaron un estudio comparativo con las técnicas de sobrecorrección y tiempo fuera, encontrando que ambas son eficaces para modificar el comportamiento agresivo en los niños (agresividad entre hermanos) sin embargo los autores manifiestan que a pesar de que ambas tienen efectividad

similar, la preferencia en uso de la técnica de sobrecorrección es definitiva dentro de un contexto social, porque los padres la aceptan de mejor grado, pero se ha reportado que esta técnica logra resultados positivos en un lapso mayor que la técnica de tiempo fuera, aunque ésta es considerada socialmente agresiva.

Koot y Warhulst. (1992) encontraron que para referir a los pacientes de 4 a 12 años, con problemas de conducta (agresividad) o psiquiátricos (conducta antisocial) a los servicios de salud mental o de educación especial, dependía de los profesionales que los atendían, por lo que una adecuada referencia a los servicios pertinentes influyó de tal manera en los resultados a futuro y por tanto en la habilitación o rehabilitación del paciente.

Este trabajo habla sobre la necesidad de integrar a los niños con retardo en el desarrollo y problemas de conducta en la comunidad escolar y social, utilizando un tratamiento conductual dividido en dos fases, una en forma individual y otra en forma grupal.

## **METODO.**

El grupo de trabajo quedó formado por 9 niños con edades que fluctuaban entre 5 hasta 7 años; 6 varones que presentaban problemas de conducta importantes: cuando se encontraban reunidos en grupo (escuela y/o otros escenarios) no podían ser manejados por el profesor en un salón de clases en Escuela de Educación Especial, porque exhibían un comportamiento inadecuado y difícil de controlar. Referido este por medio de reportes verbales manifestados por las madres de los sujetos, en donde se señalaba la dificultad de los profesores para conducir dentro del grupo a los niños, los que dadas sus características no se beneficiaban totalmente de la educación ofrecida por la escuela.

Las 3 restantes, de sexo femenino, no emitían comportamiento problemático, únicamente se aislaban y por eso se incluyeron en el grupo (por esta razón, no se registraron datos de las niñas, ya que en el grupo de socialización, sólo se anotaron las conductas problema, aunque se observó en todos los sujetos que participaron que su comportamiento y rendimiento mejoró notablemente (se reportará en resultados y se comentará en el análisis).

## **Sujetos.**

Los sujetos que participaron en el grupo de socialización fueron:  
(Ver tabla 4)

Un menor de 5 años (A) con diagnóstico de COREA DE HUNTINGTON, con un nivel de retraso ligero, obtenido por medio del test de inteligencia de Stanford Binet.

Un menor de 7 años (M.A) con diagnóstico de TRASTORNOS DEL DESARROLLO con un nivel de retraso moderado, obtenido por medio del test de inteligencia de Wechsler.

Un menor de 7 años (G) con diagnóstico de TRASTORNO DEL DESARROLLO con un nivel de retraso moderado, obtenido por medio del test de inteligencia de Stanford Binet.

Un menor de 6 años (I) con diagnóstico de SINDROME DE DOWN , con nivel de retraso moderado, obtenido por medio del test de inteligencia de Stanford Binet.

Un sujeto de 5 años ( B ) con diagnóstico TRASTORNO DEL DESARROLLO con un nivel de retraso, que no pudo ser medido por medio de pruebas psicológicas (porque no habla, se midió su ejecución como una alternativa) considerado en un nivel de retraso mental profundo, obtenido por medio de la aplicación de una evaluación conductual, utilizada en el servicio de psicología y que mide repertorios básicos : atención, imitación y control instruccional y habilidades de las áreas de coordinación motriz fina y gruesa, área de lenguaje, área de autocuidado, aspectos de socialización y aspectos académicos, en la que el sujeto obtuvo un rendimiento pobre.

Un sujeto de 7 años (S) con diagnóstico TRASTORNO DEL DESARROLLO con un nivel de retraso que no pudo ser medido ya que se encontró en una situación similar al del sujeto anteriormente mencionado. Considerado como retraso profundo, evaluado conductualmente con la estrategia antes referida.

Las características que compartía este grupo de niños fueron la dificultad para relacionarse, la emisión elevada de conductas problema y el bajo rendimiento académico o bajo nivel en habilidades esperadas a su edad.

Los sujetos con nivel de retraso profundo carecían de lenguaje y su única forma de expresión fue por medio de su comportamiento, pegaban, escupían, gritaban, etc. (S,B).

Los sujetos con un nivel de retraso moderado (M.A. e I.) lograban comunicarse con ruidos y señas pero uno en especial (G) parecía que se comunicaba por medio de su mirada, con la que cuestionaba a los demás y lograba que se le prestara atención y se le preguntaba si deseaba algo a los que con movimientos de cabeza respondía afirmativa o negativamente.

Entre estos sujetos se manifestaron diferencias ya que, el sujeto (I) presentó lenguaje, pero se dificultaba entenderlo, manifestándose cooperador pero con agresión responsiva e imitativa, es decir respondía agresivamente al ser provocado ó si otros pegaban él lo hacia igual .

El sujeto (M.A.) presentó lenguaje comprensible podía verbalizar sus necesidades sin embargo se mostró agresivo, hostil y retador lo que le dificultó su integración al grupo.

Otro sujeto (A) quien presentó una situación especial fue al que se diagnóstico Corea de Huntington , quien debido a su padecimiento se remarcaba su conducta agresiva e impulsiva, siendo su pronóstico desfavorable a futuro, ya que se espera que conforme evolucione su enfermedad en la edad adulta, éste irá perdiendo su capacidad intelectual y llegará a la demencia, razón por la que su manejo es difícil y por esto es enviado a modificación conductual como última opción para recibir y beneficiarse de ayuda.

### **Escenario.**

El trabajo con el grupo de niños se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en el Servicio de Psicología, en un consultorio que mide 5x5 m. en donde se atienden pacientes de consulta externa y hospitalización.

El consultorio tenía dos mesas hexagonales y diez sillas infantiles, un escritorio, un perchero, un estante metálico y una mesa mediana de forma cuadrada con dos sillas

### **Materiales.**

Se contaba con material didáctico que incluía, pijas, fichas y figuras geométricas de plástico, tablas para pijas, rompecabezas, plastilina, pinceles, pintura vinci, papeles como crepé, lustre, cartulinas de colores, revistas para recortar, papel periódico, cuentos infantiles, resistol, hojas blancas de papel bond , etc.

## **Procedimiento.**

Los sujetos que participaron en el grupo de socialización se eligieron de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1.- Haber recibido tratamiento conductual individual y haber logrado **decrementar las conductas problema** por las que fueron enviados .
- 2.- Emitir en situaciones **específicas un comportamiento "adecuado"** (no presentación de **conductas problema**) esto es en el hogar y en el consultorio.
- 3.- Contar con el apoyo y participación de un responsable (padres o tutor).

Los niños recibían por separado tratamiento conductual individual con asistencia semanal y con duración de 45 min. la sesión, para ser estimulados en las áreas que presentaban bajo rendimiento como: autocuidado, coordinación motriz fina y gruesa, lenguaje y académica, pero sin presentar conductas problema en forma individual en el consultorio y con un decremento importante en la emisión de estas conductas en el hogar. Simultáneamente estaban integrados al grupo de socialización.

La situación referida anteriormente creó la necesidad de apoyar a estos menores en esta transición, entre el comportamiento emitido en el consultorio y el que exhiben en otros ambientes no controlados (ver tabla 5).

En la consulta individual ya no presentaban conductas problema, lo que debe ser generalizado a otros ambientes como el hogar (donde ya empezaban a verse cambios, esto porque a los familiares se les orientó y entrenó para ser **mediadores** término que describe a los padres como terapeutas de sus hijos en el hogar) y la escuela, siendo de gran importancia su ingreso al sistema escolar para poder recibir la educación que requieren, pero en donde no podíamos intervenir directamente ya que se trata de una institución independiente, sin embargo, en este ambiente hubo participación, la que consistió en lo siguiente:

a) Consejo individual a los profesores. (Las psicólogas asistían a las escuelas para observar la conducta de los niños en el aula escolar, para orientar a los maestros y enseñarles como podían utilizar el manejo conductual en grupo).

b) Pláticas Grupales con los profesores. (solicitadas por la dirección de la escuela, en éstas se documentó a los profesores sobre las técnicas de modificación conductual y su aplicación individual o grupal).

En cuanto al entrenamiento de los padres como mediadores éste consistió en :

a) Enseñanza para la aplicación de técnicas y programas conductuales.

b) Observación de la terapia aplicada a los menores por parte de los padres, durante 10 sesiones aproximadamente .

c) Participación directa en el tratamiento, inicialmente en el manejo de los registros, posteriormente aplicando ellos mismos los programas ya establecidos por las terapeutas.

Las sesiones grupales ocurrieron una vez por semana con duración de 45 min., llevadas a cabo en un consultorio del servicio de psicología de la institución, el tratamiento constó de 79 sesiones de intervención y 4 sesiones de línea base.

Es muy importante mencionar como se trabajó individualmente con los menores ya que es el antecedente de su ingreso al grupo de socialización.

Este trabajo se consideró como prerrequisito del tratamiento, el que constó de dos fases, la primera un tratamiento individual y la segunda un tratamiento grupal, los que pueden ser aplicados simultáneamente (una vez acreditadas las áreas básicas de la evaluación conductual). A continuación se describe la forma en que se manejó a los sujetos en el tratamiento individual.

El tratamiento individual tuvo como finalidad habilitar a los sujetos con retardo en el desarrollo y en general cualquiera que sea el diagnóstico, en la adquisición de un repertorio conductual más amplio, dependiendo ésto de las posibilidades potenciales del sujeto .

En el tratamiento individual se implementaron los siguientes pasos.

1.- Se aplicó una entrevista a todos los miembros de la familia, (incluyendo a otras personas que vivían con ellos aunque fueran ajenos a la familia nuclear) que pudieran proporcionar información sobre las relaciones que se establecían entre los miembros de este grupo y su relación con el paciente. así como sus expectativas en cuanto al tratamiento que recibirían.

Durante la aplicación de la entrevista, se observó al sujeto para registrar su comportamiento en relación con sus familiares y las respuestas de ellos ante tal comportamiento. En casos especiales se utilizan registros anecdóticos, o de frecuencia para conocer más sobre la conducta del sujeto y de sus relaciones con los miembros de la familia utilizando la cámara de Gesell para observaciones más precisas.

El entrevistador se abstuvo de hacer intervenciones, continuando con su trabajo, para obtener información que ayudara a detectar los estímulos de los que la conducta esta en función es decir de los eventos que probabilizan la ocurrencia de las conductas del sujeto, así como para identificar las consecuencias.

Asimismo se les solicitó a los padres que reportaran por escrito un listado de preferencias y no preferencias del sujeto, que va desde comestibles, juguetes o gustos especiales, por ejemplo el que realice alguna actividad, o hacerle cosquillas etc.

Ya que "una intervención de modificación de conducta sólo es efectiva en la medida que lo sea su reforzador" ( Walker y Shea 1992., pag. 42).

Para conocer los reforzadores efectivos para cada sujeto, se utilizaron diferentes métodos para detectarlos como: las escalas de reforzamiento preferibles , aquí se presentan a los niños diferentes objetos potencialmente deseables y el niño elige o bien las listas de reforzamiento preferibles , que son listas de sugerencias de reforzadores que tienen la probabilidad de reforzar a estos sujetos (Walker y Shea 1992).

Esta lista permite elegir el tipo de reforzadores que se van a utilizar con mayores probabilidades de éxito y es a la que se tiene acceso, porque debido a las limitaciones de los menores, ellos (en la mayoría de los casos) no verbalizan cuales son sus preferencias, es a través de la observación y de la convivencia con ellos como se conoce esta situación.

2.- Posteriormente se aplicó la evaluación conductual que se utiliza en esta institución (ver anexo 2 ) y se evaluó el rendimiento actual del sujeto, esta evaluación sirve como línea base, antes de la intervención y al finalizar el tratamiento se aplica nuevamente para valorar los cambios en los niños, dando por resultado un diseño de tipo A-B con seguimiento, en este caso no se había realizado, únicamente se continuo monitoreando el progreso de los niños a través de sus expedientes y por reportes verbales de las madres.

Las tareas que se evalúan son las siguientes:

## **AREAS**

Atención	( 3 fases Contacto, Fijación y Seguimiento)
Imitación	(26 conductas)
Control Instruccional.	(21 instrucciones.)
Autocuidado.	(15 habilidades.)
Coordinación Motriz Fina	(62 actividades.)
Coordinación Motriz Gruesa	(70 ejecuciones.)
Lenguaje.	(33 emisiones)
Socialización.	(40 interrelaciones)
Académica.	(9 conceptos)

Esta evaluación fue aplicada a los 6 sujetos que ingresaron al grupo y se encontró que su rendimiento fue muy específico para cada uno de ellos, con variación entre los mismos.

En el caso de los pacientes que obtuvieron un nivel intelectual que los ubicó en el retraso mental profundo se observó que su rendimiento presentaba fallas globales, es decir no poseían repertorios mínimos: en atención no contaban con fijación y seguimiento visual, en lo que respecta a contacto visual se presentaba ocasionalmente, ya que ignoraban todo estímulo que se les presentó, así que hubo que estimularlos desde las áreas básicas, ya que fallaron en los niveles requeridos.

No presentaron control instruccional, de las 21 conductas requeridas no obedecieron ninguna y en imitación de 26 conductas no imitaron ninguna por esta razón estas áreas fueron estimuladas como prioridad y al cubrir las se continuó con la estimulación en las otras áreas. La urgencia en estimular primero áreas básicas y proseguir evaluando y estimulando el resto de las áreas, se fundamenta en los siguientes puntos:

a) Hemos encontrado que los resultados obtenidos en las áreas de coordinación motriz fina y gruesa, autocuidado, etc. se alteraron porque factores como el

oposicionismo (no poseen control instruccional y emiten conductas problema) bajan la puntuación real a la que puede llegar un menor.

b) Otro punto importante es que si el niño desconoce la instrucción, por no entender los conceptos, no sabe que hacer y por tanto su rendimiento baja, por ejemplo se le pide que realice lo siguiente: Toma la cuchara, métela en tu boca, y no conoce los conceptos meter, cuchara, boca, entonces fallará la respuesta y esto no quiere decir que no tenga control instruccional en otras situaciones.

c) El niño se niega a imitar, y el resultado será un falla y un punto menos en su rendimiento.

Por tal motivo, fue importante estimular estas áreas y lograr el control de las conductas problema, para obtener datos mas confiables sobre las habilidades del niño .

Los otros sujetos quienes obtuvieron un nivel de Retraso Moderado tuvieron un rendimiento irregular, presentaron contacto y seguimiento visual, no así fijación, notándose su atención dispersa. En el área de imitación presentaron fallas y se negaron a seguir instrucciones. La coordinación motriz gruesa, lenguaje, autocuidado, fue irregular, tenían fallas y aciertos.

El menor diagnosticado con nivel de retraso ligero, acreditó casi todas las áreas, excepto la de coordinación motriz fina por presentar torpeza motora y fallas en socialización y lenguaje.

Todos ellos presentaron conductas problema, como: oposicionismo, negativismo en algunos ocasional, y conductas agresivas como pegar, patear, escupir etc.

3.- Finalmente en la intervención, se utilizaron técnicas conductuales de estimulación, con base en programas de reforzamiento y técnicas de modificación conductual como , extinción, castigo, saciedad, etc.

Así como la intervención con los padres o familiares que va desde la orientación hasta el entrenamiento con estas técnicas, ya que se proporcionaba información durante las entrevistas sobre los resultados obtenidos y el plan de trabajo que se requería para cada menor y posteriormente, los padres participaban en la terapia de los niños primero como observadores, luego ellos participaban directamente en el consultorio aplicando los programas establecidos bajo la supervisión de las terapeutas. (Se mencionará posteriormente el impacto que se obtuvo con los padres en el grupo).

Después de ser preparados en terapia individual (hasta cierto nivel, cuando ya cumplían con áreas básicas, es decir ya ponían atención, imitaban, obedecían e identificaban algunas partes de su cuerpo y no emitían conductas problema individualmente,) se observó que el rendimiento de estos niños disminuía en forma grupal ya que se presentaban conductas problema nuevamente, solo en grupo, porque se distraían con los estímulos presentes y reaccionaban a la menor provocación de parte de otros sujetos que se encontraban en la clase.

Entonces se decidió continuar con los menores en un tratamiento grupal, para que, al trabajar en grupo y al ser modificados sus comportamientos esto pudiera generalizarse a otras situaciones grupales y por tanto tener mayores probabilidades de éxito al salir e interactuar en un ambiente no controlado.

Como variable dependiente se consideró el cambio obtenido en las conductas problema y el incremento y mayor rendimiento de las conductas "adecuadas" o adaptadas, dentro del grupo.

La variable independiente fue la intervención con las técnicas de modificación de conducta y el uso de programas de reforzamiento.

En cuanto a las variables extrañas pueden considerarse, el ruido, la luz, el estado de salud de los pacientes, retrasos en la asistencia.

Se utilizaron reforzadores de tipo social debido a que ya había sido probada su efectividad con los menores, porque su efectividad fue probada en terapia individual, donde se utilizaron reforzadores arbitrarios (comida y dulces) y reforzadores naturales de tipo social (palmadas, caricias, sonrisas, decirles esta bien, o muy bien etc) (ver tabla 6).

Las psicólogas que atendieron al grupo de socialización fueron una responsable y dos ayudantes (pasantes en servicio social) que fueron entrenadas por la responsable, en:

- a) El manejo y aplicación de las técnicas de modificación conductual.
- b) El uso de expedientes y conocimientos acerca de los diagnósticos de los sujetos.
- c) Intervención supervisada en el manejo terapéutico del grupo.

Las sesiones terapéuticas se programaron una vez por semana con duración de 45 min. por sesión.

Se utilizaron reforzadores positivos de tipo social como: bien, muy bien, así se hace, eso es, etc. con la finalidad de establecer e incrementar las conductas "adecuadas" como:

Entrar al consultorio caminando y sentarse.  
Saludar al llegar.  
Despedirse al salir.  
Formarse al entrar o salir.  
Esperar turno para realizar actividades.  
Mostrar interés en las tareas.  
Ayudar a sus compañeros en la realización de las tareas.  
Permanecer sentados.  
Permanecer atentos a las instrucciones.  
Seguir instrucciones.  
Compartir material con el grupo.

Durante las primeras 4 sesiones no se intervino con técnicas conductuales en las conductas blanco, (que son las conductas a tratar ver anexo 4) únicamente se registró la emisión de estas conductas en grupo. Las conductas problema se definieron de la siguiente manera:

**Pararse continuamente:** fue considerada como la emisión constante de la conducta de ponerse de pie y caminar por el consultorio de un lugar a otro.

**Oponerse a realizar el trabajo solicitado:** se tomó como la conducta de resistirse a seguir instrucciones de los adultos , en tareas específicas.

**Escupir:** se consideró cuando el menor guardaba saliva en su boca y la sacaba soplando con fuerza para que este contenido se dirigiera a otro sujeto.

**Patear:** considerado como la ejecución de un movimiento violento con el pie dirigido a otro sujeto con la intención de golpearlo.

**Pegar:** se consideró el dirigir el movimiento de la mano con fuerza golpeando a otro sujeto

Para el control de las conductas problema se utilizaron las técnicas conductuales que a continuación se mencionan:

1.- Conducta : Pegar - Técnica: Siciedad 5 min. que consistió en la aplicación continua del estímulo (pegar), cuando un sujeto golpeaba a sus compañeros u objetos, se le retiraba de la mesa de trabajo y se le solicitaba que pegara en una mesa destinada específicamente para este fin, esto se repetía en forma verbal principalmente, así como en forma física , ayudando al niño a realizar la conducta en el tiempo establecido.

2.- Conducta: Patear - Técnica: Siciedad 5 min. el procedimiento similar al anterior, sólo variaba la conducta ya que en patear se le sentaba al menor en el suelo y se le pedía que emitiera la conducta en la pared, ayudándolo ocasionalmente para que la realizara, repitiendo verbalmente que lo hiciera.

3.- Conducta: Pararse Continuamente - Técnica: inicialmente extinción que consistió en no prestar atención al menor durante la emisión de tal conducta, no observando cambios favorables por lo que a la octava sesión se decidió hacer cambio de técnica y se utilizó la técnica de tiempo fuera total 5min. que consistió en sacar al sujeto de la situación de reforzamiento (el consultorio) es decir que al emitirse dicha conducta se sacaba al sujeto del consultorio y se le ubicaba en un pasillo externo al consultorio, ahí permanecía el tiempo requerido y pasado este tiempo retornaba al grupo y participaba en las actividades que se estaban llevando en ese momento.

4.- Conducta: Escupir - Técnica: Castigo positivo la que consistió en que cuando algún paciente emitía la conducta de escupir se le castigaba aplicándole en la cara un chorro pequeño de agua fría , utilizando una jeringa de plástico para este fin.

5.- Conducta: Oponerse a realizar tareas - Técnica: Tiempo fuera parcial 5 min. que consistió en aislar momentáneamente al sujeto que emitía tal conducta, ésto se realizaba dentro del consultorio y se ubicaba al paciente en una área cercana a la mesa de trabajo desde donde podía escuchar a sus compañeros , sin poder verlos ni participar con ellos.

Un factor importante que repercutió en los resultados fue que, simultáneamente al manejo del grupo de niños, se laboró con el grupo de madres (las madres o responsables fueron atendidas en el mismo horario en que se atendía al grupo de niños, por lo que otra psicóloga adscrita que participó en esta actividad como responsable de este grupo) de la siguiente manera.

El interés por manejar a las madres en grupo se debió a lo siguiente:

a) Para capacitar a las madres en el manejo y aplicación de técnicas de modificación conductual. (No solo en el consultorio también en otros ambientes como la casa o en la calle donde el menor presentara la conducta problema ó inadecuada).

b) Para proporcionar información sobre problemática de los menores y comentar sobre estos temas para facilitar la aplicación y el manejo de las técnicas conductuales.

c) Para incrementar el nivel de autoestima en las madres y contar con su participación activa.

Este apoyo para las madres, se proporcionó porque las condiciones en que se encuentran las ubica en una gran desventaja para controlar y educar a sus hijos, dependiendo de ellas totalmente el cuidado del menor y muy pocas veces reciben ayuda de los demás miembros de la familia.

Por esto a un grupo de madres o responsables (mujeres) que asistían al Hospital Psiquiátrico Infantil se les capacitó para lograr una efectiva participación en el control de sus hijos y para que se superaran individualmente y se fortalecieran en grupo, porque se les observó:

1.- Apáticas, parecían no tener energía para hacer lo que se les pedía, como si realizarán las cosas mecánicamente.

2.- Deprimidas. (Vestían desaliñadas y sucias.)

3.- Asustadas y pasivas. (no defendían su postura ni la de sus hijos, en la escuela, en el hogar, o en la calle).

4.- No establecían compromiso en el terapia, ni en la educación de sus hijos con problemas, responsabilizando a las terapeutas de los cambios que deseaban obtener.

## RESULTADOS.

Los resultados se reportarán, tomando en cuenta 4 factores.

1° - El rendimiento individual obtenido en la evaluación conductual, tomando en cuenta la evaluación inicial en comparación con la evaluación intermedia. (es decir cuando pasaron a la 2a. fase de la intervención o grupo de socialización).

2° -El comportamiento exhibido por cada uno de los menores en el grupo de socialización.

3° Los datos globales del comportamiento inadecuado.

4° Los cambios conductuales observados en las madres de los sujetos en tratamiento (es decir comportamiento inicial observado versus comportamiento final).

### **1°.- Rendimiento individual de los sujetos obtenido a través de la evaluación conductual.**

Los cambios registrados entre la evaluación inicial y la evaluación intermedia se reportan en las tablas 1 y 2.

Notándose que en las áreas básicas: atención , imitación, control instruccional, se logró el 100% de rendimiento en todos los sujetos, a excepción de un paciente que ya las presentaba.

En el área de discriminación (imagen corporal ) se observaron avances positivos en todos los sujetos

Las áreas de coordinación motriz fina y gruesa, lenguaje, autocuidado, socialización y académica no fueron valoradas en la evaluación intermedia, porque no fue requisito para el ingreso al grupo.

## **2°.-Comportamiento individual en el grupo de socialización.**

En el paciente B se observó lo siguiente:

La conducta de oponerse apareció 25 veces, observándose que fue la conducta de mayor emisión, en tanto que la conducta de pegar solo se presentó 5 veces , representando esta la conducta de menor frecuencia.

El total de conductas inadecuadas o problema en este sujeto, sumo 62 emisiones problema en el transcurso de la intervención (Ver tabla 7 y figura 1) donde se representan el tiempo de estimulación y de corrección, así como la frecuencia de las conductas que emitió este paciente durante la intervención.

En el paciente S se encontró:

La conducta oposicionista apareció 36 veces representando la conducta de mayor emisión en tanto que la conducta de pegar se presentó 13 veces siendo esta la de menor frecuencia.

El total de conductas problema en este sujeto fue de 85 (ver tabla 8 y figura 2) donde se representan el tiempo de estimulación y de corrección, así como las conductas que emitió este paciente durante la intervención.

En el paciente G se encontró lo siguiente.

La conducta de hiperactividad (pararse continuamente) apareció 27 veces representando la conducta de mayor emisión, en tanto que la conducta de pegar se presentó 4 veces siendo esta la de menor frecuencia.

La suma de conductas inadecuadas o problema durante la intervención fue de 57 emisiones (Ver tabla 9 y figura 3) donde se representan el tiempo de estimulación y de corrección, así como las conductas que emitió este paciente durante la intervención.

**El sujeto I presentó el siguiente comportamiento:**

La conducta de pegar apareció 4 veces representando la conducta de mayor emisión, en tanto que la conducta de patear se presentó 2 veces siendo esta la de menor frecuencia.

El total de conductas problema sumo 9 emisiones durante la intervención terapéutica (ver tabla 10 y figura 4) donde se representan el tiempo de estimulación y de corrección, así como las conductas que emitió este paciente durante la intervención.

**En el sujeto MA. se observó lo siguiente:**

La conducta de pegar apareció 32 veces representando la conducta de mayor emisión, en tanto que la conducta de patear se presentó 16 veces siendo esta la de menor frecuencia.

El total de emisiones inadecuadas o problema fue de 96 conductas durante la intervención (ver tabla 11 y figura 5) donde se representan el tiempo de estimulación y de corrección, así como las conductas que emitió este paciente durante la intervención.

**El sujeto A presentó el siguiente patrón:**

La conducta oposicionista apareció 42 veces representando la conducta de mayor emisión, en tanto que la conducta de patear se presentó 16 veces siendo ésta la de menor frecuencia.

La suma de conductas inadecuadas o problema fueron 112 en total durante la intervención terapéutica (ver tabla 12 y figura 6) donde se representan el tiempo de estimulación y de corrección, así como las conductas que emitió este paciente durante la intervención.

**Es importante mencionar que el tiempo empleado en horas fue de 59 horas 25 min. ya que se laboraron 79 sesiones de intervención terapéutica, con duración de 45 minutos por semana. El tiempo empleado en estimular tareas y conductas**

"adecuadas" y corregir las conductas problema se muestra en las tablas de análisis de tiempos por cada sujeto (Ver tablas de la 13 a la 18).

### **3°.-Datos grupales.**

En el grupo se integraron las respuestas de todos los sujetos por conducta, en todos los casos se observó un decremento gradual de éstas.

Algunas de ellas son más sensibles a la intervención y su decremento se presenta en forma más rápida, como es el caso de patear y escupir que sólo tomaron de 34 a 37 sesiones respectivamente para eliminarlas durante la terapia.

Por otra parte la conducta de pegar tomó 10 sesiones más para reducirse que las anteriores .

La conducta de pararse se redujo a las 63 sesiones, notándose que fue una de las de mayor predominio.

Y la conducta oposicionista tomó más tiempo que cualquier otra para su reducción global utilizando 68 sesiones para su desaparición, es decir 38 sesiones más que las conductas sensibles (ver figura 12).

El paciente A manifestó ser el sujeto de manejo más difícil emitió un total de 112 conductas problema o inadecuadas, en comparación con el sujeto G que solo presentó 57 conductas problema inadecuadas siendo su manejo más sencillo.

### **4°.-Con las madres se obtuvieron resultados favorables , los cambios manifestados fueron:**

1.- La aceptación de sus hijos "problema". Que se manifestó en el trato que recibía el niño, mostrándose mas tranquilas, sin ansiedad, con amabilidad, ya que con anterioridad eran irritables, gritaban y se mostraban ansiosas .

2.- Promovían la integración familiar, esto se observó dado que las señoras comentaban más con sus hijos y esposos lo que les sucedía en forma personal y buscaban el acercamiento con los miembros intentando involucrarlos en el tratamiento de los niños, anteriormente tendían a aislarse del grupo familiar y manifestaban sentirse culpables y abandonadas.

3.-Elevaron su autoimagen, demostrado por los cambios en su arreglo personal, llegaban limpias y arregladas, inclusive algunas madres se maquillaban y manifestaron sentirse mejor, más seguras, antes del tratamiento se presentaban al hospital sucias y desaliñadas.

4.- Incrementaron su capacidad para enfrentar y solucionar problemas, ésto se observó, porque finalmente reportaron que cuando las citaban en la escuela podían defender sus derechos y los de sus hijos, situación que con anterioridad no se había presentado, o bien si sucedía algún percance con sus hijos en la calle y tenían que aplicar alguna técnica de modificación de conducta, manifestaban a los presentes que el niño estaba en tratamiento por lo que nadie podía opinar al respecto, señalando las señoras que se sentían satisfechas y seguras de lo que hacían, situación que antes de la intervención no se había presentado.

5.- Fortalecieron su autoestima porque podían solucionar sus problemas cotidianos, inclusive, hicieron un grupo de autoayuda y se estableció amistad entre ellas, por ejemplo, hacían "tandas" para ayudarse económicamente favoreciendo a la más necesitada y también se unían para conseguir todo aquello que necesitaban, tampoco ésto se había realizado antes de la terapia.

## **ANÁLISIS.**

1. Se observó que las contingencias que se manejaron produjeron cambios en la dirección esperada, como los reflejados en:

a) El incremento de las conductas en las áreas básicas (atención, imitación, control instruccional), éstos cambios se lograron por medio de la aplicación de programas de reforzamiento con cada uno de los sujetos, los que respondieron positivamente, logrando cambios en un plazo máximo de 6 meses.

Estos sujetos con anterioridad a la intervención, habían sido sometidos a tratamiento farmacológico, situación que apoyó el control de los niños.

b) El decremento (eliminación durante la intervención) de las conductas problema favoreció el desempeño en otras áreas (autocuidado, coordinación visomotriz fina y gruesa, socialización y académica) encontrándose los niños en una situación óptima para el aprendizaje de nuevas conductas, es decir al decrementar la frecuencia de presentación de conductas problema, sumado al nuevo repertorio mencionado en el punto anterior, preparó a los sujetos para desempeñarse mejor en tareas académicas y de la vida cotidiana, para poder recibir educación escolar o bien en el caso de los niños con retardo profundo los preparó para continuar recibiendo estimulación en terapia conductual individual, con resultados favorables, ya que estos sujetos no acreditan los requisitos mínimos (C.I. mínimo de 26 puntos y debido a su bajo nivel potencial, su aprendizaje escolar es limitado) para asistir a la Escuela de Educación Especial.

2.-La modificación de conducta demuestra su eficacia en el manejo de niños con retardo en el desarrollo y problemas de conducta, tanto de manera individual como grupal.

Esto se fundamenta en lo siguiente:

Los datos son consistentes con trabajos que han demostrado lograr cambios en el comportamiento de los individuos, sea en una situación controlada experimentalmente o en un ambiente natural como la escuela por ejemplo: con los trabajos de Hall, Lund, y Jackson (1968), Madsen, Becker y Tomas (1968), quienes demostraron que por medio de reforzamiento positivo (la atención del profesor) un grupo de niños modificaba su conducta (citados en Wielkiewicz, 1992, pag.15).

Institucionalmente el uso de programas de reforzamiento ha demostrado que se pueden lograr modificaciones importantes, sobre todo si se estimula a los sujetos con una frecuencia consistente (por lo menos una vez por semana). En cuanto al tiempo empleado éste va a depender del retardo que sufra el menor ya que en los casos de retardo ligero, y moderado, el tiempo puede ser mínimo comparado con el que requieren los sujetos clasificados con retardo severo y profundo, porque el tiempo que se emplea en el tratamiento de niños con estos problemas severos puede ser considerado por otros especialistas como prolongado.

Dado que la institución atiende masivamente a este tipo de pacientes y que todos ellos requieren de atención inmediata, el hospital se encuentra siempre saturado de pacientes con estas características, a los que hay que brindar atención a la brevedad posible; por tal razón, los psicólogos se ven obligados a recibir a la mayor cantidad de pacientes que puedan ser atendidos por día, sin embargo, siempre queda pendiente una lista de espera. Por lo anterior, un paciente sólo puede recibir atención 1 día a la semana en sesiones de 45 min. De esta forma la intervención en un lapso de 6 meses nos hablaría de un tratamiento de 30 sesiones aplicado en 22:05 horas reales, puesto que su asistencia es de 45 min. por semana. Notándose que el tiempo real empleado en el tratamiento es breve.

Asimismo el uso de técnicas de control para decrementar conductas problema muestra su efectividad, mencionando resultados favorables con el uso de las mismas, autores tales como Skinner, Walker, Ribes, Galindo, Bandura, Bijou, Sallis etc. comentan sobre su eficacia.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil el uso de estas técnicas y programas data de 20 años atrás con excelentes resultados. En mi experiencia de 13 años he observado, que las conductas que se emiten con mayor frecuencia en los menores (sean estos normales o bien con algún diagnóstico como retardo en el desarrollo, autismo, depresión etc.) son las siguientes:

- berrinche
- movimientos estereotipados.
- hiperactividad
- oposicionismo
- negativismo
- conductas agresivas como pegar, patear, escupir, rasguñar, morder, jalar cabello.
- conductas autoagresivas como: pegarse en la cabeza con las manos, o en la pared, morderse, jalarse el cabello, rasguñarse.

**Para lograr el control y decremento de dichas conductas las técnicas que mejor han funcionado institucionalmente son:**

**La técnica de extinción ha mostrado excelentes resultados en conductas que no son peligrosas para el sujeto ni para los demás, como en la conducta de berrinche, la cual se controla rápidamente ya que esta conducta depende de la atención de los adultos, siendo esta consecuencia el reforzador que la mantiene, así es que al suspender dicho reforzador la conducta se decrementa.**

**La técnica de saciedad funciona con muy buenos resultados, decrementado rápidamente la frecuencia de conductas agresivas como pegar, patear, romper y aventar objetos, ya que la utilización del propio reforzador que mantiene la conducta aplicado como consecuencia de la conducta problema hasta la saciedad pierde su valor como reforzador. Estas conductas, que ocasionan daño a otros, deben ser decrementadas rápidamente. El uso de técnicas como saciedad es favorable para estos sujetos, aunque algunas personas consideran que el uso de esta técnicas es agresivo para el niño, para nosotros no es así, ya que al disminuir la frecuencia de dicha conducta el menor puede beneficiarse de los reforzadores presentes en su medio ambiente y en ningún momento recibe mal trato por parte de las terapeutas, porque los menores son tratados con respeto y consideración por su problemática.**

**En cuanto a la técnica de tiempo fuera, se ha encontrado que su aplicación en conductas de mayor grado de complejidad o de dificultad da por resultado el decremento de dichas conductas, como en el caso de las conductas opositoristas, negativistas, hiperactivas, golpearse en la cabeza y jalarse el cabello. En las conductas autoagresivas y en las de difícil manejo como las antes mencionadas es importante lograr un rápido decremento porque además de producirse daño a sí mismos también se detiene la evolución individual de los niños al no beneficiarse de la estimulación que pueden recibir de su medio ambiente.**

**En la aplicación de esta técnica no se lastima al niño únicamente se le aísla para sacarlo de la situación de reforzamiento en la que se encuentra.**

**En el hospital se usan dos tipos de tiempo fuera, el parcial y el total, en el parcial se aísla al niño en una esquina del consultorio sin permitirle movimiento durante un tiempo establecido (explicado en procedimiento) y en el tiempo fuera total consiste en sacarlo del consultorio con vigilancia de una terapeuta.**

**El uso de castigo es aplicado en algunos casos, en las conductas que molestan o perjudican a otros, como escupir y morder, como consecuencia de esta conducta**

se produce una respuesta aversiva o desagradable pero no les causa daño a los menores. Esto significa que si un menor escupe se le aplica un chorro de agua en la cara, aquí observamos que la consecuencia es inmediata a la presentación de la conducta y como el efecto de esta es desagradable tiende a reducir su emisión.

En ningún caso la aplicación de las técnicas de modificación de conducta daña a los menores y éstas son aplicadas con el consentimiento de los padres a quienes se le explica como se llevará a cabo el tratamiento con sus hijos y aceptan, e inclusive participan en la terapia como ya se mencionó.

El uso de los procedimientos para reducir o decrementar conductas problema o inadecuadas, tienen como objetivo reducir la presentación de las mismas con la finalidad de poder apoyar a los menores en su habilitación, en el aprendizaje de nuevos repertorios que los preparen para ingresar a una escuela y educarse o bien para ser autosuficientes en sus necesidades básicas por medio del aprendizaje que se establece durante el tratamiento.

También es importante mencionar que el uso de las técnicas es combinado con la aplicación de procedimientos que utilizan reforzamiento, con la finalidad de incrementar conductas adecuadas que le permitan al paciente evolucionar favorablemente y recibir reforzadores positivos de su medio.

Por otro lado el beneficio que recibe el menor en este tipo de tratamiento que le proporciona reforzadores positivos es que se eleva su autoestima porque se percata que puede realizar correctamente las tareas que se les solicitan (al inicio del tratamiento con ayuda de las psicólogas, reforzando siempre las emisiones correctas) obteniendo consecuencias reforzantes por su comportamiento.

Lo anteriormente mencionado puede ser logrado en forma individual y grupal, sin embargo un efecto específico del grupo terapéutico es que la cohesión del grupo es reforzante en sí misma, durante el tratamiento grupal se incrementó y mantuvo la presentación de conductas "adecuadas" como : sentarse, poner atención, compartir material, etc.

Considero que el pertenecer al grupo además de proporcionarles seguridad y confianza, los menores disfrutaban de la relación grupal y de la obtención de reforzadores individuales y grupales, ya que por elaborar sus tareas recibían aprobación tanto de los miembros del grupo como de las terapeutas.

Asimismo el compartir con otros las mismas experiencias y logros y recibir por tanto la aprobación de las psicólogas, fue reforzante para ellos.

El resultado de la intervención tanto individual como grupal fue favorable para todos los sujetos, ya que se lograron las metas en cuanto a habilitarlos en las áreas de bajo rendimiento para implementar repertorios conductuales más amplios, exhibidos en un mejor rendimiento académico y social.

En el tratamiento individual se logró implementar en el repertorio de los sujetos las áreas básicas, y en el tratamiento grupal se llegó a la meta que fue eliminar las conductas problema y favorecer la socialización de los sujetos, asimismo mejoraron su desempeño en tareas de otras áreas como coordinación motriz fina y académica.

Otro factor de gran repercusión fue la participación de las madres, porque apoyaron significativamente durante el tratamiento, tanto en forma individual como grupal, notándose cambio de actitud y conducta hacia sus hijos, manifestado por la aceptación y apoyo que brindaron al menor y porque podían aplicar correctamente los procedimientos de modificación conductual, contribuyendo positivamente en el tratamiento.

Por lo anteriormente mencionado, la conclusión se resumiría de la siguiente manera:

-La intervención con modificación conductual con base en los grupos de socialización en niños con problemas de conducta y retardo en el desarrollo demuestran su efectividad.

Sin embargo podemos señalar que este cambio no solo debe atribuirse a las operaciones directas sino que algunos sujetos pudieron ser influidos vicariamente por las consecuencias positivas que recibían sus compañeros .

En este trabajo hubo limitaciones como se mencionó anteriormente, una de ellas fue que la demanda de atención de estos menores con retardo en el desarrollo y conductas problema supera las posibilidades institucionales.

Otra limitación fue que aunque la intervención conductual favoreció en general a todos los sujetos, con los niños con retardo profundo no fue posible lograr insertarlos al ambiente educativo debido a su pobre rendimiento por su nivel intelectual muy bajo, aunque si fue posible que los aceptaran eventualmente pero no permanecieron en el sistema .

Una limitación importante es que debido a que el tratamiento se aplica institucionalmente, se carece de los controles metodológicos adecuados para obtener resultados más confiables.

Esto se observa en este trabajo en relación a los 3 sujetos de sexo femenino de las que no se obtuvieron datos porque no presentaban conductas problema de tipo agresivo, las que estaban identificadas en los otros 6 sujetos, por tanto no fueron incluidas en los registros, pero si participaron y se beneficiaron de la terapia, observándose que su comportamiento de aislamiento previo al tratamiento fue eliminado.

Otro factor que influyó en el resultado es que debido a necesidades institucionales se hizo cambio de terapeutas y se continuó estimulando a los pacientes en las áreas de bajo rendimiento, por otras psicólogas de la institución.

## **CONTRIBUCION.**

El trabajar con niños con diagnóstico de retardo en el desarrollo y que presentan conductas problema o inadecuadas, que les impide su evolución y el aprovechamiento de otros recursos como son: la escuela, el grupo deportivo y el disfrutar de las relaciones sociales, compromete al psicólogo modificador de conducta para brindarles apoyo y crear los programas de trabajo que resuelvan esta problemática.

Uno de los servicios que ofrece el Hospital Psiquiátrico Infantil (que es una institución especializada en la atención y manejo de la población infantil con problemas y trastornos relacionados con la salud mental, única a nivel nacional) es el de modificación conductual que cuenta con psicólogos especializados en el manejo conductual, que cubre las demandas de atención de la población.

El uso de programas y técnicas de modificación conductual, en un ambiente institucional, específicamente con niños que presentan retardo en el desarrollo y conductas problema (muy perturbadoras, tanto para los niños como para los familiares y otros adultos con los que conviven) prueba que los programas de reforzamiento, utilizando reforzadores positivos aumentan la probabilidad de presentación de las conductas adecuadas estimuladas, (esto por supuesto en ausencia de las conductas problema) como: atención, imitación, control instruccional, lo cual se reportó en la sección de resultados.

En cuanto a la efectividad de las técnicas conductuales para modificación de conductas como saciedad, tiempo fuera, y castigo utilizadas en este trabajo es importante mencionar que dichas técnicas han comprobado institucionalmente que dan resultado a corto plazo en comparación con otras como extinción, sobrecorrección, reforzamiento diferencial de otras conductas, que inclusive en este reporte se manifiesta que cuando se usó la técnica de extinción para el control de la conducta pararse, fue grave el descontrol que se presentó en el grupo, demostrando que se puede llegar a la meta, pero a largo plazo, lo que limita el desarrollo del programa, notándose los mismos efectos en sobrecorrección y reforzamiento diferencial de otras conductas. Además de que

en una institución como ésta los resultados tienen que verse lo más pronto posible porque la permanencia de estos niños no puede ser indeterminada .

Por tratarse de pacientes que emiten gran cantidad de conductas agresivas y en ocasiones autoagresivas es de vital importancia que la intervención conductual sea inmediata, pero debido al número de pacientes que requieren de atención con este enfoque, que ha probado su eficacia, se tiene que atender a todos los niños que se pueda por día y esto reduce las probabilidades de verlos a cada uno de ellos con más frecuencia como sería deseable, por lo menos 3 a 5 veces por semana en sesiones de 45 minutos por sujeto.

Esto asociado a las pocas posibilidades que tienen sus familiares de llevarlos a las sesiones con más frecuencia, pues debemos tomar en cuenta que son personas de escasos recursos económicos, aunque la institución cobra cuotas representativas, para estas personas es difícil cubrir estos pagos, aunado a esto el traslado de su casa al hospital y posteriormente a su domicilio hace que sean insostenibles estos gastos y también el empleo del tiempo que invierten en llegar al hospital, esperar a sus hijos etc. les impide trabajar (algunas madres son empleadas domésticas por día y pierden el día de trabajo).

A pesar de no contar con los procedimientos metodológicos adecuados la terapia grupal mostró su efectividad y es indicada para el manejo de estos niños con problemática conductual, puesto que es el procedimiento idóneo para lograr el mantenimiento y la generalización de conductas aprendidas en terapia individual

El tratamiento aplicado además de beneficiar al paciente personalmente, repercute positivamente en el sistema escolar, al ser introducido armónicamente en un grupo, el menor se ajusta adecuadamente no generando problemas en el aula, por tanto no afecta al resto de los alumnos.

Por medio de esta estrategia es posible abordar problemas que otras estrategias rechazan ya que reconocen que las características de estos sujetos no permiten que sus métodos funcionen adecuadamente.

Asimismo esta estrategia permite aceptar a estos sujetos que generalmente no son incluidos en otras terapias, observándose durante el tratamiento cambios progresivos, esperados y programados por el terapeuta, que aunque puedan parecer lentos, son más efectivos que con otras aproximaciones.

## **BIBLIOGRAFIA**

**BIBLIOGRAFIA.**

**Adams, Christina y Kelley, M.**

(1992) Overcorrection as an alternative to time-out. Behavior-Terapy, Vol 23 (4) 707-717

**Aguilar, Guido ;Lebi B. y Re-cinos, L**

(1990) Conductas problema en el niño normal.  
México: Trillas.

**Ardila, Rubén.**

(1974) El análisis experimental del comportamiento  
México: Trillas

**Asencio J., Suárez, M.**

(1992) Tesis Para obtener el título de licenciado en Psicología Planeación y ejecución de actividades de enseñanza para un grupo de sujetos diagnosticados con autismo y con retardo en el desarrollo de acuerdo al modelo de enseñanza grupal

**Baer. M.; Wolf.; R. Risley.**

(1987)Some still-current dimensions of applied behavior analysis. Journal of applied behavior analysis 1987, Vol.20 313-327.

**Bijou, S. y Ruiz, R**

**(1983) Modificación de Conducta.**  
Problemas y Limitaciones.  
México: Trillas.

**Bijou, S. y Ribes.**

**(1978) Modificación de conducta**  
**conducta. Problemas y extensiones.**  
México: Trillas

**Cabrera G.**

**(1992) Tesis para obtener el título**  
**de Licenciado en Psicología.**  
**Análisis sobre la efectividad de las**  
**técnicas de modificación**  
**conductual aplicadas al retardo en**  
**el desarrollo**

**Colotta, V. Alcaraz, V.**  
**y Shuster, C.**

**(1990) Modificación de Conducta.**  
Aplicaciones al análisis Conductual  
a la investigación biomedica.  
México: Trillas.

Clarizio, H. McCoy, G.

(1981) Trastornos de conducta en el niño.  
México: Manual Moderno.

Ferguson, D. Horwood,  
J., Lynskey, M.

(1993) The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13. Journal Child Psychol Psychiatry. Vol. 34 (6) 889-916.

Fernández, B. Rocio.

(1994) Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud.  
Madrid: Ediciones Pirámide S.A.

Figueroa, R. Thyer, B y Thyer, K.

( 1992) Extinction and DRO in the treatment of aggression in a boy with severe mental retardation. Journal Behavior Therapy and experimental Psychiatry Vol. 23 (2) 133-140.

Forehand, R., Wells, K.

(1980) An examination of the social validity of a parent training program. Behavior Therapy Vol. 11 488-502.

Galguera, I., Hinojosa, G.  
y Galindo, E.

(1984) El retardo en el desarrollo. Aportaciones a la psicología a la Educación especial.  
México: Trillas.

Galindo, E. Bernal, T.  
Galguera M.

(1980) Modificación de conducta en la Educación especial. Diagnóstico y programas.  
México: Trillas.

Garfield, L. Sol.

(1974) Psicología clínica  
México: Manual Moderno.

Hamblin R.

1976 Los procesos de Humanización (Un análisis social y conductual de los problemas infantiles)  
Barcelona; Fontanella.

Howard H. Goldman.

(1994) Psiquiatría General  
México: Manual Moderno.

Illingwort, R.

1989 El niño normal  
México ; Manual Moderno

Ingalls, Robert.

(1982) Retraso mental: La nueva perspectiva  
México : Manual Moderno

Kazdin, Alan E.

(1975) Modificación de la Conducta Humana  
México : Manual Moderno

Kazdin, Alan.E.

(1988) Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y en la adolescencia.  
México: Manual Moderno.

Koot, H; F. Verhulst.

1992 Prediction of children referral to mental health and special education services from earlier adjustment.

Journal Child Psychology  
Psychiatry Vol 33 (4) 717-729.

Macotela, S. y Romay, M.

(1992) Inventario de habilidades Básicas.

Un modelo diagnóstico prescriptivo para el manejo de problemas asociados al retardo en el desarrollo

México: Trillas

Mussen, D.H.

(1984) Aspectos esenciales del desarrollo y de la personalidad del niño

México : Trillas

Osnes, P., T. Stokes.

(1988) Preschoolers' goal setting with contracting to facilitate maintenance.

Behavior Modification Vol.  
12 404-423.

Osnes, P. ,T, Stokes.

(1989) An operant pursuit of generalization.  
**Behavior Therapy Vol. 20 337-355.**

Pineda, F. López R.,  
Torres G. Romano H.

**(1987) Modificación de conductas problema en el niño**  
Programa de entrenamiento para padres  
México ;Trillas

Ribes, Iñesta Emilio

**(1972) Técnicas de modificación de conducta**  
Su aplicación al retardo en el desarrollo.  
México :Trillas

Ribes, Iñesta Emilio

**(1982) El conductismo**  
México : Trillas

Ribes, Iñesta Emilio

**(1985) Teoría de la conducta**  
México : Trillas

Sallis F.

(1983) Agressive behavior of children : a review of behavioral interventions and future directions. Education and treatment of children Vol.6 (2) 175-191.

Stumphauzer, J. S.

(1983) Terapia Conductual  
México : trillas

Vayer , Pierre.

(1989) El niño y el grupo.  
México: Paidós

Walker J. E. & Shea, T.M.

(1987) Manejo Conductual.  
México: Manual Moderno.

Weilkiewics

(1992) Manejo conductual en las escuelas.  
Principios y métodos  
México: Limusa Noriega Editores.

Wing L.

1978) La educación del niño  
autista.  
Buenos Aires: Paidós.

**TESIS SIN PAGINACION**

**COMPLETA LA INFORMACION**

## TABLAS



**TABLA DE EVALUACION CONDUCTUAL INTERMEDIA DE LOS SUJETOS**

SUJETO	Atencion				imitación	Control Ins.	Disc.		Auto-			
	C.V.	S.V.	F.V.	%			si/no	%	Imagen corp.	%	cuidado	%
B	X	X	X	100.0%	de 26 conductas realiza 26	100%	de 21 ordenes obedece 21	100%	de 28 conoce 5	17.9%	de 15 habilidades realiza 1	6.67%
S	X	X	X	100.0%	de 26 conductas realiza 26	100%	de 21 ordenes obedece 21	100%	de 28 conoce 4	14.3%	de 15 habilidades realiza 1	6.67%
G	X	X	X	100.0%	de 26 conductas realiza 26	100%	de 21 ordenes obedece 21	100%	de 28 conoce 16	57.1%	de 15 habilidades realiza 6	40.0%
I	X	X	X	100.0%	de 26 conductas realiza 26	100%	de 21 ordenes obedece 21	100%	de 28 conoce 20	71.4%	de 15 habilidades realiza 8	53.3%
MA	X	X	X	100.0%	de 26 conductas realiza 26	100%	de 21 ordenes obedece 21	100%	de 28 conoce 28	100.0%	de 15 habilidades realiza 11	73.3%
A	X	X	X	100.0%	de 26 conductas realiza 26	100%	de 21 ordenes obedece 21	100%	de 28 conoce 28	100.0%	de 15 habilidades realiza 10	66.7%

C.V. = CONTACTO VISUAL  
 S.V. = SEGUIMIENTO VISUAL  
 F.V. = FIJACION VISUAL

**TABLA 3: EVALUACION INTERMEDIA DE TODOS LOS SUJETOS DEL GRUPO DE SOCIALIZACION**

SUJETO	EDAD	GENERO	DIAGNOSTICO	SITUACION ESCOLAR	NIVEL SOCIAL
B	5	H	RETARDO EN EL DESARROLLO	BAJA	CLASE BAJA
S	7	H	RETARDO EN EL DESARROLLO	BAJA	CLASE BAJA
G	7	H	RETARDO EN EL DESARROLLO	ASISTIA	CLASE BAJA
I	6	H	SINDROME DE DOWN	ASISTIA	CLASE BAJA
MA	7	H	RETARDO EN EL DESARROLLO	ASISTIA	CLASE BAJA
A	5	H	COREA DE HUNTINGTON	ASISTIA	CLASE BAJA

**TABLA 4: CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS DEL GRUPO DE SOCIALIZACION**

	ESCUPIR	OPONERSE	PARARSE	PATEAR	PEGAR
<b>B</b>	X	X	X		X
<b>S</b>	X	X	X	X	X
<b>G</b>		X	X		X
<b>I</b>				X	X
<b>MA</b>		X	X	X	X
<b>A</b>	X	X	X	X	X

**TABLA 5: CONDUCTAS PROBLEMA EXHIBIDAS POR LOS SUJETOS**

SUJETO	T.F. (parcial)	T.F. (total)	Saciedad	Extinción	Castigo	Reforzamiento social	Instigación Física (ayudas)
B	X	X	X	X	X	X	X
S	X	X	X	X	X	X	X
G	X	X	X	X		X	
I		X	X	X		X	
MA	X	X	X	X		X	
A	X	X	X	X	X	X	

TECNICA:	CONDUCTA:
TIEMPO FUERA PARCIAL	OPONERSE
TIEMPO FUERA TOTAL	PARARSE
SACIEDAD	PEGAR Y PATEAR
EXTINCIÓN	PARARSE
CASTIGO	ESCUPIR
REFORZAMIENTO SOCIAL	ENTRAR AL CONSULTORIO CAMINANDO Y SENTARSE SALUDAR AL LLEGAR DESPEDIRSE AL SALIR FORMARSE AL ENTRAR Y SALIR ESPERAR TURNO PARA REALIZAR ACTIVIDADES PONER ATENCIÓN EN LAS TAREAS AYUDAR A SUS COMPAÑEROS EN LA REALIZACIÓN DE TAREAS PERMANECER SENTADOS PERMANECER ATENTOS A LAS INSTRUCCIONES SEGUIR INSTRUCCIONES POR MEJORAR LA CALIDAD EN SUS TRABAJOS

**TABLA 6: RESUMEN DE PROCEDIMIENTO**

**FRECUENCIA Y TASA DE RESPUESTA DE EXCESOS CONDUCTUALES**

**NOMBRE: B**

MES	ESCUPIR		OPONERSE		PARARSE		PATEAR		PEGAR		TOTAL		
		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr	
Febrero 92.	1	0.333	3		1	3	1	0	0	2	0.667	9	3
Mar.	1	0.333	4	1.333	3		1	0	0	2	0.667	10	3.333
Abr.	2	0.667	2	0.667	3		1	0	0	0	0	7	2.333
May.	2	0.667	4	1.333	3		1	0	0	0	0	9	3
Jun.	2	0.667	3		1	1	0.333	0	0	1	0.333	7	2.333
Jul.	1	0.333	1	0.333	2		0.667	0	0	1	0.333	5	1.667
Ago.	1	0.333	2	0.667	1	0.333	0	0	0	1	0.333	5	1.667
Sep.	1	0.333	2	0.667	2	0.667	0	0	0	0	0	5	1.667
Oct.	0	0	3		1	1	0.333	0	0	0	0	4	1.333
Nov.	0	0	2	0.667	1	0.333	0	0	0	0	0	3	1
Dic.	0	0	2	0.667	1	0.333	0	0	0	0	0	3	1
Enero 93.	0	0	0	0	0	1	0.333	0	0	0	0	1	0.333
Feb.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mar.	0	0	0	0	0	2	0.667	0	0	0	0	2	0.667
Abr.	0	0	0	0	0	1	0.333	0	0	0	0	1	0.333
May.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ago.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sep.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oct.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**TABLA 7: EXCESOS CONDUCTUALES SUJETO B**

**FRECUENCIA Y TASA DE RESPUESTA DE EXCESOS CONDUCTUALES**

**NOMBRE: S**

MES	ESCUPIR		OPONERSE		PARARSE		PATEAR		PEGAR		TOTAL	
		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr
Febrero 92.	1	0.333	4	1.333	2	0.667	0	0	3	1	10	3.333
Mar.	4	1.333	5	1.667	2	0.667	0	0	4	1.333	15	5
Abr.	2	0.667	6	2	4	1.333	0	0	1	0.333	13	4.333
May.	4	1.333	4	1.333	3	1	0	0	0	0	11	3.667
Jun.	2	0.667	4	1.333	0	0	0	0	1	0.333	7	2.333
Jul.	2	0.667	3	1	0	0	0	0	1	0.333	6	2
Ago.	1	0.333	2	0.667	2	0.667	1	0.333	2	0.667	8	2.667
Sep.	2	0.667	2	0.667	2	0.667	0	0	1	0.333	7	2.333
Oct.	0	0	3	1	1	0.333	0	0	1	0.333	5	1.667
Nov.	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0.333	4	1.333
Dic.	0	0	1	0.333	1	0.333	0	0	0	0	2	0.667
Enero 93.	0	0	1	0.333	1	0.333	0	0	1	0.333	3	1
Feb.	0	0	1	0.333	1	0.333	0	0	0	0	2	0.667
Mar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Abr.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
May.	0	0	0	0	1	0.333	0	0	0	0	1	0.333
Jun.	0	0	1	0.333	0	0	0	0	0	0	1	0.333
Jul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ago.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sep.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oct.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 8: EXCESOS CONDUCTUALES SUJETO S

**FRECUENCIA Y TASA DERESPUESTA DE EXCESOS CONDUCTUALES**

**NOMBRE: G**

MES	ESCUPIR		OPONERSE		PARARSE		PATEAR		PEGAR		TOTAL	
		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr
Febrero 92.	0	0	3	1	4	1.333	0	0	0	0	7	2.333
Mar.	0	0	4	1.333	3	1	0	0	3	1	10	3.333
Abr.	0	0	4	1.333	5	1.667	0	0	1	0.333	10	3.333
May.	0	0	1	0.333	3	1	0	0	0	0	4	1.333
Jun.	0	0	4	1.333	6	2	0	0	0	0	10	3.333
Jul.	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	3	1
Ago.	0	0	1	0.333	1	0.333	0	0	0	0	2	0.667
Sep.	0	0	3	1	2	0.667	0	0	0	0	5	1.667
Oct.	0	0	2	0.667	1	0.333	0	0	0	0	3	1
Nov.	0	0	2	0.667	1	0.333	0	0	0	0	3	1
Dic.	0	0	1	0.333	0	0	0	0	0	0	1	0.333
Enero 93.	0	0	2	0.667	1	0.333	0	0	0	0	3	1
Feb.	0	0	1	0.333	0	0	0	0	0	0	1	0.333
Mar.	0	0	0	0	1	0.333	0	0	0	0	1	0.333
Abr.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
May.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ago.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sep.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oct.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**TABLA 9: EXCESOS CONDUCTUALES DEL SUJETO G**

**FRECUENCIA Y TASA DE RESPUESTA DE EXCESOS CONDUCTUALES**

**NOMBRE: I**

MES	ESCUPIR		OPONERSE		PARARSE		PATEAR		PEGAR		TOTAL	
		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr
Febrero 92.	0	0	0	0	4	1.333	0	0	0	0	4	1.333
Mar.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.333	1	0.333
Abr.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.333	1	0.333
May.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.333	1	0.333
Jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.333	1	0.333
Jul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ago.	0	0	0	0	2	0.667	1	0.333	0	0	3	1
Sep.	0	0	0	0	0	0	1	0.333	0	0	1	0.333
Oct.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nov.	0	0	0	0	1	0.333	0	0	0	0	1	0.333
Dic.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enero 93.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Feb.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Abr.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
May.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ago.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sep.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oct.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 10: EXCESOS CONDUCTUALES SUJETO I

**FRECUENCIA Y TASA DE RESPUESTA DE EXCESOS CONDUCTUALES**

**NOMBRE: MA**

MES	ESCUPIR		OPONERSE		PARARSE		PATEAR		PEGAR		TOTAL	
		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr
Febrero 92.	0	0	2	0.667	2	0.667	2	0.667	7	2.333	13	4.333
Mar.	0	0	2	0.667	2	0.667	3	1	12	4	19	6.333
Abr.	0	0	4	1.333	3	1	4	1.333	9	3	20	6.667
May.	0	0	5	1.667	4	1.333	4	1.333	6	2	19	6.333
Jun.	0	0	0	0	4	1.333	1	0.333	2	0.667	7	2.333
Jul.	0	0	2	0.667	3	1	1	0.333	1	0.333	7	2.333
Ago.	0	0	5	1.667	1	0.333	1	0.333	0	0	7	2.333
Sep.	0	0	2	0.667	0	0	1	0.333	1	0.333	4	1.333
Oct.	0	0	0	0	0	0	1	0.333	1	0.333	2	0.667
Nov.	0	0	1	0.333	1	0.333	0	0	0	0	2	0.667
Dic.	0	0	2	0.667	0	0	0	0	0	0	2	0.667
Enero 93.	0	0	2	0.667	1	0.333	0	0	0	0	3	1
Feb.	0	0	1	0.333	0	0	0	0	0	0	1	0.333
Mar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Abr.	0	0	1	0.333	0	0	0	0	0	0	1	0.333
May.	0	0	1	0.333	1	0.333	0	0	0	0	2	0.667
Jun.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jul.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ago.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sep.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oct.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**TABLA 11: EXCESOS CONDUCTUALES SUJETO MA**

**FRECUENCIA Y TASA DE RESPUESTA DE EXCESOS CONDUCTUALES**

**NOMBRE: A**

MES	ESCUPIR		OPONERSE		PARARSE		PATEAR		PEGAR		TOTAL			
		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		Rs/hr		
Febrero 92.	1	0.333	3		1	4	1.333	3		1	9	3	20	6.667
Mar.	0	0	5	1.667	5		1.667	3		1	8	2.667	21	7
Abr.	1	0.333	6		2	5	1.667	4	1.333	8	2.667	24	8	
May.	0	0	6		2	2	0.667	4	1.333	2	0.667	14	4.667	
Jun.	0	0	5	1.667	4		1.333	2	0.667	1	0.333	12	4	
Jul.	0	0	6		2	1	0.333	2	0.667	1	0.333	10	3.333	
Ago.	1	0.333	5	1.667	3		1	0	0	0	0	9	3	
Sep.	0	0	1	0.333	3		1	0	0	0	0	4	1.333	
Oct.	0	0	1	0.333	2		0.667	1	0.333	1	0.333	5	1.667	
Nov.	0	0	1	0.333	1		0.333	0	0	1	0.333	3	1	
Dic.	0	0	2	0.667	0		0	0	0	0	0	2	0.667	
Enero 93.	0	0	2	0.667	1		0.333	0	0	0	0	3	1	
Feb.	0	0	1	0.333	2		0.667	0	0	0	0	3	1	
Mar.	0	0	1	0.333	0		0	0	0	0	0	1	0.333	
Abr.	0	0	0	0	1		0.333	0	0	0	0	1	0.333	
May.	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
Jun.	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
Jul.	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
Ago.	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
Sep.	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
Oct.	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	

TABLA 12: EXCESOS CONDUCTUALES SUJETO A

**TABLA 13: ANALISIS DE TIEMPOS**

**NOMBRE: B**

MES	TOTAL DE CONDUCTAS EMITIDAS POR MES	MINUTOS TOTALES LABORADOS POR MES	MIN. EN PROCESO DE CORRECCION	MIN. ESTIMULACION RECIBIDA
Febrero 92.	9	180	0	NO SE INCLUYE
Mar.	10	180	30	NO SE INCLUYE
Abr.	7	180	10	NO SE INCLUYE
May.	9	180	35	145
Jun.	7	180	25	155
Jul.	5	225	20	205
Ago.	5	180	20	160
Sep.	5	180	20	160
Oct.	4	225	20	205
Nov.	3	180	15	165
Dic.	3	90	15	75
Enero 93.	1	180	5	175
Feb.	0	135	0	135
Mar.	2	180	10	170
Abr.	1	180	5	175
May.	0	180	0	180
Jun.	0	135	0	135

Cantidad del tiempo que el sujeto paso en los procedimientos de corrección y estimulación por mes.

NOTA: El mes de febrero es la línea base y se reporta sin tiempos.

Es importante mencionar que en los meses de marzo y abril se intervinó con la técnica de extinción en la conducta pararse por lo que el tiempo es indefido dadas las características de la extinción

A partir del 25 de junio de 1993 causo baja por lo que no aparecen registrados los meses desde julio a octubre.

**TABLA 14: ANALISIS DE TIEMPOS**

**NOMBRE: S**

MES	TOTAL CONDUCTAS EMITIDAS POR MES	MINUTOS TOTALES LABORADOS POR MES	MIN. EN PROCESO DE CORRECCION	MIN/ ESTIMULACION RECIBIDAS
Febrero 92.	10	180	0	NO SE INCLUYE
Mar.	15	180	45	NO SE INCLUYE
Abr.	13	180	35	NO SE INCLUYE
May.	11	180	35	145
Jun.	7	180	25	155
Jul.	8	225	20	205
Ago.	8	180	35	145
Sep.	7	180	25	155
Oct.	5	225	25	200
Nov.	4	180	20	160
Dic.	2	90	10	80
Enero 93.	3	180	15	165
Feb.	2	135	10	125
Mar.	0	180	0	180
Abr.	0	180	0	180
May.	1	180	5	175
Jun.	1	180	5	175
Jul.	0	225	0	225
Ago.	0	180	0	180
Sep.	0	180	0	180
Oct.	0	135	0	135

Cantidad del tiempo que el sujeto paso en los procedimientos de corrección y estimulación por mes.

NOTA: El mes de febrero es la línea base y se reporta sin tiempos.

Es importante mencionar que en los meses de marzo y abril se intervino con la técnica de extinción en la conducta pararse por lo que el tiempo es indefido dadas las características de la extinción

**TABLA 15: ANALISIS DE TIEMPOS**

**NOMBRE: G**

MES	TOTAL CONDUCTAS EMITIDAS POR MES	MINUTOS TOTALES LABORADOS POR MES	MIN. EN PROCESO DE CORRECCION	MIN/ ESTIMULACION RECIBIDAS
Febrero 92.	7	180	0	NO SE INCLUYE
Mar.	10	180	35	NO SE INCLUYE
Abr.	10	180	25	NO SE INCLUYE
May.	4	180	20	180
Jun.	10	180	50	130
Jul.	3	225	15	210
Ago.	2	180	10	170
Sep.	5	180	25	155
Oct.	3	225	15	210
Nov.	3	180	15	165
Dic.	1	90	5	85
Enero 93.	3	180	15	165
Feb.	1	135	5	130
Mar.	1	180	5	175
Abr.	0	180	0	180
May.	0	180	0	180
Jun.	0	180	0	180
Jul.	0	225	0	225
Ago.	0	180	0	180
Sep.	0	180	0	180
Oct..	0	135	0	135

Cantidad del tiempo que el sujeto paso en los procedimientos de corrección y estimulación por mes.

NOTA: El mes de febrero es la línea base y se reporta sin tiempos.

Es importante mencionar que en los meses de marzo y abril se intervino con la técnica de extinción en la conducta pararse por lo que el tiempo es indefido dadas las características de la extinción

**TABLA 16: ANALISIS DE TIEMPOS**

**NOMBRE: I**

MES	TOTAL CONDUCTAS EMITIDAS POR MES	MINUTOS TOTALES LABORADOS POR MES	MIN. EN PROCESO DE CORRECCION	MIN./ESTIMULACION RECIBIDA
Febrero 92.	4	135	0	NO SE INCLUYE
Mar.	1	180	5	NO SE INCLUYE
Abr.	1	180	5	NO SE INCLUYE
May.	1	180	5	175
Jun.	1	180	5	175
Jul.	0	225	0	225
Ago.	3	180	15	165
Sep.	1	180	5	175
Oct.	0	225	0	225
Nov.	1	180	5	175
Dic.	0	90	0	90
Enero 93.	0	180	0	180
Feb.	0	135	0	135
Mar.	0	180	0	180
Abr.	0	180	0	180
May.	0	180	0	180
Jun.	0	180	0	180
Jul.	0	225	0	225
Ago.	0	180	0	180
Sep.	0	180	0	180
Oct.	0	135	0	135

Cantidad del tiempo que el sujeto paso en los procedimientos de corrección y estimulación por mes.

**NOTA:** El mes de febrero es la línea base y se reporta sin tiempos.

Es importante mencionar que en los meses de marzo y abril se intervino con la técnica de extinción en la conducta pararse por lo que el tiempo es indefido dadas las características de la extinción

Este paciente inicio el 14 de febrero de 1992 en la sesión N° 2.

**TABLA 17: ANALISIS DE TIEMPOS**

**NOMBRE: MA**

MES	TOTAL CONDUCTAS EMITIDAS POR MES	MINUTOS TOTALES LABORADOS POR MES	MIN. EN PROCESO DE CORRECCION	MIN/ ESTIMULACION RECIBIDAS
Febrero 92.	13	180	0	NO SE INCLUYE
Mar.	19	180	85	NO SE INCLUYE
Abr.	20	180	85	NO SE INCLUYE
May.	19	180	95	85
Jun.	7	180	35	145
Jul.	7	225	35	190
Ago.	7	180	35	145
Sep.	4	180	20	160
Oct.	2	225	10	215
Nov.	2	180	10	170
Dic.	2	90	10	80
Enero 93.	3	180	15	165
Feb.	1	135	5	130
Mar.	0	180	0	180
Abr.	1	180	5	175
May.	2	180	10	170
Jun.	0	180	0	180
Jul.	0	225	0	225
Ago.	0	180	0	180
Sep.	0	180	0	180
Oct.	0	135	0	135

Cantidad del tiempo que el sujeto paso en los procedimientos de corrección y estimulación por mes.

NOTA: El mes de febrero es la línea base y se reporta sin tiempos.

Es importante mencionar que en los meses de marzo y abril se intervino con la técnica de extinción en la conducta pararse por lo que el tiempo es indefido dadas las características de la extinción

**TABLA 16: ANALISIS DE TIEMPOS**

**NOMBRE: A**

MES	TOTAL CONDUCTAS EMITIDAS POR MES	MINUTOS TOTALES LABORADOS POR MES	MIN. EN PROCESO DE CORRECCION	MIN/ ESTIMULACION RECIBIDAS
Febrero 92.	20	180	0	NO SE INCLUYE
Mar.	21	180	80	NO SE INCLUYE
Abr.	24	180	90	NO SE INCLUYE
May.	14	180	70	110
Jun.	12	180	60	120
Jul.	10	225	50	175
Ago.	9	180	40	140
Sep.	4	180	20	160
Oct.	5	225	25	200
Nov.	3	180	15	165
Dic.	2	90	10	80
Enero 93.	3	180	15	165
Feb.	3	135	15	120
Mar.	2	180	10	170
Abr.	1	180	5	175
May.	0	180	0	180
Jun.	0	180	0	180
Jul.	0	225	0	225
Ago.	0	180	0	180
Sep.	0	180	0	180
Oct.	0	135	0	135

Cantidad del tiempo que el sujeto paso en los procedimientos de corrección y estimulación por mes.

NOTA: El mes de febrero es la línea base y se reporta sin tiempos.

Es importante mencionar que en los meses de marzo y abril se intervino con la técnica de extinción en la conducta pararse por lo que el tiempo es indefido dadas las características de la extinción

## FIGURAS

**PACIENTE B**  
C. INADECUADAS

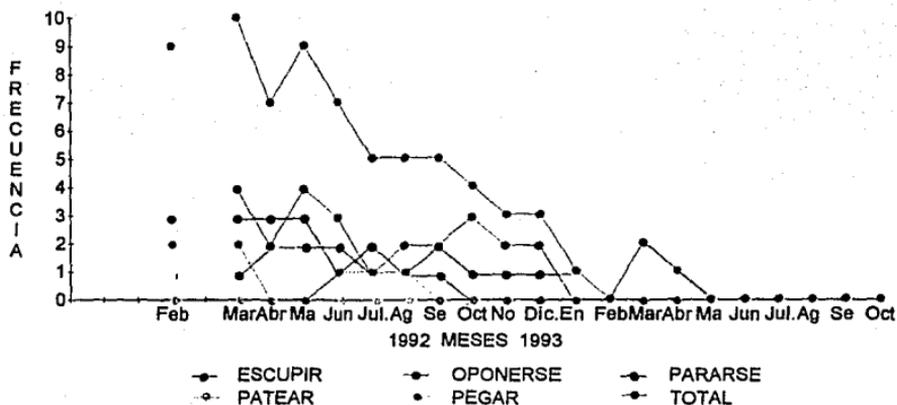


FIG. 1 GRAFICA DE LAS CONDUCTAS INADECUADAS SUJETO B

**PACIENTE S**  
C. INADECUADAS

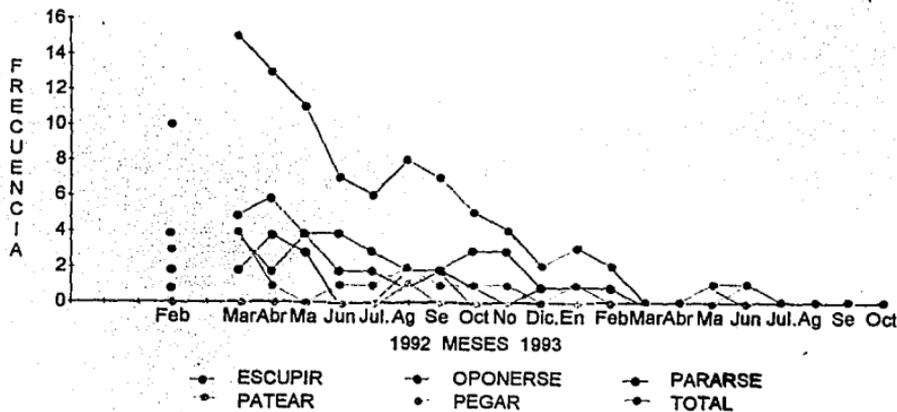


FIG. 2 GRAFICA DE LAS CONDUCTAS INADECUADAS SUJETO S

**PACIENTE G**  
C. INADECUADAS

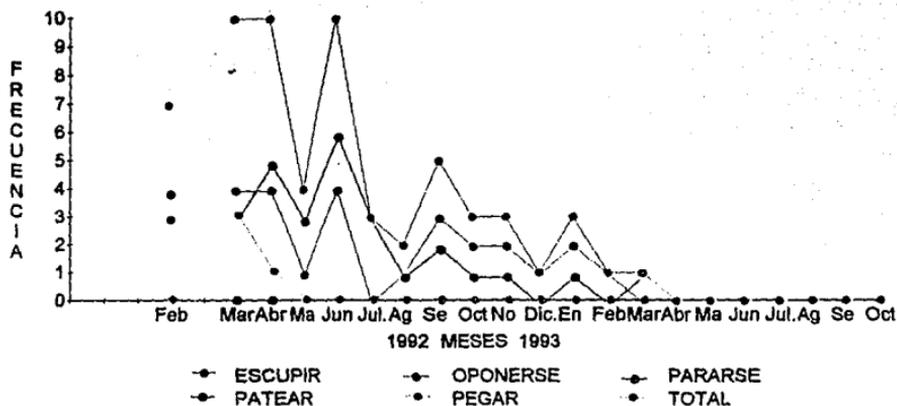


FIG. 3 GRAFICA DE LAS CONDUCTAS INADECUADAS SUJETO G

**PACIENTE I**  
C. INADECUADAS

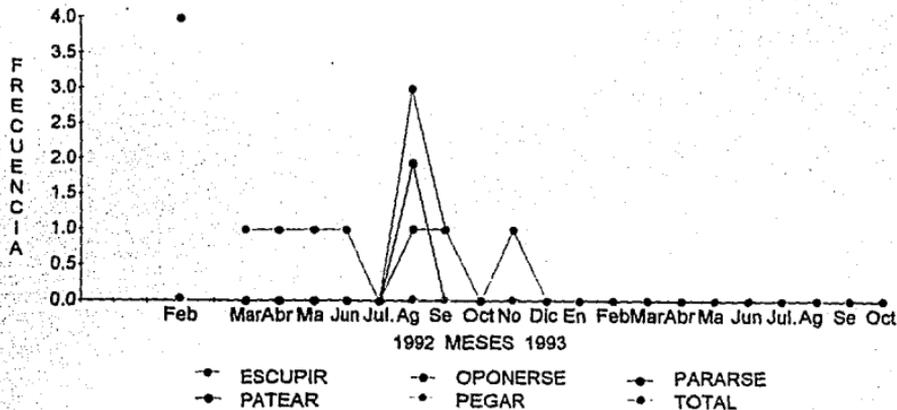
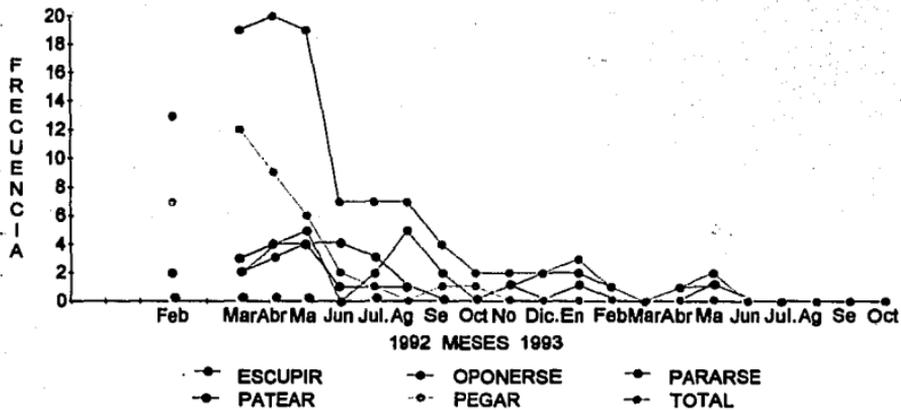


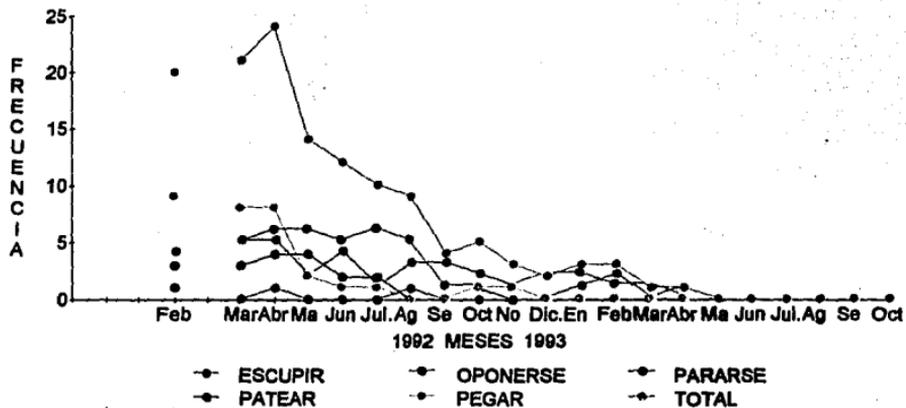
FIG. 4 GRAFICA DE LAS CONDUCTAS INADECUADAS SUJETO I

**PACIENTE MA  
C. INADECUADAS**



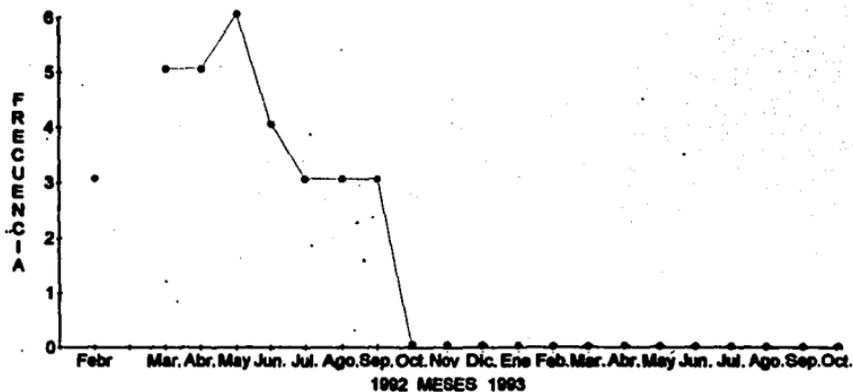
**FIG. 5 GRAFICA DE LAS CONDUCTAS INADECUADAS  
SUJETO MA**

**PACIENTE A  
C. INADECUADAS**



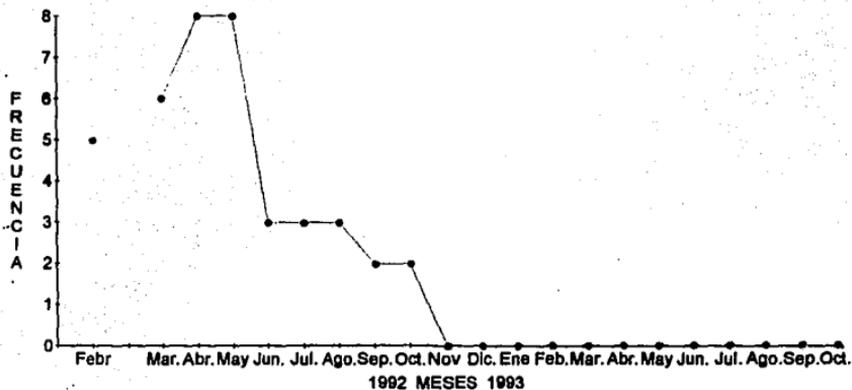
**FIG. 6 GRAFICA DE LAS CONDUCTAS INADECUADAS  
SUJETO A**

**DATOS GRUPALES  
ESCUPIR**



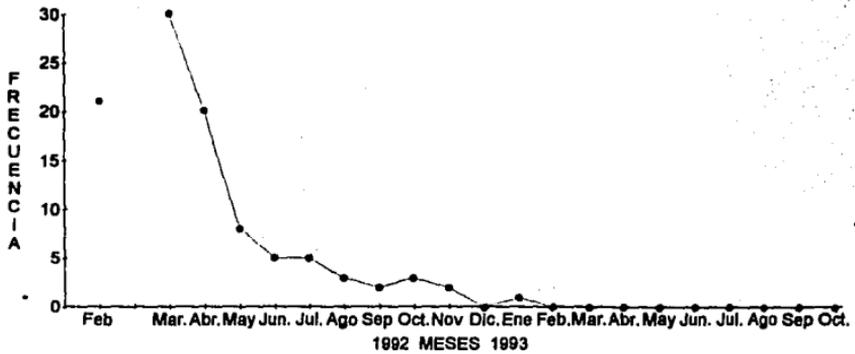
**FIG. 7 FRECUENCIA DE LA OCURRENCIA DE LA CONDUCTA ESCUPIR  
DATOS DE TODOS LOS SUJETOS DEL GRUPO**

**DATOS GRUPALES  
PATEAR**

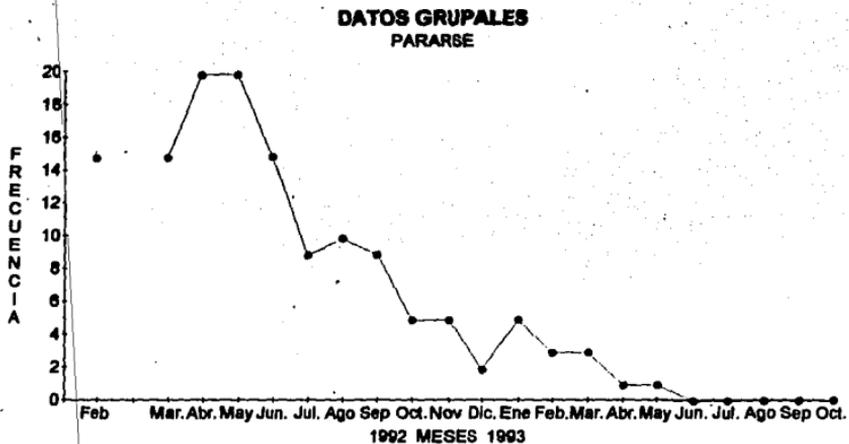


**FIG. 8 FRECUENCIA DE LA OCURRENCIA DE LA CONDUCTA PATEAR  
DATOS DE TODOS LOS SUJETOS DEL GRUPO**

**DATOS GRUPALES**  
**PEGAR**



**FIG. 9 FRECUENCIA DE LA OCURRENCIA DE LA CONDUCTA PEGAR**  
**DATOS DE TODOS LOS SUJETOS DEL GRUPO**



**FIG. 10 FRECUENCIA DE LA OCURRENCIA DE LA CONDUCTA PARARSE  
DATOS DE TODOS LOS SUJETOS DEL GRUPO**

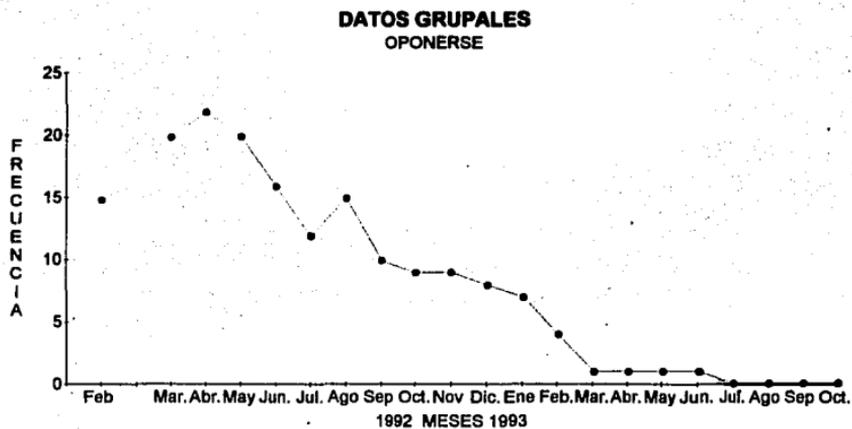


FIG. 11 FRECUENCIA DE LA OCURRENCIA DE LA CONDUCTA OPONERSE  
DATOS DE TODOS LOS SUJETOS DEL GRUPO



## ANEXO 1

**ENTREVISTA.**

Fecha \_\_\_\_\_ No. de registro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Psicólogo \_\_\_\_\_

Médico tratante \_\_\_\_\_

Motivo de consulta \_\_\_\_\_

Tratamiento Farmacológico \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Nombre de los hermanos. (mencionar jerárquicamente)

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupacion	Edo. civil
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si algun otro familiar vive en la misma casa , mencione sus datos \_\_\_\_\_

Refiera brevemente las relaciones entre la familia y su relación específicamente con el paciente.

Madre-Padre \_\_\_\_\_

Padre-paciente \_\_\_\_\_

Madre-paciente \_\_\_\_\_

Hermanos paciente \_\_\_\_\_

Describe la relacion de pareja \_\_\_\_\_

Mencione hace cuanto tiempo noto el problema del niño \_\_\_\_\_

Que tratamientos ha recibido el menor \_\_\_\_\_

Diga cual es el problema del niño \_\_\_\_\_

Presenta problemas con algún miembro de la familia. \_\_\_\_\_

Informa de algún peligro. (con gestos, señas) \_\_\_\_\_

Juega con objetos punzantes, cerillos, etc. sin permiso. \_\_\_\_\_

Reporta el daño ocurrido a si mismo \_\_\_\_\_

Rodea áreas de peligro. (hoyos, etc) \_\_\_\_\_

Ha ingerido líquidos como gasolina, alcohol, etc.-

---

Se mantiene alejado del fuego.

---

Recoge vidrios sin hacerse daño.

---

Prende cerillos sin lastimarse.

---

Para usted (s) que conducta (s) sería más importante que su niño (a) adquiriera o modificara \_\_\_\_\_

De las siguientes conductas , cuales presenta su hijo.

Reportar lo siguiente:

Actitud de los padres y de la familia en general ante el problema del menor. \_\_\_\_\_

Actitud del menor durante la sesión. \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

## EVALUACION CONDUCTUAL

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA EVALUACION: \_\_\_\_\_

### AREA ATENCION

	arriba	abajo	izquierda	derecha
1.- <u>Contacto visual</u>				
Estímulo musical	_____	_____	_____	_____
Estímulo juguete	_____	_____	_____	_____
Estímulo golosina	_____	_____	_____	_____
2.- <u>Fijación visual</u>				
Estímulo musical	_____	_____	_____	_____
Estímulo juguete	_____	_____	_____	_____
Estímulo golosina	_____	_____	_____	_____
3.- <u>Seguimiento visual</u>				
Estímulo musical	_____	_____	_____	_____
Estímulo juguete	_____	_____	_____	_____
Estímulo golosina	_____	_____	_____	_____

### AREA IMITACION

Conductas	Correcto	Incorrecto	Intenta	Se niega
1.- Sentarse	_____	_____	_____	_____
2.- Manos en la cabeza	_____	_____	_____	_____
3.- Manos en los hombros	_____	_____	_____	_____
4.- Manos en la cintura	_____	_____	_____	_____
5.- Manos en la rodillas	_____	_____	_____	_____
6.- Con dedo l. tocar frente	_____	_____	_____	_____
7.- Con dedo l. tocar ojo	_____	_____	_____	_____
8.- Con dedo l. tocar cuello	_____	_____	_____	_____
9.- Con dedo l. tocar nariz	_____	_____	_____	_____

10.- Aplaudir	_____	_____	_____	_____
11.- Mov. de manos intercaladas	_____	_____	_____	_____
12.- Mov. de puños dentro-fuera	_____	_____	_____	_____
13.- Mov. piernas adelante	_____	_____	_____	_____
14.- Mov. piernas atras	_____	_____	_____	_____
15 Brazos arriba	_____	_____	_____	_____
16.- Brazos abajo	_____	_____	_____	_____
17.- Brazos adelante	_____	_____	_____	_____
18.- Brazos atras	_____	_____	_____	_____
19.- Brazos cruzados	_____	_____	_____	_____
20.- Abrir y cerrar boca	_____	_____	_____	_____
21.- Labios juntos apretados	_____	_____	_____	_____
22.- Dientes por fuera sobre labio inferior	_____	_____	_____	_____
23.- Lengua entre dientes	_____	_____	_____	_____
24.- Lengua atras de dientes superiores	_____	_____	_____	_____
25.- Lengua atras de dientes inferiores	_____	_____	_____	_____
26.- Con dedo pulgar tocar yemas de los demas dedos	_____	_____	_____	_____

**AREA: CONTROL INSTRUCCIONAL**

	Obedece	No obedece	Lo intenta
1.- Ven	_____	_____	_____
2.- Sientate	_____	_____	_____
3.- Parate	_____	_____	_____
4.- Trae una silla	_____	_____	_____
5.- Ponla aqui	_____	_____	_____
6.- No te muevas	_____	_____	_____
7.- Saca el material	_____	_____	_____
8.- Guarda el material	_____	_____	_____
9.- Dame la mano	_____	_____	_____
10.- Saludame	_____	_____	_____
11.- Dame el dado	_____	_____	_____
12.- Pon el dado en la caja	_____	_____	_____
13.- Toma el lapiz	_____	_____	_____
14.- Dame el lapiz	_____	_____	_____
15.- Toma el vaso	_____	_____	_____
16.- Ponlo en la mesa	_____	_____	_____
17.- Toma la cuchara	_____	_____	_____



Camiseta.	_____	_____
Blusa o camisa.	_____	_____
Pantalón.	_____	_____
Falda.	_____	_____
Sweter.	_____	_____
Vestido.	_____	_____
Abrijo.	_____	_____
Pijama.	_____	_____
Zapatos.	_____	_____
Calcetines.	_____	_____
Cinturon.	_____	_____
Distinguirse revers y derecho de su ropa.	_____	_____

**Abotonadura:**

Boton grande en prenda puesta \_\_\_\_\_  
 Botones pequenos delanteros \_\_\_\_\_  
 Botones traseros \_\_\_\_\_  
 Botones de Mangas \_\_\_\_\_

<b>Broches:</b>	<b>Abre</b>	<b>Cierra</b>
Broches delanteros de presion	_____	_____
Broches delanteros de gancho	_____	_____
Broches traseros de gancho	_____	_____

<b>Cierres:</b>	<b>Sube</b>	<b>Baja</b>
Cierres delanteros	_____	_____
Cierre lateral	_____	_____
Cierre trasero	_____	_____

<b>Lazos:</b>	<b>Amarra</b>	<b>Desamarra</b>
Agujetas	_____	_____
Listones	_____	_____

**Cinturón:**

Coloca cinturon en la cintura \_\_\_\_\_  
 Inserta cinturon en tiras sobre prendas puestas \_\_\_\_\_

Abrocha hebilla \_\_\_\_\_  
Desabrocha hebilla \_\_\_\_\_

<b>Limpieza de nariz:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Soplar	_____	_____
Limpia:	_____	_____

**Habilidades para comer:**

Succionar \_\_\_\_\_  
Beber en biberon \_\_\_\_\_  
Sostener vaso o taza por si mismo \_\_\_\_\_  
Usar una taza o vaso por si mismo \_\_\_\_\_  
Dejar vaso o taza en su lugar \_\_\_\_\_  
Masticar solidos \_\_\_\_\_  
Comer con la mano \_\_\_\_\_  
Sentarse correctamente para comer \_\_\_\_\_

**Empleo de la cuchara:**

Coger la cuchara por el mango con la parte concava hacia arriba \_\_\_\_\_  
Llevar la cuchara al plato \_\_\_\_\_  
Llevar la cuchara conteniendo el alimento hacia los labios \_\_\_\_\_  
Introducir poco menos de las dos terceras partes de la \_\_\_\_\_  
cuchara dentro de la boca \_\_\_\_\_  
Que mastique si es solido o que trague si es liquido \_\_\_\_\_

**Empleo del tenedor:**

Coger el tenedor con la parte concava hacia abajo apoyando el \_\_\_\_\_  
dedo indice sobre la parte superior delantera del mango y pren- \_\_\_\_\_  
sando con los otros dedos la parte posterior del mango \_\_\_\_\_  
Llevar el tenedor al plato \_\_\_\_\_  
Pinchar el alimento con el tenedor \_\_\_\_\_  
Llevar el tenedor con el alimento hacia los labios \_\_\_\_\_  
Introducir un poco menos de la tercera parte del tenedor en la \_\_\_\_\_  
boca \_\_\_\_\_  
Masticar el alimento \_\_\_\_\_

**Empeo del Cuchillo:**

Tomar el cuchillo por el mango con la parte filosa hacia abajo. \_\_\_\_\_  
 Colocar el cuchillo sobre el alimento \_\_\_\_\_  
 Partir el alimento. \_\_\_\_\_

Empleo del vaso:

Coger el vaso por la parte exterior con los dedos y la palma de la mano \_\_\_\_\_  
 Dirigir el vaso hacia los labios. \_\_\_\_\_  
 Tener la parte interior de los labios en la orilla del vaso. \_\_\_\_\_  
 Beber el contenido del vaso. \_\_\_\_\_  
 Colocar el vaso en la mesa en la posición correcta. \_\_\_\_\_  
 Tarda mas que la mayor parte del grupo en terminar su alimento? \_\_\_\_\_  
 Llevar su plato a la cocina una vez que termino de comer. \_\_\_\_\_

Con Instruccion \_\_\_\_\_

Sin instruccion \_\_\_\_\_

Con ayuda \_\_\_\_\_

**AREA DE AUTOCUIDADO.**

	con instruccion	Con ayuda	Solo
1.- Avisar con señas	_____	_____	_____
2.- Avisar verbalmente	_____	_____	_____
3.- Dirigirse al baño.	_____	_____	_____
4.- Acercarse a la taza.	_____	_____	_____
5.- Bajarse el pantalon.	_____	_____	_____
6.- Bajarse el calzon	_____	_____	_____
7.- Sentarse en la taza.	_____	_____	_____
8.- Defecar dentro de la taza	_____	_____	_____
9.- Orinar dentro de la taza	_____	_____	_____
10.- Limpiarse	_____	_____	_____
11.-Levantarse	_____	_____	_____
12.- Subirse el calzon	_____	_____	_____
13.- Subirse el pantalon	_____	_____	_____

**Lavarse cara y manos.**

- |                                     |       |       |       |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|
| 1.- Mojarse: manos y cara           | _____ | _____ | _____ |
| 2.- Tomar el jabon con las manos    | _____ | _____ | _____ |
| 3.- Enjabonarse: manos y cara.      | _____ | _____ | _____ |
| 4.- Enjuagarse: manos y cara.       | _____ | _____ | _____ |
| 5.- Uso del espejo, checar limpieza | _____ | _____ | _____ |

- 6.- Tomar la toalla \_\_\_\_\_  
7.- Secarse: Manos y cara \_\_\_\_\_

**Bañarse.**

- 1.- Desvestirse \_\_\_\_\_  
2.- Abrir llaves de agua \_\_\_\_\_  
3.- Templar el agua \_\_\_\_\_  
4.- Meterse a la regadera o tina. \_\_\_\_\_  
5.- Mojarse el cuerpo. \_\_\_\_\_  
6.- Enjabonarse el cuerpo. \_\_\_\_\_  
7.- Lavarse la cabeza (mojarla, enjabonarla, tallar). \_\_\_\_\_  
8.- Enjuagarla \_\_\_\_\_  
9.- Repetir operacion anterior \_\_\_\_\_  
10.- Cerrar llaves. \_\_\_\_\_

**Cuidado de los dientes.**

- 1.- Tomar el cepillo correctamente. \_\_\_\_\_  
2.- Ponerle pasta de dientes. \_\_\_\_\_  
3.- Cepillarse los dientes incorrectamente. \_\_\_\_\_  
4.- Cepillarse los dientes correctamente. \_\_\_\_\_  
5.- Enjuagarse. \_\_\_\_\_  
6.- Secarse. \_\_\_\_\_  
7.- Enjuagar el cepillo \_\_\_\_\_  
8.- Poner cepillo en su lugar. \_\_\_\_\_

**Cuidado de las uñas.**

- 1.- Limpiar. \_\_\_\_\_  
2.- Cortar \_\_\_\_\_  
3.- Limar. \_\_\_\_\_

**Peinarse.**

- 1.- Tomar el peine correctamente. \_\_\_\_\_  
2.- Ponerle agua. \_\_\_\_\_  
3.- Alisar el cabello. \_\_\_\_\_  
4.- Hacerse partido (si lo desea) \_\_\_\_\_  
5.- Recoger pelo con la liga o prendedor \_\_\_\_\_









**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 2.- Roronear sonidos similares a los del gato \_\_\_\_\_
- 3.- Emitir sonidos vocales \_\_\_\_\_
- 4.- Emitir sonidos consonantes \_\_\_\_\_
- 5.- Emitir sílabas (Cuales) \_\_\_\_\_
- 6.- Emitir palabras (cuales) \_\_\_\_\_
- 7.- Artículos (cuales) \_\_\_\_\_
- 8.- Verbos (cuales) \_\_\_\_\_
- 9.- Adjetivos (cuales) \_\_\_\_\_
- 10.- Elabora frases \_\_\_\_\_
- 11.- Elabora oraciones \_\_\_\_\_
- 12.- Contesta al teléfono \_\_\_\_\_  
-Da mensajes \_\_\_\_\_
- 13.- Responde preguntas \_\_\_\_\_  
-En forma verbal \_\_\_\_\_
- 14.- Habla con niños \_\_\_\_\_  
-Con hermanitos o primos, con amigos \_\_\_\_\_  
-Con desconocidos \_\_\_\_\_  
-Con adultos \_\_\_\_\_  
-Con familiares \_\_\_\_\_
- 15.- Articulación y pronunciación clara \_\_\_\_\_
- 16.- Sabe su nombre \_\_\_\_\_
- 17.- Sabe su dirección \_\_\_\_\_
- 18.- Sabe su teléfono \_\_\_\_\_
- 19.- Describe acciones \_\_\_\_\_
- 20.- Imita sonidos compuestos \_\_\_\_\_  
(Una vocal y dos consonantes:  
pan, las, del, sin) \_\_\_\_\_
- 21.- Articula correctamente consonantes  
iniciales: ( Raza, puro, silla, mesa, ) \_\_\_\_\_
- 22.- Articula correctamente consonantes  
intermedios (palo, leche, corre) \_\_\_\_\_
- 23.- Articula correctamente consonantes  
finales (paz, sin, amor, premios) \_\_\_\_\_
- 24.- Repite palabras aisladas: \_\_\_\_\_  
(monte, carro, bolsa, cielo) \_\_\_\_\_
- 25.- Señala por lo menos 3 objetos dentro del  
salón \_\_\_\_\_
- 26.- Señala por lo menos tres objetos bajo  
instrucción (Cual es...? Donde esta...?) \_\_\_\_\_
- 27.- Señala por lo menos tres objetos en  
láminas \_\_\_\_\_
- 28.- Nombra por lo menos tres figuras en \_\_\_\_\_

- laminas
- 29.- Se identifica en un espejo diciendo "yo" \_\_\_\_\_
- 30.- Responde correctamente a eres niño o \_\_\_\_\_  
niña \_\_\_\_\_
- 31.- Repite numeros de uno en uno, por \_\_\_\_\_  
pares y por tríos \_\_\_\_\_
- 32.- Repite colores de uno en uno, por \_\_\_\_\_  
pares y por tríos \_\_\_\_\_
- 33.- Repite canciones infantiles y poemas \_\_\_\_\_

**EVALUACION Y SOCIALIZACION**  
**ASPECTO SOCIAL**

SI

NO

- Sonreir \_\_\_\_\_
- Dar las manos \_\_\_\_\_
- Acercarse a otra persona \_\_\_\_\_
- Decir "adios" con la mano \_\_\_\_\_  
(Cuando se lo piden o cuando se retiran)
- Contacto fisico \_\_\_\_\_
- Tomarse de la mano \_\_\_\_\_
- Acariciar \_\_\_\_\_
- Besar \_\_\_\_\_

**COOPERACION**

SI

NO

- Prestar sus juguetes y compartirlos con otros \_\_\_\_\_  
niños permitiendoles usarlos y jugar  
separadamente con ellos \_\_\_\_\_
- Pedir prestados los juguetes a otros niños \_\_\_\_\_  
regresandolos a solicitud del dueño \_\_\_\_\_
- Jugar con otros niños (aclarar cuantos) \_\_\_\_\_
- Es capaz de ayudar a otros niños ofreciendoles \_\_\_\_\_  
ayuda mientras juegan interrumpiendo su  
actividad para ayudarlos \_\_\_\_\_
- Movimiento de cabeza \_\_\_\_\_  
de arriba a abajo "si" \_\_\_\_\_  
a los lados "no" \_\_\_\_\_



Rojo	_____	_____	_____	_____
Amarillo	_____	_____	_____	_____
Azul	_____	_____	_____	_____
Verde	_____	_____	_____	_____
Naranja	_____	_____	_____	_____
Cafe	_____	_____	_____	_____
Negro	_____	_____	_____	_____
Bianco	_____	_____	_____	_____

**TAMAÑOS**

Grande	_____	_____	_____	_____
Mediano	_____	_____	_____	_____
Chico	_____	_____	_____	_____

**FORMAS**

Circulo	_____	_____	_____	_____
Cuadrado	_____	_____	_____	_____
Triangulo	_____	_____	_____	_____

Colocar objetos secuenciados de mayor a menor y viceversa \_\_\_\_\_

**UBICACION ESPACIAL:** Realiza instrucciones de colocar objetos      Identifica si un objeto esta:      Nombra objetos:

Cerca de	_____	_____	_____
Lejos de	_____	_____	_____
Arriba de	_____	_____	_____
Abajo de	_____	_____	_____
Dentro de	_____	_____	_____
Adelante de	_____	_____	_____
Afuera de	_____	_____	_____
A un lado de	_____	_____	_____
Atras de	_____	_____	_____

**CAPACIDAD DE CONTENIDO**

Identifica y nombra:      Hay \_\_\_\_\_ No hay \_\_\_\_\_ Lleno \_\_\_\_\_ Vacio \_\_\_\_\_  
 Identifica y nombra      Mucho \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_

## LATERALIDAD

Identifica y nombra Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

## TEMPORALIDAD

Coloca laminas en su orden correspondiente (secuencia)

## RECONOCE GROSORES:

Delgado \_\_\_\_\_ Grueso \_\_\_\_\_

## DISCRIMINA CONCEPTOS DE:

Igual \_\_\_\_\_ Diferente \_\_\_\_\_

## DISCRIMINA ENTRE:

Aspero \_\_\_\_\_ Liso \_\_\_\_\_

Duro \_\_\_\_\_ Suave \_\_\_\_\_

DISCRIMINA DIA Y NOCHE \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

## **REPORTE CONDUCTUAL.**

**Nombre del paciente:**

**Sexo:**

**Edad:**

**Escolaridad:**

**Médico Tratante:**

**Fecha de canalización a modificación conductual:**

**Fecha de evaluación:**

**Motivo de canalización:**

**DIAGNOSTICO:**

**COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA Y EVALUACION:**

**RESPUESTAS CUANTITATIVAS ANTE CADA UNA DE LAS AREAS DEL DESARROLLO EMITIDAS POR EL PACIENTE.**

**RESPUESTAS CUALITATIVAS ANTE CADA DE LAS AREAS DEL DESARROLLO EMITIDAS POR EL PACIENTE.**

**SUGERENCIAS INTERNAS.**

**SUGERENCIAS EXTERNAS.**

---

**PSICOLOGA.**

## **ANEXO 4**

**REGISTROS DE FRECUENCIAS DE  
CONDUCTAS INADECUADAS**

CONDUCTAS	TECNICA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
BERRINCHE						
AISLAMIENTO						
SUBIRSE A LUGARES ALTOS						
RISA INMOTIVADA						
ALETEO (C. AUTISTA)						
MOVIMIENTO DE MANOS						
MOVIMIENTO DE CABEZA						
MOVIMIENTO DE PIERNAS						
PEGAR						
MORDER						
PATEAR						
RAGUNAR						
PELLIZCAR						
ESCUPIR						
JALAR CABELLO						
GOLPEARSE EN LA CABEZA						
GRITAR						
RAGUNARSE						
PELLIZCARSE						
MORDERSE						
JALARSE EL CABELLO						
TIRARSE AL PISO						
IMITAR SONIDOS DE ANIMALES						
ARRANCARSE EL CABELLO						
OTRAS						