



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**PSICOTERAPIA INFANTIL CON ENFOQUE DE ANALISIS
CONDUCTUAL APLICADO: EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN UN HOSPITAL
PSIQUIATRICO INFANTIL**

REPORTE DE CASO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MASSIEL ARENAS BARRAGAN

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

DIRECTOR: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA



CD. UNIVERSITARIA





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM-309
2009

M~

Tps.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS POR DARME LA OPORTUNIDAD
DE TENER UNA FAMILIA MARAVILLOSA.

A MI MAMÁ OLI Y A MI PAPÁ QUIQUE
QUE SIEMPRE ME BRINDARON SU AMOR
PARA SALIR ADELANTE,
SU APOYO PARA TENER SEGURIDAD,
SU ALEGRÍA PARA HACERME FELIZ,
SU TIEMPO PARA VIVIR,
SU FORTALEZA PARA NO DEJARME VENCER
Y SU CONFIANZA PARA DEJARME CRECER.

A ESTOS DOS ÁNGELES QUE SIEMPRE
ESTAN PRESENTES EN MI MENTE Y EN MI CORAZÓN:
GRACIAS POR DARME LA VIDA.
LOS AMO.

A MIS HERMANOS QUE HAN SIDO MIS GRANDES
CONFIDENTES Y EL IMPULSO PARA SEGUIR ADELANTE.
QUIENES ME HAN BRINDADO SU APOYO Y CON QUIENES
HE COMPARTIDO GRANDES MOMENTOS...
GRACIAS POR SER QUIEN SON.

A MI PEQUEÑA SELENE
QUE ES LA LUZ QUE ME ILUMINA.

A JAIR CON QUIEN CRECI Y COMPARTÍ
LOS MEJORES MOMENTOS DE MI VIDA.

A NAYE, DUL Y ALE QUE MÁS
QUE AMIGAS SON MIS HERMANAS.

A LOS JUANENES, MIS GRANDES AMIGOS,
CON QUIENES MÁS QUE TRISTEZAS,
COMPARTÍ ALEGRÍAS.

AL DR. HORACIO POR COMPARTIR CONMIGO
SUS CONOCIMIENTOS PARA EL LOGRO
DEL PRESENTE TRABAJO.

A LA PSIC. XOCHITL POR IMPULSARME
AL LOGRO DE MIS METAS.

Y A TODOS AQUELLOS AMIGOS Y FAMILIARES
QUE ME HAN ACOMPAÑADO A LO LARGO DE MI VIDA
PERSONAL Y PROFESIONAL,
GRACIAS.

ÍNDICE

Resumen.....	7
--------------	---

CAPÍTULO 1

1.1 Antecedentes de los servicios de Atención Psiquiátrica.....	9
1.2 Datos de la Institución.....	11
1.3 Justificación y Contexto.....	13

CAPÍTULO 2

2. Informe de las actividades realizadas durante la prestación de Servicio Social.....	15
2.1 Número y descripción de los sujetos atendidos.....	15
2.2 Intervención terapéutica Individual.....	22
2.3 Terapia Individual bajo contexto grupal.....	23
2.4 Orientación a padres.....	24
2.5 Supervisión de casos clínicos.....	25
2.6 Elaboración de notas a expediente clínico.....	25
2.7 Revisiones bibliográficas.....	26

CAPÍTULO 3

3. Marco Teórico Metodológico.....	27
3.1 Retraso mental.....	27
3.2 Definición.....	27
3.3 Clasificación del retraso mental según el DSM-IV-TR.....	27
3.4 Causas del retraso mental.....	31
3.5 El retraso mental y la modificación de conducta.....	32

CAPÍTULO 4

4.1 Conductismo radical: el Análisis Experimental de la Conducta.....	33
4.2 Análisis Conductual Aplicado.....	34
4.3 Programas de refuerzo.....	38
4.4 Programas de razón.....	39
4.5 Programas de intervalo.....	39
4.6 Programas de intervalo con márgenes limitados.....	40
4.7 Programas de duración.....	40
4.8 Factores que determinan la conducta	41
4.9 Tratamiento conductual.....	42

CAPÍTULO 5

5. Principios y procedimientos comportamentales básicos.....	44
5.1 Técnicas para facilitar la aparición de conductas deseables.....	44
5.1.1 Modificación del ambiente físico.....	44
5.1.2 Comunicación positiva.....	44
5.1.3 Instigación verbal.....	44
5.1.4 Modelamiento.....	45
5.1.5 Desvanecimiento de la estimulación precedente.....	45
5.1.6 Moldeamiento.....	46
5.1.7 Generalización.....	47
5.2 Técnicas para incrementar conductas deseables.....	47
5.2.1 Reforzador positivo.....	47
5.2.2 Reforzadores negativos.....	48
5.2.3 Principio de Premack.....	49
5.2.4 Contrato de contingencias.....	49
5.3 Técnicas para reducir o extinguir conductas inadecuadas.....	50

5.3.1 Refuerzo diferencial de tasa baja.....	50
5.3.2 Refuerzo diferencial de otras conductas.....	51
5.3.3 Refuerzo de conductas alternativas.....	51
5.3.4 Costo de respuestas.....	51
5.3.5 Economía de fichas.....	51
5.3.6 Tiempo fuera de reforzamiento.....	52
5.3.7 Sobrecorrección.....	53
5.3.8 Saciedad y práctica negativa.....	54
5.3.9 El castigo.....	54

CAPÍTULO 6

6. Instrumentos de evaluación e intervención.....	56
6.1 Entrevista conductual.....	56
6.2 Objetivos de la entrevista.....	56
6.3 Enfoques conductuales de la entrevista.....	56
6.4 Proceso de evaluación conductual.....	60
6.5 Establecimiento de las metas últimas del tratamiento.....	60
6.6 Elección de las conductas meta.....	61
6.7 La prioridad en las conductas meta.....	62
6.8 Formulación del problema.....	62
6.9 Análisis de las conductas problema.....	63
6.10 Elección del tratamiento adecuado.....	64
6.11 Estrategia del análisis funcional.....	64
6.12 Estrategia de conducta clave.....	65
6.13 Evaluación de los resultados del tratamiento.....	65
6.14 Valoración de los resultados.....	66
6.15 Programas de modificación de conducta.....	67

6.15.1 Programas de repertorios básicos.....	69
6.15.2 Eliminación de conductas problemáticas.....	70
6.15.3 Programas de habilidades sociales y de adaptación.....	72
6.15.4 Programas académicos.....	73

CAPÍTULO 7

7.1 Entrenamiento a padres.....	74
7.2 Concepto y delimitación del entrenamiento de padres.....	76
7.3 Fundamentos conceptuales y empíricos.....	77
7.4 Procedimiento de evaluación y tratamiento.....	82
7.5 Conclusiones.....	83

REPORTE DE CASO.....	85
RESULTADOS OBTENIDOS.....	100
CONCLUSIONES.....	107
SUGERENCIAS.....	108
CONSIDERACIONES FINALES.....	109
REFERENCAS.....	110
ANEXOS.....	119

RESUMEN

En vista de que los padecimientos de salud mental se presentan con mayor frecuencia en nuestros días y que requieren de una atención especializada, se elaboró el presente Informe Profesional de Servicio Social en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" que cumple con la función de atender problemas de salud mental de diversa índole en niños y adolescentes desde un punto de vista multidisciplinario, dando como resultado una atención de carácter integral a cada paciente.

El objetivo del programa de Servicio Social en Psicoterapia con Enfoque en Análisis Conductual Aplicado es que el prestador participe e impacte en la mejora del desarrollo de niños y adolescentes que padecen trastornos de salud mental, detectando conductas disfuncionales en el menor a través de una entrevista estructurada y dirigida hacia los padres. El terapeuta desarrolla habilidades de observación clínica para así poder aplicar técnicas y estrategias durante el proceso de intervención con la mayor precisión y calidad posible.

Enmarcado dentro de los principios del Análisis Conductual Aplicado se presenta la formulación de un caso clínico de un paciente masculino de 7 años 10 meses de edad, diagnosticado con retraso mental moderado y rasgos autistas quien presentaba una gran diversidad de conductas disruptivas que impedían su funcionamiento adaptativo en los diferentes ambientes en los que se encontraba y las dificultades que la madre tenía en el manejo conductual del menor. El caso clínico ejemplifica el trabajo que se realizó durante el período de prestación del Servicio Social en el área de Psicoterapia y se presenta con el objetivo de dar a conocer las diferentes técnicas de modificación de conducta, las cuales son útiles para crear conductas nuevas en el repertorio conductual del paciente, mantener o incrementar conductas deseables y reducir conductas que impidan el funcionamiento del menor.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos de la intervención terapéutica fueron favorables ya que se logró disminuir e incluso extinguir los excesos conductuales del menor que limitaban su funcionamiento en su medio y la

interacción con pares, equiparable al incremento de déficit conductuales que favorecieron la estimulación y el incremento de habilidades para la ejecución de diversas actividades.

Se concientizo a la madre acerca del padecimiento del menor y se le brindaron las herramientas requeridas para lograr el manejo conductual de E. B.D. con el fin de que la madre informara a las personas allegadas la aplicación de las técnicas preestablecidas y finalmente se lograra la generalización de las conductas funcionales.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

La Secretaría de Salud a través de su página de Internet difunde la siguiente información acerca de los antecedentes de los Servicios de atención psiquiátrica así como los antecedentes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

El 15 de octubre de 1943, por Decreto Presidencial, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mediante la fusión del Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, fundados en los años de 1917 y 1937, respectivamente.

En 1947 dentro de la estructura orgánica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se crea el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental, con funciones específicas de planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental.

En 1959 se amplía la jerarquía y funciones de esta área, modificándose y dando origen a la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, la cual desarrolla acciones que permiten la ampliación de Servicios de Atención a personas con padecimientos mentales, creando siete establecimientos hospitalarios dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, estas unidades se ubicaron en los Estados de Tabasco, Estado de México, Sonora, Oaxaca y el Distrito Federal.

En 1964 el área de salud mental de la Dirección de Neurología se separa para crear la Dirección de Salud Mental a la cual se le otorga el cometido principal de conducir la reforma de la asistencia psiquiátrica hospitalaria, que entonces permanecía concentrada en el Manicomio General de México, acción que derivó en el Plan "Operación Castañeda" el cual tenía como finalidad la sustitución del antiguo Manicomio por cinco unidades hospitalarias y un albergue a donde fueron trasladados los más de 2000 pacientes del Manicomio el cual se clausuró de manera definitiva en el año de 1968. Durante el periodo de 1970 a 1976, la Dirección de Salud Mental se encargó de coordinar la red de hospitales

especializados del país la cual se integraba por unidades distribuidas en el Distrito Federal y algunas Entidades Federativas.

El 24 de octubre de 1965 es inaugurado el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", para ofrecer atención a la población infantil y adolescente.

En 1967 son inaugurados el 9 de mayo y el 28 de septiembre el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno", respectivamente. Para brindar atención a pacientes agudos el primero y a subagudos el segundo.

En 1976 se establece la Dirección General de Salud Mental, su función fue de coordinación operativa de servicios especializados, formación de recursos humanos y desarrollo de investigaciones en los campos de la salud mental y la Fármacodependencia. Se adicionó a la unidad estructural El Centro Mexicano de Estudios en Fármaco-dependencia, del cual emerge el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1979.

En 1983 con el proceso de descentralización de servicios, se transfieren los Hospitales Especializados a las entidades federativas y se establece la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, la cual se encargó de elaborar las normas técnicas en esta tres materias permaneciendo integrada a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, hasta el año de 1997.

El 6 de Agosto de 1997, en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación, se crea el Órgano Desconcentrado denominado Coordinación de Salud Mental, cuyas atribuciones y competencias específicas se señalaron en el artículo 32 del citado ordenamiento. Entre las funciones que se le señalaban, se contemplaban la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar operativa y administrativamente a tres hospitales especializados y tres centros de salud mental en el Distrito Federal.

El 22 de julio de 1998, cambia de nombre el Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno" por el de Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno", de acuerdo a la licencia sanitaria número 10003428.

En Septiembre del 2000, se reestructura la Coordinación de Salud Mental, cambiando la denominación a la de Servicios de Salud Mental, con nivel jerárquico de Dirección General, del cual dependen tres hospitales psiquiátricos ("Fray Bernardino Álvarez", "Dr. Juan N. Navarro" y "Dr. Samuel Ramírez Moreno") y tres Centros Comunitarios de Salud Mental ("Iztapalapa", "Zacatenco" y "Cuauhtémoc") dependiendo de la entonces Subsecretaría de Coordinación Sectorial.

El 15 de agosto del 2001 y mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el Órgano Administrativo Desconcentrado Servicios de Salud Mental, se adscribe al Consejo Nacional Contra las Adicciones.

El 19 de Enero del 2004, por modificación del reglamento interior se da a conocer la estructura orgánica de este Órgano Administrativo Desconcentrado; Servicios de Atención Psiquiátrica, comunicando que se adscribe a la Subsecretaría de Innovación y Calidad (DOF 19 de Enero de 2004).

En Mayo de 2005, los Servicios de Atención Psiquiátrica queda conformada por una Dirección General Adjunta, cuatro Direcciones de Área, quince Subdirecciones y dos Departamentos.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" cumple con la función de atender problemas de salud mental de diversa índole en niños y adolescentes desde un punto de vista multidisciplinario, tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo, dando como resultado una atención de carácter integral a cada paciente. Dado que el hospital es único en su género y modelo de atención se enfrenta al reto y compromiso de atender a una población cada vez creciente que requiere de una atención especializada (Reynoso, 2007).

Actualmente el Hospital cuenta con cinco áreas fundamentales:

- *Asistencial.* Con los servicios de hospitalización continua, parcial y clínicas de consulta externa.

- *Atención Integral.* A través de equipos interdisciplinarios que proporcionan atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental. Encargados de habilitar a los pacientes de capacidades que los lleven a un mejor desarrollo para adaptarse mejor a su medio familiar, social y escolar.
- *Psiquiatría Comunitaria.* Ofrece Educación para la salud, medidas preventivas y de intervención temprana fuera del hospital.
- *Enseñanza.* Apoya en la formación profesional de recursos humanos para la salud en diversas disciplinas afines a la salud mental.
- *Investigación.* Impulsa la generación de proyectos que coadyuven al mejoramiento del trabajo clínico.

El programa “La intervención del Psicólogo en un Hospital Psiquiátrico Infantil” que ofrece la institución como opción a los pasantes de la Licenciatura en Psicología para la prestación de Servicio Social es de carácter interdisciplinario. La institución ofrece una atención integral a todos sus usuarios; aquellos que ingresan a proceso terapéutico tienen un seguimiento minucioso, en el cual intervienen distintas disciplinas profesionales como son Medicina, Trabajo Social, Psicología y Enfermería.

Medicina. El proceso que sigue un paciente al solicitar atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se fundamenta en la labor del Médico Psiquiatra, quien realiza la valoración inicial del caso, determinando la pertinencia del seguimiento de un tratamiento farmacológico y/o psicológico para el menor. Se lleva a cabo un seguimiento minucioso de la evolución del paciente; es mediante los expedientes clínicos que se tiene comunicación con las distintas áreas de atención que involucran el servicio a la persona, de manera que, mediante las anotaciones, el médico puede dar seguimiento a la evolución del paciente dentro de la terapia; del mismo modo, el psicólogo puede ratificar la evolución médica del paciente.

Trabajo Social. Se realiza un estudio detallado de las condiciones socioeconómicas de cada paciente que ingresa a tratamiento dentro de la institución, con el objetivo, primero, de determinar el monto de la aportación económica que realizará por sesión clínica, y además sirve para que los otros profesionales de la salud involucrados en el proceso de la persona cuenten con un referente de la situación social-familiar-económica que pueden estar incidiendo en el estado clínico actual del menor.

Psicología. La institución cuenta con distintos servicios en los cuales, los profesionales en Psicología se desempeñan e inciden de manera directa en el proceso de cada paciente; la psicología dentro de este contexto se divide básicamente en el Servicio de Psicodiagnóstico y Psicoterapia. Dentro del servicio de psicodiagnóstico se realizan estudios a los menores en los diferentes ámbitos para tener conocimiento de sus capacidades, a nivel cognitivo, neurológico y afectivo, de manera que el estudio psicodiagnóstico se convierta en un referente que oriente al Servicio de psicoterapia a la aplicación de técnicas y estrategias terapéuticas de intervención requeridas para cada uno de los pacientes que son atendidos dentro del Servicio.

Enfermería. Los profesionales en Enfermería en colaboración con el Médico Psiquiatra se encargan de la valoración inicial del caso y del seguimiento del tratamiento farmacológico para el menor, llevando a cabo un seguimiento minucioso de la evolución del paciente.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", a través de su larga trayectoria y experiencia como único Hospital en su tipo, tiene el compromiso de formar profesionales de la Salud Mental con el fin de que al terminar los créditos como pasantes de la Licenciatura en Psicología, logren realizar programas, diagnósticos y tratamientos en beneficio de la comunidad.

El programa de Servicio Social "El papel del psicólogo en un Hospital Psiquiátrico Infantil" está orientado a que el prestador desarrolle los conocimientos y competencias suficientes para poder desempeñarse adecuadamente en el ámbito de la Psicología Clínica.

El objetivo del programa de Servicio Social en Psicoterapia con Enfoque en Análisis Conductual Aplicado es que el prestador participe e impacte en la mejora del desarrollo de niños y adolescentes que padecen trastornos de salud mental.

En este servicio la intervención psicoterapéutica con enfoque de Análisis Conductual Aplicado tiene como objetivo detectar conductas disfuncionales en el menor a través de una entrevista estructurada y dirigida hacia los padres. El terapeuta desarrolla habilidades de observación clínica para así poder aplicar técnicas y estrategias durante el proceso de intervención con la mayor precisión y calidad posible a niños y adolescentes que padecen trastornos de salud mental.

En vista de lo anterior, se decidió trabajar con un paciente, derivado por su médico paidopsiquiatra al servicio de Análisis Conductual Aplicado para valorar y determinar su ingreso a tratamiento; el paciente masculino de 8 años de edad fue diagnosticado con retraso mental moderado y rasgos autistas, con problemas de conducta en casa y escuela y con dificultades en el manejo de límites y reglas.

Estuvo a mi cargo desde la entrevista inicial hasta el cierre del tratamiento bajo la supervisión directa de la psicóloga adscrita al servicio.

La elección del caso se derivó con base a la gran diversidad de conductas disruptivas que el paciente presentaba en los diferentes escenarios en los cuales se encontraba y las dificultades que la madre tenía en el manejo conductual del menor.

CAPÍTULO 2

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

Número y descripción de los sujetos atendidos

En al Área de Análisis Conductual Aplicado fueron atendidos aproximadamente 300 pacientes por semana, los cuales se dividieron entre 4 psicólogas adscritas al servicio y cuatro pasantes en psicología dentro de los cuales yo me encontraba. Los usuarios iban desde los 2 años a los 16 años 11 meses, presentándose con mayor frecuencia los trastornos descritos en el anexo 3 de acuerdo a los criterios que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el CIE-10 en dónde la prevalencia es en varones con una edad promedio que va de los 7 a los 10 años de edad.

A continuación se expone la productividad como prestador de Servicio Social, ejemplificando en los siguientes gráficos el total de pacientes atendidos, los diagnósticos con mayor prevalencia, así como todos aquellos que fueron dados de alta, baja o que continuaron el tratamiento posterior al Servicio Social. Cabe mencionar que no hubo seguimiento en los pacientes que se mencionan debido a los lineamientos preestablecidos en la Institución de Salud.

En el siguiente gráfico se muestra el total de pacientes atendidos dentro del período de Servicio Social, correspondiendo a un total de 49 hombres y 7 mujeres diagnosticados previamente por su médico paidopsiquiatra.

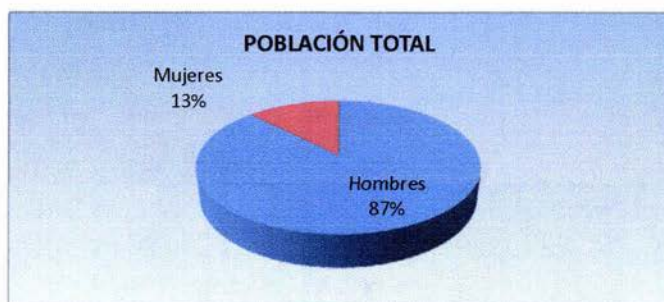


Gráfico 1. Número total de pacientes atendidos.

En el gráfico 2 se presenta el porcentaje de pacientes que fueron atendidos por la psicóloga adscrita al servicio (23 pacientes) y el prestador de servicio social (32 pacientes). Algunos de éstos pacientes, ya se encontraban en tratamiento, mientras que otros a penas iban a ser ingresados.



Gráfico 2. Total de pacientes atendidos.

En el gráfico 3 se muestra el número de pacientes atendidos por el prestador de Servicio Social, de los cuales corresponde a 29 hombres y 3 mujeres; obsérvese que la prevalencia en los pacientes atendidos está en los varones.



Gráfico 3. Pacientes atendidos por el prestador de Servicio Social.

En el gráfico 4 se muestra que la edad que prevalece más en los varones corresponde a un promedio menor o igual a 5 años con un total de 14 pacientes, siguiéndole 12 pacientes con una edad de 5 a 10 años y finalmente 2 varones mayores a 10 años.



Gráfico 4. Prevalencia de edad en varones.

En el siguiente gráfico se muestra la prevalencia de edad en mujeres que corresponde a un promedio entre 5 y 10 años con un total de 2 pacientes, siguiéndole 1 paciente menor o igual a los 5 años y finalmente una paciente mayor a 10.



Gráfico 5. Prevalencia de edad en mujeres.

El gráfico 6, muestra el total de pacientes atendidos con el diagnóstico obtenido por su médico paidopsiquiatra, se observa que existe mayor prevalencia en TDAH comórbido con algún otro trastorno psiquiátrico con un total de 18 pacientes; seguido del RM comórbido a otro trastorno psiquiátrico con un total de 10 pacientes; y finalmente 6 pacientes diagnosticados con algún trastorno del espectro autista.



Grafico 6. Diagnóstico de pacientes atendidos.

El gráfico 7 muestra el porcentaje de la modalidad terapéutica que se trabajó durante el período de servicio social; obsérvese que la prevalencia corresponde a la terapia individual bajo contexto grupal con un total de 22 pacientes y un menor porcentaje en terapia individual con un total de 11 pacientes.



Gráfico 7. Modalidad terapéutica de intervención.

En el gráfico 8 se muestra que solo 14 de los pacientes atendidos fueron dados de alta durante el período de Servicio Social. Por otro lado, 13 pacientes fueron dados de baja por inasistencias subsecuentes injustificadas y sólo 6 pacientes continuaron tratamiento dentro del Servicio de Psicoterapia.



Gráfico 8. Porcentaje de pacientes que concluyeron el tratamiento.

El punto focal en el área de Análisis Conductual Aplicado fueron las conductas clínica y socialmente relevantes que impactaron en el funcionamiento cotidiano del individuo. Estas conductas fueron evaluadas a través de la observación directa y continua en el tiempo durante períodos prolongados. Se hicieron evaluaciones y demostraciones de los factores ambientales que fueron responsables del cambio.

Cuando se iniciaba el proceso terapéutico se aplicaban técnicas y estrategias conductuales requeridas para cada uno de los pacientes de acuerdo a las

características de cada uno de ellos, así como estrategias conductuales para favorecer el funcionamiento en los diferentes ambientes en los que se encontraban.

Considerando como marco de referencia el Servicio de Análisis Conductual Aplicado, a continuación se describen detalladamente las actividades realizadas y las funciones profesionales desarrolladas durante la prestación de Servicio Social.

En primera instancia es importante mencionar que cada paciente que acudió solicitando el servicio fue referido por sus médicos tratantes (paidopsiquiatras), quienes determinaron a través de sus evaluaciones y observaciones clínicas la necesidad de que el paciente recibiera atención psicológica.

Ellos fueron quienes se encargaron de enviar por escrito su impresión diagnóstica con una breve descripción de los aspectos más relevantes de la situación del paciente. Con esta información fue posible orientar la entrevista e indagar sintomatología asociada al trastorno y ubicarlo en el contexto social que mantenía y favorecía la manifestación de los síntomas.

Una vez que el paciente llegó al servicio se le asignó la cita de primera vez en la cual se llevó a cabo la entrevista con formato estructurado y enfocado a las conductas observables en la cual se consideraban los antecedentes, consecuentes y topografía de cada una de las conductas disfuncionales (ver anexo 1).

Durante el proceso de entrevista se indagaron diferentes aspectos como el motivo de consulta, la historia del padecimiento, sus principales manifestaciones conductuales asociadas al conflicto; implicaciones sociales y familiares del estado clínico de ese momento del paciente y manejo de normas y límites en casa por parte de los padres o tutores.

Considerando que la Institución está especializada en la atención a pacientes menores de edad, se hizo partícipes a los padres o tutores dentro de este proceso terapéutico, de tal manera que se contara con un referente sobre la situación del menor.

La entrevista se llevo a cabo con los padres y solo en algunas ocasiones se complementó con la información verbal que arrojaba el paciente (debido a que la mayoría de los usuarios presentaban características limitadas y en ocasiones carecían del habla).

A partir de la elaboración de la entrevista se decidió si el paciente era candidato a intervención mediante este tipo de corriente terapéutica ó si requería de otro servicio al cual pudiera ser canalizado; asimismo, de ingresar al servicio, se iniciaba un período de 3 sesiones para observar, valorar y determinar la modalidad terapéutica a trabajar: terapia individual, terapia individual bajo contexto grupal u orientación a padres.

Si el paciente resultaba candidato a la intervención terapéutica, se determinaba el diagnóstico conductual del paciente, considerando los déficit y excesos conductuales que interferían en su funcionamiento con el fin de favorecer el control y disminución de las conductas disfuncionales que se encontraban presentes.

En el reporte del caso que se presenta, el paciente ingreso a tratamiento debido a los déficits y excesos conductuales que disminuían su nivel de funcionamiento.

Dentro de los criterios de inclusión se consideraron aquellas conductas que llevaban a los pacientes a niveles deficientes de funcionamiento; que fueron peligrosas para él mismo y los demás; que incrementaron el riesgo de daño, enfermedad, disfunción física o psicológica; que afectaron el funcionamiento adaptativo; y conductas que incrementaron los problemas a los individuos que las presentaban y/o con quienes tenían contacto.

Con base a lo mencionado, cada uno de los pacientes fue ingresado a tratamiento dentro del cual se emplearon diversas técnicas conductuales, ya sea para *adquirir* (reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y moldeamiento); *mantener* (reforzamiento intermitente, reforzamiento diferencial de tasa alta y baja, control de estímulos, reforzadores condicionados, y encadenamiento); *reducir*

(Extinción, tiempo fuera, castigo positivo, reforzamiento de otra conducta, reforzamiento de conducta incompatible, reforzamiento de conducta funcional equivalente, costo de respuesta o castigo negativo y saciedad);o *generalizar* una conducta (generalización de estímulo, generalización de respuesta, y desvanecimiento).

Cabe mencionar que el elemento principal fue el análisis funcional de la conducta, es decir, la identificación de las variables funcionales (importantes, controlables y causales) cuya manipulación resultó en un cambio clínicamente significativo de una determinada conducta (o conjunto de conductas) en un paciente particular.

Generalmente cuando se determinó intervenir, como prestador de servicio en psicología le brinde atención y seguimiento a cada uno de los pacientes que fueron ingresados a tratamiento, bajo la supervisión directa de la Psicóloga Adscrita al Servicio, así, de manera continua se llevo a cabo la revisión de casos clínicos con sustento teórico.

Cabe señalar que dentro del proceso terapéutico, y considerando la edad mental de todos y cada uno de los pacientes, se hizo uso de diversos instrumentos, tales como: materiales didácticos como juegos de mesa, de ensamble, de razonamiento, asociación, abstracciones, coordinación motora etc. que junto con las técnicas y estrategias conductuales se logro habilitar las áreas que impedían el funcionamiento del menor.

Intervención Terapéutica Individual

El plan de intervención se elaboro de acuerdo a las necesidades específicas de cada caso clínico, priorizando la incidencia en ciertos aspectos que resultaron de mayor relevancia clínica.

Me enfoqué en trabajar inicialmente con las conductas que ponían en riesgo la integridad del menor o las personas que se encontraban a su alrededor, tales como la agresión, autoagresión, hiperactividad e impulsividad. Fue esencial en esta parte dirigir continuamente las actividades que les fueron establecidas

ofreciendo una ayuda constante para disminuir las conductas disruptivas y favorecer el funcionamiento del individuo. El cambio se originó mediante una serie de diversas intervenciones. Cuando se logró disminuir las conductas disfuncionales, los padres entraron para observar el manejo conductual que se estaba realizando con el menor, para que posteriormente ellos lograran implementar las técnicas dentro del consultorio bajo supervisión, con el fin de mantener y generalizar las conductas funcionales en los diferentes ambientes y personas en los cuales se desenvolvía el individuo. Fue importante pedir el apoyo de todas y cada una de las personas que interactuaban con el paciente para generar mejores resultados en el tratamiento que estaba siendo implementado.

Dentro de las actividades realizadas hice hincapié en definir los problemas usando términos de conducta que fueron medibles; se hizo uso del diagnóstico conductual como el indicador por excelencia del grado en el que se estaba aliviando el problema de cada paciente. Los procedimientos y las técnicas de tratamiento fueron empleados en cada uno de los pacientes a fin de ayudarles a que funcionarán mejor en la sociedad.

Terapia Individual bajo Contexto Grupal.

La terapia individual bajo contexto grupal consistió en emplear la capacidad del paciente para lograr la interacción con otros utilizando el manejo de normas y límites para lograr el aprendizaje a través de las consecuencias de sus conductas.

Cabe señalar que los grupos se formaron de acuerdo a los diagnósticos conductuales de cada paciente, recursos con los que contaba éste, edad, sexo y escolaridad, de tal manera que hubiera homogeneidad en los mismos.

Los grupos de intervención terapéutica brindaron a los pacientes un espacio en el que pudieron ensayar y perfeccionar nuevos estilos de conducta mediante la interacción con sus compañeros de grupo; favorecieron la corrección de formas de comportamiento inadecuados promoviendo una mejor adaptación a las normas sociales. El objetivo fue que los pacientes fueran capaces de reflexionar sobre sus conductas, a través de la comparación con sus compañeros.

Orientación a padres

Aquellos casos en los que se determinó que la intervención se realizara a nivel de orientación a padres o tutores, se caracterizó por el hecho de que la situación clínica del paciente se relacionaba principalmente con un manejo inadecuado del menor; en su mayoría fueron casos en los que se refirió al menor con conductas disruptivas, con dificultad para el seguimiento de normas y límites en el contexto familiar provocando reacciones emocionales de molestia y tristeza. En estos casos fue importante realizar adecuadamente un diagnóstico diferencial en cuanto a la formulación del caso clínico, ya que de acuerdo a éste se determinó el tipo de contingencias contextuales que incidieron en la manifestación de la problemática del menor, y es a partir de ello que pudo optarse por realizar trabajos de orientación con los padres o tutores.

El número programado de sesiones generalmente fue de 5 con modalidad expositiva e interactiva, al inicio se les entregó a los padres un programa por escrito, donde se expusieron las conductas disruptivas, cómo y cuándo trabajarse.

Por otra parte, cabe señalar que semanalmente la cantidad de pacientes atendidos por cada personal adscrito al servicio correspondió a un promedio de 15 pacientes diarios, de los cuales algunos fueron atendidos en modalidad grupal, individual, entrenamiento a padres ó únicamente con orientación para el manejo conductual. Sin embargo, el espacio en el que se trabajó fue muy reducido y el material ya antes mencionado se encontraba en condiciones deficientes. Esto es importante, porque de acuerdo a las características de la población con la cual se trabajó se requería de un espacio mayor debido a que los pacientes generalmente fueron personas que se encontraban limitadas a nivel intelectual, motriz, de lenguaje y sobre todo con alteraciones en el desarrollo que, aunado a la falta de límites y reglas así como a la deficiente estimulación, generaron excesos de conductas disruptivas (golpear, escupir, gritar, rasguñar, aventar cosas en forma propositiva, etc.) y deficiencia en habilidades (limpiarse la nariz, agarrar objetos, seguir indicaciones, respetar turnos, etc.).

Supervisión de casos clínicos

La supervisión de los casos clínicos se realizó directamente con la psicóloga adscrita al servicio de Psicoterapia en Análisis Conductual Aplicado. En el proceso de valoración se consultó con ella los aspectos generales del caso para determinar la atención otorgada al paciente.

En todo momento la supervisión de casos clínicos tuvo como fundamento los contenidos analizados en las revisiones bibliográficas relativos a los aspectos conductuales. En la mayoría de las ocasiones la supervisora estuvo presente para observar el tipo de intervención que se llevó a cabo de manera directa con los pacientes, otorgando retroalimentación al final de cada sesión clínica, de manera que se pudiera orientar el plan de intervención y las técnicas empleadas para con los pacientes.

Elaboración de notas al expediente clínico

La Institución cuenta con expedientes clínicos en los cuales se registraron los procesos de cada uno de los pacientes que ingresaron a tratamiento. Este documento recabó la información de la atención que recibió el menor dentro de la institución en sus diferentes servicios: Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social.

Se contó con un registro minucioso de la historia clínica del paciente, incluyendo información relativa a las valoraciones médicas, estudios de gabinete realizados, valoraciones psicométricas, estudio socioeconómico, así como del proceso dentro del Servicio de Psicoterapia. El Expediente Clínico funcionó como principal vía de comunicación entre los distintos servicios a los que acudió el menor, de manera que mediante la revisión de las notas clínicas realizadas por el servicio de psicoterapia, el Médico Psiquiatra pueda dar cuenta de la evolución del paciente dentro del proceso terapéutico; de igual manera nosotros como pasantes en psicología pudimos informarnos acerca de las valoraciones realizadas por el departamento de Psiquiatría para orientar el proceso del paciente.

La elaboración de notas a expedientes clínicos se realizó reportando cada una de las sesiones pertenecientes al proceso de valoración, asentando el resultado del mismo. A partir de que los pacientes ingresaron al proceso terapéutico, las anotaciones se realizaron de manera mensual, reportando los aspectos más relevantes dentro del proceso; se menciono de manera general aspectos que fueron trabajados con cada uno de los pacientes, las reacciones que tuvieron durante el proceso, los cambios que presentaron a partir del último registro, así como otros sucesos relevantes a cada caso clínico. Mediante las notas a expedientes clínicos se llevo un registro de la situación clínica del paciente dentro de la institución, por lo que se dio cuenta de los procesos de alta del servicio de psicoterapia, baja a razón de inasistencias o referencia interna como resultado del proceso de valoración.

Revisiones Bibliográficas

Durante el proceso del servicio social hice de manera ocasional revisiones bibliográficas referentes a las técnicas empleadas en la modificación de conductas basadas principalmente en las conductas disfuncionales y en las características de los casos atendidos.

Las actividades que lleve a cabo fueron acordes a las planteadas en el cronograma de trabajo; de manera ocasional brinde apoyo administrativo tal como el llenado de estadísticas por día y semanal de los pacientes que asistieron o no a las sesiones programadas para su consulta. En éstas se consideraron datos del paciente, tales como edad, sexo, diagnóstico, enfoque y modalidad terapéutica que se trabajo, así como las altas y bajas del servicio de Psicoterapia en Análisis Conductual Aplicado.

Finalmente, la labor que desempeñe dentro de este servicio se caracterizó por un manejo adecuado de los pacientes, cuidando mantener un trato ético y profesional en la atención que se otorgo a cada una de las personas que acudieron a terapia a este Servicio.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

RETRASO MENTAL

Definición

Tanto la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), coinciden en definir el retraso mental como un trastorno caracterizado por limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual.

El retraso mental supone, básicamente, una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad (habilidades según terminología de la AAMR) adaptativa en por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autogobierno, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

A partir de esta definición, el Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) clasifican el retraso mental teniendo en cuenta dos criterios diferenciados. Así, la APA establece niveles de gravedad del retraso mental, utilizando para ello rangos de capacidad intelectual o, más específicamente, rangos de CI, mientras que la AAMR clasifica a la persona en función de la intensidad de los apoyos que requiere para su funcionamiento en la comunidad. Es necesario indicar que el Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992) clasifica también los niveles de retraso en función del CI.

Clasificación del retraso mental según el DSM-IV-TR

Conforme al DSM-IV-TR pueden especificarse cuatro grados de retraso mental, de acuerdo con el nivel de limitación intelectual: leve, moderado, grave y profundo.

A continuación se enumeran los distintos niveles de retraso mental, con el sistema de codificación de la CIE-10 precediendo al nombre del trastorno en la clasificación. Se incluyen también los rangos de CI establecidos en el DSM-IV-TR y los establecidos en el CIE-10 para el diagnóstico de uno u otro nivel de retraso. Como puede apreciarse, esta última clasificación plantea puntos de corte exactos, siendo así más restrictiva.

Tabla 1. Codificación de los niveles de retraso mental.

Denominación	Rangos CI (DSM-IV-TR)	Rangos CI (CIE-10)
R.M. leve	Entre 50-55 y 70	Entre 50 y 69
R.M. moderado	Entre 35-40 y 50-55	Entre 35 y 49
R.M. grave	Entre 20-25 y 33-40	Entre 20 y 34
R.M. profundo	Inferior a 20 o 25	Inferior a 20
R.M. de gravedad no especificada*		

+ La categoría de retraso mental de gravedad no especificada puede utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero no sea posible verificar la inteligencia del sujeto mediante los test usuales (por ejemplo, en individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o en el caso de los niños pequeños).

Tradicionalmente, el nivel de funcionamiento intelectual es definido mediante un cociente de inteligencia (CI) basado en el resultado de la aplicación de un test de inteligencia estandarizado y administrado individualmente, como las Escalas Wechsler, el Stanford-Binet o la batería de evaluación de Kaufman. Estas pruebas evalúan las diferentes capacidades verbales y no verbales de los niños, como el conocimiento del mundo, semejanzas y diferencias, conceptos matemáticos, etc., se parte del supuesto de que estos elementos juntos conforman la inteligencia.

En la psicología moderna, el resultado del test no basta para definir el nivel de la inteligencia, la definición de retardo mental exige que el nivel de funcionamiento adaptativo de la persona se encuentre también por debajo de la media (Hodapp y Dickens, 1996).

El funcionamiento adaptativo se refiere al grado en que una persona logra cumplir las exigencias de una vida normal, es decir, vivir con independencia y de acuerdo con los patrones de su comunidad. Si un ser humano está bien adaptado a su medio familiar y social, a pesar de una supuesta inteligencia baja, no se le considera como una persona con retardo mental (Galindo, Galguera, Taracena & Hinojosa, 2009).

Los individuos con retraso mental leve constituyen el mayor grupo, estimado en 85% de las personas con la perturbación (APA, 2000). Estos niños muestran frecuentemente pequeños retardos en su desarrollo durante los años de la educación preescolar, pero generalmente no son identificados antes de entrar a la escuela, o los problemas conductuales surgen solamente en los primeros años de la primaria. Muchos autores, como Jacobson y Mulick (1996), señalan que estos pequeños generalmente desarrollan buenas capacidades sociales y de comunicación durante la primera infancia (entre cero y cinco años), a pesar de sus modestos retrasos en el lenguaje expresivo; que generalmente tienen pocas deficiencias sensoriomotoras, o ninguna, y que al final de la adolescencia pueden adquirir capacidades académicas equivalentes a las del sexto año de primaria. Consideran que durante la edad adulta, las personas con retraso mental leve generalmente alcanzan capacidades sociales y vocacionales adecuadas para ganar su sustento, pero pueden necesitar supervisión, orientación y ayuda, especialmente cuando viven situaciones de estrés social o económico.

Las personas con un retraso mental moderado constituyen cerca del 10% de los afectados por este mal. Muchos autores informan que estos niños, en el momento de entrar a la escuela, se comunican a través de una combinación de palabras únicas y gestos, y muestran capacidades motoras similares a las de un bebé de dos o tres años de edad. La mayor parte de ellos adquieren capacidades de comunicación limitadas durante la infancia, obteniendo grandes avances si son entrenados en lo social y lo ocupacional, aunque es poco probable que progresen más allá del nivel del segundo año escolar. (Galindo et al., 2009).

Los individuos con retraso mental severo, constituyen aproximadamente 3 o 4% de los afectados por el retraso mental. Muchas de estas personas sufren una o

más deficiencias orgánicas que causan el retraso (como defectos genéticos) y son identificados a muy temprana edad, debido a sus notorios problemas de desarrollo y a sus visibles anomalías físicas, en estos niños conductas como mantenerse de pie, caminar o ir al baño pueden presentarse con un notorio retardo. Por tanto, además de la deficiencia intelectual, estos individuos pueden presentar dificultades para desplazarse y problemas de salud (respiratorios, cardíacos, etc.). Diversos autores consideran que la mayoría de estas personas requieren ayuda especial a lo largo de su vida, que durante la infancia adquieren poco lenguaje, o ninguno, que a los 12 años pueden llegar a usar frases de dos o tres palabras, y que entre los trece y los quince años sus capacidades académicas se asemejan a la de los niños de cuatro a seis años. Se considera que en la vida adulta estas personas pueden ser capaces de realizar tareas simples en situaciones supervisadas. (Galindo et al., 2008).

Los individuos con retardo mental profundo representan aproximadamente 1 a 2% de las personas afectadas con este mal. Generalmente son identificadas en la infancia debido a sus notorios retrasos en el desarrollo y a las anomalías orgánicas presentes (por ejemplo, las características faciales asimétricas). Durante la primera infancia muestran deficiencias considerables en el funcionamiento sensoriomotor. En general, se considera que solo son capaces de aprender tareas rudimentarias de comunicación y que requieren un entrenamiento intenso para aprender a comer, a arreglarse, a ir al baño y a vestirse. Consecuentemente, se asume que necesitarán cuidados y asistencia durante toda la vida. (Galindo et al., 2008).

La información disponible (Matson & Frame, 1986; Dykens, 2000; Pearson, Norton, & Farwell, 1997; Reid & Ballanger, 1995) señala que los niños y adultos con retardo mental pueden además mostrar perturbaciones conductuales que requieren una intervención especial, como las siguientes:

- *Pica*: se observa en los casos más serios de niños y adultos, puede provocar la ingestión de sustancias peligrosas (p. ej. papel, tierra).

- *Autoestimulación y autoagresión*: Las formas más graves incluyen golpear la cabeza con los muros, rascarse, morderse y clavarse objetos. Afecta 10% de los casos severos y profundos; puede poner en peligro la vida de la persona.
- *Hiperactividad con déficit de atención*: Afecta sobre todo a niños varones con retardo mental ligero.
- *Perturbaciones de conducta*: Incluye conductas agresivas físicas y verbales, conducta de oposición, faltar a la escuela, robar, mentir, etc. Como sucede en toda la gente pueden ser especialmente peligrosas durante la adolescencia y desembocar en la delincuencia.
- *Autismo*: La perturbación global del desarrollo infantil llamada autismo aparece en la mayoría de los casos asociada con retardo mental.
- *Otras incapacidades*: los niños con retardo mental pueden tener otras deficiencias físicas y sensoriales que pueden afectar su desarrollo y su salud en general. Cerca del 12% de los niños con retraso mental leve y el 45% de los niños con retraso mental moderado a profundo tienen al menos otra deficiencia, que puede ser parálisis cerebral, ceguera, sordera o epilepsia.

Causas del retraso mental

Los investigadores modernos consideran que existen dos tipos de retraso mental: el de origen orgánico y el de origen ambiental; se habla entonces del "grupo orgánico" y del grupo "familiar-cultural".

El retardo que presentan las personas del grupo orgánico tiene causas biológicas y se asocia habitualmente al retraso mental profundo y severo. La perturbación de las personas del grupo familiar-cultural no tiene causa orgánica y se asocia con el retraso mental leve (Zigler, 1967; Zigler & Hodapp, 1986).

El retraso mental de origen orgánico implica fuertes elementos biológicos, como factores genéticos e influencias neurobiológicas, mientras que el retraso mental familiar-cultural está vinculado a factores como la inestabilidad social, la

pobreza, la desnutrición, el cuidado inadecuado del niño y la psicopatología de los padres. Sin embargo, los dos tipos de factores suelen actuar conjuntamente, pues la aparición y el grado de la perturbación dependen en buena medida de la aplicación o no de un tratamiento.

Los factores causantes del retraso mental pueden actuar antes del nacimiento (prenatales), durante el parto (perinatales) o después del nacimiento (posnatales).

El retraso mental y la modificación de conducta

El tratamiento de los niños con retraso mental se ha concentrado en la enseñanza de actitudes básicas, cuidado personal, conductas sociales y lenguaje. Actualmente existe una cantidad considerable de estudios sobre la enseñanza de todo tipo de aptitudes a las personas con retraso mental; su objetivo último es explotar al máximo las capacidades del niño para aumentar hasta el mayor grado posible sus posibilidades de autosuficiencia. En este proceso de desarrollo ha tenido un papel central la modificación de conducta.

La modificación de conducta es la parte aplicada de la psicología experimental; sus métodos se han derivado principalmente del análisis de la conducta animal y humana en el laboratorio, análisis en el que ocupan un lugar prominente las técnicas de condicionamiento operante y plavloviano.

El análisis experimental de la conducta tiene ya una larga historia en la psicología moderna; su principal característica es que considera a la conducta como el objeto de estudio de la psicología, y utiliza una metodología científica rigurosa tanto para experimentar como para teorizar. Esta metodología permite unificar, en un solo continuo, fenómenos que a menudo se han estudiado considerándolos desvinculados entre sí, al grado de constituir campos de estudio diferentes dentro de la propia psicología: percepción, aprendizaje y memoria, motivación y emoción, pensamiento y lenguaje (Galindo et al., 2009).

CAPÍTULO 4

CONDUCTISMO RADICAL: EL ANÁLISIS EXPERIMENTAL DE LA CONDUCTA

Los teóricos tradicionales del aprendizaje se desgastaron debatiendo sobre la naturaleza del aprendizaje. Luego surgió una voz nueva que pedía el final de las teorías. B.F.Skinner (1950) sostenía que algunas de ellas, si bien podían ser divertidas, dificultaban el trabajo real de la psicología del aprendizaje: recoger hechos sólidos sobre el cambio de comportamiento.

Skinner (1974) distinguía su programa de investigación, el análisis experimental del comportamiento, de la filosofía de la mente y la ciencia que justifican y son justificadas por sus hallazgos empíricos. La filosofía de Skinner es el conductismo radical.

La filosofía del conductismo radical de Skinner sostiene que las causas del comportamiento y el aprendizaje radican en el ambiente de un organismo (que abarca el ambiente interno del organismo que responde a estímulos internos) antes que en el propio organismo. El comportamiento observable es una función de los cambios ambientales que puede expresarse mediante leyes, y el trabajo del psicólogo consiste en comprender esa función sin inventar entidades mentales u otras entidades hipotéticas que intervengan entre el ambiente y la conducta; a éste programa se le llama análisis experimental de la conducta.

Antes del trabajo inicial de Skinner (Skinner ,1938), la situación experimental más popular en la investigación del aprendizaje era el laberinto. Sin embargo, creía que el aprendizaje en el laberinto no era un comportamiento representativo.

El comportamiento de la vida real no se puede segmentar en ensayos discretos e independientes. Un mínimo de acción lleva inmediatamente a otro, siempre que estemos despiertos. Así pues, Skinner buscaba una disposición experimental que conservará las virtudes de la experimentación (control y manipulación precisa del ambiente) sin segmentar artificialmente el flujo de la conducta.

En opinión de Skinner, si estudiaba un comportamiento arbitrario, uno que no estuviera ligado a un reforzador o a una circunstancia desencadenante específica, cualquier regularidad descubierta en su adquisición sería de validez general.

Si reunimos estos requisitos, vemos que Skinner deseaba una metodología que fuera rigurosamente experimental y produjera resultados de alto carácter general, sin interferir en el flujo natural del comportamiento. Lo que se le ocurrió se ha hecho famosos como "la caja de Skinner", aunque él prefería llamarlo "un espacio experimental" y eclipsó rápidamente a todos los competidores, al ser adoptada como la metodología preferida en la investigación del aprendizaje animal, incluso entre los psicólogos que no son conductistas radicales.

Análisis Conductual Aplicado

Skinner (1975) sostiene que la Psicología debe considerar como tema de estudio a la conducta, descubriendo relaciones entre variables observables y medibles.

El Análisis Conductual ofrece una metodología para aplicar esos conceptos y principios directamente a una gran variedad de problemas de conducta y una filosofía de la ciencia que insiste en proporcionar sus explicaciones en términos observables acerca de interacciones entre conductas individuales y sus condiciones determinantes.

Esta orientación está de acuerdo con el énfasis que hacen Tharp y Wetzel (1969) quienes dicen: El punto más efectivo de intervención con el individuo que muestra perturbaciones conductuales es más probablemente el medio perturbador, más que el conjunto de condiciones internas perturbadoras.

El Análisis Conductual Aplicado se desarrolla a partir de tres cambios Fundamentales:

1. Cambio en el medio en forma de objeto, acontecimiento que influye en el organismo, al cual se le denomina estímulo.
2. Cambio en el organismo, que se da en forma de comportamiento observable al que se le llama respuesta o conducta.

3. Un nuevo cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento, efecto de dicha conducta, al que se le llama consecuencia.

Esta triple relación de contingencia es la base del Análisis Experimental y Aplicado de la Conducta.

Según Bijou (1969), las suposiciones básicas del Análisis Conductual se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. Las interacciones entre un organismo como un todo y los eventos medioambientales deben ser el objeto de estudio de la Psicología.
La investigación debe referirse al control y predicción de esas interacciones en términos medibles, observables, y reproducibles.
2. Las interacciones entre un organismo integral y su medio ambiente son de carácter funcional y obedecen a leyes. Los cambios Psicológicos de un organismo están en función de su historia de interacción y su estado presente.
3. Uno de los objetivos de la Psicología es la conducta, la cual existe en continuidades que se suceden en diferentes etapas del desarrollo, en interacciones especiales, en historias de desarrollo normal y desviado, en procedimientos de investigación aplicada y básica, y en análisis de fenómenos psicológicos comenzando con los datos crudos hasta las formulaciones teóricas.
4. Las interacciones complejas evolucionan de interacciones simples, ya que el análisis de las interacciones complejas involucra muchos conceptos y principios tales como el control del estímulo fino, variaciones en el escenario, programas de reforzamiento complejos y otros.
5. Un sistema psicológico y la tendencia que genera deben ser flexibles. Un nuevo concepto o técnica pueden integrarse a lo ya existente, siempre y cuando cumpla con los requisitos de ser observable, funcional y que no contradiga los datos en existencia.

El Análisis Conductual pretende demostrar relaciones funcionales ó evaluar aplicaciones prácticas de los conceptos y principios, con la posibilidad de replicar los hallazgos entre-sujetos e intra-sujetos (Sidman, 1960).

Los eventos que interaccionan con las respuestas del individuo se encuentran en el medio ambiente. Son eventos observables y medibles y tienen dimensiones funcionales que pueden ser discriminativas, reforzantes o evocadoras.

Las respuestas y los eventos medio ambientales tienen funciones recíprocas: los estímulos se definen en términos de sus efectos sobre el organismo, y las respuestas del organismo en términos de sus efectos sobre eventos observables del medio ambiente; por lo tanto, la unidad básica del Análisis Conductual se apoya en el estudio de estímulo-respuesta-consecuencia. La relación del organismo con los estímulos que lo impactan en todo momento pueden ser de tal naturaleza que ciertas respuestas se ven fortalecidas por estímulos consecuentes; lo cual las cataloga como conductas operantes, o corresponden a respuestas que ocurren con función de estímulos antecedentes específicos a cada respuesta, o sea, conducta respondiente.

Edward L. Thorndike (1874-1949) desarrolló la "Ley del Efecto", que proponía que los organismos repiten las conductas que producen consecuencias satisfactorias; ésta fue la base del condicionamiento operante. Basado en este trabajo, B.F.Skinner formuló un modelo sistemático del condicionamiento operante, donde especificó los tipos y naturaleza de los reforzamientos como estrategia para modificar la conducta.

Un reforzador es un evento que aumenta la conducta subsecuente cuando sigue en tiempo a la conducta. Operacionalmente se identifica un evento como reforzador positivo si la frecuencia de las respuestas de una clase dada (operante) aumenta cuando la presentación del evento se hace contingente a una respuesta de esa clase. El reforzamiento es la presentación de un reforzador en una relación temporal específica respecto a una operante.

El efecto primario del Reforzamiento es fortalecer e intensificar ciertos aspectos de la conducta resultante. Éste aumento en la conducta ocurre comúnmente de inmediato, persiste en el tiempo, se debilita y declina gradualmente en ausencia del reforzamiento. Se suele dividir este efecto del reforzamiento en condicionamiento y extinción. El condicionamiento se refiere al fortalecimiento de la conducta por el reforzador. La extinción se refiere a la disminución subsecuente después de que se discontinúa el reforzamiento.

Skinner creía que para describir científicamente la adquisición, retención o pérdida de un comportamiento se deben especificar tres cosas: la propia respuesta, el ambiente en el cual la respuesta es más probable que ocurra y el reforzador responsable de la adquisición y el mantenimiento de la respuesta. Skinner (1969) denominó a estas tres cosas "contingencias de reforzamiento".

Formalmente la contingencia es definida como una regla que establece una relación condicional y su consecuencia.

Aunque las contingencias son establecidas frecuentemente en el futuro, es evidente que son reglas basadas en la observación hecha en el pasado (Millenson, 1968).

Los efectos de la presentación de reforzadores de acuerdo a especificaciones precisas, se les da el nombre de programas de reforzamiento.

Estos programas han sido estudiados por dos razones:

1. Por la importancia teórica e histórica de la frecuencia de ocurrencia de una respuesta en el tiempo como una unidad fundamental de análisis en el estudio de la conducta operante.
2. Por la facilidad para estudiar la frecuencia con que ocurre una respuesta arbitraria, conveniente en comparación con la dificultad para estudiar objetivamente las pautas cambiantes de topografía, fuerza, ubicación, etc.

Los experimentos de Skinner (1975) sobre los reforzamientos diferenciales respecto a la intensidad y duración de la respuesta, demostraron que era posible programar el reforzamiento en relación a propiedades de conductas diferentes a la tasa de ocurrencias. Un programa puede especificar el reforzamiento de acuerdo

con el número de respuestas emitidas, con el espacio temporal de las respuestas, o con el tiempo transcurrido a partir de algún acontecimiento previo.

Los requerimientos de número, espacio y tiempo pueden combinarse para producir programas más complejos.

A continuación se exponen los programas de refuerzo que nos sirven para incrementar y mantener la conducta de acuerdo con Martin & Pear (2005):

Programas de refuerzo

Un programa de refuerzo es una regla que especifica que incidencias de una conducta dada se reforzarán, si es que se puede reforzar alguna.

Se han realizado experimentos sobre los efectos de diversas estrategias para reforzar comportamientos, dentro del tema de programas de refuerzo. Cualquier regla que especifique un procedimiento para reforzar un comportamiento sólo ocasionalmente se llamará *programa de refuerzo intermitente*. Existe un número ilimitado de tales programas. Puesto que cada uno produce sus propios patrones de conducta característicos, los diferentes programas son adecuados para diferentes tipos de aplicación

Todos los programas de refuerzo incrementan y mantienen la conducta. El programa intermitente que incrementa y mantiene la conducta tiene diversas ventajas sobre el refuerzo continuo: a) el reforzador se mantiene eficaz durante más tiempo, debido a que la saciedad aparece lentamente; b) se necesita más tiempo para extinguir una conducta que ha sido reforzada intermitentemente que para una que ha sido reforzada continuamente; c) las personas trabajan con mayor consistencia bajo ciertos programas intermitentes que bajo refuerzo continuo; d) las conductas que han sido reforzadas intermitentemente persisten más fácilmente cuando se transfieren a los reforzadores del entorno natural.

Los cuatro tipos de programas para incrementar y mantener la conducta son: de razón, de intervalo simple, de intervalos con márgenes limitados y de duración. Cada uno de estos se subdivide en fijo y variable, dándonos ocho programas básicos.

Programas de razón

En un programa de razón fija (RF), el refuerzo aparece cada vez que se emite un número determinado de una clase determinada de respuestas.

Cuando se introducen gradualmente los programas de RF, provocan una secuencia de conducta altamente estable hasta que aparece el refuerzo, así como una pausa postrefuerzo (es decir, una pausa de respuesta tras el refuerzo). La duración de la pausa postrefuerzo depende del valor del RF a mayor valor, mayor será la pausa. Además producen una alta resistencia a la extinción.

En un programa de razón variable (RV), el número de respuestas requeridas para provocar la aparición del refuerzo cambia de un refuerzo a otro de forma no predecible. El número de respuestas requeridas para cada aparición del refuerzo en un programa RV varía en torno a un valor medio que se especifica al designar cada programa concreto de RV.

Programas de intervalo

En un programa de intervalo fijo (IF) se refuerza la primera respuesta después de que haya transcurrido un período de tiempo fijo tras la última aparición del refuerzo. En este momento comienza un nuevo intervalo. El único requisito para que se de el refuerzo, es que la persona realice dicha conducta cuando el refuerzo está disponible debido al paso del tiempo.

En un programa de intervalo variable (IV), la duración del intervalo cambia de un refuerzo al siguiente de forma no predecible. La duración de los intervalos en un programa IV varían alrededor de un valor promedio, valor que se especifica en la designación de ese programa IV en particular.

Normalmente, los programas de intervalo fijo no suelen utilizarse en programas de modificación de conducta, por varias razones: a) IF produce pausas postrefuerzo; b) aunque los programas IV no producen pausas postrefuerzo, generan niveles de respuesta más bajos que los programas de razón; y c) los

programas de intervalos fijo requieren un control continuo del comportamiento después de cada intervalo hasta que ocurre la respuesta.

Programas de intervalo con márgenes limitados

Un margen limitado es un tiempo limitado, una vez que esté disponible el reforzador, en el que la respuesta producirá tal reforzador. Un margen limitado es esencialmente un plazo límite para cumplir el requisito de respuesta de un programa de refuerzo.

Un programa de intervalo con márgenes limitados es lo mismo que un programa de intervalo fijo, con el requisito añadido de que la respuesta debe darse en un tiempo limitado del que se dispone nada mas haya pasado el intervalo. Esto es, una vez que el refuerzo es "establecido", su disponibilidad se "margina" sólo durante un período limitado.

Programas de duración

En un programa de duración, el refuerzo se presenta después de que la conducta se haya dado durante un período de tiempo continuo. En un programa de duración fija (DF), el período en el que la conducta debe darse es constante refuerzo a refuerzo. El valor del programa DF es la cantidad de tiempo que la conducta debe estar dándose de forma continua para que se produzca el refuerzo.

En un programa de duración variable (DV), el intervalo de tiempo en el que la conducta debe darse de forma variable, cambia de forma no predecible de refuerzo a refuerzo.

En los programas de modificación de conducta, los programas de duración solo son útiles cuando la conducta meta puede medirse continuamente y reforzarse según su duración.

La programación es la especificación de los pasos sucesivos y de las diversas operaciones que se utilizan para alcanzar una conducta final. Uno de los

problemas fundamentales de la programación de un repertorio conductual es establecer el punto de partida. La programación variará de acuerdo con la conducta inicial, a partir de la cual se establece un nuevo objetivo de respuesta; éste repertorio inicial es importante ya que permite evaluar si el sujeto posee el mínimo necesario de conducta para desarrollar el programa o aplicar programas que establezcan repertorios antecedentes; así también para evaluar en términos cuantitativos el progreso que se logra en la consecución de los objetivos conductuales del programa.

Lo que determina la categoría experimental de diseños e información es la aplicación de los procedimientos de la metodología experimental. Entre estos, el máspreciado es el control experimental sobre las variables que pueden determinar el comportamiento de las variables dependientes, las variables independientes y las variables extrañas.

Algunos otros factores que determinan la conducta son:

1. Los determinantes biológicos del pasado dentro de los cuales figuran los factores hereditarios, prenatales y perinatales. La importancia de estos factores reside en que pueden producir cambios en el organismo, siendo en la mayoría de las ocasiones irreversibles.
2. Los determinantes biológicos actuales abarcan una gama muy variada de factores que van desde los estados de desnutrición, la falta de sueño, las enfermedades transitorias y el consumo de drogas.

Es preciso establecer estos determinantes, pues tienen funciones que predisponen, es decir, afectan de manera diversa la acción de los estímulos discriminativos y reforzadores comunes.

3. Historia previa de reforzamiento, la cual se entiende como el conjunto de interacciones mantenidas entre el organismo y su medio. El estudio de dicha historia nos puede indicar:
 - a) La carencia de ciertas formas de estimulación reforzante.
 - b) El reforzamiento de conductas indeseables.

c) La utilización excesiva de estimulación aversiva.

4. Las condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos discriminativos, reforzantes y que predisponen generan la triple relación de contingencia que se encuentran presentes en el momento en que se hace la observación del desarrollo conductual. Abarcan estímulos reforzantes que guardan relación con diversas conductas. Tiene fundamental importancia al establecer cuáles son estos elementos, dado que la manipulación conductual que se va a efectuar dependerá directamente de ellos y esto quizá constituye el factor más destacado desde el punto de vista de una tecnología conductual (Ribes, 1975).

Tratamiento conductual

El tratamiento conductual presupone la manipulación de una serie de procedimientos que tienden a diseñar el ambiente general e individual del sujeto, de modo tal que facilite y promueva la adquisición de las conductas que sean necesarias para remediar cuando menos parcialmente la conducta problema; haciéndose hincapié en la programación explícita y objetiva de la triple relación de contingencia, para que en pasos sucesivos se compensen las deficiencias existentes mediante la creación de nuevas conductas y el incremento de su potencialidad funcional.

El tratamiento conductual abarca tres aspectos fundamentales:

1. El aprendizaje de nuevas conductas.
2. El aumento de frecuencia en conductas positivas ya existentes.
3. La supresión de conductas disruptivas.

La manipulación básica opera a través de los estímulos discriminativos y reforzadores, así como de otros estímulos con propiedades aversivas. El punto fundamental del tratamiento es otorgar cierto grado de probabilidad a conductas ya especificadas por el diagnóstico funcional. Se establecen objetivos

conductuales futuros que puedan medirse a través de la frecuencia temporal con que aparecen las conductas, los datos obtenidos pueden compararse con las observaciones iniciales del diagnóstico. Todo tratamiento conductual debe poder evaluarse en forma cuantitativa.

El tratamiento conductual se comprende generalmente de dos etapas:

1. El 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 el tratamiento individual.

En la primera etapa, el tratamiento se individualiza en términos de las especificaciones particulares del sujeto en cuestión. Se diseña un ambiente especial que facilite las manipulaciones y procedimientos tendientes a incrementar su repertorio de conductas. Este ambiente, además del uso de reforzadores y estímulos bajo control directo del terapeuta, incluye una programación completa de todas aquellas conductas necesarias para el proceso de habilitación y rehabilitación.

Se procede paso a paso, tanto en el desarrollo de nuevas conductas como en el aumento de la responsividad a los reforzadores naturales, al establecimiento del mayor número posible de estímulos discriminativos, a la interacción compleja de las conductas que el sujeto adquiera.

El tratamiento individual concluye cuando la propia conducta del sujeto muestra que los criterios prefijados se han alcanzado, o bien, si las técnicas de las cuales disponemos han logrado todo el desarrollo posible de sus potencialidades conductuales.

El segundo aspecto del tratamiento en el cual la intervención directa sobre el medio al que será trasladado el sujeto, ya sea un ambiente institucional o su ambiente natural familiar, se refiere a que las tareas son programadas de acuerdo con las posibilidades del repertorio conductual y deben impartirse instrucciones o entrenamiento a las personas que de una manera u otra su conducta afecta en la conducta del paciente.

CAPÍTULO 5

PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS COMPORTAMENTALES BÁSICOS

En el programa de Modificación de Conducta el conjunto de operaciones y procedimientos experimentales necesarios para que un organismo adquiera, mantenga y/o debilite la conducta son:

Técnicas para facilitar la aparición de conductas deseables

1) *Modificación del ambiente físico.* El espacio físico ha de modificarse en función de los objetivos. Esta técnica facilita el aprendizaje de conductas sociales y también instruccionales. Los efectos positivos son de larga duración.

2) *Comunicación positiva.* Se basa en la influencia del lenguaje interactivo y positivo. Se lleva a cabo a través de las denominadas habilidades expresivas y conversacionales. La técnica es muy eficaz con todo tipo de personas y de situaciones cuando se mantiene bajo determinadas condiciones: mensajes claros, escucha activa, clima de confianza. Los efectos son de largo plazo en un tipo de relación simétrica en cuanto a consecución de objetivos por ambas partes.

3) *Instigación verbal.* Su finalidad es facilitar la emisión de conductas que no se dan aun cuando las condiciones ambientales son propicias.

La técnica se fundamenta en el poder del lenguaje para modificar la conducta.

Las instrucciones deben ser precisas y adecuadas a las características del destinatario y que este tenga los prerequisites necesarios básicos como comprensión del lenguaje y control de la conducta. Útil en orientación familiar sobre todo en el entrenamiento de padres e hijos o personas mayores dependientes que tienen discapacidades psicológicas o físicas y estas les causan necesidades específicas.

Los resultados son muy positivos cuando las respuestas esperadas son reforzadas positivamente, su permanencia es larga si va acompañada de reforzamientos.

4) *Modelamiento: Observación de un modelo.* Es un procedimiento en el que presenta a un individuo una muestra de un comportamiento determinado para inducirle a que realice una conducta similar.

Es una técnica estrella desde la perspectiva conductual. Por una parte por la aparición de nuevas conductas y por otra, el aumento en la frecuencia de las conductas que ya existen.

Para que sea eficaz se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El modelo debe gozar de prestigio reconocido por el observador o grupo de referencia.
- Utilizar modelos competentes y con experiencia.
- El modelo ha de ser de mayor edad que el observador.
- Compartir alguna experiencia con el modelo aumenta las posibilidades de imitación.
- Tanto las conductas del observador como las del modelo han de ser reforzadas positivamente.
- Su eficacia es mayor con niños y adolescentes que con adultos y con poblaciones que tienen deficiencias que aquellas que no las tienen.

Una variante del modelamiento es el modelamiento encubierto muy utilizado en orientación y terapia familiar. Consiste en la observación del modelo a través de la imaginación. Se ha utilizado en la población infantil para reducir miedos, incrementar la interacción social en niños autistas, mejorar hábitos de estudio y ansiedad ante los exámenes. La duración de los efectos es larga si las imitaciones que el modelo hace de la persona cuya conducta queremos modificar se refuerzan de manera intermitente.

5) *Desvanecimiento de la estimulación precedente*. El desvanecimiento es el cambio gradual de un estímulo que controla una respuesta a lo largo de ensayos sucesivos, de modo que, al final, la respuesta se da tras un estímulo parcialmente cambiado o totalmente nuevo (Deitz & Malone, 1985).

Se pretende que las conductas aprendidas se mantengan cuando desaparecen los estímulos, reforzadores o instigadores que facilitaron su aparición. Consiste en eliminar progresivamente y gradualmente todas las ayudas externas comenzando por la guía física, continuando con la instigación verbal y finalizando con los reforzadores hasta que la conducta se mantenga con los estímulos naturales. La técnica permite mantener los aprendizajes y generalizarlos a situaciones diversas.

6) *Moldeamiento*. El moldeamiento consiste en el reforzamiento sistemático de las aproximaciones sucesivas a la conducta terminal y la extinción de las aproximaciones anteriores. Puesto que la conducta tiene una nula probabilidad de aparición, no es posible incrementar su frecuencia simplemente esperando a que suceda; el terapeuta ha de ir reforzando una respuesta que se da con frecuencia mayor a cero y que se parece, al menos vagamente, a la respuesta final deseada. Cuando esta respuesta inicial se da con una alta frecuencia, el terapeuta deja de reforzarla y comienza a reforzar una conducta más cercana a la final deseada. De este modo, la respuesta final se configura paulatinamente mediante el refuerzo de aproximaciones sucesivas.

El moldeamiento consta de diferentes fases:

- Fase 1: especificación del objetivo final o conducta objetivo.
- Fase 2: descomponer el objetivo final en partes o conductas intermedias. Provisión de reforzadores que se administraran a cada aproximación y los criterios que servirán de indicadores de éxito.
- Fase 3: elección de una de las conductas de la persona para que sirva de punto de partida.
- Fase 4: aplicación de la técnica reforzando los primeros ensayos. A medida que el objetivo de la fase se alcanza se disminuyen los reforzadores y los estímulos.

-Fase 5: se trabajan las secuencias que faltan para la consecución final.

Es una de las técnicas más utilizadas en orientación y terapia familiar (adquisición de hábitos de higiene, control de la impulsividad, etc.).

Una variante es el encadenamiento, para obtener y mantener conductas complejas a partir de otras más simples que ya existen en el repertorio conductual del sujeto (formas de reacción). Su desarrollo es parecido al del moldeamiento pero puede iniciarse por la primera fase (encadenamiento hacia delante) o por la última (encadenamiento hacia atrás).

En cualquier caso el último paso siempre será reforzado.

7) *Generalización*. Se considera la generalización como la incidencia de conductas relevantes bajo diferentes condiciones no entrenadas sin que tales acontecimientos de las condiciones no entrenadas se hubieran programado en las condiciones de entrenamiento.

a) *Entrenamiento en generalización*. El entrenamiento en generalización consiste en reforzar conductas en los diferentes ambientes en los que se desarrolla el individuo, es decir, la conducta se extrapola a ambientes y situaciones distintas de aquellas en las que se realizó el cambio conductual.

Se puede programar la generalización cuando se necesita una manipulación extra para provocar cambios fuera del entrenamiento; o se puede programar siempre y cuando el costo o extensión sea claramente inferior a la de la intervención directa.

Técnicas para incrementar conductas deseables

1) *Reforzador positivo*. El reforzador positivo es “algo” que, cuando se presenta después de una conducta, hace que ésta suceda con más frecuencia (o aumenta la probabilidad de que ocurra).

El principio del refuerzo positivo establece que, si en una situación dada una persona hace algo que es seguido por un reforzador positivo, es más probable que esa persona haga de nuevo la misma cosa cuando se enfrente a una situación similar.

Los reforzadores se han de aplicar siguiendo las siguientes reglas:

- *Contingencia.* Significa que el reforzador se ha de aplicar dependiente de la acción que se quiera incrementar, nunca antes.
- *Inmediatez.* Aplicación inmediata. El tiempo que se deja pasar atenúa los efectos del reforzador.
- *Información.* Informar a la persona o al grupo de lo que queremos de ellos y cuáles son las consecuencias o reforzadores que se les va aplicar. Para evitar ansiedad o desorientación.
- *Credibilidad.* La eficacia de los reforzadores está relacionada con la disposición de quien los aplica.
- Un reforzador aplicado de manera constante y durante largos periodos pierde eficacia.
- La retirada brusca y la omisión del reforzador debilita la respuesta y puede llegar a extinguirla.
- Delimitar con precisión las respuestas que queremos reforzar para no reforzar equivocadamente a otras.
- La persona asocia reforzadores a las palabras que los acompaña. Si estas son negativas el refuerzo pierde eficacia.
- La intensidad del refuerzo se ha de variar según en qué etapa del tratamiento se esté: más refuerzo al principio e irlos espaciando después.
- La cantidad y la calidad del refuerzo ha de estar en consonancia con la cantidad y calidad de la conducta.

2) *Reforzadores negativos.* Son estímulos desagradables, cuya supresión aumenta la probabilidad de respuesta que los elimina o pospone.

No es lo mismo reforzamiento negativo que castigo. El castigo se emplea para eliminar respuestas disruptivas o rechazadas socialmente, el refuerzo negativo se utiliza para incrementar conductas deseadas o aceptadas socialmente, pero que se dan con poca frecuencia.

Eliminar el reforzador negativo incrementa la posibilidad de que la conducta deseada se produzca con más frecuencia. Consiste en incrementar la conducta deseada a partir de la reducción o desaparición de estímulos aversivos.

Hay muchas situaciones que nos obligan a tomar medidas para evitar o mitigar sensaciones o situaciones negativas (taparnos para no pasar frío, por ejemplo). Las condiciones para aplicarlas son las mismas que para el reforzamiento positivo.

3) *Principio de Premack*. Recibe el nombre del investigador Premack, que estudio el poder reforzador de muchas de las conductas que voluntariamente emitimos: ver la tele, leer, salir.

La técnica consiste en utilizar actividades o conductas de alta frecuencia para incrementar conductas de baja frecuencia. Por ejemplo: el niño que habitualmente ve la tele podrá hacerlo si antes ha hecho los deberes. Los efectos de esta técnica son largos cuando se aplican adecuadamente.

4) *Contrato de contingencias*. Técnica compleja basada en el principio de Premack. Junto con el reforzamiento positivo y el negativo la finalidad es incrementar conductas positivas que ya existen en el repertorio pero que no son frecuentes. Se trata de un contrato o acuerdo escrito en el que se comprometen las partes implicadas a cumplir lo estipulado y a respetar los derechos del otro. Ambos tienen derechos y obligaciones que se han de repartir de forma equitativa.

Condiciones:

- No se trata de obligaciones sino de un acuerdo de colaboración.
- Las recompensas han de ser proporcionales al esfuerzo.
- El contrato conductual se mide en función de la disponibilidad de las partes para asumir responsabilidades.

- El contrato ha de ser claro, comprensible y preciso.
- Formulado en términos positivos.
- Que quede claro que las recompensas sólo existirán si se alcanzan los objetivos de acuerdo a las condiciones estipuladas.

Secuencia para esta técnica:

- Análisis funcional de la conducta que se quiere modificar.
- Descripción operacional de la misma (rasgos observables, medibles y evaluables).
- Selección de reforzadores.
- Participación de todas las partes implicadas.
- Exposición del programa de intervención y presentación de la técnica.
- Identificación de recompensas y elección para cada una de las partes.
- Jerarquización de recompensas en función de los objetivos.
- Consenso sobre los términos del contrato y pactar los costos (para facilitar su cumplimiento)
- Redacción y firma del contrato.
- Determinación del procedimiento de verificación del cumplimiento de acuerdos.

Técnicas para reducir o extinguir conductas inadecuadas

Se trata de todo un bloque de técnicas cuyo objetivo es el de extinguir conductas que interfieren en la dinámica familiar, escolar y/o social.

1) *Refuerzo diferencial de tasas bajas*. El refuerzo solo se da cuando la respuesta aparece con una frecuencia baja, consiguientemente la respuesta aparecerá pocas veces.

Lo que se pretende es *reducir (no extinguir)* la frecuencia de una respuesta aceptada pero que por su frecuencia es molesta. Por ejemplo participa demasiado en el aula sin dejar intervenir a los demás. Se refuerza solo un número determinado de respuestas fijadas previamente, en número inferior a la línea base,

y en un tiempo predeterminado. Si se supera el número de respuestas no se da la recompensa.

Si no se aplica adecuadamente puede reforzar conductas inadecuadas por lo que conviene reforzar de vez en cuando las conductas deseables.

2) *Refuerzo diferencial de otras conductas* (o entrenamiento en omisión). Es útil en personas difíciles y de alto riesgo en ambientes educativos y sociales. Refuerza cualquier conducta positiva excepto la que se quiere eliminar (molesta diciendo tonto), se le refuerza cuando ayuda a los demás, se les retira cuando dice tonto.

Este procedimiento podría llevarse a cabo poniendo un cronómetro a cero cada vez que ocurra un berrinche y dejando que pasen los segundos cuando termine el berrinche. El refuerzo se presentaría una vez pasado determinados minutos sin berrinche.

3) *Refuerzo de conductas alternativas*. Refuerzo solamente de aquellas conductas incompatibles con la que se quiere extinguir (gritar incompatible con hablar en voz baja). La dificultad está en encontrar conductas alternativas, ya que a veces se parecen demasiado a la que queremos eliminar.

4) *Costo de respuestas*. Es una variante de la técnica "Economía de fichas". Se trata de retirar un número de reforzadores a la persona cuando esta emite la conducta que queremos extinguir. La retirada ha de hacerse de manera inmediata después de la emisión de la conducta. Esta técnica es eficaz en el control de normas de convivencia en el grupo familiar y escolar.

5) *Economía de fichas*. Es un programa en el que un individuo o un grupo de individuos pueden ganar fichas (objetos tangibles parecidos a las fichas de póker) por emitir diversas conductas deseables, y en el que las fichas pueden ser canjeadas por reforzadores de apoyo. (Las fichas pueden ser cualquier material u objeto agradable y manejable. Las recompensas podrán ser todo aquello que se

sepa que lo es para el sujeto. Las condiciones de aplicación son similares a las del Costo de respuesta).

Se trata de un sistema de reforzamiento en que se administran fichas como refuerzo inmediato, fichas que son respaldadas posteriormente permitiendo que se cambien por recompensas valiosas. (Por ejemplo los cartoncitos que dan las paradas de las ferias ambulantes, que suman unos "puntos" que se convertirán en regalos). Los componentes de la técnica son:

- a) La ficha o medio de intercambio.
- b) Las recompensas o refuerzos.
- c) El conjunto de reglas que definen las interrelaciones entre las conductas específicas para obtener fichas y los refuerzos de respaldo por los que se pueden cambiar las fichas.

6) *Tiempo fuera de reforzamiento*. Consiste en retirar temporalmente al sujeto de las fuentes del lugar en que operan los reforzadores o recompensas, esto se hace inmediatamente después de la conducta.

Esta técnica se utiliza fundamentalmente cuando, aun conociendo el refuerzo que mantiene una conducta, no podemos suspender su administración. En estas circunstancias, se saca al sujeto de esa situación cuando ejecuta la conducta desadaptada; a consecuencia de ello, el sujeto pierde el contacto con los estímulos discriminativos que provocaban esa respuesta y con los refuerzos que la mantenían. El tiempo fuera puede asumir multitud de formas, y hay variantes en que sólo se retiran de la situación los estímulos discriminativos que provocaban la respuesta y/o los refuerzos que la mantenían, sin desplazar al sujeto de la misma; a ésta modalidad se le denomina tiempo fuera parcial. Si se desplaza al sujeto de la situación, aplicaríamos un tiempo fuera total. La desconexión del sujeto de los estímulos discriminativos que provocan la aparición de la respuesta y de los refuerzos que la mantienen produce una supresión inmediata de esa conducta.

Para que esta técnica sea eficaz se deben controlar las siguientes variables:

- El lugar al que es enviado el sujeto, debe estar libre de estímulos reforzantes.
- Permanencia corta. Si es más larga puede encontrar reforzadores. (1min. p/c año de vida).
- Advertir antes de aplicarla de la posibilidad que tienen de sufrirla (anticipación de consecuencia).
- Emplear reforzadores de conductas positivas para no tener que utilizar tanto la separación.
- Evitar la confrontación verbal y física para la separación.

7) *Sobrecorrección*. Consiste en hacer que la persona que alteró el ambiente, destruyó material, etc. lo restaure devolviéndolo al estado original o mejorándolo, además de promover que el sujeto practique los comportamientos adecuados ante cierta situación.

Distinguir 2 modalidades: La reitutiva y la sobrecorrección o práctica positiva. La reitutiva consiste en que la persona restaure los efectos producidos. En la práctica positiva el trasgresor ha de repetir varias veces la conducta positiva, si ha volcado una papelería tendrá que recoger esa y algunas mas. Sus efectos son rápidos y la duración larga. Además sus efectos se generalizan. Se debe tener en cuenta que:

- Hay que aplicarla de manera inmediata a la conducta no deseada.
- Impedir que mientras dure la aplicación el sujeto tenga acceso a otros reforzadores.
- Mientras restaura el ambiente no prestarle atención y mucho menos reforzarle.
- El tiempo dedicado a la restauración ha de ser corto.
- La corrección ha de ser sin pausas y sin evitar las dificultades que impliquen en ello.

8) *Saciedad y práctica negativa*. Se basa en la utilización del propio reforzador que la mantiene. Se aplica de la siguiente manera: Se aumenta de manera considerable la administración del reforzador como consecuencia de la conducta indeseable que la está manteniendo, esto se hace hasta que se sacia al sujeto de manera que el reforzador pierde su valor como tal.

Es una técnica basada en la experiencia cotidiana. Lo que al principio recompensa al final, si se abusa, puede ser un motivo de molestia. Al niño que escribe en las paredes del lavabo se le puede enviar a escribir en la pizarra durante el tiempo que se le diga.

Condiciones de aplicación:

- Periodos cortos de aplicación. Más de 15 minutos puede ser excesivo o peligroso.
- No hacer pausas durante el consumo del reforzador.
- No utilizarlo si se prevén daños físicos o de otro tipo.
- Solo ha de utilizarse si han fallado otras técnicas.

9) *El castigo*. Es definido como un suceso que, cuando es administrado inmediatamente después de una respuesta, disminuye la probabilidad de que esta respuesta ocurra de nuevo. El castigo es administrado con el propósito expreso de reducir la tendencia a comportarse de una determinada manera.

Utilizarlo solo cuando ha fallado lo demás. Con frecuencia se emplea independientemente de los efectos sobre la conducta subsiguiente y por ello se distingue el castigo por aplicación del castigo por supresión.

a) *Castigo por aplicación*: Aplicación de un estímulo aversivo después de una determinada conducta, (por ejemplo, dar un manotazo después de gritar).

b) *Castigo por supresión*: Supresión de un reforzador positivo después de la conducta disruptiva, (por ejemplo, no ver la televisión después de hacer un berrinche).

Aspectos que se ha de tener en cuenta para su eficacia:

- Impedir que la persona castigada pueda huir del castigo recurriendo al escape.
- Aplicarlo inmediatamente después de la acción.
- Adecuar la intensidad a la falta.
- Eliminar aquello que puede inducir a la conducta no deseada.
- Posibilitar conductas alternativas.
- Reforzar las conductas incompatibles con la castigada.

En la actualidad se insiste en la aplicación del mismo en la forma controlada y bajo condiciones específicas para no provocar efectos secundarios indeseables como:

- Convertir al castigado en castigador.
- Generalizar por aprendizaje los efectos del castigo a otras conductas. Si la persona que castiga siempre es el padre, cuando lo haga la madre adoptara ese mismo rol y solo se conseguirá el rechazo a la autoridad.
- Deterioro de las relaciones entre castigador y castigado.
- Deteriora profundamente el autoconcepto sobretodo en niños o con personas inseguras.
- El castigador puede convertirse en un maltratador.
- El castigo puede provocar lesiones físicas y el rechazo social de la persona castigada sistemáticamente.

CAPÍTULO 6

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

La entrevista conductual

La entrevista conductual es típicamente una interacción diádica entre el paciente y el terapeuta, por medio de la cual el terapeuta busca la información necesaria para llevar a cabo un análisis del problema del paciente.

Objetivos de la entrevista

El primer objetivo es el establecimiento de una relación terapéutica con el cliente. Esto incluye el desarrollo de una conexión armónica y el enseñar al paciente conductas de rol apropiadas, de modo que pueda participar prestando su colaboración en el proceso de la entrevista.

El segundo objetivo es la acumulación de la información necesaria para un análisis funcional preciso del (os) problema (s) en el paciente.

El tercer objetivo de la entrevista es la identificación de las conductas meta para la intervención (Ciminero, 1977; Haynes, 1978).

Enfoques conductuales de la entrevista

El "diagnóstico conductual" de Kanfer y Saslow (1965) plantea varias áreas que tienen que ser evaluadas en el paciente. Primero, se realiza un análisis inicial de la situación problema. Las conductas se clasifican en excesos, déficit y ventajas conductuales. Los antecedentes y las consecuencias de éstas conductas se determinan en la sección dos, la clarificación de la situación problema. Además, se examinan los antecedentes y las consecuencias por participar en el tratamiento. Luego sigue un análisis de la motivación, que abarca los refuerzos y los estímulos aversivos disponibles. La cuarta etapa implica un análisis evolutivo sobre los

cambios biológicos, sociológicos y conductuales. Luego, se realiza un análisis del autocontrol con el fin de determinar las capacidades del paciente para regular su propia conducta. Seguidamente, el clínico realiza un análisis de las relaciones sociales y, finalmente, un análisis del ambiente físico-socio-cultural.

El enfoque de Kanfer puede contrastarse con el enfoque operante de Stuart (1970), quién ha alegado que solo debería recogerse la información detallada que sea claramente relevante para el problema que se presenta. Turkat (1986) lo ha resumido como sigue:

El sistema de Stuart para la evaluación empieza con una especificación precisa de las conductas problemáticas. Luego, el clínico trata de identificar los antecedentes y las consecuencias de estas conductas. Los antecedentes se clasifican en: 1) estímulos instruccionales (las reglas para una determinada conducta especificada por el agente recambio); 2) estímulos discriminativos/estímulos delta (estímulos que indican la probabilidad de reforzamiento o no reforzamiento para una determinada conducta); 3) variables potenciadoras (procedimientos que aseguran la eficacia de un refuerzo); y 4) estímulos facilitadores (prerrequisitos esenciales para que ocurra la respuesta). Las consecuencias se clasifican como: 1) refuerzos positivos; 2) acontecimientos aversivos; 3) acontecimientos de extinción; o 4) refuerzos negativos. Las decisiones sobre el tratamiento se basan en este tipo de análisis funcional.

Holland (1970) proporcionó unas directrices de entrevista prácticas con el objetivo de entrevistar y entrenar a los padres de niños con problemas de conducta. Las siguientes directrices generales se acompañaban por instrucciones más detalladas:

- Hacer que los padres establezcan problemas y objetivos generales.
- Hacer que los padres reduzcan los problemas y objetivos generales a una lista de conductas discretas que requieran un aumento o una disminución de la frecuencia.
- Hacer que los padres seleccionen una única conducta problema de la lista, conducta sobre la que se concentra sus esfuerzos.

- Hacer que los padres especifiquen, en términos conductuales, la conducta precisa que desean cambiar.
- Hacer que los padres discutan como podrían avanzar paso a paso, hacia la conducta final.
- Hacer que los padres hagan una lista de refuerzos positivos y negativos que piensan que serán eficaces para producir cambios de conducta.
- Hacer que los padres discutan qué privaciones son posibles.
- Hacer que los padres establezcan claramente qué es lo que quieren hacer, aumentar o disminuir una conducta, o aumentar una y disminuir otra.
- Hacer que los padres discutan la situación en la que debería tener lugar la conducta deseada.
- Hacer que los padres discutan la situación en la que no debería ocurrir la conducta objetivo.
- Hacer que los padres determinen una situación que aumente la probabilidad de que tenga lugar alguna forma o una parte de la conducta deseada.
- Hacer que los padres discutan cómo pueden aumentar la conducta deseada dando de forma inmediata, después de la conducta, un refuerzo positivo.
- Hacer que los padres discutan como pueden aumentar la conducta deseada haciendo que acabe inmediatamente después de la conducta un refuerzo negativo.
- Hacer que los padres discutan como pueden disminuir la conducta no deseada retirando los refuerzos que la siguen.
- Hacer que los padres discutan cómo pueden disminuir la conducta no deseada por medio del tiempo fuera.
- Discutir con los padres cómo pueden establecer como patrón los refuerzos que dan al niño.
- Hacer que los padres discutan cómo pueden variar los refuerzos que dan al niño.

- Hacer que los padres discutan cómo pueden aplicar dos o más procedimientos simultáneamente.
- Hacer que los padres ensayen verbalmente el programa entero.

Esta breve discusión de distintos enfoques de entrevista en el campo conductual sirve para demostrar la gran variedad de opciones disponibles. Pero también se ha encontrado cierto consenso. Turkat (1986) ha comentado lo siguiente:

Las únicas áreas en las que existe consenso respecto a lo que debe incluirse en la primera entrevista son: 1) especificar el/los problema/s; 2) análisis de los antecedentes; y 3) análisis de las consecuencias. Esto no debería suponer ninguna sorpresa, ya que los terapeutas de conducta, en general han utilizado un análisis "A-B-C", los clínicos parecen no estar de acuerdo qué es lo que tiene que cubrir la primera entrevista. Por ejemplo, Wolpe, Kanfer, y Saslow, y Golfried y Davison defienden la necesidad de analizar la información evolutiva específica y no específica a los problemas que se presentan. Mientras que Lazarus proporciona un Life history questionnaire (cuestionario de la historia de vida) como tarea para casa, Stuart parece oponerse a investigar la información etiológica. Otra fuente de desacuerdo es la clase de relación que el clínico debería desarrollar con el paciente.

En el enfoque analítico conductual se considera a la entrevista conductual inicial como el aspecto más importante del procedimiento clínico total.

El procedimiento analítico conductual es dinámico y determinista por naturaleza. Descansa sobre la suposición de que las conductas perturbadas tienen que entenderse de acuerdo con los principios del aprendizaje ya establecidos y que pueden estudiarse según los principios de la investigación experimental. En este enfoque, la entrevista inicial, es de una importancia fundamental, ya que tratamos de lograr un marco plausible, la formulación del problema, para explicar la conducta en cuestión en términos de su historia causal y de los factores que la mantienen. También se espera que nos permita hacer

predicciones sobre las conductas futuras, guiando de esta manera el diseño de intervenciones para el tratamiento.

Proceso de evaluación conductual

Distintos autores suelen proponer un número diferente de pasos en la realización de una evaluación conductual (Barrios & Hartman, 1986; Fernández Ballesteros, 1980; Llavona, 1984; Nelson & Hayes, 1986b; Silva, 1985). En la mayoría de los casos se está de acuerdo en que pueden distinguirse, al menos, tres fases principales:

- a. Selección y descripción de las conductas problemas (análisis topográfico o morfológico y análisis funcional de la misma).
- b. Selección de las técnicas de intervención con las que se incidirá sobre las conductas descritas en el paso anterior.
- c. Valoración de los efectos producidos por la intervención realizada.

Establecimiento de las metas últimas del tratamiento

La conducta meta, o conducta objetivo, constituye aquella clase de conducta a la que se dirige, o sobre la que se centra la intervención terapéutica (Evans, 1985).

Los cambios directos o indirectamente logrados deberán ser clínicamente relevantes y socialmente significativos. Esto es, los resultados finales deben haber solucionado las demandas del paciente y de los agentes sociales significativos que lo rodean.

Las conductas objetivo hacen referencia a aquellas variables concretas de la conducta o el contexto en el que ésta sucede y sobre las que se enfoca el tratamiento.

Se hace necesario que los objetivos últimos hayan cambiado en la magnitud y con la generalización y perdurabilidad necesarias para producir los efectos que se pretendían.

Elección de las conductas meta

Desde un punto de vista centrado en el problema, Nelson y Hayes (1986b) señalan algunas consideraciones que utilizan los terapeutas de conducta para guiarse en la elección de conductas objetivo y de la secuencia más adecuada en que debe abordarse cada una de ella. Dichas consideraciones son las siguientes:

- Deben cambiarse los comportamientos que son física, social o económicamente peligrosos para el paciente o para los que lo rodean (Kanfer, 1985).
- Una conducta es anormal y debe modificarse si es aversiva para el propio sujeto o para otros, bien porque se aparta de lo que se espera del sujeto en ciertas situaciones, bien porque resulta impredecible (Ullman & Krasner, 1969).
- Se debe cambiar una determinada conducta si así se flexibiliza el repertorio del paciente, de tal forma que se aumenta el bienestar individual y social a largo plazo. Por ejemplo, cuando con la implantación de una nueva conducta o con la eliminación de la actual se maximiza la obtención de reforzadores a largo plazo (Krasner, 1969; Myerson y Hayes, 1978).
- La conducta a implantar en lugar de la conducta problema debe establecerse en términos positivos y constructivos, en oposición a la visión supresora o negativa. La razón de este consejo reside en la idea de que las conductas positivas, constructivas, tenderán a mantenerse si tienen validez ecológica, en tanto que la eliminación de las conductas negativas puede ser solo temporal, especialmente si tenían por función, como suele ser el caso, obtener reforzadores que con la eliminación de dichas conductas ahora no se obtienen (Goldiamond, 1974; McFall, 1982; Winett & Winkler, 1972).
- Deben obtenerse niveles óptimos de funcionamiento, y no solo niveles medios (Foster y Ritchey, 1979; Van Houten, 1979).
- Se deben seleccionar para su modificación únicamente aquellas conductas que el contexto continuará manteniendo (Ayllon y Azrin, 1968). Debe entenderse aquí por "contexto" no solo el entorno físico y social que rodea

al paciente, sino también su sistema de valores y creencias, especialmente cuando éstas son consonantes con el miedo social en el que se desenvuelve (Kanfer, 1985).

- Solo deben considerarse como conductas objetivo, aquellas que son susceptibles de ser tratadas, dados los recursos con que cuentan el paciente y el terapeuta y con los medios disponibles en un determinado momento de desarrollo de las técnicas terapéuticas (Kanfer, 1985; Kanfer y Grimm, 1977).

La prioridad en las conductas meta

En estos casos, la conducta a modificar en primer lugar será:

- La primera conducta de la cadena en el caso de que varias conductas constituyan una cadena comportamental (Nelson y Hayes, 1986b).
- La conducta que resulte más molesta para el paciente o los otros significativos, ya que de esta forma el propio paciente o los otros, como mediadores, estarán más motivados a continuar con el tratamiento si se benefician con la intervención (Tharp y Wetzel, 1969).
- La conducta más fácil de modificar, ya que los resultados rápidos motivarán al paciente y/o a los otros significativos y los llevarán a esforzarse y a colaborar en los intentos terapéuticos (O'Leary, 1972).
- La conducta que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos (Hay, Hay y Nelson, 1977).

Formulación del problema

En el enfoque analítico conductual, la formulación del problema asume un papel central como lugar de integración de datos, a partir de los cuales debe surgir, lógicamente, toda intervención terapéutica. Meyer y Turkat (1979) han definido la formulación del problema como una teoría clínica que:

(1) relaciona entre si todas las quejas del paciente; 2) explica porque el individuo desarrollo esos problemas, y, 3) dada cualquier condición estimular, proporciona predicciones con respecto a la conducta del paciente.

Análisis de las conductas problema

Desde el punto de vista del paciente, o de los otros usuarios de la psicoterapia, los problemas que se plantean son de dos tipos: quejas y demandas. Las quejas suelen referirse a lo que va mal y se quiere eliminar, a lo que causa problemas, a lo negativo y molesto. Las demandas, a su vez, hacen referencia a lo que se quiere adquirir, a lo positivo. En general, puede decirse que toda queja encierra una demanda: una nueva forma de comportarse o un cambio en el ambiente. Tanto las quejas como las demandas, en nuestra cultura, suelen plantearse bien en términos de clases de conductas, o bien en términos de capacidades.

En el extremo de este último enfoque cabría situar los intentos por construir positivamente (en contraposición a la eliminación del problema, típico de la visión anterior) una nueva forma de ser y comportarse del paciente, de relacionarse con su medio, e incluso de cambiar el medio, o de cambiar de medio (Goldiamond, 1974; Hawkins, 1986; Kanfer, 1985; Schwartz y Goldiamond, 1975). No se trataría ya, por tanto, de eliminar algo (las conductas problema) sino de dotar al sujeto de toda una serie de herramientas comportamentales con las que valerse mejor en su vida diaria.

Desde el punto de vista centrado en el problema, o enfoque eliminativo y tópico (en contraposición al enfoque constructivo y sistémico) se ha propuesto que, dado el estado actual de la cuestión, los trastornos comportamentales, más que con etiquetas diagnósticas, deben conceptualizarse como excesos o déficit (Kanfer y Saslow, 1969). Para esto se dice que una conducta se puede catalogar como exceso o déficit atendiendo a los parámetros objetivos de frecuencia, duración o

intensidad, a que se produzca de forma adecuada o bajo condiciones en las que socialmente se espera que ocurra.

Barrios y Hartmann (1986) han señalado que para clasificar de forma objetiva a las conductas problema como excesos o como déficit es necesario disponer, bien de normas estadísticas de actuación del grupo social al que pertenece el sujeto, bien de criterios de ejecución derivados de lo que se propone en el desempeño completo de las tareas o funciones que se analizan o de criterios de bondad de los resultados producidos por dichas tareas o funciones, o bien de criterios de validación social brevemente expresados en la siguiente pregunta propuesta por Barrios y Hartmann (1986): ¿qué expectativas existen, en el medio social que rodea al paciente, acerca de su actuación y de los niveles que debe alcanzar, de tal forma que quede sometido al juego normal de refuerzo en dicho medio?.

Elección del tratamiento adecuado.

Nelson (1984) y Nelson y Hayes (1986b) han propuesto que las estrategias principales para elegir tratamiento pueden agruparse en tres categorías clasificatorias: el análisis funcional, la estrategia de la conducta clave y la estrategia diagnóstica. A estas tres estrategias de actuación, posiblemente pueda añadirse una más, denominada “estrategia de la guía teórica”.

Estrategia del análisis funcional

El análisis funcional es la estrategia clásica en terapia de conducta para unir evaluación y tratamiento, esto es, para derivar el tratamiento adecuado a partir de los datos de la evaluación.

Su tarea central en la evaluación de pretratamiento es: realizar una exploración que permita formular hipótesis acerca de enlaces funcionales entre las variables de respuesta objeto de estudio y aquellas que, según determinados procesos psicológicos que implican aprendizaje, las determinarían.

El análisis funcional está diseñado para examinar la información recogida en el análisis descriptivo (afirmaciones del paciente) según los principios del aprendizaje, tal como son aplicados por el psicoterapeuta conductual experto.

La conducta a implantar debe definirse en parámetros de frecuencia, intensidad, duración, etc. De la misma forma, el análisis de los estímulos ambientales que deben evocar y mantener la conducta ha consistido, más en señalar qué estímulos se van a emplear durante la fase de tratamiento que en prever qué estímulos deberán provocar y mantener la conducta en el medio natural en el que vive el sujeto.

Estrategia de conducta clave

La estrategia de la *conducta clave* ("keys-tone behavior") parte del supuesto de que los trastornos conductuales están constituidos por clases de conductas que se interrelacionan en los tres sistemas de respuestas: motor, cognitivo y fisiológico (Evans, 1986). Se supone, igualmente, que el modificar alguna clase de conductas, o algunas conductas de una determinada clase, modifica otras clases o la clase entera. Un ejemplo de ello son las conductas que se conciben como cadenas causales y en las que se espera que el cambio de la primera conducta (conducta clave) cambie toda la cadena.

En palabras de Evans (1986), la estrategia de la conducta clave pretende cambiar una conducta para que ésta cambie a otra, y ésta a otra, y así sucesivamente.

Evaluación de los resultados del tratamiento

Existen muchas razones que aconsejan la realización de una valoración sistemática de los resultados de las intervenciones psicológicas (Hayes & Nelson, 1986; Nelson & Hayes, 1986b). Entre las señaladas más frecuentemente se encuentran las siguientes:

- La calidad del servicio al paciente se mejora, ya que la valoración proporciona información acerca de la magnitud y dirección de los cambios, así como acerca de en qué medida se cambia hacia la consecución de las metas últimas del tratamiento, permitiendo con ello la corrección de los fallos o deficiencias que se observen (valoración formativa).
- La valoración permite apreciar el grado con el que se han alcanzado las metas últimas del tratamiento y, por tanto, si el tratamiento puede considerarse o no como un éxito.
- La valoración normativa realizada sobre los procedimientos de intervención nos da seguridad acerca de su calidad y permite diseminar mejor los tratamientos, como productos psicológicos que son, entre sus consumidores: terapeutas, responsables de la administración indirecta de intervenciones psicológicas y pacientes (Pelechano, 1980b, 1980c).
- Por último, la realización de valoraciones sistemáticas y cuidadosamente realizadas hace avanzar las ciencias clínicas y contribuye al aumento de nuestros conocimientos técnicos y aplicados.

Valoración de los resultados

Existen dos formas fundamentales de valorar los resultados del tratamiento: con respecto a la línea base y con respecto a los objetivos meta o fines últimos de la intervención.

La diferencia entre los valores actuales y los valores de las mismas variables durante la línea base proporcionan una medida de la magnitud y dirección del cambio producido entre uno y otro momento.

La comparación de los valores actuales en las variables elegidas con sus valores en la línea base a lo más que llega es a mostrar que se ha producido cambio en la dirección esperada, pero no que dicho cambio sea altamente relevante.

Respecto a los objetivos meta, la concordancia entre el estado deseado y el estado conseguido asegura que el cambio no es despreciable, que es clínicamente relevante, sea o no estadísticamente significativo.

Programas de modificación de conducta

Galindo et al. (2009) brinda las siguientes recomendaciones que tiene por objeto dar las normas generales a la hora de aplicar un programa.

1. *Identificación de reforzadores.* Antes de empezar cualquier intervención con un sujeto determinado, es necesario identificar los eventos que funcionan como reforzadores para este caso específico. Esto se hace preguntando directamente al sujeto o a los padres, o a ambos, según sea el caso.
2. *Reforzadores.* Se pueden emplear dos clases de reforzadores: los primarios (como la comida) y los sociales (como las caricias y la probación social). El reforzador primario siempre debe ir acompañado del reforzador social y ambos deben programarse de tal manera que el primero se retire gradualmente sin alterar la alteración del sujeto, procurando que la conducta quede bajo el control de las consecuencias naturales o sociales.
3. *Repertorio de entrada.* Todos los programas especifican las conductas precurrentes para aprenderlo: lo que debe saber hacer el sujeto para aprender el programa.
4. *Línea base o preevaluación.* Es la primera fase de todo programa, anterior al entrenamiento. En ninguna de las dos se administran reforzadores en el transcurso de la evaluación, ni tampoco estímulos de apoyo. Ambas sirven como punto de partida para el entrenamiento y para evaluar el progreso del sujeto en el programa.
5. *Entrenamiento.* Esta parte de la secuencia instruccional consta de una o de varias fases, según el programa. Es ésta la parte en las que se alteran las condiciones para que se dé el cambio conductual; por tanto, se aplican todas las contingencias necesarias para producirlo: estímulos de apoyo y reforzadores.

6. *Evaluación final.* Terminando el entrenamiento, se repite la evaluación inicial, ya sea en el ambiente natural o en condiciones arregladas de antemano, o se aplica una prueba similar a la preevaluación.
7. *Sondeos.* Sirven para evaluar el estado del progreso del sujeto durante la aplicación del programa o para averiguar si es posible avanzar más rápidamente.
8. *Seguimiento.* Consiste en seguir registrando la conducta del sujeto después de terminado el programa, durante uno o dos meses. Esto nos ha de informar si el repertorio establecido se mantiene, es decir, si el programa ha tenido éxito.
9. *Generalización.* Se habla de generalización cuando una respuesta adquirida en unas condiciones se presenta en otras condiciones diferentes.
10. *Programas correctivos.* En caso de que el sujeto cometa muchos errores en el programa, debe investigarse si es por falta de algún repertorio de entrada (en cuyo caso se suspende el programa para entrenar al sujeto en el mismo) o si es porque el programa no se acomoda a las necesidades particulares del sujeto, en cuyo caso se aumentan los estímulos de preparación o los instigadores, se hace más gradual el desvanecimiento, se disminuye el tamaño de los pasos y se hacen todas las modificaciones necesarias para facilitar la ejecución correcta y la obtención del reforzador. Debe investigarse también si se están aplicando adecuadamente las contingencias y si el supuesto reforzador realmente funciona como tal.
11. *Estímulos de apoyo.* Cuando la respuesta que se va a reforzar no aparece, se hace más probable su aparición recurriendo a los instigadores (estímulos adicionales que se presentan después del estímulo que debe controlar la respuesta) o a los preparadores, es decir, estímulos adicionales que se presentan antes del estímulo que debe controlar la respuesta (Ribes, 1976). Todo estímulo de apoyo debe desvanecerse progresivamente, dando una ayuda cada vez menor, hasta que la conducta se presente por sí sola.
12. *Registro y gratificación.* Cuando se seleccionen los programas que se van a aplicar, además del diagnóstico, deben tomarse en cuenta las condiciones

del individuo y de su medio, así como la aplicación real que va a tener lo que se le va a enseñar.

Para decidir si es pertinente enseñar ciertas habilidades a un sujeto se toman en cuenta condiciones como la edad, las limitaciones físicas, la clase socioeconómica, la situación familiar, etc.

Los programas conductuales se clasifican de la siguiente manera: programas de repertorios básicos, programas para la eliminación de conductas problemáticas, programas de habilidades sociales y de adaptación, y programas académicos; de los cuales se revisan con mayor detalle los dos primeros ya que son los que se utilizaron frecuentemente durante el servicio social. Los programas de habilidades sociales y de adaptación también llegan a utilizarse, aunque con menor frecuencia, por lo tanto, de este tipo de programas se hace una revisión sólo de las conductas que se abordan dentro del servicio, considerando que hay más. Por otra parte, no se trabaja con los programas académicos por lo que solo se mencionará su definición.

a) Programas de repertorios básicos

Estas conductas son los prerrequisitos para los demás repertorios, es decir, son la base para la adquisición de otras conductas. Son repertorios básicos la atención, la imitación y el seguimiento de instrucciones.

- *Atención.* El criterio de atención sería la ejecución correcta de las instrucciones y es una conducta indispensable para el desarrollo de otras. Que el niño nos mire al darle la instrucción no es suficiente para afirmar que está atendiendo, pero si la realiza sabemos que prestó atención a la instrucción.

Se han distinguido las siguientes etapas en la adquisición de la atención:

- a) Establecimiento de contacto visual.
- b) Fijación visual en situaciones discriminadas.
- c) Seguimiento visual de estímulos sucesivos.

Estas serían las etapas progresivas que hay que seguir en el entrenamiento de atención (Ribes, 1976).

Los procedimientos utilizados son: estímulos de apoyo (instigadores y preparadores) y su posterior desvanecimiento, y moldeamiento por aproximaciones sucesivas.

- *Imitación.* La imitación da lugar a la adquisición de nuevas conductas sin la necesidad explícita de un proceso de moldeamiento y reforzamiento diferencial de las conductas; "hay imitación cuando existen una similitud topográfica y una relación temporal estrecha entre la conducta del modelo y la conducta de la persona que imita; es decir, el modelo es quien ejecuta la conducta que el niño imita, la cual debe asemejarse a la conducta del modelo." (Galindo et al., 2009). Los procedimientos utilizados en un programa de imitación son: moldeamiento por aproximaciones sucesivas, instigación física, extinción y tiempo fuera de reforzamiento.
- *Seguimiento de instrucciones.* Se refiere a que el sujeto presenta una determinada conducta cuando se le indica verbalmente que lo haga. Los procedimientos utilizados son: moldeamiento, estímulos de apoyo (instigadores y preparadores) y desvanecimiento, presentación de estímulos imitativos de preparación, que consisten en que el instructor modela la conducta cuando el sujeto no responde ante la instrucción verbal, y el moldeamiento

b) Eliminación de conductas problemáticas

En general, lo que se pretende con estos programas es garantizar o hacer más probable una interacción social positiva del niño, eliminando sus conductas inadecuadas y dándole alternativas de respuestas adaptativas. Dentro de este grupo existen la agresividad, la hiperactividad, el berrinche, la autoestimulación y la autodestrucción; conductas que se adquieren como consecuencia de historias de aprendizaje similares entre los niños. La aparición de estas conductas

inadaptativas obstaculiza el desarrollo de los repertorios adaptativos, como los sociales y los básicos. Por ejemplo, el niño que presenta constantes berrinches en la escuela, impedirá que se pueda adaptar a las actividades escolares y a su grupo. Por tanto, estas conductas traen como consecuencia una serie de interacciones que son aversivas para el niño y para los que lo rodean.

- *Autoestimulación.* Se caracteriza por ser una conducta estereotipada y repetitiva que no tiene efectos observables sobre el ambiente social del individuo, es frecuente en los niños autistas. Puede expresarse como una conducta motora gruesa (saltar, agacharse, frotarse el cuerpo, etc.) o motora fina (apretar los dedos, rascarse, etc.). Los procedimientos empleados han sido: el castigo, el reforzamiento de conductas incompatibles y la sobrecorrección (Baumeister & Forehand, 1973; Foxx & Azrin, 1973).
- *Autoagresividad.* También llamada autodestrucción, es una forma de autoestimulación que se caracteriza porque el sujeto se produce daño físico a sí mismo. Para su tratamiento se ha utilizado el reforzamiento de otras conductas (RDO), el castigo, el tiempo fuera, y la sobrecorrección (Lovaas, Freitag, Gold & Kassorla, 1975; Reep & Deitz, 1974; Lovaas & Simmons, 1969; Foxx y Azrin, 1973).
- *Agresividad.* Se define como aquella conducta que produce daño físico o que ofende a otra persona. Dentro de la modificación de conducta la agresividad, ha sido tratada mediante el empleo del tiempo fuera (TF), el reforzamiento de otras conductas (RDO), el castigo y la sobrecorrección (Bostow & Bailey, 1969; Hamilton, Stephens & Alien, 1967; Foxx & Azrin, 1972; Pendergrass, 1971).
- *Berrinche.* Es un conjunto de respuestas como lloriqueo, pataleos, gritos, etc. que se producen tras la pérdida de un evento reforzante o como consecuencia de negar el acceso a él. Mediante la extinción se ha logrado eliminar el berrinche en los niños sin mayores problemas y en los niños autistas (Wolf, Risley & Mees, 1964).

- *Hiperactividad.* Se compone de movimientos excesivos e incapacidad para concentrar la atención en una tarea particular. Desde el punto de vista de la modificación de conducta, se ha controlado la hiperactividad mediante el tiempo fuera y la atención diferencial (Whaler, Sperling, Thomas, Teeter & Luper, 1970), el reforzamiento diferencial de otras conductas y la instigación para incrementar la conducta de sentarse (Twardosz & Sajwaj, 1972)

c) *Programas de habilidades sociales y de adaptación*

Estos programas se aplican a aquellos sujetos que presentan los repertorios básicos (considerados intermedios) y que tienen problemas en los campos social, verbal, de cuidado personal y de coordinación motora. Tienen como finalidad adaptar al individuo a su medio social y facilitar su desarrollo ulterior.

En este tipo de programas se encuentran los de cuidado personal, de los cuales, el de control de esfínteres es el que se lleva a cabo dentro del hospital, ya que de otras conductas como vestirse o comer adecuadamente, únicamente se brindaba orientación a los padres acerca del manejo conductual de estas conductas para apoyarlos en casa. Si aun así, había dificultades para el paciente adquiriera hábitos de autocuidado, esto se abordaba en otra área del hospital.

- *Programas de cuidado personal.* Comprende un conjunto de actividades relacionadas con la limpieza y el arreglo personal, como lavarse, vestirse, comer adecuadamente, controlar los esfínteres etc.

Control de esfínteres. En la modificación de conducta se distinguen dos tipos de control de esfínteres, el nocturno y el diurno, y se divide la enuresis en primaria y secundaria: primaria cuando el niño nunca ha alcanzado el control de la micción; secundaria cuando el niño vuelve a orinarse después de haberla controlado.

El uso de técnicas conductuales se fundamenta en algunos supuestos: por una parte las actividades voluntarias que inician el acto reflejo final no son simplemente una función de la maduración, sino que también interviene el condicionamiento (Yates, 1976). Por otra parte, el control de esfínteres es

resultado de un proceso operante y social en el que la cadena de respuestas requiere de consecuencias positivas y negativas para mantenerse.

De esta forma, en el control de esfínteres se utilizan técnicas conductuales como moldeamiento de cada eslabón de la cadena de ir al baño, reforzamiento diferencial, tiempo fuera y aplicación de economía de fichas.

d) Programas académicos.

La finalidad de este entrenamiento es dotar al niño de las habilidades necesaria para desempeñarse satisfactoriamente en el sistema educativo ordinario, no obstante, en algunos casos se considera prioritario enseñar al sujeto ciertas habilidades (como contar, manejar dinero, reconocer personajes y lugares de interés público, etc.) que son importantes en la vida cotidiana, ya que no ha de asistir a la escuela primaria por diversas razones.

CAPÍTULO 7

ENTRENAMIENTO A PADRES

Por lo que respecta al campo específico que delimita el modelo conductual, el entrenamiento de padres surge inicialmente en la década de los sesenta como una alternativa a los enfoques tradicionales de la terapia infantil, pudiendo distinguirse dos fases más en su desarrollo hasta la actualidad.

Tabla 2. Fases de la evolución del entrenamiento a padres.

	Problemática abordada	Objetivos del entrenamiento	Procedimiento	Papel del terapeuta	Beneficios del entrenamiento
Inicio (1960-1970/1975)	Valorar los efectos del entrenamiento de padres (contexto clínico: interacciones transativas psicólogo-niño-padres) frente a los generados por la terapia tradicional (contexto clínico: psicólogo-niño).	Conseguir cambios positivos en las conductas problema que presentaba el niño y resultaban motivo de consulta de los padres.	Enseñar a los padres técnicas específicas de manejo conductual: uso contingente del refuerzo, extinción, economía de fichas, tiempo fuera, etc.	Entre individual y puntualmente, supervisa el diseño y/o vigila la puesta en práctica de los programas elaborados por los padres o por el propio terapeuta.	Se interviene en el ambiente natural donde se adquieren las conductas problema. Se facilita el mantenimiento de los logros. La intervención la realizan quienes más tiempo pasan con el niño y poseen un mayor control sobre los reforzadores más significativos para él.
Desarrollo (1970/1975-1980/1985)	Comparar los efectos del entrenamiento individual de los padres frente al grupal. Estudiar la generalización de los efectos del entrenamiento.	Conseguir cambios + en las conductas problema que presentaba el niño y resultaban motivo de consulta de los padres. Controlar la generalización de los efectos del entrenamiento. Prevenir problemas de conducta.	Se enseña a los padres, en grupo, técnicas específicas de manejo conductual siguiendo tres pasos: información/reconceptualización, entrenamiento de habilidades y aplicación de lo entrenado.	Entrena, supervisa el diseño y vigila la puesta en práctica de los programas elaborados por los padres.	Disminuir costes/incrementar la eficiencia. Prevenir la ocurrencia de conductas problema. Detectar e intervenir tempranamente.

Tabla 2. (Continuación)

	Problemática abordada	Objetivos del entrenamiento	Procedimiento	Papel del terapeuta	Beneficios del entrenamiento
Consolidación (1980/1985-Actualidad)	Incorporar al proceso de evaluación-tratamiento variables relativas a padres e hijos que han estado/están implicadas en el desarrollo/mantenimiento de la conducta problema (Terapia familiar conductual). Incrementar sensibilidad instituciones ante las demandas/necesidades reales de la comunidad en relación con el entrenamiento de padres. Modificar el estilo de prestación de los servicios por las instituciones implicadas en el entrenamiento de padres: activa, de búsqueda y solución de problemas vs pasiva y de consideración aversiva de la demanda. Investigar variables responsables del alto porcentaje de abandonos en los programas de entrenamiento de padres.	Proseguir en el incremento de la eficiencia del entrenamiento. Asegurar que las habilidades y conocimientos adquiridos se siguen empleando una vez finalizado el entrenamiento. Conservar los aspectos esenciales del entrenamiento en técnicas operantes. Incorporar al entrenamiento otras técnicas o paquetes de tratamiento conductuales (manejo de ansiedad, solución de problemas, estrategias de comunicación y negociación, etc.). Se discrimina en la formulación de objetivos a corto y largo plazo.	Se enseña a los padres, en grupo, técnicas específicas de manejo conductual siguiendo tres pasos: información, reeconceptualización, entrenamiento de habilidades y aplicación de lo entrenado y empleando distintas modalidades de tratamiento (lecturas, manuales de autoayuda, modelos filmados, etc.).	Entrena individual o grupalmente. Supervisa el diseño y/o vigila la puesta en práctica de los programas elaborados por los padres o por el propio terapeuta. Evalúa e incorpora al tratamiento las variables de los padres e hijos que hayan resultado implicadas en el desarrollo/mantenimiento de la conducta problema (ajuste marital de los padres, percepción del hijo, estilos atribucionales, característica conductuales del hijo y los propios padres, etc.).	Incremento de la eficacia/eficiencia de la intervención. Prevención de la ocurrencia de problemas conductuales. Detección e intervención temprana de los problemas de conducta

Olivares, J. y Méndez, F.X. (1997) (Coords): El entrenamiento a padres en contextos clínicos y de la salud en España. Psicología conductual, 5 (2) monográfico.

Concepto y delimitación del entrenamiento de padres

El entrenamiento de padres se puede conceptualizar en el contexto clínico y de la salud como un enfoque para el tratamiento de los problemas de conducta que utiliza estrategias por medio de las cuales se entrena a los padres a modificar la interacción padres-hijos con el fin de fomentar la conducta prosocial y disminuir/eliminar los comportamientos desadaptativos (Olivares, Méndez y Macia, 1997). Es decir, el objetivo general es alterar el patrón de los intercambios entre los padres y el niño, de manera que se refuerce y apoye directamente la conducta prosocial en lugar de las conductas coercitivas (Kazdin, 1988).

El entrenamiento de padres consiste en responsabilizar a los familiares de la participación activa en el proceso de promoción de la salud y la prevención y tratamiento de los problemas de conducta.

El entrenamiento de padres (EP) puede definirse como un enfoque para el tratamiento de los problemas de la conducta infantil que utiliza:

(....) procedimientos por medio de los cuales se entrena a los padres a modificar la conducta de sus hijos en casa. Los padres se reúnen con un terapeuta o entrenador que les enseña a usar una serie de procedimientos específicos para modificar su interacción con los hijos, para fomentar la conducta prosocial y disminuir la conducta desviada (Kazdin, 1985c).

El entrenar a los padres a ser terapeutas de la conducta de sus hijos ha recibido una notable atención durante los últimos 25 años. El EP se ha aplicado a una amplia variedad de problemas infantiles; p. ej. , enuresis (Houts & Mellon, 1989), obesidad (Israel, Stolmaker & Adrián, 1985), adherencia a prescripciones médicas (Riley, Parrish, & Cataldo, 1989), y como una primera intervención para padres que corren el riesgo de descuidar y maltratar a sus hijos (Wolfe, Eddwards, Manion, & Koverola, 1988). También se ha utilizado con niños deficientes mentales y/o autistas y sus familiares (Harris, 1989; Kashima, Baker & Landen, 1988). Sin embargo, El EP se ha empleado principalmente en el tratamiento de niños que muestran problemas de conducta manifiestos, como las pataletas, la

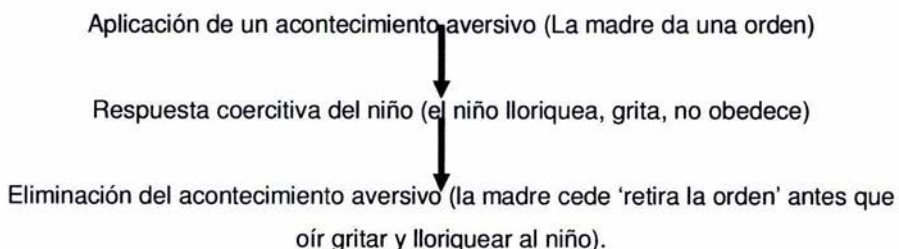
agresión, y una desobediencia excesiva, y en esta área donde el EP posee el mayor apoyo empírico. En revisiones recientes sobre distintos enfoques de tratamiento para problemas de conducta infantiles, el EP, ha aparecido como la intervención que más éxito ha tenido, hasta la fecha, con estos sujetos (Dumas, 1989; Kazdin, 1985c; McMahon & Wells, 1989).

Fundamentos conceptuales y empíricos

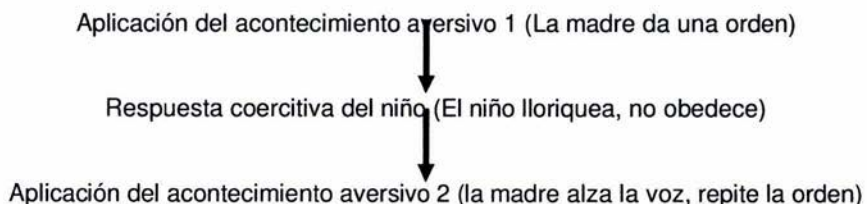
Las diferencias conductuales encontradas en los estudios sobre las interacciones padres-hijos son que, los padres de niños con problemas de conducta tienen percepciones más negativas del ajuste de sus hijos y experimentan más disfunciones personales (depresión, ansiedad), conyugales y extrafamiliares (aislamiento), que los padres de niños no remitidos para tratamiento (Griest & Wells, 1983). Además, parecen experimentar una mayor frecuencia de acontecimientos estresantes, tanto de carácter leve como grave (Patterson, 1982,1983).

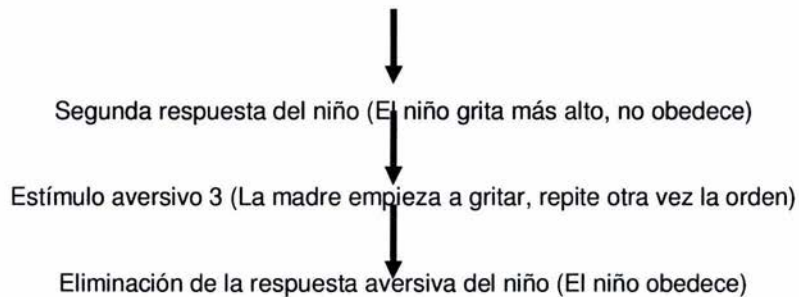
El enfoque teórico predominante sobre el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta ha resaltado la primacía de los procesos familiares de socialización (Patterson, 1982). Patterson enfatiza la naturaleza coercitiva, o controladora, de los tipos de problema de conducta y ha desarrollado la hipótesis de la coerción para explicar su desarrollo y mantenimiento. Según este modelo, hay conductas aversivas rudimentarias, como el llorar, que pueden ser instintivas en el recién nacido. Dichas conductas podrían considerarse muy adaptativas en el sentido evolutivo, ya que moldean rápidamente a la madre en las habilidades necesarias para la supervivencia del niño (p.ej. la alimentación y el control de la temperatura). Supuestamente, conforme crecen, la mayoría de los niños sustituyen las conductas coercitivas rudimentarias por habilidades sociales y verbales más apropiadas. Sin embargo, según Patterson, una serie de condiciones podrían aumentar la probabilidad de que algunos niños continuasen

empleando estrategias de control aversivas. Por ejemplo, podría ser que los padres fracasarán en modelar o reforzar habilidades prosociales más apropiadas y/o pudiera seguir respondiendo a la conducta coercitiva del niño. En lo que respecta a este último punto, Patterson ha resaltado el papel de reforzamiento negativo en la intensificación y mantenimiento de las conductas coercitivas. El reforzamiento negativo juega un papel importante, ya que la conducta coercitiva de un miembro de la familia (padre ó hijo) se ve reforzada cuando da como resultado la desaparición de un acontecimiento aversivo que está aplicando otro miembro de la familia. Los siguientes ejemplos ilustran la forma en que los padres y los hijos son reforzados negativamente cuando se comportan de forma coercitiva.



En este ejemplo, las conductas coercitivas del niño son reforzadas negativamente cuando la madre retira el estímulo aversivo (la orden). En el ejemplo siguiente la coerción se intensifica.





Patterson y sus colaboradores han ampliado recientemente el modelo de la coerción y lo han reformulado en términos evolutivos (Patterson, 1986). Los principales elementos en el desarrollo de los problemas de conducta del niño se hipotetizan como deficiencias en habilidades clave propias del papel de padres, como la disciplina, la vigilancia, el refuerzo positivo, la solución de problemas y la implicación.

Los estímulos estresantes intrafamiliares (trastornos conyugales, problemas de ajuste personal, enfermedades físicas etc.) y extrafamiliares (aislamiento social) pueden producir a la desorganización de las habilidades propias del papel de padres (HPPP).

El trabajo de Patterson y el de otros investigadores han indicado que el incumplimiento de las órdenes (es decir, la desobediencia excesiva a los adultos) constituye la conducta clave para el desarrollo de formas de conducta problema, tanto manifestaciones (agresión) como furtivas (robar). Loeber y Schmalin (1985^a) han encontrado que la no obediencia se encuentra colocada cerca del punto cero de su escala unidimensional manifiesta-furtiva de conductas antisociales. Paterson (1986) ha hipotetizado no solo que la desobediencia infantil temprana es la precursora de manifestaciones graves de la conducta problema en la pubertad y la adolescencia, sino que también juega un papel en los posteriores problemas académicos y de relaciones con los compañeros. Los datos presentados por Edelbrock (1985) indican que la no obediencia aparece más



pronto en la progresión de los problemas de conducta y continúa manifestándose en etapas posteriores. Además la investigación ha mostrado que cuando la desobediencia del niño es objeto de tratamiento, a menudo hay mejorías concomitantes en otras conductas problema (Russo, Cataldo & Cushing, 1981; Wells, Forehand & Griest, 1980).

Desde los primeros intentos para enseñar a los padres a modificar las conductas problema de sus hijos, el EP ha pasado por tres diferentes etapas de desarrollo (Mc Mahon , 1984b).

La primera etapa, que tuvo lugar durante los años sesenta y los primeros años setenta, se preocupaba por el desarrollo de un modelo de intervención para el "entrenamiento a padres" (O'Dell, 1974) y por determinar si existía un enfoque viable para enfrentarse a una amplia variedad de problemas de conducta infantiles.

Basándose en el modelo trádico de Tharp y Wetzel (1969), el modelo del entrenamiento a padres empleaba un terapeuta (consultor) que trabajaba directamente con el padre (mediador) para reducir finalmente la conducta problema del niño (objetivo). La suposición subyacente a este modelo era que algún tipo de déficit en las habilidades propias del papel de padres (HPPP) habría sido, al menos parcialmente responsable del desarrollo y/o mantenimiento de las conductas problema. Se llegó al modelo del EP debido a la confluencia de varios acontecimientos (Kazdin, 1985c): a) el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta, especialmente los procedimientos de reforzamiento y de castigo basados en el condicionamiento operante, b) la tendencia a utilizar paraprofesionales (incluyendo a los padres) para llevar acabo los servicios de salud mental, y c) un darse cuenta de que el emplear a los padres como terapeutas podía mejorar la eficacia de la terapia infantil.

Puesto que la mayoría de las conductas problema del niño se adquiere y se mantiene en el ambiente natural (es decir, en la familia), es poco probable que se obtenga cambios clínicamente significativos si se trata el niño "fuera de contexto". Incluso si se logran mejorías de la conducta del niño en la clínica, es muy probable

que desaparecieran cuando éste volviese al ambiente natural que produjo inicialmente los problemas. Finalmente, los padres tienen el mayor contacto con el niño y el mayor control sobre su ambiente y, debido a que son sus padres, tienen la mayor responsabilidad moral, ética y legal de cuidar al niño.

Con respecto a este último punto, la generalización de esos efectos no estaba tan clara. Esta preocupación por la generalización de los efectos del tratamiento condujo a la segunda etapa en el desarrollo del EP, que tuvo lugar desde mediados de los años setenta hasta los primeros años ochenta. En un artículo pionero, Forehand y Atkenson (1977) describieron cuatro clases importantes de generalización, relevantes para las intervenciones del EP con niños. La generalización contextual se refiere a la transferencia de los efectos del tratamiento a lugares en los que se aplicó éste (de la clínica a casa), mientras que la generalización temporal alude al mantenimiento de los efectos del tratamiento después de haber finalizado. La generalización a los hermanos se refiere a la transferencia de las habilidades recién adquiridas propias del papel de padres, a hermanos del niño que no han sido tratados y que los hermanos respondan de la manera deseada. La generalización conductual se remite a si los cambios meta de conductas problema específicas van acompañados por otras conductas que no se han considerado como objetivos.

La generalización es importante para el éxito del EP desde, por lo menos, dos perspectivas (Forehand & Atkenson, 1977). En términos del tratamiento, la generalización da como resultado un mejor empleo del tiempo del terapeuta, puesto que éste ya no será necesario para intervenir cuando se vuelvan a dar problemas previamente tratados, conductas problema en lugares nuevos, todas las conductas problema de un niño o problemas conductuales de los hermanos del niño. En términos de prevención, la generalización minimiza la continua intervención profesional y debería dar como resultado una disminución de futuros problemas de conducta en el niño (y en los hermanos).

Pertinente a la generalización de los efectos se encuentra la validez social de la intervención, que se refiere a si los cambios terapéuticos son "clínica o socialmente importantes" para el paciente (Kazdin, 1977b).

Este énfasis en la generalización y la validez social de los efectos del tratamiento, y el conocimiento cada vez mayor de los múltiples factores causales y de mantenimiento con respecto a los problemas de conducta, condujo a la tercera y actual etapa de desarrollo del EP. Desde los primeros años ochenta los investigadores clínicos se han centrado en formas de mejorar la eficacia del EP, no solo con respecto a la eficacia a corto plazo sino especialmente con respecto a la generalización. Una consecuencia de este enfoque ha sido que el modelo del EP se ha ampliado hasta lo que se conoce como *terapia familiar conductual* (Griest & Wells, 1983; Wells, 1985).

Procedimiento de evaluación y tratamiento

La atención principal de la evaluación conductual del niño con problemas de conducta se centra en la evaluación de la conducta del niño en si misma y, debido a la naturaleza interactiva de los problemas de conducta, en la conducta de los individuos relevantes del ambiente del niño, especialmente los padres.

Dado el papel teórico central concedido a los déficit en HPPP en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta del niño y el carácter interactivo de los problemas de conducta, es esencial evaluar la conducta de los padres en el contexto de las interacciones con el niño que se va a tratar.

Con el fin de obtener un estado representativo y significativo de la conducta problema en el niño que se ha remitido para tratamiento, especialmente con respecto a sus aspectos interactivos, el terapeuta de conducta tiene que confiar en múltiples métodos de intervención (McMachon & Forehand, 1988). Se pueden emplear entrevistas con los padres, el niño y otras partes relevantes, escalas de evaluación conductual y observaciones conductuales en la clínica, la casa y/o la escuela.

El propósito principal de la entrevista con los padres es determinar la naturaleza de las interacciones típicas padres-hijo que son problemáticas, las condiciones estimulares antecedentes bajo las que ocurren los problemas, y las consecuencias que acompañan a esas conductas.

Existen diversas intervenciones de EP en las cuales se señalan algunos aspectos comunes. Como apuntan Kazdin (1985c) y Dumas (1989), esos aspectos son los siguientes:

- El tratamiento se lleva acabo principalmente con los padres, dándose un menor contacto terapeuta-niño.
- El contenido de estos programas incluyen: entrenamiento en la definición, vigilancia y seguimiento de la conducta del niño; procedimientos de refuerzo positivo, que incluyen la alabanza y otras formas de atención positiva por parte de los padres, y sistemas de puntos o de fichas; procedimientos de extinción y de castigo leve como el de ignorar, el costo de respuesta y el tiempo fuera; y el entrenamiento en dar instrucciones u órdenes claras.
- Un amplio uso de instrucciones, modelado, representación de roles y ensayo de conducta con propósitos didácticos.

Como se ha señalado anteriormente, el trabajo de Patterson y sus colaboradores, en el Centro de Aprendizaje Social de Oregón, con niños con problemas de conducta y sus familias ha sido pionero en el desarrollo del conocimiento teórico y empírico sobre los problemas de conducta. Los esfuerzos de Patterson en los últimos 20 años han influido mucho sobre el desarrollo y la evaluación de las estrategias de intervención del EP para niños con problemas de conducta.

Conclusiones

A lo largo de los últimos treinta años, la investigación sobre las posibilidades que presentaba el entrenamiento de los padres para tratar los problemas de conducta de los hijos no ha hecho sino acumular evidencia empírica a su favor, tanto a respecto a cuestiones estrictamente psicopatológicas como en el campo más reciente de la psicología de la salud. Los efectos cuantitativos y cualitativos del entrenamiento se han constado en la conducta manifiesta de los padres y los hijos, en los cambios informados por los padres de la percepción que éstos tenían

del comportamiento deseable/adaptativo de sus hijos, en la validez social informada y en la generalización temporal, contextual, interconductual (en un mismo sujeto) y entre hermanos.

Ahora bien, la distribución del peso de los logros no afecta por igual ni a todas las áreas ni a todos los problemas. El mayor apoyo empírico de la eficacia y eficiencia del entrenamiento de padres se centra, hasta el día de hoy, en el tratamiento de niños que muestran problemas de conducta manifiesta (agresión, desobediencia, etc.), debido al peso que desde su inicio ha tenido el enfoque operante en el tratamiento de los problemas relativos a la infancia y adolescencia.

REPORTE DE CASO

- *Introducción*

Enmarcado dentro de los principios del Análisis Conductual Aplicado se presenta la formulación de un caso clínico realizado mediante la información recabada por la madre a través de la entrevista clínica que está enfocada en el Análisis Funcional de la Conducta, así como de la información derivada de las observaciones conductuales llevadas a cabo dentro del consultorio.

El caso clínico ejemplifica el trabajo que realice durante el Servicio Social en el Área de Psicoterapia con un enfoque en Análisis Conductual Aplicado.

El paciente que se expone, estuvo a mi cargo desde la entrevista inicial hasta el cierre del tratamiento bajo la supervisión directa de la psicóloga adscrita al servicio. La elección del caso clínico se derivó con base a la gran diversidad de conductas disruptivas que el paciente presentaba en los diferentes escenarios en los cuales se encontraba y las dificultades que la madre tenía en el manejo conductual del menor.

- *Formulación clínica*

El estudio de caso fue realizado con un menor de 7 años 10 meses de edad quién fue referido por su escuela solicitando la reapertura del expediente clínico y el inicio de tratamiento farmacológico. El menor inicio su tratamiento desde el año 2003 en esta institución y fue diagnosticado con retraso mental moderado con rasgos autistas.

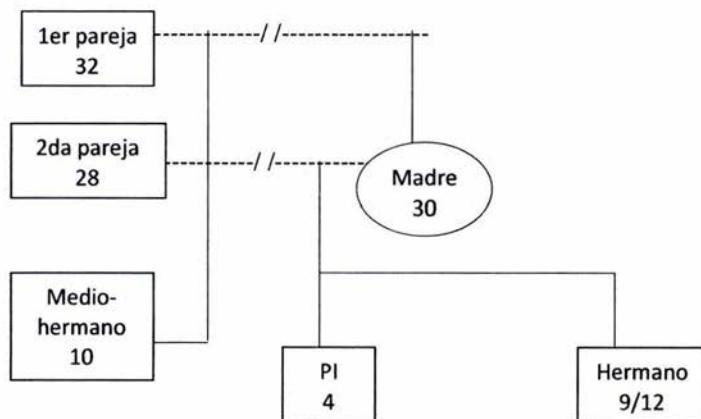
Desde los cuatro años de edad, el menor solo emitía algunas palabras simples así como conductas caracterizadas por baja tolerancia a la frustración (berrinche, dificultad para seguir indicaciones, pegar, rasguñar y escupir), así como irritabilidad y ecolalia.

El paciente desde el 2003 abandono el seguimiento en la Institución de Salud.

- *Dinámica familiar*

E.B.D. es producto de una familia reconstruida vía materna, actualmente desintegrada por violencia familiar, ocupa el segundo lugar de dos gestas de forma descendiente. Atraviesan la etapa de crianza de los hijos del ciclo vital de la familia; con un nivel escolar básico y económico deficiente.

Su mamá actualmente no recibe apoyo económico por parte de su pareja, viéndose en la necesidad de laborar como comerciante en un mercado. Comenta que su hijo mayor (10 años de edad) es quién le ayuda a cuidar el puesto cuando ella asiste al hospital para sus citas. La madre refiere que con sus otros dos hijos no tiene dificultades para establecer normas y límites.



Año: 2003

- *Historia y evolución del problema*

La madre señala que su embarazo fue a los 25 años de edad, normo evolutivo, atendido en medio hospitalario; lloro y respiro al nacer. Peso 3.200kg. . Producto de gesta 3 de 4. Su desarrollo psicomotriz fue aparentemente normal hasta el quinto mes.

Refiere la madre que posterior a la pérdida del padre (se fue a los Estados Unidos), E.B.D. inicio con berrinches incrementados y a mostrarse inquieto e hiperactivo.

El padre y la madre son de nacionalidad mexicana, el padre de 26 años y la madre de 24 años (cuando el menor nació). El padre es albañil y la madre se dedica al hogar.

Su casa es alquilada, ubicada en una zona marginada, se encuentra estructurada con servicios completos.

A los 4 años de edad E.B.D. apenas emitía sonidos guturales, presentando irritabilidad, impulsividad, jalones hacia la madre, aventaba cosas de manera propositiva, en especial cuando la madre le daba alguna indicación; baja tolerancia a la frustración (reaccionaba agresivamente pegándole a su madre, se tiraba al suelo y pataleaba); hiperactividad motora, se encimaba con la gente, la madre lo alimentaba por completo, lo vestía, lo bañaba. No presentaba juego social.

Por las conductas mencionadas anteriormente los pares lo excluían de las actividades en grupo.

- *Procedimiento*

Por los motivos expuestos anteriormente la madre acude a la reapertura del expediente clínico.

En primera instancia es importante mencionar que el paciente acudió al servicio referido por su médico tratante (paidopsiquiatra), quien determino a través de sus evaluaciones y observaciones clínicas la necesidad de que el paciente recibiera atención psicológica.

El médico paidopsiquiatra envió por escrito su impresión diagnóstica con una breve descripción de los aspectos más relevantes de la situación del paciente. Con esta información fue posible orientar la entrevista e indagar sintomatología asociada al trastorno y ubicarlo en el contexto social que mantenía y favorecía la manifestación de los síntomas.

Una vez que el paciente llegó al servicio se le asignó la cita de primera vez en la cual se llevó a cabo la entrevista con la madre con formato estructurado y enfocado a las conductas observables en la cual se consideraban los antecedentes, consecuentes y topografía de cada una de las conductas disfuncionales (Anexo1).

Durante el proceso de entrevista se indagaron diferentes aspectos como el motivo de consulta, la historia del padecimiento, sus principales manifestaciones conductuales asociadas al conflicto; implicaciones sociales y familiares del estado clínico de ese momento del paciente y manejo de normas y límites en casa por parte de los padres. A partir de la elaboración de la entrevista y los criterios de inclusión (ver pág. 17) se decidió que el paciente era candidato a intervención mediante éste tipo de corriente terapéutica.

Cabe mencionar que la información que la madre proporciona en la entrevista carece de credibilidad, pues desde que ingreso a su primera sesión lo primero que manifestó es que E.B.D. no iba a querer entrar. Posteriormente y ya dentro del consultorio mostró todas las conductas negadas por la madre, como: "agresión dirigida", "berrinches excesivos", "baja tolerancia a la frustración", "hiperactividad"; este hecho fue comentado con la madre, admitiendo que el comportamiento que referimos lo presenta con frecuencia en casa y escuela, sin embargo la madre minimizó las conductas. (Anexo 2).

En un primer momento y con base a lo reportado durante la entrevista considere únicamente brindar la orientación necesaria para el manejo de las conductas presentes y citar mensualmente a la madre para supervisar la aplicación de técnicas establecidas; sin embargo, al determinar los antecedentes y consecuentes de las conductas disruptivas mediante la observación directa en la valoración junto con los reportes de la madre durante la entrevista se obtuvo lo siguiente:

- Diseño A-B

Línea base

Durante las sesiones de valoración, E.B.D. se negó a entrar al consultorio, echándose a correr y tirándose al suelo, motivo por el cual la madre trató de alcanzarlo y sujetarlo con firmeza en repetidas ocasiones para hacer que ingresara al consultorio. Estando dentro comenzó a presentar agresión dirigida de manera indistinta, es decir, a cualquier persona que se encontraba cerca de él (dio manotazos, aventó cosas de manera propositiva y escupió hacia la cara de las personas que se encontraban cerca de él). No lograba mantener la atención, ni permanecer en su lugar, en especial cuando la madre intentaba establecerle alguna actividad dentro del consultorio. Presentaba dificultad para seguir instrucciones.

Cabe mencionar que la madre presentaba dificultades para establecer límites y reglas; su volumen de voz era muy bajo, se mostraba temerosa al dar indicaciones o las daba en forma de preguntas, dando oportunidad al menor y a los otros de realizarlas o no; cuando sucedía esto, la madre terminaba llevando a cabo la indicación que había establecido.

- *Hipótesis explicativas*

Con base a la valoración realizada a través de la observación clínica, la entrevista con la madre y la revisión al expediente clínico se establecieron las siguientes hipótesis explicativas de cada una de las conductas problema.

El diagnóstico conductual se clasificó en excesos y déficit conductuales considerando como exceso toda conducta que se manifestó de manera excesiva en los ambientes en los que se encontraba el menor y que limitaban su nivel de funcionamiento. Los déficit conductuales se determinaron de acuerdo a las habilidades de las cuales el menor carecía.

-Diagnóstico Conductual

<i>Excesos</i>	<i>Déficit</i>
Agresión dirigida (dar manotazos, jaloneos)	Atención
Hiperactividad (ir de un lugar a otro)	Ejecución de ordenes
Berrinches (llorar, tirarse al suelo, y patear)	Interacción social (Abordado en otra área del hospital)
Aventar cosas (propositivamente)	
Escupir (Propositivamente)	
Impulsividad (tomar las cosas que se encuentran a su alcance)	
Autodestrucción (con la mano golpear la cabeza)	

- *Excesos*

- Conducta de agresión dirigida

Conductualmente, se define como agresión aquella conducta que produce daño físico o que ofende a otra persona.

Los psicólogos han definido la agresión como un fenómeno social que arranca originalmente del sistema y no del individuo (Ribes, 1975) y puede ser aprendida directamente, como cualquier otro comportamiento, o a través de modelos en condiciones adecuadas de reforzamiento (Bandura, 1965).

La agresión dirigida en el menor se presenta cuando la madre le pide que realice algo en específico y él no quiere realizarlo. Generalmente, comienza con manotazos y después jaloneos, conductas ante las cuales la madre frecuentemente se expone a la agresión, pues no se retira de la situación y presta

atención a la conducta diciendo, “no lo hagas”, o anticipándole consecuencias inespecíficas que no le cumple, tales como, “yo te voy a pegar más fuerte”, “si me sigues pegando vas a ver”, “ya no te voy a querer” etc. Generalmente su volumen de voz es bajo y temeroso. En otras ocasiones la madre cede a las demandas del menor para que ya no siga pegando. Ésta es una situación en la que el menor ha aprendido a comunicarse para obtener ganancias secundarias a través del reforzamiento que la madre le brinda.

- Hiperactividad

La hiperactividad es una categoría clínica que se compone de movimientos excesivos, incapacidad para concentrar la atención en una tarea particular y una baja ejecución académica (Stewart, Pitts, Craig y Dieruf, 1966). Nosotros consideramos que las características principales de la hiperactividad son: a) que se da sin un control del estímulo aparente, y b) que impide al sujeto realizar actividades adaptativas.

Es necesario señalar que pocas veces se considera, dentro de la modificación de conducta que una conducta sea problemática en sí, sino que resulta problema por su frecuencia excesiva o por la ausencia de control situacional adecuado; se deduce por tanto, que cualquier conducta puede ser problemática dado que se presente alguna de esas condiciones (Galindo et al., 2008).

El menor no logra permanecer en un solo lugar, frecuentemente va de un lugar a otro lo que impide que éste logre concluir una actividad preestablecida o simplemente que no logre iniciarla; cabe señalar que la madre menciona no poder dedicar el tiempo suficiente para mantener ocupado al menor.

- Conducta de berrinche

Se ha dado este nombre a un conjunto de respuestas que se exhiben como consecuencia de la pérdida de un evento reforzante o como consecuencia de negar el acceso a él. (Galindo et al., 2009).

Ante la conducta "mimada", los padres continúan brindando una atención especial y por tanto se hace más difícil que aquella desaparezca. También es común que los niños obtengan lo que se les niega mediante el llanto y las pataletas.

El berrinche es otra de las conductas que el menor presenta con mayor frecuencia, generalmente cuando no se le da lo que quiere de forma inmediata.

La madre refiere que no le presta atención cuando esta conducta se presenta, sin embargo, al igual que en la agresión, la madre presta atención a la conducta y sede a las demandas, lo que hace que la conducta permanezca y que incluso incremente el número de frecuencia.

- Aventar cosas

Arrojar cualquier objeto de manera propositiva.

Esta conducta de aventar las cosas, se presenta en el menor cuando se le brinda algo que él no quiere o no es de su agrado, ó simplemente cuando se le pide sostener "algo". En otras ocasiones suele presentarse cuando hace berrinche y no es atendido de manera inmediata por la persona que se encuentre cerca de él.

- Escupir

Arrojar saliva por la boca propositivamente.

Ésta es otra de las conductas que se presenta en el menor cuando la madre le llama la atención o le da alguna indicación que él no quiere o no logra llevar a cabo por sus limitaciones.

- Impulsividad

Excesivo cambio de una actividad a otra; muestra reacciones automáticas (no intencionales o premeditadas) ante situaciones que percibe como amenazantes; presenta muchas dificultades para esperar. Esta conducta la presenta el paciente

en todo momento, si ésta no es satisfecha de manera inmediata, comienza a presentarse todas y cada unas de las conductas disruptivas ya mencionadas.

- Autodestrucción

Es una forma de autoestimulación que se caracteriza por producir daño físico al sujeto que la ejecuta. El análisis conductual de las manifestaciones autodestructivas se ha orientado más hacia los procedimientos para modificarlas que a buscar explicaciones de este problema. Ferster (1961) afirma que esta conducta puede estar mantenida por el reforzamiento social y, por tanto, la eliminación de este puede reducir la frecuencia de aquella.

Cuando al menor se le dificulta realizar alguna tarea o simplemente no logra llevarla a cabo, comienza a manifestar ansiedad, es decir, presenta movimientos recurrentes de brazos y piernas, su atención es indefinida, y los golpes en la cabeza se comienzan a presentar. Ante la presencia de esta conducta, la madre únicamente dice: "no lo hagas", e incluso, en algunas ocasiones solo se ríe de lo que sucede.

- *Déficit*

- Atención

La atención se define como "orientarse visualmente hacia el punto señalado por el evaluador". Puede ser hacia objetos próximos (cuando el evaluador, al señalar un objeto, lo toca con el dedo o lo tiene a unos cuantos centímetros) o hacia objetos distantes (cuando el objeto señalado se encuentra tan lejos del dedo del evaluador, que para localizarlo no basta mirar a éste, sino que haya que seguir la dirección indicada) (Galindo et al., 2009).

La atención que presenta el menor es dispersa, difícilmente logra focalizar un objeto por más de dos segundos; no logra mantener el contacto visual, sin embargo, cuando sabe que realizó algo bien, o simplemente algo no le sale, busca

el contacto visual de su madre. Cabe mencionar que cuando el paciente logra focalizar su atención se le habla con un tono de voz elevado y firme.

- Ejecución de órdenes

Entrenar en seguimiento de instrucciones significa poner la conducta de un sujeto bajo el control de instrucciones verbales. El control por instrucciones se refiere a que el sujeto presenta una determinada conducta cuando se le indica verbalmente que lo haga. La importancia de este repertorio radica en que facilita la adquisición de repertorios más complejos, ya que si el sujeto responde ante la sola instrucción verbal no es necesario utilizar procedimientos más laboriosos, como el moldeamiento o la instigación física.

El menor no logra seguir indicaciones aparentemente porque su comprensión se encuentra limitada y la estimulación que le brinda su medio es deficiente; en la mayoría de veces en las cuales se le da una indicación es necesario señalarle los objetos, de tal manera que identifique a lo que nos estamos refiriendo y por lo tanto, qué es lo que queremos que haga. Solo así logra seguir algunas indicaciones.

- *Intervención*

Los procedimientos que se emplearon para eliminar la agresión dirigida (dar manotazos y jalones) y la autodestrucción fueron los que a continuación se describen:

1. Instrucciones: Cada vez que el paciente presentaba agresión dirigida y/o autodestrucción se le daba la siguiente indicación con tono de voz elevado y firme: "No pegues, no jales", y/o "despacio, porque duele", según fuera el caso. Si continuaba la conducta se repetía la misma instrucción pero ahora aplicando la técnica de sobrecorrección.
2. Sobrecorrección: Cuando el paciente agredía y/o se autoagredía, se le interrumpía indicándole que practicara la conducta alternativa, es decir, debía brindar una caricia hacia el otro y/ hacia sí mismo, y en caso de que jalara debía tomar la mano del otro y señalar lo que necesitaba.
3. Reforzador social: Cada vez que el paciente lograra realizar las conductas alternativas, éstas eran reforzadas con una sonrisa y un tono de voz efusivo con el fin de que el paciente aprendiera y practicara formas sociales adecuadas hacia las personas agredidas y hacia sí mismo. Por ejemplo: "¡Muy bien!", "¡que niño tan cariñoso!", etc.

Los procedimientos que se emplearon para eliminar la hiperactividad (ir de un lugar a otro), mantener la atención, ejecutar las órdenes preestablecidas y controlar la impulsividad fueron los siguientes:

1. En primer instancia fue importante establecerle diversas actividades de corta duración, con el fin de apoyar las técnicas que se exponen a continuación:
2. Instrucciones verbales: Las instrucciones verbales consistieron en decirle al paciente exactamente lo que quería que realizara, éstas fueron sencillas, cortas, y con palabras que el paciente lograba comprender con el fin de

obtener la respuesta esperada. Por ejemplo: “ven”, “dame”, “espera”, “despacio”, “siéntate”, “quédate quieto” etc.

En el caso de la hiperactividad, si el paciente se levantaba de la silla donde se le había sentado previamente, o presentaba otras conductas hiperactivas se daba la indicación de “siéntate o quédate quieto” según fuera el caso.

Se cambiaba de procedimiento o se combinaba la instrucción con otros procedimientos cuando dos instrucciones no eran cumplidas.

3. Reforzamiento de otras conductas (RDO): Se reforzaba toda la conducta incompatible con la hiperactividad, la inatención y la impulsividad, como permanecer sentado, esperar y mantenerse atento, es decir, mantener contacto visual por más de tres segundos.

Cabe mencionar que éste procedimiento también se aplicó de la siguiente manera:

Se identificó el tiempo máximo que el paciente lograba permanecer sentado (3min). Este intervalo, se considero como el tiempo mínimo que el paciente debía permanecer sentado para ser reforzado. El reforzador positivo fue identificado al inicio del tratamiento por la madre.

Posteriormente el tiempo de permanencia se fue incrementado gradualmente para que éste fuera reforzado.

4. Instigación física: Se tomo de la mano al paciente y se guió a la ejecución de las respuestas motoras componentes de la destreza de lo que se estaba enseñando. En la medida que el paciente mostrara una ejecución, se procedía a disminuir gradualmente la ayuda física, reduciendo la firmeza con que se sostenían los dedos, hasta lograr que el paciente realizara la ejecución solo y de manera adecuada. Esta técnica principalmente fue aplicada para favorecer la ejecución de las instrucciones y focalizar la atención por un periodo de tiempo mayor.
5. Instigación verbal: Se le brindo sugerencias auditivas adicionales para lograr el establecimiento de repertorios verbales básicos y adecuados con el fin de favorecer la adaptación del menor. Además fue una técnica

importante para incrementar el tiempo de espera y disminuir la impulsividad en el menor.

6. Moldeamiento: Inicialmente se seleccionó la conducta objetivo a lograr en el menor de acuerdo a las habilidades con las que contaba, es decir, las conductas precurrentes, posteriormente elevando su nivel de complejidad y reforzando cada una de las conductas de manera diferencial (reforzamiento- extinción).

A continuación se describe el procedimiento que fue utilizado ante la presencia del berrinche (llorar, tirarse al suelo y patear):

1. Extinción: Al identificar que la conducta se mantenía por la atención que los adultos le brindaban al menor cuando éste presentaba el berrinche, se le indicó a la madre dejara de reforzar inmediatamente cualquier conducta que el menor presentará referente a ésta, como gritar, tirarse al suelo, llorar o patear; es decir, ignorarlo totalmente. Una vez que el berrinche cesaba, nuevamente se le prestaba atención al menor y justo en ese momento se le reforzaban todas aquellas conductas incompatibles que se presentaran, o simplemente ante la ausencia de esta conducta problemática. Dentro de las indicaciones que se le daban a la madre se le pedía tener precaución de no reforzar el berrinche en ningún momento, es decir, no ceder a las demandas del menor.

Cuando el menor presentaba conductas como aventar cosas de manera propositiva se empleaban las técnicas que se muestran a continuación:

1. Sobrecorrección: Cuando el menor aventaba cosas o destruía algún material que se estaba utilizando durante la actividad preestablecida en la sesión, se le hacía que lo restaurara devolviéndolo al estado original o mejorándolo con el fin de promover que el menor practicara los comportamientos adecuados ante cierta situación.

2. Sobrecorrección restitutiva: Cuando el paciente aventaba o alteraba algunos materiales utilizados durante la sesión se le hacía que restaurara los efectos producidos y además repitiera varias veces la conducta positiva, es decir, lo que él hizo más algo equiparable a la restauración.

Finalmente cuando el menor escupía ante situaciones que le producían “frustración” y “enojo”, es decir, que no lograra realizar lo que se le pedía, por las limitaciones que presentaba, o simplemente como evasión al trabajo, se empleaba la técnica que se expone a continuación:

1. Saciedad: Cuando el menor escupía de manera propositiva se administraba dicho reforzador como consecuencia de esta conducta indeseable que la mantenía hasta saciarlo, de manera que el reforzador perdiera su valor como tal, es decir, lo que al principio lo recompensaba al lograr evadir el trabajo, al final al abusar de éste, le generó molestia y desagrado resultando aversivo para el menor. En otras palabras, cuando el menor escupía se le daba la indicación de: “no escupas”; si la conducta se presentaba por segunda ocasión, se le anticipaba una consecuencia, es decir: “si escupes, te voy a poner a escupir”; si la conducta se presentaba por tercera ocasión, inmediatamente se ponía al menor en una posición incómoda para él durante cinco minutos y se hacía que éste escupiera. Si la conducta volvía a presentarse, inmediatamente se aplicaba la técnica de saciedad.

Cabe mencionar que las conductas al estar interrelacionadas unas con otras, se trabajaron simultáneamente en todas y cada una de las sesiones a lo largo de la intervención. Durante este proceso la madre entraba a las sesiones programadas, inicialmente para observar el manejo conductual que se tenía con el menor. Al término de cada sesión, se le explicaba a la madre lo que se estaba trabajando con el paciente y se aclaraban las dudas que le iban surgiendo. Posteriormente la madre ingresó al consultorio para poner en práctica lo

establecido con anterioridad, con el fin de que ella aprendiera el manejo conductual del paciente. Una vez logrado esto, se le pidió que enseñara a sus allegados las indicaciones que le fueron dadas y el manejo conductual que debían tener con el menor para favorecer su funcionamiento y adaptación en su medio, con el fin de que las conductas más favorables lograran generalizarse, es decir, extrapolarse en a los diferentes ambientes en los cuales se desarrollaba el menor.

Se utilizaron algunos elementos de registro tales como la observación directa, registro anecdótico de cada una de las sesiones (Anexo 4) y la validación social (reporte verbal de la madre) como herramienta complementaria del Análisis Conductual Aplicado.

Finalmente el uso de registros sistemáticos, directos y confiables del Análisis Conductual Aplicado, se ven limitados dentro de la Institución de Salud por lo que no se establecen en el presente trabajo.

- *Resultados obtenidos*

Con base a la disposición y puesta en práctica del trabajo que realizó la madre y los allegados del menor, al lograr implementar las técnicas para el manejo conductual del paciente en los diferentes ambientes en los cuales se desarrollaba, y considerando la validación social reportada por la madre, así como las observaciones clínicas y los registros anecdóticos de cada una de las sesiones, se llevo a cabo la revaloración del proceso de intervención (Anexo 5).

Cabe mencionar que durante la entrevista inicial y al ingreso de tratamiento la madre minimizaba e incluso negaba la presencia de conductas disruptivas en el menor, refiriendo no entender el porqué su hijo había sido enviado al servicio de Análisis Conductual Aplicado. Motivo por el cual son primordiales las observaciones clínicas y los registros anecdóticos de cada una de las sesiones.

Considerando lo anterior, se estableció una escala del 1 al 10 para facilitar los registros de la ejecución de cada una de las conductas disruptivas en el paciente siendo 1 mínimo y 10 máximo, es decir, se consideraron los reportes de la madre en la valoración inicial y los reportes durante el proceso terapéutico para cada una de las conductas disruptivas a través de los siguiente cuestionamientos: "En una escala del 1 al 10, ¿Cuántas veces considera que el menor presenta la conducta 'X' en casa en un solo día?, ¿y en la escuela?, ¿hay otro lugar donde también la presente?". Al llevar a cabo la revaloración, se hicieron los cuestionamientos antes mencionados obteniendo así los siguientes resultados:

Al término de la intervención observamos que el paciente logra mantener contacto, seguimiento y fijación visual ante las actividades que le fueron establecidas y logró prestar atención a las personas que se encontraban a su alrededor.

Obsérvese en el gráfico 1, que antes de ingresar a tratamiento su atención era dispersa y solo en algunas ocasiones lograba mantener contacto visual por no

más de tres segundos. Sin embargo, el seguimiento y la fijación visual incremento de 0 a 10 en la ejecución y mantenimiento de diversas tareas en los diferentes escenarios.



Gráfico 1. Atención (Déficit).

En el gráfico 2, se observa que la agresión dirigida (dar manotazos y jalneos) se extinguió por completo, incluso dejó de responder a las provocaciones de los que se encontraban a su alrededor, logrando contenerse de manera favorable. Esta conducta favoreció al contacto físico, especialmente con los médicos de los diferentes servicios a los cuales acudía.

Cabe mencionar que la agresión dirigida se estimó considerando la escala antes mencionada donde la conducta antes de la intervención, se presentaba 10 de cada 10 veces en la casa y en el consultorio en un solo día, mientras que en la escuela solo era 8 de 10.



Gráfico 2. Agresión dirigida (Exceso conductual).

En el gráfico 3, se muestra que hubo un incremento en frecuencia en la ejecución de órdenes en casa, escuela y consultorio, aunque aún se encuentra restringida por las limitaciones propias del diagnóstico, sin embargo, considero que si la madre continúa aplicando las técnicas expuestas anteriormente y se estimula al menor, podrá mejorar su eficiencia en llevar a cabo lo que se le indique y mejorar su funcionalidad en los ambientes en los cuales se desarrolla.



Gráfico 3. Ejecución de órdenes (Déficit conductual).

En el gráfico 4, se observa que la conducta de autoagresión se extinguió completamente en los diferentes escenarios en los cuales se encontraba E.B.D., es decir, en casa, escuela, consultorio y otros escenarios.



Gráfico 4. Autoagresión (Exceso conductual).

En el gráfico 5 se observa que la conducta de berrinche disminuyó en un estimado de frecuencia, duración e intensidad, en los diferentes ambientes, colocándolo en una conducta propia de la edad mental del menor. Considérese que los registros fueron tomados de un aproximado de frecuencia durante el proceso terapéutico.

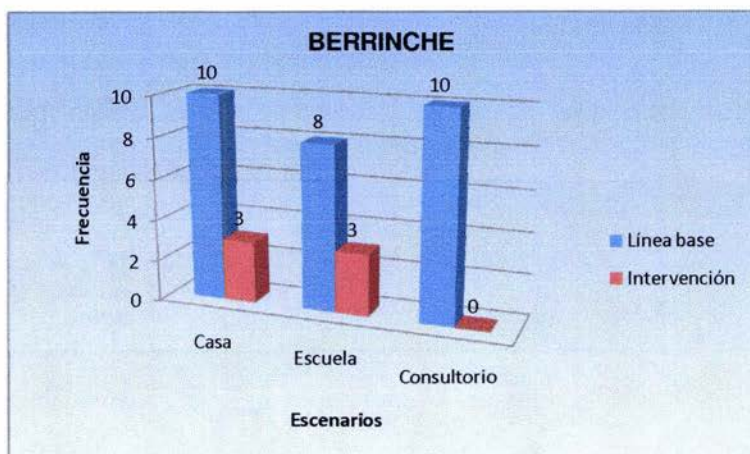


Gráfico 5. Berrinche (Exceso conductual).

En el gráfico 6 se considero el tiempo en minutos que el menor lograba permanecer sentado llevando a cabo diferentes actividades; obsérvese que la hiperactividad disminuyo en gran medida por lo que el menor lograba terminar las actividades que comenzaba, permaneciendo sentado por períodos de tiempo prolongados.



Gráfico 6. Hiperactividad (Exceso conductual).

En el gráfico 7 se observa como la conducta de aventar las cosas propositivamente se extinguió completamente, logrando así la ausencia de ésta en los diferentes ambientes y favoreciendo la funcionalidad del menor con los pares.



Gráfico 7. Aventar las cosas propositivamente (Exceso conductual).

En el gráfico 8 se observa que la conducta de escupir propositivamente se extinguió en los diferentes escenarios en los cuales el menor se encontraba, favoreciendo la relación con la madre.



Gráfico 8. Escupir propositivamente (Exceso conductual).

En el siguiente gráfico se muestra que la conducta impulsiva se extinguió en los diferentes ambientes del menor, logrando así que la tolerancia a los tiempos de espera incrementará favorablemente, generando la anticipación de las posibles consecuencias aversivas ante las conductas impulsivas en el menor.



Gráfico 9. Impulsividad (Exceso conductual).

Finalmente la disminución y extinción de conductas disruptivas, favoreció la integración e interacción con los pares.

Cabe mencionar que la Institución de Salud no logra dar seguimiento a los menores atendidos a consecuencia de los lineamientos preestablecidos y la gran cantidad de pacientes que acude al servicio de psicoterapia, especialmente en el Área de Análisis Conductual Aplicado.

Conclusiones

Con base al caso clínico presentado, se cumplió con el objetivo de disminuir e incluso extinguir los excesos conductuales del menor que limitaban su funcionamiento en su medio y la interacción con pares, equiparable al incremento de déficit conductuales que favorecieron la estimulación y el incremento de habilidades para la ejecución de diversas actividades.

Se concientizo a la madre acerca del padecimiento del menor a lo largo de todas y cada una de las sesiones de intervención, y se le brindaron las herramientas requeridas para lograr el manejo conductual de E.B.D. con el fin de que la madre informara a las personas allegadas la aplicación de las técnicas preestablecidas y finalmente se lograra la generalización de las conductas funcionales.

En el aspecto personal y profesional dentro de las actividades de Servicio Social, los aprendizajes y competencias adquiridas son fundamentales para brindar un mejor trato a los pacientes con capacidades diferentes y/o limitadas, y brindar el apoyo profesional a los padres, familiares y/o maestros para formar un equipo multidisciplinario que fomente el desarrollo saludable en la población psiquiátrica infantil.

Cabe mencionar como prestador de Servicio Social que los aprendizajes y las competencias que se desarrollaron en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", único en su género, son diversas, dentro de las cuales se encuentran primordialmente: la empatía; la observación clínica; la elaboración de entrevistas clínicas; la intervención terapéutica individual; la intervención terapéutica individual bajo contexto grupal; orientación a padres; entrenamiento de padres para el manejo conductual del menor; elaboración de casos clínicos; elaboración de notas de avance al expediente clínico; y revisiones bibliográficas de los padecimientos más frecuentes de los pacientes que acuden al servicio.

Recomendaciones y/o sugerencias

- Sería conveniente que en un futuro próximo brindarán información necesaria a los padres de familia acerca de las herramientas requeridas para lograr el manejo conductual de los menores con el fin de favorecer la interacción padre-hijo e implementar la prevención de posibles problemas académicos y/o conductuales.
- Un primer aspecto a considerar dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro," con el fin de brindar un mejor servicio a los usuarios dentro del proceso terapéutico, es darle seguimiento a los pacientes, pues solo así podemos dar cuenta de la efectividad del tratamiento implementado.
- Con base a las características de los pacientes que son atendidos en el área de Análisis Conductual Aplicado es importante considerar los espacios terapéuticos pues estos se encuentran reducidos y limitan el trabajo de intervención.
- Otro aspecto importante a considerar es que se renovarán los materiales utilizados para el trabajo terapéutico, ya que la mayor parte de ellos se encuentran en desuso.
- Finalmente debemos considerar que los aprendizajes y competencias de los profesionales de la salud mental son fundamentales para brindar un mejor servicio a la sociedad, en especial, a personas con capacidades diferentes.

Consideraciones finales

En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" especialmente en el área de Análisis Conductual Aplicado se utilizan diversas pautas para la modificación e implementación de nuevas conductas. Estas pautas nos permiten obtener un control y disminución de las conductas disruptivas que impiden funcionar a los pacientes que padecen trastornos psiquiátricos y que en consecuencia afectan los ambientes dentro de los cuales se desenvuelven.

Detectar conductas disruptivas en el paciente a través de una entrevista a los padres o tutores, nos permite a los pasantes en psicología desarrollar habilidades de observación clínica para así poder aplicar técnicas y estrategias con la mayor precisión y calidad posible a niños y adolescentes que padecen trastornos de salud mental.

Por tal motivo es importante considerar lo valioso que es el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" al brindarnos el espacio para realizar el Servicio Social y poner en marcha todos los aprendizajes y competencias adquiridas durante la Licenciatura. La estancia en esta Institución de Salud nos permite generar nuevas habilidades y conocimientos acerca de la salud mental permitiendo un mejor desarrollo y crecimiento personal y profesional.

REFERENCIAS

- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P., & Tuchman, R. (2005). *¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención*. Revista de Neurología, 40 (Supl 1), S131-S136. Disponible en: http://www.psicologiainfantilforte.com/articulos/mundy_podemos_curar_el_autismo.pdf
- Aylon, T., & Azrin, N.H., (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. Nueva York. Appleton.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4a, edition. Text revision). Washington, DC: Author.
- American Association on Mental Retardation. (AAMR). (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*, (9th ed.) Washington, DC: Author.
- Bandura A., (1965). *Behavioral modification through modelling procedures*, en L. Krasner y L.P. Ullman, Research in behaviour modification. Holt, Rinehart and Winston. Nueva York.
- Barrios, B.A., & Hartmann, D.P., (1986). *The contributions of traditional assessment: Concepts, issues, and methodologies*, en R.O. Nelson y S.C. Hayes (comps.), Conceptual foundations of behavioural assessment, Nueva York, Guilford Press.
- Baumeister, A.A. & Forehand, R., (1973). *Stereotype acts*, en N.R. Ellis (ed.). International review of research in mental retardation, vol. 6. Academic Press. Nueva York.
- Bijou, S. W., Peteraon, R. F., Herris, F. R., Allen, Ke & Johnston M.S., (1969). *Methodology for experimental studies of young children in natural settings*. The psychological record.
- Bostow, D.E. & Baley, J.B., (1969). *Modification of severe disruptive and aggressive behavior using brief timeout and reinforcement procedures*, en Journal of Applied Behavior Analysis, 2, 31-37.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E., & Sierra, J.C., (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. México- España. Siglo veintiuno editores.
- Buendía, J. (2004). *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. Psicología. Madrid. Pirámide.

- Caballo, V.E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitiva-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.2: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. México- España. Siglo veintiuno editores.
- Caballo, V.E. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México-Argentina. España editores. Siglo veintiuno.
- Caballo, V.E. & Simón, M.A. (2004). *Manual de psicología clínica infantil y del Adolescente: Trastornos específicos*. España. Ediciones Pirámide.
- Ciminero, A., (1977). *Behavioral assessment: An overview* en R. A. Ciminero, K. S. Calhoun y H.E. Adams (comps), *Handbook of behavioural*, Nueva York, Wiley.
- Deitz, S.M., & Malone, L. W. (1985). *Stimulus control terminology*. *Behavior Analyst*, 8, 128, 259-264.
- Domjan, M., (1999). *Principios de aprendizaje y conducta*. México. Universidad de Texas. international Thompson Editores.
- Dumas, J.E., (1989). *Treating antisocial behaviour in children: Child and family approaches*. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Dykens, E.M., (2000). *Psychopathology in children with intellectual disability* en *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41:407-417.
- Edelbrock, C., (1985). *Conduct problems in childhood and adolescence: Developmental patterns and progression*. Manuscrito sin publicar.
- Evans, I.M., (1985). *Building systems models as a strategy for target behaviour selection in clinical assessment*. *Behavioral Assessment*, 7, .21-32.
- Evans, I.M., (1986). *Response structure and the triple-response-mode concept*, en R.O. Nelson y S.C. Hayes (comps.). *Conceptual foundations of behavioural assessment*. Nueva York. Guilford Press.
- Fernández Ballesteros, R., (1980). *Psicodiagnóstico: Concepto y metodología*. Madrid, Cincel-Kapelusz.
- Forehand, R.L. & Atkinson, B.M., (1977). *Generality of treatment effects with parents as therapist: A review of assessment and implementation procedures*. *Behavior therapy*, 8, .575-593.
- Foster, S.L. & Ritchey, W.L., (1979). *Issues in the assessment of social competence in children*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 625-638.

- Foxx, R.M. & Azrin, N.H., (1972). *Restitution: a method of eliminating aggressive-disruptive behavior of mentally retarded and brain damaged patients*, en Behavior Research and Therapy, 10, 15-27.
- Foxx, R.M. & Azrin, N.H., (1973). *The elimination of autistic self-stimulatory behavior by overcorrection*, en Journal of Applied Behavior Analysis, 3, .1-14.
- Galindo, E., Galguera, I., Taracena, E., & Hijojoja, G. (2009). *Modificación de conducta en la educación especial: diagnóstico y programas*. México: Trillas (3ra edición).
- Goldiamond, I., (1974). *Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis*, Behaviorism. 2, 1-85.
- Griest, D.L. & Wells, K.C., (1983). *Behavioral family therapy with conduct disorders in children*. Behavior Therapy, 14, 37-53.
- Grossman, H.J. (dir.) (1983): *Classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Halgin R., & Krauss Whitbourne S. (2003). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. Mc Graw Hill. Cuarta edición.
- Hamilton, J., Stephens, L. y Alien, P., (1967). *Controlling aggressive and destructive behavior in severely retarded institutionalized residents*, en American Journal of Mental Deficiency, 71, 852-856.
- Harris, S.L., (1989). *Training parents of children with autism: An update on model*. The behavior Therapist, 12, 219-221.
- Hawkins, R.P., (1986). *Selection of target behaviours*, en R.O. Nelson y S.C. Hayes (comps.). Conceptual foundations of behavioural assessment. Nueva York. Guilford Press.
- Hay, W.M., Hay, L.R. & Nelson, R. O., (1977). *Direct and colateral changes in on-task and academic behavior resulting from on-task versus academic contingencies*. Behavior therapy, 8, 431-441.
- Hayes, S.C. & Nelson, R.O., (1986). *Assessing the effects of therapeutic interventions*, en R. O. Nelson y S.C. Hayes (comps.). Conceptual foundations of behavioral assessment. Nueva York. Guilford Press.
- Haynes, S., (1978). "Principles of behavioral assessment". Nueva York. Gardner Press.

- Hodapp, R.M. & Dykens, E.M., *Mental retardation* en E.J. Mash y R.A. Barkley (eds.), Child psychopathology, Guilford Press, Nueva York, 1996, 362-369.
- Holland, C.J., (1970). *An interview guide for behavioural counseling with parents*. Behavior Therapy, 1, 70-79.
- Houts, A.C. & Mellon, M.W., (1989). *Home-based treatment for primary enuresis*, en C.E. Schaefer y J.M. Briesmeister (comps.), Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behaviour problems. Nueva York. Wiley.
- Israel, A.C., Stolmaker, L. & Andrian, C.A.G., (1985). *The effects of training parents in general child management skills on a behavioural weight loss program for children*. Behavior Therapy, 16, 169-180.
- Jacobson, J.W. & Mulick, J.A. (1996). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*, American Psychological Association, (eds.) Washington.
- Kanfer, F. H., (1985). *Target selection for clinical change programs*, Behavioral Assessment, 7, 7-20.
- Kanfer, F.H., & Grimm, L.G., (1977). *Behavioral analysis: Selecting target behaviours in the interview*. Behavior Modification, 1, 7-28.
- Kanfer, F. H., & Saslow, G., (1965). *Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification*. Archives of General Psychiatry, 12, 529-538. C.M.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G., (1969). *An outline for behavioral diagnosis*, en C.M. Franks (comp.). Behavior therapy: Appraisal and status. Nueva York. McGraw-Hill.
- Kashima, K.J., Baker, B.L. & Landen, S.J., (1988). *Media-based versus professionally led training for parents of mentally retarded children*. American Journal on Mental retardation, 93, pp.209-217.
- Kazdin, A. E., (1977b). *Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation*. Behavior modification, 1, 427-452.
- Kazdin, A. E., (1985c). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, Ill., Dorsey Press. (Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia. Barcelona. Martínez Roca, 1988).
- Kazdin, A. E., (1988). "Tratamiento de la conducta antisocial en niños y adolescentes. Barcelona: Martínez Roca.
- Krasner, L., (1969). *Behavior modification- values and training: The perspective of a psychologist*, en C.M. Franks (comp.). Behavior therapy: Appraisal and status, Nueva York, McGraw-Hill.

- Llavona, L., (1984). *El proceso en evaluación conductual*, en J. Mayor y F.J. Labrador (comps.). Manual de modificación de conducta. Madrid, Alhambra.
- Loeber, R. & Schmalting, K.B., (1986a). *Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A meta-analysis*. Journal of Abnormal Child Psychology, 13, 337-352.
- Lovaas, O.I. & Simmons, J., (1969). *Manipulation of self destruction in three retarder children*", en Journal of Applied Behavior Analysis, 2, 143-157.
- Lovaas, O.I. et al., (1975). *Estudios experimentales sobre la esquizofrenia infantil, I: Análisis de la conducta autodestructiva*, en S.W. Bijou y D.M. Baer. Psicología del desarrollo infantil. Vol.2: Lecturas en el análisis experimental. Trillas. México.
- Marcelli, D., & De Ajuriaguerra, J., (2005). *Psicopatología del niño*, Barcelona. Masson (3ra ed.).
- Martin, G. & Pear, J., (1999). *Modificación de Conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid. Prentice Hall (5ta Edición).
- Martin, G. & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- McFall, R.M., (1982). *A review and reformulation of the concept of social skills*". Behavioral Assessment, 4, 1-33.
- McMahon, R.J., (1984b). *Enhancing the effectiveness of behavioral parent training: Adjunctive procedures and client variables*. Comunicación presentada en la National Canadian Parent Training and Education Conference. Londres, Ontario.
- McMahon, R.J., & Forehand, R., (1988). *Conduct disorders*, en E.J. Mash y L.G. Terdal (comps.). Behavioral assessment of childhood disorders. Nueva York. Guilford Press (2a edición).
- McMahon, R.J., & Wells, K.C., (1989). *Conduct disorders*, en E.J. Mash y R.A. Barkley (comps.). Treatment of childhood disorders. Nueva York. Guilford Press.
- Matson, J.L. & Frame, C.L., (1986). *Psychopathology among mentally retarded children and adolescents*, Sage, Newbury Park.
- Meyer, V. & Turkat, I.D., (1979). *Behavioral analysis of clinical cases*. Journal of Behavioral assessment, 1, 259-269.

- Millenson, J.R., (1968). *Principles of behavioral analysis*. The MacMillan company, Nueva York.
- Myerson, W.A. & Hayes, S.C. (1978). *Controlling the clinician for the clients' benefit*, en J.E. Krapfl y E.H. Vargas (comps.), *Behaviorism and ethics*, Kalamazoo, Mi., Behaviordelia.
- Nelson, R.O., (1984). *Is behavioral assessment the missing link between diagnosis and treatment?*, Ponencia presentada en el Congreso de la Association for Advancement of Behavior Therapy. Filadelfia.
- Nelson, R.O. & Hayes, S. C., (1986b). *The nature of behavioral assessment*, en R.O. Nelson y S. C. Hayes (comps.), *Conceptual foundations of behavioural assessment*. Nueva York. Guilford Press.
- O'Dell, S.L., (1974). *Training parents in behavior modification: A review*. Psychological bulletin, 81, 418-433.
- O'Leary, K.D., (1972). *The assessment of psychopathology in children*, en H.C. Quay y J.S. Werry (comps.). *Psychopathological disorders of childhood*. Nueva York. Wiley.
- Olivares, J., Méndez, F. X. & Macia, D. (1997). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- Olivares, J., Méndez, F. X. & Macià, D. (2003). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia: bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1992) *Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento* (CIE-10), Ginebra.
- Patterson, G.R., (1982). *Coercive family process*. Eugene, Or. Castalia.
- Patterson, G.R., (1983). *Stress: A change agent for family process*, en N. Garmezy y M. Rutter (comps.). *Strees, coping and development in children*. Nueva York. McGraw- Hill.
- Patterson, G.R., (1986). *Performance models for antisocial boys*. American Psychologist, 41, 432-444.
- Pearson, D.A., Norton, A.M. & Farwell, E.C. *Attention deficit hyperactivity disorder in mental retardation: nature of attention deficits*, en J.A. Burack y J.T. Enns (eds.), *Attention, development and psychopathology*, (1997). Guilford Press, Nueva York, 205-221.

- Pelechano, V., (1980b). *Psicología de intervención. Análisis y modificación de conducta*, 6, pp.321-347.
- Pelechano, V., (1980C). *Intervención comportamental: una vieja aspiración con un nuevo perfil*, en V. Pelechano, J.L. Pinillos y J. Seoane. Psicologema. Valencia. Alfaplús.
- Pendergrass, V.E., (1971). *Effects of length of timeout from positive reinforcement and schedule of application in suppression of aggressive behavior*, en *Psychological Record*, 21, 75-80.
- Reep, A.C. & Deitz, S.M., (1974). *Reducing aggressive and self injurious behavior of institutionalized retarder children through reinforcement of other behaviors*, en *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 313-325.
- Reid, A.H. & Ballanger, B.R., (1995). *Behaviour symptoms among severely and profoundly mentally retarded patients: a 16-18 year follow-up study*, en *British Journal of Psychiatry*, 167:452.
- Reynoso, A. (2007). *Manual de Bienvenida para el Estudiante. División de Enseñanza y Capacitación, Coordinación de Enseñanza en Psicología. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*.
- Ribes, I., (1975). *Técnicas de modificación de conducta*. Ed. Trillas, México.
- Ribes, E., (1976). *Técnicas de modificación de conducta: Su aplicación al retardo en el desarrollo*. México. Trillas.
- Riley, A.W., Parrish, J.M. & Cataldo, M.F., (1989). *Training parents to meet the needs of children with medical or physical handicaps*, en C.E. Schaefer y J.M. Briesmeister (comps.). *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems*. Nueva York. Wiley.
- Russo, D. C., Cataldo, M.F. & Cushing, P. J., (1981). *Compliance training and behavioral covaration in the treatment of multiple behavior problems*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 209-222.
- Schwartz, A. & Goldiamond, I., (1975). *Social casework: A behavioral approach*, Nueva York. Columbia University Press.
- Silva, F., (1985). *Psicodiagnóstico: Teoría y aplicación*. Valencia. Centro editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.

- Sidman, M., (1960). *Tactics of Scientific research, educational experimental data in psychology*. Basics Books Inc.
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton- Century-Crofts.
- Skinner, B.F., (1950). "Are theories of learning necessary?" *Psychological Review*, 57, 193-216.
- Skinner, B.F., (1969). *Contingencies of reinforcement, a theoretical analysis*. Appleton Century crofts.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Skinner, B.F., (1975). *The bahavior of organism*. Nueva York. Apleton century crofts.
- Stuart, R. B., (1970). *Behavioral contracting within the families of delinquents*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2, 1-11.
- Stewart, M. Et al., (1966). *The hyperactive child syndrome*, en *American Journal of Ortopsychiatry*, 36, 861-867.
- Tharp, R. & Wetzel, R., (1969). *Behavior modification in the natural environment*. Academic press. Nueva York and London.
- Train, A. (2003). *Niños agresivos, ¿qué hacer?*. México D.F. Alfaomega.
- Turkat , I.D. (1986). *The bahavioral interview*. En A.R. Ciminero, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Comps.) *Handbook of behavioral assessment* (2ª edición). Nueva York. Wiley.
- Twardosz, S. & Sajwaj, T., (1972). *Multiple effects of a procedures to increase sitting in a hyperactive, retarded boy*, en *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5, 73-78.
- Ullmann, L.P. & Krasner, L., (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- Valencia, C. (2006). *El autismo: una revisión desde el análisis conductual aplicado*. ABA Colombia. Disponible en: http://www.abacolombia.org.co/bv/analisis/autismo_revision_2006.pdf
- Van Houten, R., (1979). *Social validation: The evolution of standards of competency for target behaviours*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 581-591.
- Wells, K.C., (1985). *Behavioral family therapy*, en .S. Bellack y M. Hersen (comps.). *Dictionary of behaviour therapy techniques*. Nueva York. Pergamon Press.

- Wells, K.C., Forehand, R. & Griest, D. L., (1980). *Generality of treatment effects from treated to untreated behaviors resulting from a parent training program*. Journal of clinical child psychology, 9, 217-219.
- Whaler, R.G., et al., (1970). *The modification of childhood stuttering: some response-response relationships*, en Journal of Experimental Child Psychology. 9, 411-428.
- Winett, R. A., & Winkler, R. C., (1972). *Current behaviour modification in the classroom: Be still, be quiet, be docile*. Journal of Applied Behavior Analysis, 5, 499-504.
- Wolf, M.M., Risley, T.R. & Mees, H.S., (1975). *Aplicaciones de los procedimientos de condicionamiento operante a los problemas conductuales de un niño autista*, en S.W. Bijou y D.M. Baer. Psicología del desarrollo infantil. Vol.2: Lecturas en el análisis experimental. Trillas. México.
- Wolfe, D.A., Edwards, B., Manion, I. & Koverola, C., (1988). *Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: A preliminary investigation*. Journal of consulting and clinical psychology, 56, 40-47.
- Yates, A.J., (1976). *Terapia del comportamiento*. Trillas. México.
- Zigler, E., (1967). *Familial mental retardation: a continuing dilemma*, en Science, 155:292-298.
- Zingler, E. & Hodapp, R., (1986). *Understanding mental retardation*. Cambridge University Press, Nueva York.
- <http://www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta>
- <http://www.comportamental.com/articulos/23.htm>
- <http://blog.educastur.es/fredorato/files/2007/03/skininner-modelamiento.pdf>
- <http://www.psicologia-online.com/infantil/castigo.shtml>

ANEXO 1

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"
ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO
INGRESO/EGRESO

Nombre: _____ No Reg.: _____ Sexo: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escolaridad: _____
Fecha de canalización: _____ F. de Entrevista: _____ F. de Ingreso: _____
Referido por: _____ Diagnóstico: _____
Tratamiento farmacológico: _____
Estudios realizados: _____
Motivo de canalización: _____
Motivo de consulta: _____

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

ATENCIÓN

Fase	Si	No	Selectiva
Contacto			
Seguimiento			
Fijación			

IMITACIÓN

AGRESIÓN

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa					
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedentes _____

Consecuente _____

EJECUCIÓN DE ÓRDENES

Ambiente	Si	No	Frecuencia
Casa			
Escuela			
Consultorio			
Otro			

CONTROL DE ESFÍNTERES

Control de esfínteres	Si	No
Enuresis		
Ecopresis		
Prob. de estreñimiento		

Antecedente: _____

Consecuente: _____

DIFICULTAD PARA RELACIONARSE

Ambiente	Busca integrarse	No busca integrarse	Es rechazado	Selectivo
Casa				
Escuela				
Consultorio				
Otro				

Antecedente: _____

Consecuente: _____

AUTOAGRESIÓN

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad
Casa				
Escuela				
Consultorio				
Otro				

Antecedente: _____

Consecuente: _____

BERRINCHE

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa					
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedente: _____

Consecuente: _____

ASLAMIENTO

Ambiente	Momento	Frecuencia	Duración
Casa			
Escuela			
Otro			

HIPERQUINESIA

Ambiente	Postura	Actividad	Tiempo	Observaciones
Casa				
Escuela				
Consultorio				
Otro				

OTRAS

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad
Casa				
Escuela				
Consultorio				
Otro				

Antecedentes _____

Consecuente _____

VALORACIÓN DE DESARROLLO (GRÁFICA)

5-6	_____
4-5	_____
3-4	_____
2-3	_____
1-2	_____
u-i	_____

Autoayuda

Desarrollo motriz

Socialización

Lenguaje

Cognición

OBSERVACIONES: _____

DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL:

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA:

MOTIVO DE EGRESO:

ANEXO 2

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO" ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO INGRESO/EGRESO

Nombre: E.B.D. No Reg.: Sexo: Hombre

Edad: 8 años Fecha de nacimiento: 18-Nov-1998 Escolaridad: 1º CAM

Fecha de canalización: F. de Entrevista: 26-Jun-2007 F. de Ingreso: 20-Ago-2007

Referido por: Diagnóstico: Retraso mental con rasgos autistas

Tratamiento farmacológico: Risperdal, topamax

Estudios realizados: Laboratorio

Motivo de canalización: Presencia de conductas disfuncionales.

Motivo de consulta: "No sé porque me mandan, yo creo que es por los berrinches que tiene". Sic. Madre.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

ATENCIÓN

Fase	Si	No	Selectiva
Contacto	SI		Libros y TV
Seguimiento		No	
Fijación		No	

IMITACIÓN

Mama	Comer (aprendizaje)

AGRESIÓN

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa					
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedentes _____

Consecuente _____

EJECUCIÓN DE ÓRDENES

Ambiente	Si	No	Frecuencia
Casa			3
Escuela			
Consultorio			
Otro			

CONTROL DE ESFÍNTERES

Control de esfínteres	Si	No
Enuresis		
Ecopresis		
Prob. de estreñimiento		

Antecedente: su comprensión es limitada

Consecuente: Señala cuando quiere comunicar "algo"

DIFICULTAD PARA RELACIONARSE

Ambiente	Busca integrarse	No busca integrarse	Es rechazado	Selectivo
Casa	Si		Por el hermano	
Escuela	si			
Consultorio				
Otro				

Antecedente: Busca integrarse de forma deficiente

Consecuente: _____

AUTOAGRESIÓN

No presenta

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad
Casa				
Escuela				
Consultorio				
Otro				

Antecedente: _____

Consecuente: _____

BERRINCHE

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa	Llora, jala, se tira al piso	2 ó 3/sem.	Aprox.30min	fuerte	Mamá
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedente: Cuando no se le da lo que quiere

Consecuente: No le hacen caso

ISLAMISMO

No presenta

Ambiente	Momento	Frecuencia	Duración
Casa			
Escuela			
Otro			

HIPERQUINESIA

Ambiente	Postura	Actividad	Tiempo	Observaciones
Casa				Deambula en todo momento
Escuela				
Consultorio				
Otro				

OTRAS

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad
Casa	Selectivo en alimentos (no come frutas ni verduras)			
Escuela				
Consultorio				
Otro				

Antecedentes _____

Consecuente _____

VALORACIÓN DE DESARROLLO (GRÁFICA)

5-7	_____	_____	_____	_____	_____
4-5	_____	_____	_____	_____	_____
3-4	_____	_____	_____	_____	_____
2-3	_____	_____	_____	_____	_____
1-2	_____	_____	_____	_____	_____
u-i	_____	_____	_____	_____	_____
	Autoayuda	Desarrollo motriz	Socialización	Lenguaje	Cognición

OBSERVACIONES: La información que la mamá reporta en la entrevista carece de credibilidad, pues desde que ingreso a su primera sesión lo primero que manifestó es que E.B.D. no iba a querer entrar. Posteriormente y ya dentro del consultorio mostró todas las conductas negadas por la madre, agresión dirigida, berrinches excesivos, baja tolerancia a la frustración, hiperactividad; este hecho fue comentado con la madre, admitiendo que el comportamiento que referimos lo presenta con frecuencia en casa, sin embargo la madre minimiza las conductas.

DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL:

Déficit	Excesos
-Atención	-Agresión dirigida (dar manotazos y jalones)
-Ejecución de órdenes	- Autodestrucción (con la mano golpear la cabeza)
	- Hiperactividad (ir de un lugar a otro)
- Interacción social (abordado en otra área del hosp.)	- Berinches (llorar, tirarse al suelo, patear)
	- Aventar cosas (propositivamente)
	-Escupir (propositivamente)
	-Impulsividad (tomar cosas que se encuentran a su alcance)

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA:

La modalidad terapéutica a trabar será individual, brindando la orientación a la mamá como un aspecto fundamental así como el entrenamiento de las técnicas.

MOTIVO DE EGRESO: _____

ANEXO 3

A continuación se revisan cada uno de los trastornos mentales más frecuentes dentro del Servicio de Análisis Conductual Aplicado de acuerdo a los criterios que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el CIE-10:

- *Retraso mental*

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve.

1. Los individuos afectados de *retraso mental leve* adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la

compensación de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados. En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

2. Los individuos incluidos en el *retraso mental moderado* presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en este área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de

su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

3. El cociente intelectual en el *retraso mental profundo* es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

- *Trastorno generalizados del desarrollo*

Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño (retrasado o no).

El *Autismo infantil* es un trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas.

El *Autismo atípico* es un trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo cuyo bajo nivel de rendimiento favorece la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico de autismo. También sucede esto en individuos con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje. Incluye: Retraso mental con rasgos autísticos. Psicosis infantil atípica.

El *Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados*, se incluye aquí porque los niños con retraso mental (CI inferior a 50), con problemas importantes de hiperactividad y déficit de atención tienen con frecuencia un comportamiento estereotipado. Además, estos niños no suelen beneficiarse de un tratamiento con fármacos estimulantes (al contrario de aquellos de CI en el rango normal) al que pueden responder con reacciones disfóricas intensas (a veces con inhibición psicomotriz) y en la adolescencia la hiperactividad tiende a ser reemplazada por una hipoactividad (una forma que no es frecuente en los niños hiperkinéticos con inteligencia normal). Este síndrome suele acompañarse de tipos variados de retrasos del desarrollo, ya sean específicos o generalizados.

El *Síndrome de Asperger* es un trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difere sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen

ser marcadamente torpes desde el punto de vista motor. El trastorno se presenta con preferencia en varones (en proporción aproximada de 8 a 1).

Parece muy probable que al menos algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de que esto sea así en todos los casos. La tendencia es que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta.

- *Trastornos hipercinéticos*

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hipercinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hipercinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal.

Los trastornos hipercinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

- *Trastornos disociales*

Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por sí mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en chicos. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hipercinético es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos.

El Trastorno disocial limitado al contexto familiar Incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial, antisocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) está completamente, o casi completamente, restringido al hogar o a las relaciones con miembros de la familia nuclear o allegados. El trastorno requiere que se satisfaga el conjunto de pautas de F91, de tal manera que incluso relaciones entre los progenitores y el

hijo gravemente alteradas no son en sí mismas suficientes para el diagnóstico. Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar referidos con frecuencia específicamente al dinero o a pertenencias de una o dos personas concretas, lo cual puede acompañarse de un comportamiento destructivo deliberado, de nuevo con preferencia referido a miembros concretos de la familia, tal como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, hacer rayados en muebles o destrucción de pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia. Puede presentarse también la provocación de incendios deliberados del hogar.

El *Trastorno disocial desafiante y oposicionista* es característico de niños con edades por debajo de los 9 ó 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobedientes y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás. El trastorno requiere que se satisfagan las pautas generales de F91. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista desafiante representan una forma menos grave de trastorno disocial, más bien que un tipo cualitativamente distinto. No hay datos experimentales sobre si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos actuales sugieren que si se tratara de un trastorno distinto, lo sería principal o únicamente en los niños más pequeños. Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación.

ANEXO 4

A continuación se expone el registro de las sesiones de intervención:

30-07-2007

En esta primera sesión de intervención E.B.D. se niega a ingresar al consultorio echándose a correr y tratando de alejarse de su madre, por lo que es necesario que la madre lo tome con firmeza y lo ingrese. Una vez dentro comenzó a presentar agresión dirigida (golpeando con las manos) en repetidas ocasiones y aventando el material que se encontraba a su alcance dirigiéndolo a la cara de las personas que se encontraban cerca de él. Por estas razones fue necesario aplicar instigación física dirigiendo la actividad establecida con el fin de que enfocara su atención al trabajo presente.

06-08-2007

A diferencia de la sesión anterior, E.B.D. ingresa al consultorio por sí sólo. Ante la actividad establecida tiende a mostrarse cooperativo, pero conforme van incrementando el número de indicaciones se va mostrando disperso y renuente al trabajo realizado por lo que es necesario aplicar instigación física y reforzador social. Al ser forzado a realizar la actividad comienza a presentar agresión dirigida como dar manotazos y escupir a la cara de los demás en repetidas ocasiones. Por esta conducta fue anticipado y posteriormente necesario aplicar la técnica de saciedad durante 5 min. Posterior a la aplicación de esta técnica se retomó nuevamente la actividad aplicando moldeamiento, y reforzándolo positivamente.

13-08-2007

A lo largo de esta sesión observamos a E.B.D. tranquilo y cooperativo con la actividad establecida, sin embargo fue necesario aplicar instigación física y verbal debido a que su atención era dispersa. Por otro lado se mantuvo el reforzador social para implementar y mantener la conducta esperada.

20-08-2007

En la sesión observamos que E.B.D. únicamente presenta atención de contacto por tal motivo es necesario aplicar instigación física; vemos que logra trabajar de forma adecuada reforzándolo socialmente. En repetidas ocasiones mete las manos a la boca tratando de evitar el trabajo.

03-09-2007

En esta sesión la mamá entró a observar el manejo conductual del paciente.

Nuevamente al iniciar la sesión E.B.D. trataba de evitar ingresar al consultorio por lo que le dimos un tiempo de latencia después de dos indicaciones, enseguida se le ayudo a entrar. Él se mostraba ansioso, hiperactivo y disperso. Posteriormente comenzó a hacer berrinche presentando conductas específicas como llorar y gritar constantemente "mamá"; ante esta conducta se llevo a cabo la extinción. Al comenzar a trabajar con instigación física comenzó a escupir por lo que fue anticipado ante la consecuencia de la conducta presente, y posteriormente fue necesario aplicar en tres ocasiones la técnica de saciedad durante 5min. En el transcurso de la aplicación de esta técnica, E.B.D. comenzó a presentar agresión dirigida, por lo que únicamente se le sujetaba la mano y se le dirigía tranquilamente hacia donde presentaba su agresión. Posterior a la aplicación de la técnica comenzó a trabajar por si solo intentando en una sola ocasión escupir, pero logro contenerse, anticipando la posible consecuencia.

Al finalizar la sesión se le brindo orientación a la mamá acerca de las técnicas requeridas para el manejo conductual del paciente, principalmente la aplicación de la técnica de saciedad.

10-09-2007

Al inicio de esta sesión, E.B.D. se muestra tranquilo, ingresando al consultorio por sí solo y tomando su lugar. Al comienzo de la actividad se muestra un poco ansioso y con baja tolerancia a la espera. Durante esta sesión se requirió aplicar moldeamiento e instigación física y verbal ya que su atención era dispersa y la actividad lo requería debido a que su prensión motriz estaba muy débil.

En los últimos minutos de la sesión, la mamá trabajó con E.B.D. y observamos que las instrucciones dadas son débiles, el tono de voz plano y temeroso. Por esta razón se le dio la retroalimentación en el manejo conductual, ya que además el paciente golpeo en la cara a la madre en dos ocasiones.

17-09-2007

Al ingresar al consultorio, E.B.D. toma su lugar, logrando permanecer sentado y atento a las indicaciones dadas a la mamá para llevar a cabo la actividad durante la cual trabajara con E.B.D. el manejo conductual. En esta ocasión E.B.D. se muestra menos ansioso, enfocando más su atención, presentando menos impulsividad y mostrándose más tolerante a la espera. En esta sesión, la mamá logra llevar a cabo las indicaciones dadas con anterioridad, reforzando de forma efusiva al paciente para la implementación y mantenimiento de las conductas esperadas. Por otro lado, la mamá reporta que en la escuela le han incrementado una hora de permanencia debido a buen comportamiento y seguimiento de instrucciones (de 8 a 11 hrs).

24-09-2007

En esta sesión se comienza a trabajar con reforzador de alimento, utilizándolo al término de ésta por llevar a cabo la actividad establecida. Vemos que se muestra más tranquilo, dirigiéndose a su lugar y llevando a cabo las indicaciones dadas. En un principio es importante aplicar instigación física debido a que su atención es dispersa, pero conforme va transcurriendo el tiempo se enfoca más a la actividad establecida. Al finalizar el trabajo E.B.D. muestra emoción y más aún al ser reforzado de forma social y con el alimento de su preferencia (una dona). Por otro lado, la mamá reporta que E.B.D. no ha presentado agresión dirigida como pegar y/o escupir. Además de que ha tenido buenas referencias por parte de la escuela por su buen desempeño.

01-10-2007

En esta ocasión E.B.D. se mostraba renuente a ingresar al consultorio, reportando la mamá que no había desayunado. Enseguida ella comenzó a dar instrucciones débiles para que E.B.D. ingresara al consultorio; se le indicó que después de dos consignas se le tenía que dirigir para que realice la conducta esperada. Iniciando la actividad, el paciente comenzó a golpear y a escupir a quien se encontrará cerca de él. Por ésta razón, fue anticipado ante las consecuencias de las conductas presentes aplicando así en cuatro ocasiones la técnica de saciedad, durante las cuales participo la mamá.

08-10-2007

E.B.D. cuando entro al consultorio se dirigió hacia su lugar siguiendo las indicaciones de la madre quien trabajo con él a lo largo de la sesión. Las actividades realizadas se llevaron a cabo a través del moldeamiento debido a que la atención del paciente era dispersa y las instrucciones débiles por parte de la madre. En una ocasión E.B.D. intenta pegarle a la madre logrando contenerse ante la anticipación de la consecuencia, no volviendo a presentar ningún otro intento. Al finalizar la sesión comenzó a intolerarse, pero logro concluir la actividad establecida reforzándolo con alimento y de forma social.

15-10-2007

En esta sesión la mamá trabajo con E.B.D. dos actividades a través del moldeamiento para enfocar su atención por períodos de tiempo más prolongados, estableciendo límites, marcando tiempos de espera debido a la impulsividad presentada. Observamos que la mamá ha mejorado en el manejo de conductas disruptivas. Sin embargo, reporta que en los últimos días E.B.D. ha dirigido su agresión hacia ella debido a que no es consistente en la aplicación de consecuencias, ya que estas conductas únicamente se presentan en la calle, y cuando la mamá intenta aplicar la técnica de saciedad él comienza a gritar obteniendo el control de la situación y evitando la consecuencia de la conducta

presente. Por ésta razón, se le reitera a la mamá la importancia en la consistencia de técnicas aplicadas.

22-10-2007

No asistió.

29-10-2007

Antes de entrar a la sesión, la mamá le dio a E.B.D. el reforzador de alimento. Una vez iniciando la actividad establecida observamos que la atención del paciente era dispersa por lo que fue necesario aplicar instigación física y verbal logrando que enfocara de manera intermitente su atención. Una vez que logramos trabajara por si solo se le dieron indicaciones para que continuara con la actividad; por su baja tolerancia a la frustración comenzó a presentar agresión dirigida en tres ocasiones pero ahora con rasguños, por lo que después de ser anticipado se requirió aplicar la técnica de saciedad. Posterior a esto, únicamente presento dos intentos más mostrando gran contención al ser anticipado. Finalmente se habla con la mamá respecto a la eliminación del reforzador en cualquier otra situación.

05-11-2007

En esta sesión observamos que E.B.D. nuevamente presenta conductas disruptivas que en un inicio había presentado; primeramente la hiperactividad y la atención dispersa, por lo que fue necesario aplicar instigación física y verbal, pero al mostrarse renuente al trabajo comenzó a presentar agresión dirigida como rasguñar y escupir teniendo que aplicar para las dos conductas la técnica de saciedad. Posterior a esto se retomo la actividad comenzando el berrinche como alternativa de evasión al trabajo, por este motivo se aplico extinción. Pero al ser ignorado ante esta conducta comenzó a patear teniendo como consecuencia el retirarle los zapatos. En esta ocasión, la impresión que da la mamá es que no ha trabajado las indicaciones establecidas durante el entrenamiento, ya que se muestra débil y temerosa al intentarlo, reportando que no es consistente en la

aplicación de técnicas y mencionando que en esta ocasión E.B.D. no venía desayunado.

12-11-2007

A comparación de la sesión anterior, E.B.D. se muestra tranquilo llevando a cabo las indicaciones dadas, mostrándose más tolerante a la espera y menos impulsivo. En esta ocasión no fue necesario aplicar instigación física, ya que su atención permanecía por períodos de tiempo más prolongados logrando trabajar adecuadamente. Por otro lado la mamá reporta que en la última semana no ha presentado ningún tipo de agresión, llevando a cabo todas las indicaciones hechas por ella, mencionando que ha intentado interactuar más con pares.

26-11-2007

La permanencia en terapia fue buena, E.B.D. se mostró tranquilo y elaboró todas las actividades propuestas sin necesidad de aplicar instigación debido a que su atención permanecía por períodos de tiempo más prolongados. Aún es importante retroalimentar a la mamá en la aplicación de técnicas.

03-12-2007

E.B.D. se muestra tranquilo ante las actividades establecidas, aunque en algún momento tuvo la intención de pegar, no lo hizo. Sin embargo hay que hacer algunas precisiones en la aplicación de técnicas para el manejo conductual. Los reportes en casa son de mejoría y mejor control en el manejo de conductas disruptivas.

10-12-2007

Durante la sesión E.B.D. se mostró tranquilo, atento, y tolerante a la espera. Trabajo adecuadamente llevando a cabo las indicaciones establecidas. Solo en algunas ocasiones fue necesario aplicar instigación verbal por la dificultad del trabajo establecido y porque su atención comenzaba a ser intermitente. Observamos que la mamá está llevando a cabo lo ya indicado obteniendo un

control en el manejo conductual de E.B.D.. La mamá reporta que por el momento, E.B.D. no ha presentado conductas disruptivas, reportando en la escuela una mejoría en su comportamiento.

14-01-2008

No asistió

28-01-2008

Durante esta sesión E.B.D. se mostró muy tranquilo, cooperativo con la actividad establecida, mostrándose tolerante a la espera, llevando a cabo las indicaciones dadas y respetando los límites establecidos; permaneció sentado en su lugar enfocando su atención por períodos de tiempo más prolongados. Sólo en una ocasión hizo la finta de pegar pero al ser anticipado por su madre ante las consecuencias de dicha conducta logro contenerse asumiendo que lo entendió debido a que en ningún otro momento volvió a presentar algún intento.

Finalmente la mamá reporta que así se ha mantenido en el último mes, presentando únicamente berrinches de baja intensidad.

En base a la referencia por parte de la madre y a lo observado durante el proceso terapéutico se hará una revaloración para determinar si hay un mantenimiento y/o disminución de las conductas disruptivas para considerar su alta.

ANEXO 5
REVALORACIÓN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"
ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO
INGRESO/EGRESO

Nombre: E.B.D. No Reg.: Sexo: Hombre

Edad: 9 años Fecha de nacimiento: 18-Nov-1998 Escolaridad: 2º CAM

Fecha de canalización: F. de Entrevista: 11-Feb-2008 F. de Egreso: 11-Feb-2008

Referido por: Diagnóstico: Retraso mental con rasgos autistas

Tratamiento farmacológico: Risperdal, topamax

Estudios realizados: Laboratorio

Motivo de canalización:

Motivo de consulta:

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

ATENCIÓN

Fase	Si	No	Selectiva
Contacto	Si		Presenta contacto visual con otras personas
Seguimiento	Si		
Fijación		No	

IMITACIÓN

Mamá y papá	Comer por si solo

AGRESIÓN

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa					
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedentes y consecuentes: No presenta agresión dirigida ni responde a las provocaciones de los demás. Actualmente se muestra tolerante al contacto físico, especialmente de los médicos.

EJECUCIÓN DE ÓRDENES

Ambiente	Si	No	Frecuencia
Casa	Si		7/10
Escuela	Si		4/10
Consultorio			
Otro			

CONTROL DE ESFÍNTERES

Control de esfínteres	Si	No
Enuresis		
Ecopresis		
Prob. de estreñimiento		

Antecedente: su comprensión es limitada

Consecuente: Cuando le señalan las cosas, E.B.D. lo lleva acabo mostrándose contento y feliz por poder hacerlo.

DIFICULTAD PARA RELACIONARSE

Ambiente	Busca integrarse	No busca integrarse	Es rechazado	Selectivo
Casa	Si			Hermanos
Escuela	si			Niños
Consultorio				
Otro				

Antecedente: Busca integrarse cuando ve a muchos niños jugando.

Consecuente: La mamá trata de integrarlo a las actividades de grupo

AUTOAGRESIÓN

No presenta

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad
Casa				
Escuela				
Consultorio				
Otro				

Antecedente: _____

Consecuente: _____

BERRINCHE

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa	Llora	2 ó 3/sem.	Aprox.de 5 a 10 min.	Leve	Mamá
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedente: Cuando no se le da lo que quiereConsecuente: No le hacen caso**ASLAMIENTO**

No presenta

Ambiente	Momento	Frecuencia	Duración
Casa			
Escuela			
Otro			

HIPERQUINESIA

Ambiente	Postura	Actividad	Tiempo	Observaciones
Casa			Por períodos de tiempo prolongados	Logra permanecer sentado
Escuela				Logra permanecer sentado
Consultorio				
Otro				

OTRAS

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad
Casa	Su alimentación se ha ampliado a frutas y verduras.			
Escuela				
Consultorio				
Otro				

Antecedentes _____

Consecuente _____

VALORACIÓN DE DESARROLLO (GRÁFICA)

5-8	_____	_____	_____	_____	_____
4-5	_____	_____	_____	_____	_____
3-4	_____	_____	_____	_____	_____
2-3	_____	_____	_____	_____	_____
1-2	_____	_____	_____	_____	_____
u-i	_____	_____	_____	_____	_____
	Autoayuda	Desarrollo motriz	Socialización	Lenguaje	Cognición

OBSERVACIONES: En base a lo observado durante el proceso terapéutico y a lo reportado por la madre se da su alta esperando obtener consistencia en la aplicación de técnicas ante las conductas presentadas. Logrando el mantenimiento de las conductas obtenidas para una reinserción social dentro de los ambientes en los cuales se desenvuelve el paciente.

DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL:

Déficit	Excesos
-Atención	-No presenta

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA:

MOTIVO DE EGRESO:

Disminución considerable y extinción de algunas de las conductas disruptivas que se presentaban con anterioridad en el paciente y que evitaban un buen funcionamiento en su medio social.

FIRMA: _____