



95
2 ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ IZTACALA ”

PROYECTO DE INVESTIGACION:

“ ENTRENAMIENTO A PADRES POR
PARAPROFESIONALES, UNA INTERVENCION
EN COMUNIDAD ”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

LOPEZ LOPEZ ELISA ARMIDA
RODRIGUEZ GARCIA MA. EUGENIA

ASESOR DE TESIS: PSIC. YOLANDA GUEVARA BENITEZ

LOS REYES IZTACALA, MEXICO 1985



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.

INDICE.

I. INTRODUCCION.	Pagina 1.
II. OBJETIVOS.	Pagina 16.
III. METODO:	
Sujetos.	Pagina 16.
Situación.	Pagina 17.
Material.	Pagina 18.
PROCEDIMIENTO:	
Fase A.	Pagina 19.
Fase B.	Pagina 19.
Fase C.	Pagina 21.
IV. RESULTADOS.	Pagina 30.
V. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION.	Pagina 37.
VI. COMENTARIOS FINALES.	Pagina 54.
VII. ANEXOS:	
Anexo 1.	Pagina 57.
Anexo 2.	Pagina 77.
Anexo 3.	Pagina 79.
Anexo 4.	Pagina 121.
Anexo 5.	Pagina 168.
CUADROS.	Pagina 180.
GRAFICAS.	Pagina 187.
VIII. BIBLIOGRAFIA.	Pagina 195.

I. INTRODUCCION.

Dentro de la psicología el tratamiento clínico con niños que presentan retardo en el desarrollo se ha basado en la interacción psicólogo-paciente, donde el psicólogo asume el papel de diagnosticador, entrevistador, programador y terapeuta dentro de alguna institución. De este modo el psicólogo ha tratado de afrontar el problema de retardo en el desarrollo sin poder satisfacer la demanda de servicio que existe en la población, ya que en donde se imparte tal servicio prevalecen listas de espera para poder recibirlo, como sucede en la Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI) situada en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI) ubicada en Tlanepantla, estado de México. Lo anterior se debe a que el número de profesionales adiestrados es insuficiente para satisfacer los problemas de la población que requiere de sus servicios.

Por otra parte, cuando los niños con retardo en el desarrollo están integrados en alguna institución como la CUSI, surgen problemas como lo es en primera instancia el hecho de que las conductas establecidas en la clínica se pierden cuando los niños se encuentran en su ambiente natural, esto se debe a que los niños ya no se encuentran bajo las mismas condiciones de estímulo y en consecuencia no generalizan las conductas aprendidas. Así, por razones metodológicas se requiere que la técnica o técnicas sean aplicadas en la situación natural y que los encargados de hacerle sean las personas que toman parte en la interacción que

define el problema a resolver (Ribes, 1980), ya que el cambio en la conducta es en la mayoría de los casos específica a la situación y personas que la implementan. Asimismo, el cambio producido en condiciones diferentes a la situación natural en la que debe darse la nueva conducta y en interrelación exclusiva con el profesional responsable se limita con frecuencia a las circunstancias relativamente arbitrarias de dicha interacción profesional y muestra una corta permanencia.

Al respecto López (1977) afirma que el problema básico a tratar es que la conducta establecida en el medio de tratamiento no se generalice al medio natural y por lo mismo es importante considerar la similitud entre el ambiente de tratamiento y la comunidad donde el niño se desenvuelve normalmente.

Las características relativas de los niños con retardo en el desarrollo son idiosincrásicas a su historia social particular, lo cual restringe la posibilidad de universalizar la forma de aplicación de diferentes procedimientos de cambio conductual y cuando se ha iniciado la aplicación de un programa o tratamiento, éste se ve interrumpido en el momento que surge un período vacacional perdiéndose así las conductas adquiridas hasta el momento aunado al esfuerzo y al tiempo invertido en dicha tarea.

Otro problema que no excluye lo anterior se refiere al mantenimiento de las conductas adquiridas por los niños en

el ambiente natural debido a que los padres carecen de las habilidades necesarias en el manejo de las técnicas conductuales, lo cual no les permite estimular adecuadamente a sus hijos para que los repertorios conductuales adquiridos persistan en el ambiente natural.

Dado el panorama anterior surge una alternativa que aumenta la probabilidad de asegurar la solución del problema de retardo en el desarrollo en términos de cambio conductual y de su permanencia posterior (Ribes, 1980). La alternativa consiste en el entrenamiento a para-profesionales y no-profesionales en la aplicación de soluciones a nivel social.

O'Leary (1973) define a un para-profesional como "la persona que trabaja con otra que tiene grado certificado o una licencia profesional como puede ser un maestro o un médico".

Carbonari (1973) afirma que un para-profesional tiene la característica de estar entrenado en técnicas de modificación de conducta y ser remunerado, puede ser cualquier persona que trabaja con o al grado de una persona que tiene licencia o certificado profesional. Los no-profesionales son las personas entrenadas para maximizar los efectos de las técnicas a nivel hogar y no son remunerados, pueden ser los padres o algún familiar.

Así el entrenamiento a para-profesionales y no-profesionales se enmarca en la dimensión profesional corrección-

prevención, ya que en tanto se transfiere información a los usuarios de servicios profesionales se anticipan las condiciones que mantienen los problemas de retardo en el desarrollo y que dependen en cierta medida de la propia acción de los usuarios.

Mora Rubí (en Galguera y cols; 1984) afirma que la desprofesionalización, implica un compromiso del psicólogo con las clases sociales explotadas o mayoritarias puesto que es en su medio en donde incide con mayor frecuencia el retardo en el desarrollo debido a las condiciones adversas de crianza, insuficiencia de servicios públicos, educativos, etc; asimismo el autor enfatiza que la desprofesionalización no se reduce a realizar programas de entrenamiento a para y no-profesionales en base al manejo de contingencias sino que, existen otros comportamientos susceptibles de modificar y que determinan las condiciones de desarrollo del retardo y su familia como por ejemplo, hábitos alimenticios, organización, conscientización, etc..

"Con la desprofesionalización se vulnera el monopolio social del conocimiento, reflejado en la división social del trabajo normal e intelectual y las diferentes formas de estratificación de este último. Por otra parte, entra en contradicción con los valores y criterios que la clase hegemónica impone a través de las instituciones sociales, en tanto procure de un espacio autónomo a los usuarios de dicho trabajo especializado.

De esta manera con la desprofesionalización se transfieren conocimientos directamente a los usuarios que necesitan del mismo sin mediación de otros profesionales, convirtiéndolos en auto-prestarios de servicios, delegando en los usuarios los criterios para definir el uso de dicho conocimiento, al margen de las instituciones sociales que determinan su selección y forma de aplicación" (Ribes, 1980).

La desprofesionalización se ha definido como la extensión de los conocimientos y técnicas de modificación de conducta a una amplia gama de no-profesionales y para-profesionales para su aplicación en la resolución de problemas que a ellos corresponde solucionar (Ribes, 1980).

Por su parte Varela y Seligson (1979) afirman que "la práctica social del psicólogo en la que se involucra a una tercera persona como mediador que determina los problemas que deben estudiarse y que en última instancia debe ser el beneficiario del uso de técnicas y métodos propios de la psicología" constituye la desprofesionalización.

Salas y Orozco (1980) mencionan que la relación entre un profesional y un no-profesional reside en que el no-profesional recibe un entrenamiento científico para intervenir como mediador entre el profesional y los miembros de la comunidad, así los no-profesionales pueden ser personas que no han alcanzado un grado profesional y que están en edad de alcanzarlo. Asimismo, consideran a la desprofesionalización como una relación social que se desarrolla en con-

diciones histórico sociales concretas y que, como todo fenómeno social no puede ser comprendido, sino como la síntesis de múltiples determinaciones.

Brea y Correa (1978) afirman que la desprofesionalización es la capacitación de los miembros comunitarios - para el análisis de la forma en que su comportamiento -- actúa sobre los demás y a su vez entender como los demás afectan la manera en que se percibe la realidad, de responder con mayor o menor motivación a las exigencias del medio social, de apreciar sus formas y mecanismos de aprendizaje. Estos autores consideran que la desprofesionalización está adquiriendo carácter de un desarrollo científico popular, ya que es una forma de poner el conocimiento científico al alcance de los sectores populares.

Como puede observarse las definiciones sobre desprofesionalización enfatizan el papel de un mediador, ya sea para-profesional o no-profesional que amplía eficazmente los alcances de los servicios profesionales. Los mediadores más significantes para los niños con retardo en el desarrollo son los padres, ya que éstos constituyen la parte más esencial del medio de aprendizaje del niño, son los -- principales distribuidores de premios, así como los modelos destacados según los cuales el niño estructura su -- comportamiento. Considerando que con frecuencia los mismos padres o familiares contribuyen a la presentación de la conducta problema, así para alterar la conducta del niño es ne-

cesarie alterar en primera instancia la conducta del -- agente responsable, garantizando así el cambio conductual y su futura permanencia. Al respecto, Kazdin(1970) considera que un aspecto importante de la modificación conductual es que el tratamiento se lleve a cabo dentro de la situación donde ocurre la conducta(hogar, escuela, etc.), de lo que resultan numerosas ventajas tales como la generalización hacia otro tipo de conductas que no han sido tratadas directamente y el aumento en la probabilidad de que el cambio conductual se mantenga.

Evidentemente los padres constituyen una parte muy importante dentro de la terapia, pues muchos de ellos tienen un deseo verdadero de desempeñar eficazmente sus roles y sin querer promueven conductas infantiles que son insanas e ineficaces.

Por tal motivo se hace necesaria la ayuda del profesional que guíe a los padres para el mejor desarrollo conductual de sus hijos (Blackman J y Silberman, 1973).

Considerando lo anterior, Mares A.(1984) define la desprofesionalización como un proceso mediante el cual, los profesionales y los no-profesionales conjugan esfuerzos y conocimientos para entender su realidad, transformarla y servirse al máximo de ella.

En cuanto a estudios experimentales Mares A. e Hick B.(1984) afirman que existen algunos dirigidos a extender el tratamiento de la clínica al hogar con la partici

pación de los padres, otros que implican dar indicaciones a los padres para que funjan como modificadores de conductas específicas en problemas particulares y otros dirigidos a la capacitación de los padres para que sean -- ellos los principales terapeutas y educadores de sus hijos de manera continua. Algunos ejemplos de los primeros dos tipos ya mencionados son los estudios de Risley y Montrose (en Bijou, 1975) y Johnson M. y cols. (1978) entrenaron a padres en la utilización de tiempo fuera, reforzamiento y programas de razón fija en el tratamiento de conductas autistas. Hawkins y cols. (en Bijou, 1975) entrenaron a padres en el tratamiento de conductas problema dentro del ambiente natural. Waler y cols. (op.cit.) entrenaron a padres en la utilización de reforzamiento social para la modificación de conductas problemáticas.

En lo que respecta a los entrenamientos del tercer tipo, tenemos las investigaciones de Orozco H. y Rives E. (1980), Vargas J (1981) y McDonald M. y Durban M. (1982), -- impartieron entrenamientos a padres dentro de comunidades marginadas, entrenamientos que alcanzaron el propósito de lograr desarrollar una forma terapéutica en los padres con niños con retardo en el desarrollo. Sin embargo, estas investigaciones se vieron obstaculizadas en el logro de sus objetivos, ya que reportan altos índices de deserción e inasistencias, lo cual se debió a que las actividades de los padres dentro del entrenamiento estuvieron condiciona-

das a sus múltiples ocupaciones cotidianas, como por ejemplo atender al esposo e hijos, trabajar, conseguir agua, etc..

Un nuevo intento de trabajar directamente en comunidad está representado por el presente trabajo, cuyos fundamentos se encuentran en los resultados obtenidos en dos investigaciones realizadas en ciclos anteriores (1981-1982 y 1982-1983), dentro del área de Educación Especial en la carrera de Psicología (ENEPI).

Una descripción detallada de los objetivos, fundamentos, programas, resultados y conclusiones de dichos trabajos aparecen en el reporte de investigación del ciclo 1982-1983 intitulado "Entrenamiento a Padres", por tal motivo en este reporte sólo se mencionan algunos de los puntos indispensables para la comprensión de este trabajo.

La presente investigación se justifica por ser un objetivo del área de Educación Especial en particular y de la carrera de Psicología en general, propiciar la desprofesionalización del conocimiento psicológico y su aplicación a nivel masivo por las personas que lo requieren con un mínimo de participación del profesional de psicología.

Al abordar tal problema, además de fundamentarlo en los objetivos curriculares se intentó buscar posibles soluciones a varios de los grandes problemas asociados con la intervención en Educación Especial y con sujetos con retardo en el desarrollo.

Algunos problemas se relacionan con la falta de generalización de los repertorios adquiridos en la clínica -- hacia el ambiente del hogar y los familiares, la pérdida de los repertorios ya adquiridos y la imposibilidad de lograr cambios conductuales, todos esos problemas tienen su origen en la incompetencia de los padres para aplicar y continuar los programas que se aplican en la clínica.

Otros problemas relacionados son aún más graves, uno de tales problemas se refiere a la población estática, o sea al hecho de que a lo largo de varios años el número de casos atendidos en la clínica se estanca o aumenta muy poco, y peor aún que la población que se deja de atender por falta de cupo en la institución es mucho mayor que la que se logra atender.

Así pues, el trabajo de investigación anterior (ciclo 1982-1983) que antecede y fundamenta el aquí mencionado tuvo como objetivos los siguientes:

1.- Investigar la posibilidad de que los padres con niños retardados adquirieran los elementos teóricos, técnicos y prácticos para llevar a cabo la rehabilitación conductual de sus hijos.

2.- Investigar si dichos padres eran capaces de entrenar otro grupo de padres que a su vez cumplieran el mismo objetivo de rehabilitación.

Para cumplir con dichos objetivos se llevaron a cabo cuatro fases de entrenamiento:

Durante la fase A se dió entrenamiento teórico a un primer grupo de veintinueve madres cuyos hijos retardados estaban inscritos en la CUSI.

La fase B consistió en dar entrenamiento práctico a dichas señoras, este primer grupo fué denominado grupo de madres entrenadoras.

Durante la fase C el grupo I (grupo de madres entrenadoras) fue entrenado en la exposición de los temas teórico-prácticos adquiridos en las fases anteriores, con el propósito de que ellas dieran un entrenamiento similar al recibido a un segundo grupo de madres no entrenadas cuyos hijos fueran retardados y no estuvieran inscritos en la CUSI (grupo II).

La última fase de dicho estudio consistió en el entrenamiento teórico-práctico del grupo II por parte del primer grupo.

La intención fue que el segundo grupo de madres pudiera asumir el papel de terapeuta con sus propios hijos.

Los resultados fueron los siguientes:

Durante la fase A se observó que de veintinueve señoras inscritas sólo doce cumplieron el entrenamiento teórico, pues de las restantes, o bien asistían irregularmente o bien desertaron. De las señoras que fueron entrenadas se tienen datos que indican que el entrenamiento teórico fué exitoso dado que hay diferencias significativas entre los pre y post test --- aplicados por tema.

En la fase B los objetivos se cumplieron adecuadamente pues las señoras lograron diseñar y aplicar correctamente - los programas de rehabilitación conductual de sus hijos y - de otros niños retardados. Cabe aclarar que de las doce señoras que completaron el entrenamiento teórico sólo ocho - alcanzaron los objetivos de esta segunda fase.

Durante la fase C en la cual el primer grupo de madres debía aprender o entrenar al segundo grupo en los aspectos teórico-metodológicos adquiridos por ellas en las fases A y B, se observó que sólo seis señoras alcanzaron los criterios requeridos para entrenar al segundo grupo.

En la fase D de las seis señoras entrenadas que comenzaron las exposiciones sólo cinco fueron constantes en su asistencia, en el grupo receptor se inscribieron dieciséis señoras para recibir entrenamiento y al igual que con el grupo I la deserción fue muy alta, pues sólo ocho señoras concluyeron satisfactoriamente el entrenamiento teórico, aunque los datos mostraron que el grupo receptor cumplió con los criterios de ejecución requeridos en la teoría.

Originalmente este estudio intentaba que el primer grupo de madres entrenara al segundo grupo en aspectos prácticos para llevar a cabo la terapia de sus hijos retardados, pero concluido el entrenamiento teórico sólo dos personas del grupo I estaban dispuestas para continuar dando entrenamiento, en tanto que las señoras del grupo II solicitaban

el ingreso de sus hijos a la CUSI como condición para contnuar el entrenamiento.

Los puntos discutidos y las conclusiones de este primer estudio fueron:

"Las madres de familia cuyos hijos están inscritos en la clínica son en su mayoría personas de escasos recursos económicos, cuyas necesidades son tan grandes que difícilmente pueden invertir dos horas diarias en el trabajo terapéutico de sus hijos retardados, algunas de ellas tienen que -- trabajar para cubrir sus necesidades económicas y además -- trabajar en su casa donde a temprana hora, algunas se levantan a acarrear agua a sus hogares, llevar a sus hijos a diversas escuelas, hacer comida, asear su casa y cuidar del esposo además de otros hijos" (Guevara, 1983).

Para la gran mayoría es difícil invertir su tiempo en la terapia de sus hijos y más difícil aún invertirlo en dar entrenamiento a otras madres para que lleven a cabo dicho objetivo.

Muchas señoras invierten hasta cuatro horas diarias -- entre el entrenamiento y las horas de transporte o mucho dinero para pagar los camiones que resultan demasiado costosos para ellas.

"Si los problemas planteados hasta aquí son graves, -- mucho más lo es el hecho de que las madres cuyos hijos no estaban inscritos en la clínica requieran a pesar del entrenamiento dado a ellas que sus hijos fueran admitidos en

la clínica para continuar el entrenamiento y que algunas personas del grupo I no quisieran seguir dando entrenamiento al grupo II " .

"El problema de educación especial del sujeto retardado está muy lejos de ser resuelto mediante el entrenamiento dado a sus padres desde una clínica de Educación Especial y Rehabilitación".

"....estudios futuros tendrán que considerar probablemente la integración del psicólogo en las comunidades". Así pues se pensó que quizá así se resolvería en algo"....el problema social todavía existente de la falta de atención en ésta área de la Psicología para la gran mayoría de quienes la necesitan" (Reporte de investigación sobre "Entrenamiento a Padres", 1982-1983).

Puesto que uno de los obstáculos encontrados en el estudio anterior fué el hecho de estar insertos en la clínica para dar el entrenamiento, el interés en el presente trabajo es llevar a cabo el programa dentro de una comunidad y probar si en esas condiciones el entrenamiento funciona .

Las dos madres expositoras que en el estudio anterior estaban dispuestas a continuar el entrenamiento promovieron en su propia comunidad llamada San Mateo Tecoacapan, la iniciación de un curso a padres de niños retardados para entrenarlos en la terapia de sus hijos, siendo ellas dos quienes entrenaran las habilidades teórico-metodológicas necesarias.

Dichas madres entrenadoras consiguieron un local por parte del DIF (Desarrollo Integral de la Familia) para -- reunir en él a la población de dicha comunidad que estuviera interesada en el proyecto,asimismo recorrieron calles y casas para informar,pusieron anuncios en las calles y pidieron a un sacerdote diera aviso en las misas sobre el proyecto de entrenamiento a padres de niños con problemas de retardo en el desarrollo,todo ésto con el fin de integrar un grupo de señoras para ser entrenadas.

Una vez formado un grupo de señoras interesadas las dos señoras organizadoras solicitaron que el proyecto de -- investigación de entrenamiento a padres fuera llevado a -- cabo en su grupo en su propia comunidad,pues había un gran número de niños con problemas de retardo en el desarrollo.

La responsable del proyecto aceptó y se inició la intervencción conociendo el lugar para ver si podía llevarse a cabo el estudio.

Se tuvieron diversas reuniones con las señoras interesadas en tomar parte en el entrenamiento y se presentaron un total de treinta y seis señoras cuyos hijos tenían algún problema de retardo en el desarrollo,desde parálisis cerebral hasta problemas de tipo sexual.

Posteriormente se iniciaron las actividades de la investigación dentro de la comunidad.

II.- Los objetivos de esta investigación fueron:

1.- Investigar la posibilidad de que los padres de -- niños retardados adquirieran los elementos teóricos, téc-- nicos y prácticos para llevar a cabo la rehabilitación -- conductual de sus hijos, sin estar inscritos en una clínica de Educación Especial y recibiendo el entrenamiento en su propia comunidad.

2.- Investigar si tal objetivo se logra con el entre-- namiento de dos para-profesionales previamente entrena-- dos en la CUSI y miembros de la misma comunidad.

III.- METODO

Sujetos:

Se inscribieron dieciséis señoras cuyos hijos tenían problemas de retardo en el desarrollo, pertenecientes a la comunidad San Mateo Tecoloapan, Atizapán de Zaragoza, Estado de México. *

Una descripción detallada de las señoras inscritas con sus respectivos hijos aparece en el anexo 1.

* Inicialmente se inscribieron veintinueve señoras, treinta y tres niños se presentaron a diagnóstico, veintidós madres se presentaron al entrenamiento y se inició con 16 madres con sus respectivos hijos. Algunas madres no fueron aceptadas porque sus hijos no eran retardados y otras ya no se presentaron debido a que sus expectativas no se ajustaron a los objetivos de la investigación.

Terapeutas:

Las entrenadoras directas fueron dos madres de niños retardados que tomaron un curso de entrenamiento en la CUSI (clínica Universitaria de la Salud Integral) situada en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI) ubicada en Tlanepantla, Estado de México.

Dos pasantes de la carrera de Psicología fungieron como auxiliares de las sesiones, registradoras y eventualmente como terapeutas ayudantes.

Situación General:

La localidad San Mateo Tecoloapan puede catalogarse -- como una comunidad marginada situada en las afueras de la zona metropolitana del Estado de México, sólo algunas calles están pavimentadas, el alumbrado es escaso, sufre problemas graves de agua, drenaje, inundaciones, basureras callejeras, -- falta de escuelas y graves deficiencias de higiene.

Situación Específica:

El trabajo se llevó a cabo en el local asignado cuyas medidas eran de 7X7X7X9 metros situado a la entrada de la comunidad. El local originalmente contaba con un pizarrón, un escritorio y dos sillas como mobiliario, no tenía luz, agua ni baño. Después de algunos arreglos el local contaba con luz, sillas para las señoras, sillas y mesas pequeñas para los niños, 4 cubículos y chapa en la puerta.

Material:

Pizarrón, gises, borrador, sillas, cuadernos, lápices, programas elaborados para cada uno de los niños, formatos de registro (para registrar la ejecución de las madres de familia) ver anexo 2, cuestionarios generales y específicos de los diferentes temas (ver anexo 3 de temas con sus contenidos y cuestionarios correspondientes) y un paquete con material teórico cuyo contenido es el siguiente:

- 1.- El concepto de retardo en el desarrollo.
- 2.- Causas de retardo en el desarrollo.
- 3.- Detección del retardo.
- 4.- Entrevista.
- 5.- Diagnóstico.
- 6.- Educación Especial.
- 7.- Objetivos Conductuales.
- 8.- Técnicas Conductuales.
- 9.- Programas de Conducta.
- 10.- Generalización y Seguimiento.

Se elaboró como material didáctico: Láminas, cuadros -- sinópticos para la exposición de temas y formatos de diagnóstico y entrevista con dibujos para las madres analfabetas (ver anexo 4).

También se utilizaron formatos de diagnóstico (Bijou, 1974) y entrevista (Galindo y cols. 1981) utilizados en la CUSI (ver anexo 5).

PROCEDIMIENTO.

Para todas y cada una de las fases se llevaron a cabo 4 sesiones semanales de dos horas cada una, de lunes a jueves y de 4 a 6 hrs.p.m.

Fase A:

Evaluación General, durante esta fase se aplicaron 33 diagnósticos conductuales a los niños, 22 entrevistas a las madres de familia y 16 cuestionarios de conocimientos a las personas inscritas al curso (pre-test general, anexo 3).

El pre-test general incluyó todos los temas contenidos en el material teórico (ver anexo 3) y se aplicó para medir el grado de conocimientos que sobre dichos tópicos tenían las madres. El pre-test general se comparó con un segundo cuestionario general aplicado al finalizar el entrenamiento teórico.

En esta fase se remitió a todos los niños a la CUSI - para su diagnóstico médico y los niños con problemas neurológicos fueron diagnosticados además por un médico especialista en rehabilitación física. Esta fase tuvo una duración aproximada de un mes.

Fase B:

Entrenamiento Teórico, durante esta fase las madres -- entrenadoras expusieron en base a conferencias y discusiones grupales cada uno de los siguientes temas teóricos:

- 1.-Concepción del retardo en el desarrollo.
- 2.-Causas del retardo en el desarrollo.
- 3.- Detección del retardo.
- 4.- Entrevista.
- 5.- Diagnóstico.
- 6.- Educación Especial.
- 7.- Objetivos Conductuales.
- 8.- Técnicas Conductuales.
- 9.-Programas de Modificación de Conducta.
- 10.-Generalización y Seguimiento.

Se aplicó una serie de cuestionarios sobre cada uno de los temas a modo de pre-test y post-test por tema (ver cuestionarios, anexo 3):

Como material de apoyo se utilizaron: Láminas ilustrativas y se escribieron cuadros sinópticos en el pizarrón (ver anexo 4).

Durante la exposición de los temas se retroalimentó - inmediata y demoradamente a las madres entrenadoras y se instigó al grupo receptor a participar en base a la ejemplificación del tema expuesto y la relación del mismo con su vida cotidiana.

Al finalizar la exposición de cada tema se preguntó al grupo receptor si consideraba el tema suficientemente visto, en caso de haber dudas se disiparon y se procedió a sondear al grupo receptor acerca del tema en cuestión.

Considerando que para las señoras analfabetas se recurrió a una evaluación oral, basada en la lectura de los cuestionarios de manera individual por parte de las psicólogas o las madres entrenadoras y después de la lectura de cada pregunta con sus respectivas opciones, la señora analfabeta elegía oralmente la respuesta que consideraba conveniente.

El número de sesiones que cada tema requirió fue variable ya que se esperó hasta que los sondeos continuos mostraron el conocimiento y manejo del tema por parte de las señoras, Después de ello se procedió a aplicar el post-test específico en el que debían obtener una ejecución correcta mayor al 80%, de no ser así se regresaba al tema específico.

Concluidos todos los temas teóricos se aplicó el post-test general. Esta fase tuvo una duración aproximada de dos meses.

Fase C:

Entrenamiento Práctico, algunos temas vistos en la fase B que por su naturaleza requirieron cierto manejo por parte de las madres fueron entrenados para el uso y aplicación práctica.

Dichos temas fueron:

- 1.-Aplicación de entrevista.
- 2.-Aplicación de Diagnóstico.
- 3.-Elaboración de Objetivos Conductuales.
- 4.-Elaboración de Programas Conductuales.

Para cubrir estos aspectos y moldear en cada una de las madres su ejecución práctica se establecieron situaciones simuladas en las que se utilizó modelamiento por parte de las terapeutas, uso de instrucciones, juego de roles y retroalimentación verbal demorada e inmediata.

El entrenamiento varió según el tema:

Diagnóstico.-Antes de iniciar la parte práctica correspondiente a diagnóstico se pidió a las señoras receptoras que como tarea en casa estudiaran por su parte el tema, - después al inicio de la siguiente sesión se llevó a cabo un sondeo y fue necesario dar un repaso sobre el aspecto teórico del tema.

Posteriormente se dieron las instrucciones necesarias para que entre las señoras se establecieran juegos de roles para la obtención de la línea base en donde las madres que hacían el papel de diagnosticadoras practicaran con sus propios hijos abarcando un área específica del diagnóstico (Bijou, 1974) ya fuera autocuidado, pre-académicas u otra área diferente.

Considerando que las señoras analfabetas practicaron con un diagnóstico basado en dibujos realizado por las mismas psicólogas.

Se evaluó en cada señora: Tono de voz, manejo del niño, manejo del material, secuencia de diagnóstico, intervalos entre reactivos y uso indebido de reforzador e instigación. Con base en dichos datos se calificó la ejecución de cada señora

con una escala de 1 a 10. En esta escala la categoría "mal" correspondió a 4, la categoría "regular" correspondió a 7 y la categoría "bien" correspondió a 10. La asignación de calificación fue hecha por las madres entrenadoras y las psicólogas por separado para obtener confiabilidad.

Para obtener la confiabilidad se dividió el número de acuerdos entre el número de desacuerdos más desacuerdos por cien.

Después de obtener la línea base para cada una de las señoras se modeló la ejecución adecuada también en juego de roles por parte de las señoras entrenadoras y las psicólogas.

Se reinstaló el juego de roles para que cada señora actuara como diagnosticadora y se calificó nuevamente su ejecución individualmente. Se dió a cada señora retroalimentación verbal demorada por parte del grupo receptor, señoras entrenadoras y psicólogas.

Estas condiciones se mantuvieron hasta que todas y cada una de las señoras obtuvieron el criterio de "bien", es decir 10 en las habilidades de diagnóstico.

Es de gran importancia considerar que para las señoras analfabetas fué necesario diseñar parte del diagnóstico con dibujos ilustrados (anexo 4), con el fin de que pudieran aplicar el diagnóstico a pesar de no saber leer.

Entrevista.- En este caso se pidió a las madres llevar a cabo por parejas juegos de roles donde una fungía como -

entrevistadora y otra como entrevistada y donde evidentemente se registró la ejecución de la entrevistadora. Aquí se evaluó en cada señora: Tono de voz, habilidad para obtener información, contacto visual y relación inicial entrevistador-entrevistado (raport). Todo ésto en base a una escala de 1 a 10, donde el criterio "bien" correspondió a 10, el criterio de "regular" correspondió a 7 y el criterio de "mal" correspondió a 4. De este modo se evaluó la línea base para cada una de las señoras y al igual que en diagnóstico se registró independientemente por tres observadores para obtener confiabilidad.

Posteriormente se proporcionó a las madres modelamiento e instrucciones para que efectuaran una entrevista adecuada, reinstalándose después el juego de roles para las madres y manteniéndose hasta que cada una de ellas alcanzó el criterio de 10 o "bien".

Así, la aplicación de entrevista se evaluó y entrenó de manera similar a la aplicación de diagnóstico.

Objetivos.-Antes de iniciar el entrenamiento práctico del tema se tomaron las evaluaciones correspondientes a la línea base .

Para ésto se pidió a las señoras que elaboraran los objetivos generales y específicos, así como el análisis de tareas para conductas particulares elegidas libremente, es decir para casos hipotéticos.

Posteriormente se dejó estudiar en casa el tema y fue necesario en base a un sondeo en clase, dar un repaso sobre los aspectos teóricos del tema.

Después se entrenó en las señoras la habilidad de diseñar objetivos conductuales útiles para la programación de repertorios de conducta en sus hijos que cumplieran las características que se requirieron de los objetivos conductuales de acuerdo a Vargas J. (1980) y son:

- 1.-Referirse a la conducta del educando.
- 2.-La conducta que se pretende debe ser observable y medible.
- 3.-El objetivo no debe contener palabras innecesarias.
- 4.-El objetivo debe contener un criterio de ejecución.

Asimismo se enseñó a las madres como hacer análisis de tarea para guiar el trabajo terapéutico con sus hijos.

Las técnicas utilizadas en esta fase fueron: Modelamiento con ejemplos de objetivos y análisis de tarea, así como el diseño de los mismos por parte de las señoras con retroalimentación sobre su ejecución por parte del grupo. Además cada señora debía hacer tareas en casa sobre diseño de objetivos y análisis de tareas.

Tales trabajos fueron revisados, retroalimentados y corregidos por todo el grupo, con asesoría de las psicólogas.

La evaluación se llevó a cabo basándose en una escala de 0 a 10 en donde se asignaron 2.5 puntos para el cumplimiento de cada uno de los criterios requeridos en la elaboración de objetivos conductuales. Así, las señoras debían --

obtener una ejecución de 10 puntos para concluir esta fase que duró aproximadamente dos meses.

Programación y Aplicación.-Para esta fase la pre-evaluación se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se pidió a cada una de las señoras que elaboraran un programa de acuerdo a las necesidades conductuales de sus hijos. Dichos programas se evaluaron en base a la siguiente escala:

- 1) Objetivo General.....1.25 puntos.
- 2) Objetivos Específicos.....1.25 puntos.
- 3) Situación.....1.25 puntos.
- 4) Sujetos.....1.25 puntos.
- 5) Material.....1.25 puntos.
- 6) Procedimiento..... 1.25 puntos.
- 7) Registros.....1.25 puntos.
- 8) Gráficas.....1.25 puntos.

Después de la obtención de la línea base para cada una de las señoras fue necesario dar un repaso sobre los aspectos teóricos del tema.

Las habilidades para diseñar programas completos de -- problemas particulares en los niños se entrenaron mediante las siguientes técnicas:

Modelamiento en la elaboración de programas para casos hipotéticos y retroalimentación demorada e inmediata en el diseño de los programas particulares de los niños que se -- llevó a cabo grupalmente. Las señoras participaron exponien-

de cada caso particular y de acuerdo a éste consideraron las conductas prioritarias a establecer y posteriormente se elaboró en clase el programa en base a :

- 1)Objetivo General.
- 2)Objetivos específicos.
- 3)Sujetos.
- 4)Material.
- 5)Situación.
- 6)Procedimiento.
- 7)Sistema de registro.
- 8)Sistema de graficación.

Asimismo se dejaron tareas a las señoras para realizar en casa, las cuales fueron asesoradas por las psicólogas, quienes informaron a las señoras sobre sus aciertos, errores y posibles correcciones.

Se diseñaron los programas para todos los niños en un orden determinado por la asistencia de sus madres, es decir que la señora que tuvo más asistencias fué la primera que se consideró en el diseño y aplicación del programa para su hijo.

Así se elaboraron los siguientes programas:

- 1.-Establecimiento de la conducta de sentarse para un niño con parálisis cerebral.
- 2.-Establecimiento de la conducta sumar y restar hasta con 4 dígitos para un niño con retraso académico.

3.-Emisión del fonema "D" al principio de palabras para una niña con problemas de articulación.

4.-Emisión del fonema "R" al principio de palabras para un niño con problemas de articulación.

5.-Establecimiento de la conducta hacer gelatinas para un niño con problemas motores.

6.-Programa de economía de fichas para dos niños con problemas de conductas desobedientes.

7.- Programa de lectura para una niña con parálisis cerebral.

Concluido el primer programa las sesiones que eran de dos horas se dividieron en dos partes de una hora. En la primera hora se continuó con el diseño de programas de manera grupal. La segunda hora se dedicó a la aplicación del o los programas ya elaborados, es decir en esta segunda hora cada madre hizo el papel de terapeuta con su propio hijo en base a su programa elaborado previamente.

Durante la aplicación de los programas las dos madres entrenadoras fungieron como retroalimentadoras y modeladoras de las habilidades necesarias en la terapia de las madres con sus hijos. Las psicólogas por su parte llevaron a cabo el registro de la ejecución en base a las siguientes categorías:

- 1) Manejo de reforzamiento.
- 2) Modelamiento.
- 3) Instigación física.
- 4) Instigación verbal.

5) Manejo de instrucciones.

6) Manejo de castigo.

7) Restricción física.

8) Extinción.

Para ésto se llevó a cabo un registro de frecuencia por oportunidad (Galindo y col. 1980). En el registro se consideraron las ocasiones en que fue necesaria la utilización de alguna de las técnicas mencionadas por parte de las madres terapeutas. Se registró una respuesta correcta si la madre utilizó adecuadamente una u otra técnica en el momento oportuno y una respuesta incorrecta cuando utilizó -- inadecuadamente una técnica o no la utilizó en el momento oportuno.

Concluido el diseño de programas para todos los niños se pidió a las madres que elaboraran ahora de manera individual un segundo programa para sus hijos con el fin de -- obtener la post-evaluación. Esta se calificó en base a los criterios especificados en el diseño de programas.

Hasta aquí se llevó a cabo la investigación, no se continuó con la fase de seguimiento que se tenía planeada al -- inicio de la misma, debido a que las señoras presentaron -- diversos problemas que les impidieron continuar con el entrenamiento, aquí en éstos momentos el grupo de señoras -- prácticamente desapareció.

IV.- RESULTADOS .

La tabla 1 muestra los datos obtenidos en los diagnósticos aplicados a los niños, es decir los diagnósticos conductuales y médicos que se aplicaron con el fin de -- delimitar los problemas específicos de cada niño.

Como se observa en la tabla 1 ,de los 33 diagnósticos aplicados a niños y de 22 entrevistas a padres sólo 16 madres con sus respectivos hijos iniciaron el entrenamiento teórico.

Las edades de los participantes estuvieron entre 6 y 23 años, quienes presentaron problemas de retardo en el desarrollo en diferentes áreas de conducta como:

Lenguaje, motora fina, motora gruesa, socialización, -- académicas, pre-académicas y problemas de conductas perturbadoras.

La probable etiología de tales problemas fue de naturaleza neurológica para nueve niños y de naturaleza ambiental para los siete restantes.

En la tabla 2 se presentaron las calificaciones obtenidas por el grupo de señoras en la fase B, en la que se -- llevó a cabo el entrenamiento teórico. Como puede observarse el grupo de señoras se dividió en regulares e irregulares de acuerdo al número de asistencias de cada una de -- ellas.

La tabla muestra que en el pre-test general las señoras regulares obtuvieron una media de 3 puntos mientras -- que las señoras irregulares obtuvieron una media de 5 puntos.

En los pre-test de los temas específicos se observa que tanto las señoras regulares como las irregulares presentaron promedios muy bajos que están entre 2 y 6 puntos.

En contraste se observa en los post-test de dichos temas que las señoras regulares obtuvieron promedios muy -- altos que se encuentran entre 8 y 10 puntos. Sin embargo, -- las señoras irregulares mostraron promedios variables que se encuentran entre los 5 y 9 puntos, posiblemente se debió a la inasistencia continua por parte de estas señoras.

En el post-test general aplicado al final de esta -- fase el grupo de señoras regulares obtuvieron un promedio de 9 puntos, mientras que las señoras irregulares alcanzaron un promedio de 6 puntos.

Asimismo se observó en el transcurso de las sesiones -- que al principio del entrenamiento las madres participaron mucho en la discusión de los temas, aportando ejemplos y -- análisis de dichos temas.

Para finales del entrenamiento teórico la participación disminuyó probablemente por la mayor dificultad de los temas vistos.

Por otra parte, el entrenamiento teórico no pudo ser llevado a cabo por las madres entrenadoras exclusivamente, ya --

que se requirió la intervención de las psicólogas en la exposición de todos los temas.

Los resultados de la fase C se observan en la tabla 3 A que muestra la ejecución de las señoras en el entrenamiento práctico del tema diagnóstico durante línea base y para las cuatro categorías registradas (tono de voz contacto visual, manejo de material y manejo del niño).

Como puede notarse, la ejecución de las señoras regulares fueron altas tanto para la línea base como para las evaluaciones subsecuentes.

Durante línea base se obtuvieron promedios de 8 y 9 para las diferentes categorías y en la evaluación final alcanzaron un promedio de 10 en todas las categorías.

La tabla 3 B muestra la ejecución de las señoras correspondiente al entrenamiento práctico de la entrevista considerando las categorías:

Contacto visual, tono de voz, manejo de material y ambientación o relación inicial entrevistador-entrevistado -- (raport).

Se observa que las señoras regulares obtuvieron una ejecución de 8 y 9 puntos para todas las categorías durante línea base y después de dos evaluaciones subsecuentes alcanzaron un promedio de 10 puntos.

En la tabla 3 C se muestran las evaluaciones correspondientes al entrenamiento práctico de objetivos conductuales en base a los criterios requeridos para cada objetivo.

Se asignaron 2.5 puntos para cada criterio y se observó que durante línea base las señoras regulares alcanzaron un promedio de 2 puntos, obteniendo subsecuentes promedios de 4, 6 y finalmente de 8 puntos.

La tabla 3D muestra la ejecución de las señoras regulares en el entrenamiento práctico de diseño de programas, en donde se asignaron 1.25 puntos para cada uno de los criterios requeridos. Como puede apreciarse durante línea base las señoras alcanzaron una ejecución promedio de 5 puntos y en la evaluación final obtuvieron una ejecución promedio de 7 puntos.

A lo largo de esta fase fueron desertando señoras por diversas razones, reduciéndose en número el grupo de entrenamiento.

También en esta fase las señoras entrenadoras requirieron de la intervención de las psicólogas para dar el entrenamiento.

La tabla 3 A y 3 B muestran que en general el entrenamiento en diagnóstico y entrevista mejoró las ejecuciones de las señoras que lo recibieron, ya que al final se obtuvieron buenas ejecuciones en todas las habilidades entrenadas.

Durante el entrenamiento práctico en la elaboración de objetivos hubo mayor número de deserciones, al grado de que el grupo quedó con sólo 8 señoras, de las cuales sólo 4 obtuvieron 10 de calificación al final de este entrenamiento (tabla 3 E).

Entonces, se consideró que esta parte del entrenamiento no fue del todo exitosa y para evitar más deserciones se procedió al diseño de los programas por parte del grupo con el fin de estimular a las señoras trabajando en la terapia de los niños.

En el diseño de programas se observó que el grupo de señoras participó aportando elementos para la elaboración de los mismos y nuevamente las señoras entrenadoras tuvieron muy poca participación en esta actividad, siendo las psicólogas quienes intervinieron más activamente que como venían haciéndolo.

En la aplicación de los programas por parte de cada señora con su propio hijo las psicólogas tomaron registros del manejo de las técnicas conductuales, estos registros se ilustran en las gráficas 1 a 7.

Cada gráfica corresponde a cada una de las seis señoras que permanecieron en el entrenamiento hasta esta fase.

La gráfica 1 corresponde a la srta, Ofelia, quien aplicó a su hermano Mario un programa de suma y resta hasta con 4 dígitos. Como puede observarse en la gráfica 1 las técnicas de instigación física, instigación verbal, reforzamiento, instrucciones y modelamiento fueron rápidamente aplicadas con efectividad.

La gráfica 2 muestra la ejecución de la señora Claudia quien implementó en su hijo Doroteo la conducta de sentarse. La gráfica muestra que la señora Claudia utilizó adecuadamente las técnicas de instigación física, instigación verbal

y restricción física presentando en la mayor parte de las sesiones una ejecución del 100%. En la aplicación de reforzamiento, la señora mostró una ejecución irregular al inicio de las sesiones, pero posteriormente se regularizó y alcanzó una ejecución del 100% excepto en una sesión.

La gráfica 3 muestra la ejecución de la señora Guadalupe quien aplicó a su hijo Miguel un programa para la emisión del fonema "R" al principio de palabras, la señora utilizó las técnicas: Instrucciones, reforzamiento, instigación verbal, instigación física y modelamiento, en las cuales obtuvo un 100% de ejecución correcta desde el inicio y hasta el final de las sesiones.

En la gráfica 4 se observa la ejecución de la señora Mireya quien aplicó a su hija Maribel un programa para la emisión del fonema "D" al principio de palabras. En la gráfica se observa que las técnicas de instigación verbal, modelamiento e instrucciones fueron aplicadas correctamente a lo largo de las sesiones, ya que se observa un 100% de ejecución correcta. Por otra parte, la aplicación de las técnicas: extinción, reforzamiento e instigación física fue deficiente en las primeras sesiones en donde se observó una ejecución menor al 12%, sin embargo, en las sesiones siguientes la ejecución alcanzó un nivel del 100%.

La gráfica 5 corresponde a la señora Rosa, ella aplicó a su hijo un programa para ponerse los calcetines.

La señora mostró una ejecución del 100% en cuatro de las técnicas que utilizó: Modelamiento, instigación física, instigación verbal e instrucciones.

Por otra parte las técnicas: reforzamiento y extinción mostraron una marcada irregularidad que va de 0 a 100% de ejecución correcta y la técnica de castigo fue aplicada correctamente en la última sesión en que fue requerida.

La gráfica 6 muestra la ejecución de la señora Enriqueta, quien trabajó con su hijo Fernando en un programa para hacer gelatinas, como puede observarse la señora mostró una ejecución muy irregular en la aplicación de reforzamiento e instigación física desde la primera y hasta la última sesión. Las técnicas: Modelamiento, instigación verbal e instrucciones fueron aplicadas correctamente, ya que en la mayor parte de las sesiones se observa una ejecución del 100%.

Finalmente la gráfica 7 muestra la ejecución de la señora Teresa quien aplicó a su hija Bárbara un programa de lectura.

La señora trabajó como terapeuta: la mayor parte del tiempo en su casa por las mañanas. Esto se debió a que -- Bárbara asistía a la escuela en las tardes por lo que no podía asistir al local, no obstante el trabajo terapéutico fue asesorado por las psicólogas y registrado en las dos únicas sesiones en que trabajó en el local.

Así, en la gráfica 7 se observa que las técnicas: Reforzamiento, modelamiento e instrucciones se aplicaron correctamente, pues siempre mostró una ejecución del 100%.

También en esta fase las señoras entrenadoras requirieron de la intervención de las psicólogas en la mayor parte del tiempo.

Durante esta fase se presentaron algunos problemas que interfirieron con el entrenamiento, por ejemplo la falta de luz impidió la aplicación del programa para hacer gelatinas, ya que se utilizaba una parrilla eléctrica; la enfermedad de los niños y la presencia de lluvias permanentes influyeron en la inasistencia de las señoras.

V.- ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION.

Como se describió anteriormente, al inicio del entrenamiento las señoras inscritas comenzaron a desertar, pues de 33 diagnósticos aplicados sólo 16 madres con sus respectivos hijos iniciaron el entrenamiento.

Esto se debió a diversos factores, en primer lugar las madres tenían una expectativa diferente a los propósitos de la presente investigación, ya que en su mayoría las madres esperaban que sus hijos fueran atendidos por las señoras entrenadoras y las psicólogas durante dos horas diarias, así muchas madres desistieron de presentarse al entrenamiento a pesar de haberseles aplicado el diagnóstico conductual a sus hijos.

Otro factor determinante en la deserción fue el comportamiento que mostraron los esposos de algunas señoras, pues éstos les prohibieron seguir asistiendo al curso,-- argumentando que sus hijos ya no tenían remedio, que no iban a aprender nada y que sí iban a desatender sus obligaciones hogareñas (por ejemplo, la señora Grimaldi, señora Suárez, etc).

En otros casos las señoras dejaron de asistir debido a que tenían que trabajar por las tardes, ya sea de "costurera", "fritanguera", vendiendo leche, dulces, etc., actividades que eran necesarias para la subsistencia de sus familias (ej. señora Mireya Santos). Aquí se plantea la necesidad de comer antes que educar a sus hijos con retardo en el desarrollo, incluso hubo un caso en que el propio hijo con retardo tenía que contribuir a la manutención de la familia ordeñando vacas, razón por la cual la señora ni siquiera se presentó al entrenamiento teórico.

No obstante estos factores, el entrenamiento teórico -- dió inicio con 16 personas inscritas, las señoras que se presentaron regularmente adquirieron los elementos teóricos -- necesarios para pasar a la fase práctica, ya que los pre-test y post-test generales y específicos mostraron diferencias significativas, ($.05$) de acuerdo a la prueba T de WILCOXON.

Las señoras que se presentaron irregularmente no tuvieron el mismo aprovechamiento, pues sólo alcanzaron un prome-

dio de 6 puntos en los post-test específicos y generales.

Durante la fase C (entrenamiento práctico) las señoras regulares adquirieron los elementos prácticos correspondientes a diagnóstico y entrevista, ya que las puntuaciones obtenidas en la post-evaluación fueron de 10 para ambos temas.

Para el tema de objetivos sólo 4 señoras elaboraron objetivos que contuvieron los criterios necesarios alcanzando así una calificación de 10 puntos, mientras que las 4 señoras restantes alcanzaron calificaciones de 5 y 7 puntos.

La elaboración de objetivos de los dificultó desde el inicio del entrenamiento debido a los diferentes niveles de escolaridad de las señoras y fueron las señoras analfabetas quienes presentaron mayor dificultad.

En lo que se refiere al diseño de programas el promedio obtenido por las señoras fue de 7 puntos en base a dos calificaciones de 10 puntos y correspondiente a las dos únicas señoras que adquirieron las habilidades necesarias para elaborar programas con asesoramiento de las psicólogas las personas restantes nunca completaron un programa, lo cual resulta lógico, pues si las personas demostraron inhabilidad en la elaboración de objetivos menos iban a ser capaces de elaborar programas de manera correcta.

Respecto a la aplicación de los programas se observó que algunas señoras mostraron irregularidades al principio

de su ejecución, sin embargo al final de la aplicación la mayor parte de las señoras mostraron ser excelentes terapeutas alcanzando ejecuciones mayores al 80% considerando que estuvieron bajo la asesoría continua y permanente de las madres entrenadoras y las psicólogas.

En base a los resultados anteriores, es evidente que el primer objetivo de esta investigación se alcanzó parcialmente, pues los padres de los niños retardados adquirieron los elementos teórico-metodológicos y parte de los elementos prácticos, sólo en la entrevista y en el diagnóstico las señoras obtuvieron resultados exitosos, no así para los temas que implican mayor dificultad como la elaboración de objetivos y programación.

Esto de alguna manera se ve confirmado por la argumentación de Ribes (1980) quien, considerando las características de nuestra población (bajos ingresos, alto índice de analfabetismo, subempleo, baja remuneración, condiciones insalubres, etc.), afirma que es más difícil entrenar a personas con tales características que a personas no profesionales, de educación media con tiempo libre.

Respecto al segundo objetivo definitivamente no se alcanzó, pues desde el principio del entrenamiento las dos señoras requirieron ser instigadas continuamente para dar el entrenamiento y nunca mostraron una independencia de las psicólogas al exponer los temas, ya que siempre pedían la aprobación de éstas en cuanto a las afirmaciones que

se hacían en clase a pesar de haber sido entrenadas previamente en la exposición de los temas vistos.

Además, durante las exposiciones las señoras entrenadoras no hacían referencia a un lenguaje cotidiano entendible para esa población.

Probablemente se debió a un arrastre técnico de su entrenamiento inicial o a que su aprendizaje fué básicamente de memoria y no llegaron a desglosar su conocimiento para hacerlo más explícito cuando fue necesario. (quizá las psicólogas que las entrenaron en la clínica no lo hicieron explícito).

Por otra parte se observó que las señoras entrenadoras se sumaron al grupo de señoras receptoras al plantear alternativas supersticiosas o "remedios" para solventar los problemas de sus hijos, por ejemplo sobarles las piernas con aceite bendito y/o alcohol conteniendo hormigas rojas para poder caminar, sentarlos en un hormiguero, etc, evidentemente las señoras entrenadoras no se desprenden de ciertas ideas comunes a su clase a pesar de haber recibido un entrenamiento para resolver los problemas de retardo en el desarrollo. Tales conductas son comprensibles, pues las consecuencias de la pobreza son la ignorancia, arraigo de valores y conceptos mágicos y fatalistas sobre la salud y la enfermedad, que a su vez limitan el acceso de la gente a los centros de salud pública, a quienes por su carácter de pobres afecta más la mortalidad (CEPAL. --

UNICEF, 1980).

Otro factor importante fue la inasistencia e impuntualidad que llegaron a presentar estas señoras entrenadoras, a pesar de que eran las responsables del entrenamiento, ya que como miembros de la misma comunidad tenían también otras necesidades prioritarias que satisfacer, -- como por ejemplo atender a sus esposos, inscribir a sus hijos en la escuela, etc. Resultados similares fueron encontrados por Prozo Díaz y Salas R. (1980), quienes detectaron que la disponibilidad de las señoras para participar estaba condicionada al apoyo y permiso de sus esposos, al cumplimiento de sus labores domésticas, al surgimiento de trabajos eventuales como lavar ropa ajena, a la solución de ciertos problemas comunitarios como la falta de agua, - el bajísimo grado de escolaridad, etc. por mencionar sólo algunos.

Por otro lado cabe mencionar algunos aspectos importantes que se originaron desde el principio del proyecto y que interfirieron con el logro del primer objetivo.

En primer lugar la deserción se vio como principal problema, uno de los factores que la determinó fue el hecho de que algunas personas expresaron su desinterés en la elaboración de programas de otros niños, pues había conductas que sus hijos ya sabían y no necesitaban aprender. Por lo tanto, expresaron que era infructuoso que ellas asistieran a las sesiones de programación.

Estas actitudes son comprensibles en el mismo momento en que influyen en estas personas intereses prioritarios que varían de persona a persona y que se expresan al darle más importancia a los asuntos familiares como atender al esposo e hijos normales etc., necesidades que deben ser satisfechas antes que participar en el entrenamiento propuesto en la presente investigación.

Otro factor se refiere a que las mismas características de la población limitaron la aplicación del diagnóstico y la entrevista debido a que algunos reactivos conductuales contemplados en el formato utilizado no resultaron ser funcionales en dicha comunidad, por ejemplo resultó incongruente pedirle a un niño que comiera con cubiertos siendo que en su comunidad sólo llegan a utilizar la cuchara o pedirle a un niño que se ponga y quite la ropa como calcetines, pijamas y sandalias, siendo que el niño nunca los ha usado, o pedirle a un niño que se lave y enjuague perfectamente sus manos, siendo que en su comunidad sólo se utiliza el agua para beber debido a la carestía de la misma. Por tal motivo se omitieron tales reactivos del diagnóstico y la entrevista que nosotros usamos, pues correspondían a conductas difíciles de realizar en su medio ambiente dadas las carencias que sufren estas personas.

Al respecto cabe hacer notar que estos instrumentos se adaptaron a las condiciones de trabajo en particular,-

ya que al enfrentarnos con madres analfabetas no podemos esperar que realizaran por si solas una entrevista y un diagnóstico basado en formatos por escrito. Por tal motivo se implementaron diagnósticos y entrevistas basados en dibujos y así las señoras analfabetas pudieron aplicarlos.

Con tales observaciones es claro determinar que los instrumentos evaluativos a utilizar deben ser modificados de acuerdo a las características de una comunidad en particular. Ribes (1984) menciona que en su práctica profesional el psicólogo debe de considerar las características particulares de cada población.

Por otra parte al programar surgió un problema concerniente a las características particulares de cada señora, pues se dio el caso que una de ellas debía implementar programas académicos y su condición de persona analfabeta no se lo permitió.

En este caso es necesario cuestionarnos si el trabajo debería ser primero a nivel de educación de padres y después a los niños con problemas de retardo en el desarrollo como una solución más confiable, en dado caso se tendrían que implementar conductas precurrentes en las madres antes de someterlas a un entrenamiento de este tipo, ya que no se niega que las señoras resulten ser excelentes terapeutas pero de ahí a que en éstas condiciones puedan ser programadoras existe una gran distancia (tal vez, programas precurrentes de otra índole sea lo más adecuado).

Ahora bien a pesar de que las señoras presentaron todos estos problemas que les impidieron seguir el entrenamiento o minimizar su aprovechamiento por falta de -- tiempo, conocimiento, educación, etc., si se presentaron -- para llevar a cabo ciertas actividades catalogadas como logros a nivel organizativo, ya que las señoras se mostraron muy cooperativas y motivadas al inicio del programa cuando había un grupo más o menos considerable (16 personas), de tal manera que en el lugar donde se trabajó - se suscitaron subsecuentes modificaciones que se hicieron con el dinero obtenido en la organización de rifas y kermesses.

Así al encontrarnos con un salón sucio, un pizarrón y una puerta, se procedió a cerrar ésta y abrir otra donde se hallaba un anexo y un pasillo que sirvió de sala de - espera, se reparó la luz eléctrica, se compraron sillas y - mesas, además de construir cuatro cubículos que quedaron - incompletos por falta de dinero, se trataron de hacer nuevas actividades a nivel organizativo, pero no dió resultado debido a que a estas alturas el grupo había disminuído considerablemente y las personas que permanecían en el entrenamiento eran muy inconstantes, negando en definitiva alguna actividad organizativa posterior. Así la desprofesionalización no se limitó a un simple entrenamiento teórico-práctico, sino que se generaron otras actividades como las mencionadas anteriormente, aunque no conclu-

yeron satisfactoriamente al final de la intervención.

Cabe señalar también que la investigación tuvo algunas implicaciones políticas, pues una asociación trató de utilizar el lugar asignado para el entrenamiento con intenciones lucrativas que satisfacían a los integrantes de dicha asociación, ellos pretendían llevar a cabo clases de regularización cobrando una cuota y utilizando el local al igual que servirse del mobiliario. Posteriormente, a una de las madres-entrenadoras le fue propuesto un donativo para ayudar al centro, sin embargo estaba condicionado a ciertas demandas como era el hecho de que las señoras apoyaran a su partido político ya que se acercaban las elecciones en la comunidad.

De los dos asuntos anteriores, el primero fue aclarado con las personas que proporcionaban el local argumentando que el salón sólo sería asignado para el uso del servicio de Educación Especial que se estaba llevando a cabo y lo segundo se solucionó al no aceptar ningún donativo evitando algún tipo de compromiso posterior.

Dado todo lo anterior se concluyeron algunos aspectos importantes:

1.-Definitivamente las paraprofesionales participantes con las características mencionadas son incapaces de llevar a cabo un entrenamiento teórico-práctico dentro de su misma comunidad.

Lo anterior debido a que desde el principio del en tre na mi en ti o se requirió de una intervención constante - y permanente por parte de las psicólogas, dicha inter ven ci ón fue solicitada por las mismas señoras en tre na do ra s quienes nunca asumieron su papel de ma d ra s en tre na do ra s de manera autónoma como se había establecido desde el - principio, es as í las se ñ o r a s no mostraron una independencia respecto al servicio institucional pues a pesar de que ya habían sido en tre na d a s no fueron capaces de llevar a cabo un en tre na mi en ti o en su propia comunidad sin pre s e n ci a ir de las ps i c ó l o g a s.

Fue necesario instigar a las señoras en tre na do ra s para que iniciaran o continuaran con algún tema, ellas - argumentaban "que no eran las personas indicadas", "que la maestra era quien lo sabía todo", "que lo estaban - haciendo mal", "que eran muy burras", etc., una serie de afirmaciones que explicaba su baja participación en el grupo, la cual fue disminuyendo más a medida que tra n s cu rr i ó el en tre na mi en ti o al grado de que llegaron a estar en un papel puramente receptor. Vargas Solís (1980) -- observó esa misma predisposición por parte de ma d ra s -- para-profesionales en la realización de un trabajo te ra p é u t i c o.

Algunos factores que pudieron haber influido en estos resultados fueron:

a) La inhabilidad de las madres para manejar el material teórico en el momento de las exposiciones, pues en ningún momento se desprendieron de las afirmaciones técnicas que aprendieron previamente, ni a la hora de hacer aclaraciones utilizaron un lenguaje cotidiano.

b) Algo que se relaciona con lo anterior fué la dificultad creciente del material teórico, pues en los más sencillos o en los primeros temas las señoras mostraron un mejor manejo del material, no así en los últimos temas -- sobre todo en la fase práctica.

c) Otro factor lo constituyó la falta de dedicación de las señoras en la preparación de los temas que conformaron el entrenamiento debido a que las señoras tenían múltiples obligaciones que atender para con su familia, en dado momento dichas obligaciones fueron más importantes que el mismo entrenamiento.

2.-Un entrenamiento teórico exitoso no garantiza que las madres de niños retardados funcionen como diseñadoras de programas, aún cuando resulten ser excelentes terapeutas.

Lo anterior se observó en las evaluaciones hechas a las madres en la fase práctica, específicamente en la elaboración de objetivos y programas en donde se suscitaron algunos problemas como el incremento de la deserción, -- incumplimiento de las madres en las tareas y un mayor número de dudas que a pesar de las múltiples repeticiones de los temas no se disiparon debido a que el nivel -

académico de las señoras no les permitió el acceso a los temas más complejos en un nivel práctico aunque teóricamente los resultados hayan sido exitosos, ya que la mayor parte de las señoras no lograron elaborar ni siquiera objetivos conductuales, por tanto el papel de programador -- compete exclusivamente a los psicólogos.

Ahora bien, aunque los padres no hayan sido capaces de elaborar programas para sus hijos si funcionaron como buenos terapeutas, ya que en su mayor parte adquirieron las habilidades necesarias en el manejo de las técnicas conductuales.

Con lo anterior es claro determinar que las señoras adquirieron más fácilmente habilidades de aplicadoras que de programadoras, pues el trabajo de aplicación involucra una actividad meramente mecánica sin recurrir a un trabajo intelectual más elaborado como el que implica el diseño de programas, quizá la capacidad de abstracción necesaria para llevar a cabo un trabajo de diseño de programas sea inalcanzable para estas señoras dadas sus características --- culturales, educacionales, etc..

3.-El papel de diseñador y programador compete únicamente al psicólogo, así como la supervisión directa de la terapia aplicada por los padres.

El psicólogo es el indicado para dirigir el entrenamiento teórico práctico, así como el encargado de la supervisión del trabajo terapéutico por parte de los padres, --

dado que durante la fase de entrenamiento teórico práctico las señoras participaron mínimamente y las psicólogas --- asumieron el papel de entrenadoras directas. Es decir el - papel de asesoras planeado previamente para las psicólogas no se llevó a cabo ,pues desde el principio las señoras -- entrenadoras no adoptaron el papel como tales relegando a su responsabilidad y función a las psicólogas al grado de mostrar inasistencia e impuntualidad argumentando que "tenían que hacer la comida", "atender a su familia", "ir al doctor", "ir a la escuela a inscribir a sus hijos", "que llovía muy fuerte", etc..

Por otro lado la intervención de las psicólogas durante la terapia aplicada por los padres no se redujo a fungir como registradoras de la aplicación de técnicas, sino que - intervinieron directamente como modeladoras e instigadoras en la aplicación adecuada de las técnicas conductuales, papel que correspondía a las madres entrenadoras. Una vez más las señoras entrenadoras mostraron dependencia -- absoluta respecto a las psicólogas, ya que la presencia - física de las psicólogas al estar registrando inhibía la participación de las señoras entrenadoras en la corrección de la inadecuada utilización de las técnicas conductuales.

Así antes de hacer cualquier corrección pedían de antemano la aprobación de las psicólogas, considerando además -- que la mayor parte de las veces que fue requerida una corrección no fue hecha por las señoras entrenadoras, sino por las

psicólogas.

En conclusión las psicólogas asumieron el papel de entrenadoras desde el principio y hasta el final del -- proyecto.

4.- La intervención directa del psicólogo dentro de una comunidad no soluciona el problema de la gran demanda de atención de niños con retardo en el desarrollo, pues el - servicio de ayuda que el psicólogo puede ofrecer a comunidades marginadas es mínimo debido a que se enfrenta a una problemática social que incluye aspectos económicos, culturales, educacionales, etc., problemática que el psicólogo no puede resolver por si solo. Esta claro determinar que existen problemas prioritarios que deben ser resueltos de antemano, como pueden ser de alimentación, de habitación, de condiciones insalubres, etc. que son factores que tienen más peso que el asistir a un curso de entrenamiento a padres que resulta ser secundario.

Tales corroboraciones son comprensibles, pues como lo afirma CEPAL-UNICEF (1980) la ignorancia, el arraigo de valores por conceptos mágicos y fatalistas, el bajo nivel de -- ingresos, de educación y altas tasas de desnutrición e infección son fundamentales no sólo para desencadenar el ambiente propicio para que aparezca el retardo en el desarrollo, sino que también se da el retardo sociocultural identificado con la pobreza y la marginalidad y asociado con un alto riesgo biológico.

Como se puede observar es innegable que el psicólogo se enfrenta a una problemática social más general que no se reduce a un fenómeno individual y que por tanto se -- debe considerar como tal al buscar soluciones del problema del retardo en el desarrollo existente en nuestra sociedad. Al respecto Mares A. (1984) se refiere a este problema haciendo alusión a la prevención. Argumenta que se -- requiere además de los conocimientos particulares de la -- disciplina, el análisis de las características infra y -- superestructurales del país que son determinantes en la -- génesis de la problemática y que delimitan las posibilidades de prevención, pues el desarrollo técnico y metodológico alcanzado por una disciplina solo puede conformarse -- dentro de los contextos particulares en donde actúa y -- considerando los elementos propios de estos.

Ribas E. (1984) afirma que el retardo en el desarrollo es un problema de varias causas sociales, conductuales y -- biológicas que interactúan entre sí y cuya importancia -- específica debe ser determinada para cada caso concreto.

Y que las soluciones para prevenir el retardo deben darse desde una perspectiva comunitaria, pero sin aislar el problema del retardo per-se.

Es decir los esfuerzos deben dirigirse a cambiar las prácticas nutricionales, la crianza de los niños, altos -- índices de alcoholismo, costumbres sociales y de embarazo, las prácticas de salud, los potenciales e intereses educa-

cionales de la comunidad, la conciencia social, etc., para lo cual se ha hablado mucho del trabajo inter y multidisciplinario como alternativa viable para tal problemática.

Sin embargo nada se ha logrado a este respecto pues se necesitaría de una transformación a nivel "sistema -- gobierno", lo cual es muy difícil, por tal razón nos abocaremos a delimitar una alternativa considerando los resultados obtenidos en la presente investigación y la problemática social imperante en este país.

Lo mas viable para atender la demanda de atención psicológica para niños con retardo en el desarrollo en comunidad, se puede delinear de la siguiente manera:

- 1.-Impartir a los padres de familia que tienen hijos con -- retardo en el desarrollo un entrenamiento teórico-práctico dentro de alguna clínica e impartido por psicólogos.
- 2.-Que los padres trabajen con sus hijos dentro de la clínica y bajo la supervisión de psicólogos.
- 3.-Desvanecer la supervisión permanente del psicólogo en el trabajo terapéutico de los padres con sus hijos mediante la asesoría cada vez más espaciada por parte del psicólogo y hasta que los padres trabajen adecuadamente.
- 4.-Que los padres trabajen con sus hijos en su ambiente natural bajo un proceso de consulta externa establecido en la clínica.
- 5.-Establecer un sistema de visitas domiciliarias hechas -- por psicólogos para reforzar y solucionar problemas surgi-

dos en el trabajo realizado dentro del ambiente natural.

VI.- COMENTARIOS FINALES.

Por último cabe mencionar que los resultados aquí -- encontrados, pudieron haberse dado por fallas metodológicas implementadas ya que no debe de soslayarse que las actividades programadas y realizadas no nos llevaron a los resultados esperados (quizá no fueron las más adecuadas).

Esta afirmación lleva a muchas observaciones importantes, pues todo lo realizado se hizo de acuerdo a un programa elaborado para una población completamente diferente a la aquí descrita. De allí que entonces se desprenden varias consideraciones que dilucidan un somero cuestionamiento sobre el programa aquí descrito con la finalidad de mejorar el trabajo del psicólogo en futuras intervenciones:

1.- Posiblemente los objetivos, contenidos y sistematización del programa no se ajustaron a las características de la población, pues no se pudieron obtener resultados completamente exitosos en el entrenamiento al intentar que las señoras elaboraran objetivos y programas, quizá un curso de entrenamiento dirigido a poblaciones de esta naturaleza -- deba estar estructurado de tal manera que en las fases -- teóricas y práctica se excluyan los contenidos referentes a objetivos y programas, ya que de acuerdo a los resultados las señoras fueron incapaces de realizarlos, o tal vez sea

innecesario plantear una fase teórica como la aquí descrita y en lugar de esto se podrían dar pláticas introductorias que contemplaran los contenidos planteados aquí pero cuyo objetivo fuera informar a las señoras de manera general sin exigirles realizar actividades que estén fuera de su alcance como el elaborar objetivos conductuales, programas y contestar cuestionarios evaluativos, que en última instancia resultan ser irrelevantes, puesto que las señoras han demostrado funcionar como buenos terapeutas de sus hijos sin llegar a ser teóricas. Lo que demuestra que quizá la principal falla fué de programa.

2.- Otra alternativa para éste tipo de poblaciones sería la implementación de un programa de "concientización" previa a la aplicación de un trabajo como el aquí delineado. Tal programa contemplaría los siguientes contenidos:

- 1) Aceptación del problema del retardo en el desarrollo.
- 2) Situación del retardo en el desarrollo como parte de su problemática en general.
- 3) El papel del psicólogo dentro de su comunidad.
- 4) Posibles soluciones del problema del retardo.

Todo lo anterior como se puede ver, tiene la finalidad de ir sensibilizando a la gente poco a poco sobre el trabajo del psicólogo en la comunidad, e ir planteando alternativas a su problemática en particular. Esto sería necesario antes de plantear un trabajo como el aquí descrito.

3.-Finalmente quizá lo primero que deba hacerse es sufragar problemas prioritarios por medio de programas de --- alfabetización, de nutrición, vivienda, etc. antes que imple_{mentar} programas de este tipo, o en dado caso llevar a -- cabo un trabajo "multidisciplinario" donde se abarque la solución de varios problemas a la vez.

VII. ANEXO I.

DESCRIPCION DE SEÑORAS E HIJOS.

1.- La señora CATALINA RIVERA, tiene aproximadamente --- 40 años, vive en la comunidad de San Mateo Tecoloapan y su familia consta de 8 integrantes (2 --- hijos casados), su esposo es obrero, pero ella tiene que vender antojitos los fines de semana y hace "costuras", más el dinero no es suficiente.

Asistió a éste centro argumentando que su hija ya no aprendía nada en la escuela anterior en donde había sido inscrita ya que la mezclaban con niños más dañados que ella, también estuvo inscrita en un psiquiátrico donde se agudizó su problema, pues le comenzaron a dar convulsiones y en consecuencia la señora le dejó de llevar. Actualmente sólo está atendiendo el problema "motor" de su hija y ha desatendido el aspecto de aprendizaje, pues sólo asiste a una clínica para que le den terapia física ya que acaba de ser operada en una de sus extremidades inferiores.

La señora vino al centro para que le tirara su hija aprenda algo con asesoría de las psicólogas.

Finalmente cabe decir que la señora al principio (en el entrenamiento teórico) asistió constantemente y posteriormente comenzó a faltar (en el entrenamiento práctico) y regresó a ayudar en las actividades para recaudar fondos ; por último optó ---

por mandar a uno de sus hijos a tomar las clases por ella.

Su hija Leticia Reyes Rivera de 18 años de edad presentó el problema de retardo en el desarrollo, su diagnóstico--médico indicó "Debilidad mental media y tiene daño cerebral", cuando se le practicó el diagnóstico conductual --Bijou(1974) se reportaron resultados de 7 áreas en particular y obteniéndose el siguiente resultado:

- 1.-Area de motora gruesa.-No fué evaluada, la niña habia sido operada de una de sus extremidades y estaba enyesada de un pie.
- 2.-Area de motora fina.-96% de ejecución correcta.
- 3.-Area de autocuidado.-100% de ejecución correcta.
- 4.-Area de lenguaje receptivo.-100% "
- 5.-Area de Lenguaje expresivo.-90% "
- 6.-Habilidades de pre-académicas.-90% "
- 7.-Habilidades de socialización.-50% "

Como se puede observar, Leticia tiene muy bajo repertorio en socialización y algunas fallas mínimas en lenguaje expresivo y pre-académicas.

Sugerencias.-Implementar un programa de socialización y uno de conductas pre-académicas y académicas, además de ser tentativa alguna terapia ocupacional.

2.-La señora VICENTA SUAREZ AGUILAR, tiene 24 años de edad, tiene 2 hijos, Julio Cesar y una niña de 8 meses, la señora

actualmente vive con un segundo esposo (padre de su niña pequeña) ya que está separada de su primer esposo (padre de Julio Cesar). Esta señora argumentó que su primer hijo vive con su mamá y solo le pasa una cuota a su madre para que le cuide al niño, su esposo es panadero-pastelero y -- ella le ayuda a trabajar, ella también pertenece a la comunidad de San Mateo y al principio asistió muy continuamente al entrenamiento, posteriormente tuvo algunos problemas con su niña (se le enfermó) y tuvo también algunas -- diferencias con su esposo, cuestiones que al final le impidieron seguir asistiendo al centro. Hubo ocasiones en que se presentó justificándose y aceptando participar -- sólo como "oyente". Ella acudió a este lugar, pues le preocupaba la conducta de su hijo, ya que se mostraba agresivo con sus tios y abuela, además de que por su problema de -- lenguaje no se lo recibieron en la escuela.

El niño Julio Cesar fue diagnosticado por el médico como "retrasado mental discreto por rama paterna" además de -- existir malformaciones craneofaciales esqueléticas menores y testículos retractiles.

Al llevar a cabo el diagnóstico Conductual se reportaron los siguientes resultados:

- 1.-Conducta motora gruesa .- 100% de ejecución correcta.
- 2.-Conducta motora fina .- 66.6% "
- 3.-Autocuidado.- 66.6% "

- 4.-Lenguaje receptivo.-86.6% de ejecución correcta.
- 5.-Lenguaje expresivo.-18.8% "
- 6.-Habilidades de pre-académicas.-30% "
- 7.-Socialización.-82.5% "

Como se puede observar Julio tiene problemas en motora fina, lo cual le imposibilita realizar conductas de autocuidado, quizá esto debido a que el niño presenta -- temblor en las manos (movimientos involuntarios).

También fué notorio su problema en lenguaje expresivo, pues el niño tiene dificultad en articular correctamente palabras. Por lo tanto se le aplicó el diagnóstico de Galindo y cols. (1981) para detectar problemas de articulación más específicos.

Sugerencias.-Se propuso la implementación de un programa de autocuidado (abrochado de botones, cierres, agujetas, etc). Un programa de articulación y de pre-académicas (a largo plazo).

3.-La señora CLAUDIA CRUZ MALDONADO, tiene 41 años de edad, es analfabeta y tiene 7 hijos, su esposo es albañil y es la única persona que sostiene a la familia, esta señora asistió al centro continuamente, participó en todas las actividades desde el principio del curso de entrenamiento y ayudó a nosotros pues observó que su niño "estaba suelto de todo su cuerpo".

Su hijo es el niño Juan Doroteo Hernández Cruz y en su --

diagnóstico médico se indica "inmadurez neurológica severa con grado no determinado de deficiencia mental" y en su diagnóstico conductual se reportó lo siguiente:

- 1.-Area de motora fina.- 0% de ejecución correcta.
- 2.-Area de motora gruesa.-0% "
- 3.-Area de autocuidado.- 0% "
- 4.-Area de lenguaje receptivo.-0% "
- 5.-Area de lenguaje expresivo.-0% "
- 6.-Habilidades de pre-academicas.-0% "
- 7.-Habilidades de socialización.-0% "

Dado todo lo anterior se determina en consecuencia un retardo generalizado y no muestra conductualmente ningún repertorio básico (atención, imitación y seguimiento de instrucciones).

Sugerencia.-Establecer repertorios básicos (por tatos y audición) a la vez de establecer la conducta de permanecer sentado. Todo esto tomando en consideración la opinión del neurólogo, el cual presume que posiblemente el niño sea debil visual.

4.-La jovencita OFELIA HERNANDEZ CRUZ, es una hija adolescente (14 años) de la señora Claudia Cruz (otra participante), que se encargó de su hermano Mario, el cual tiene problemas puramente académicos, esta chica es integrante de una familia de 9 elementos de los cuales ella es una de las hijas mayores que trabaja como doméstica en las -

mañanas. El niño (su hermano) es Mario Hernandez Cruz, quien al ser diagnosticado conductualmente obtuvo lo siguiente:

- 1.-Area de motora gruesa.-100% de ejecución correcta.
- 2.-Area de motora fine.- 100% "
- 3.-Area de autocuidado.- 100% "
- 4.-Area de lenguaje receptivo.-100% "
- 5.-Area de lenguaje Expresivo.-100% "
- 6.-Area de pre-académicas.-100% "
- 7.-Area de socialización.- 100% "

Encontrando como se puede notar mas del 80% de respuestas correctas en todas las áreas y que solo presenta problemas académicos, pues no sabe hacer restas, sumas y -- a veces se equivoca y separa letras al escribir.

Sugerencias.-Implementación de un programa de sumar y -- restar.

5.-La señora MIREYA SANTOS DE REYES, tiene 44 años de edad fué la única persona que no pertenecía a esta comunidad de San Mateo, ella pertenece a la población de Tequesqui nahuac a 15 min. de este lugar.

Ella acudió a este centro por medio de la información de una amiga de esta comunidad (de San Mateo).

La señora Mireya es divorciada y tiene una familia -- que consta de 10 personas. Ella vende pescado cada tercer día en un tianguis, le ayuda a una persona que tiene un puesto de ahí saca algunos ingresos aparte de que

recibe una pensión de su exesposo y 2 de sus hijos ya --
trabajan.

Cabe decir que esta señora siempre se mostró muy par-
ticipativa y constante, aunque a últimas fechas del entre-
namiento empezó a faltar con frecuencia. Su hija es Maribel
Reyes Santos de 23 años de edad su diagnóstico médico indi-
ca "daño neurológico y trastornos del lenguaje".

Por otra parte, el Diagnóstico Conductual reportó los
siguientes resultados:

1.-Área Motora Gruesa.-	100%	de ejecución correc- ta.
2.-Área de motora fina.-	100%	"
3.-Área de autocuidado.-	100%	"
4.-Área de Lenguaje Receptivo.-	100%	"
5.-Área de Lenguaje Expresivo.-	0%	(problema en la arti- culación del fonema "d").
6.-Área de pre-académicas.-	0%	
7.-Área de socialización.-	100%	

Sugerencias.- Se implementó un programa de articulación para
el fonema "d".

6.-La señora MACDALENA ROQUE ORTEGA tiene aproximadamente
50 años de edad, es analfabeta y forma parte de una familia
de 6 personas, su esposo es jardinero y ella se dedica al --
hogar, sus dos hijos tienen retardo en el desarrollo María -
Rosa (hemiplejía) y Francisco (disfunción cerebral mínima).
Al principio del entrenamiento la señora nunca faltó, sin--
embargo cuando recibieron a su hijo Francisco como paciente

en la clínica de salud integral (CUSI), la señora ya no se presentó en la clase.

Cabe decir, que su niño Francisco fué diagnosticado por el médico argumentando la presencia de una disfunción cerebral mínima que ocasiona su retraso en el desarrollo psicomotriz que repercute en el área de lenguaje, además de que se observan rasgos de microcefalia.

En su diagnóstico conductual se encontró lo siguiente:

- 1.-Área de motora gruesa.- 100% de ejecución correcta.
- 2.-Área de motora fina.- 80.3% "
- 3.-Área de autocuidado.- 92.6% "
- 4.-Área de lenguaje receptivo.- 100% "
- 5.-Área de lenguaje expresivo.- 15.3% "
- 6.-Área de habilidades pre-académicas.-90% "
- 7.-Área de socialización.-91.6% "

Como se puede observar Francisco tuvo un bajo porcentaje en el Área de lenguaje expresivo(15.3%), por lo tanto se le aplicó la prueba de articulación de Galindo y colab.(1981), en donde se detectaron los errores más específicos en la articulación de su habla.

Dado todo lo anterior se deduce que el niño asistió a la escuela pre-primaria y por lo tanto los repertorios que involucran conductas de pre-académicas y socialización tienen un porcentaje mayor al 80%, sin embargo su problema de lenguaje es determinante y limita su desarrollo.

Sugerencias.-Se considera pertinente la elaboración de un programa de articulación y de conductas de autocuidado que involucren actividades de motora fina.

7.-La señora ENRIQUETA FLORES es una persona de 50 años de edad, su familia está formada por 7 personas, tiene --mas de un hijo con retardo en el desarrollo pero solo --trabajó con el más dañado ,el cual se llama Fernando --que tiene 18 años de edad y presenta daño neurológico. Se diagnosticaron 4 de sus hijos (Sofía 12 años, Alejandra 13 años, Alfonso 7 años, Gerardo, 10 años) encontrando que todos tienen un problema de retardo en el desarrollo ya sea en mayor o menor grado, esta señora asistió continuamente al entrenamiento y participó en todas las actividades programadas. Cabe decir, que la señora es analfabeta y se dormía en las clases, su esposo es agricultor y ella se dedica al hogar.

Fernando fué diagnosticado por el médico argumentando una "Parálisis Cerebral tipo atetosis leve? Y en el --diagnóstico Conductual se encontró lo siguiente:

- 1.-Área de motora gruesa.- 64% de ejecución correcta.
- 2.-Área de motora fina.- 100% (realiza los reactivos pero con dificultad).
- 3.- Área de autocuidado.- 100% "
- 4.-Lenguaje Receptivo.- 100% "
- 5.-Lenguaje Expresivo.- 100% "

- 6.-Area de pre-académicas.- 100% de ejecución correcta
 7.-Area de socialización.- 100% (Fernando trabaja vendiendo gelatinas).

Sugerencias.- Escolaridad para adultos teniendo como meta la enseñanza de lectura, escritura y operaciones básicas.

Entrenamiento o adiestramiento vocacional.-Programa de elaboración de gelatinas.

8.-La señora TERESA RODRIGUEZ GUEVARA tiene 31 años de edad, su familia consta de 5 personas en total, su esposo es obrero y ella se ayuda vendiendo algunos artículos de primera necesidad en su vecindario. Es una persona que se mostró desde al principio muy interesada en el entrenamiento, es de las pocas personas que aprenden rápidamente y sólo hay que señalar que faltó una temporada, debido a una intervención quirúrgica practicada a su hija Bárbara pero posteriormente sí se mantuvo asistiendo después de la convalecencia.

Su hija Bárbara Rodríguez tiene paraplejía y se presentaron en éste centro pues la niña presentaba problemas en lectura y escritura.

El diagnóstico médico de la niña indica "Paraplejía flácida de etiología no bien determinada, con múltiples intervenciones quirúrgicas, actualmente con escoliosis lumbosacra, secuelas de luxación de cadera izquierda, acortamiento clínico de miembro inferior izquierdo, trastornos-

de sensibilidad en miembros inferiores, vejiga e intestinos neurogénicos"

Cuando se le aplicó a la niña el diagnóstico conductual, -- ésta obtuvo los siguientes resultados:

- 1.-Area de motora gruesa.-la niña presentaba inmovilidad - de la cintura hacia abajo).
- 2.-Area de autocuidado.- 0% (no tiene control de esfínteres por sus problemas biológicos).
- 3.-Area de motora fina.-100% de ejecución correcta.
- 4.-Area de lenguaje receptivo.- 100% "
- 5.- Area de lenguaje expresivo.-100% "
- 6.-Habilidades pre-académicas.-100% "
- 7.-Ares de socialización.- 100% "

Sugerencias.- Implementación de un programa de lectura y - escritura.

9.- La señora ROSA GONZALEZ tiene 35 años de edad, su familia está integrada por 6 personas en total, su esposo es -- obrero y ella se dedica al hogar. Su asistencia fué constante e incluso llevó a cabo todas las actividades programadas para el curso, tanto, actividades exogrupo (organización de rifas y kermesses) como dentro del mismo grupo (participación en clase), su hijo estuvo 4 años en la escuela -- pero después ya no se lo aceptaron, el médico lo diagnóstico con "Daño Neurológico".

En el diagnóstico Conductual se evaluaron las siguientes -- áreas:

1.-Área de conducta motora gruesa.-	100%	de ejecución correcta.
2.-Área de motora fina.-	58.8%	"
3.-Área de autocuidado.-	86%	"
4.-Área de lenguaje receptivo.-	80%	"
5.-Área de lenguaje expresivo.-	54%	"
6.-Área de habilidades pre-académicas.-	0%	"
7.-Área de socialización.-	25%	"

Observaciones.-Se golpea continuamente el puño derecho con la mano izquierda, además hay veces que no sigue instrucciones y es egresivo.

Sugerencias.-Establecimiento de repertorios básicos (atención y seguimiento de instrucciones) por medio de una conducta de autocuidado como "ponerse los calcetines" y "amarrarse los zapatos".

10.- La señora GUADALUPE SALINAS tiene 36 años de edad, su esposo vende helados en la misma comunidad de San Mateo, -- ella se dedica al hogar y es una señora que tiene 2 hijos con problemas de lenguaje (articulación de la "r" y "rr"), llegó al iniciarse el entrenamiento teórico y estuvo en -- calidad de "oyente", sin embargo y a medida de que transcurrió el entrenamiento la señora se mostró muy constante y participativa (en kermesses, clases, etc), de tal manera que cuando tocó programar a sus hijos se le hizo el diagnóstico y la entrevista para cubrir los requisitos omitidos al ---

principio.

Su hijo es Miguel Rivera Salinas de 8 años de edad, su diagnóstico médico indica que es un niño "normal" sin problemas biológicos que perturben su aprendizaje.

Cuando se le practicó el diagnóstico Conductual se encontró lo siguiente:

- | | | |
|---|---|------------------------|
| 1.-Area de motora Gruesa.- | 100% | de ejecución correcta. |
| 2.-Area de motora fina.- | 100% | " |
| 3.-Area de autocuidado.- | 100% | " |
| 4.-Area de lenguaje receptivo.- | 100% | " |
| 5.-Area de lenguaje expresivo.- | Problemas en articulación del fonema "r" detectado en el diagnóstico de Galindo y cols, (1981). | |
| 6.-Area de Académicas académicas.- | 100% | " |
| 7.-Area de socialización.- | 100% | " |

Sugerencias.-Programa de articulación del fonema "r" al principio de palabras.

11.- La señora LILIA CONTI ALCANTARA, es una persona de 34 años de edad tiene dos hijos con problemas de conducta (no hacen las tareas escolares, no obedecen, hacen berrinches, etc) no podía controlarlos, ella es divorciada y estuvo muy enferma antes de acudir a éste centro, actualmente vive con su mamá y sus hermanos.

Sus hijos son Angel Uriel Ramirez Conti y Luis Mauricio ---

Ramírez Conti, diagnosticados como niños "normales", su --
 Diagnóstico Conductual indicó lo siguiente:

1.-Conducta motora Gruesa.-	100%	de ejecución correcta
2.-Conducta motora Fina.-	100%	"
3.-Conductas de autocuidado.-	100%	"
4.-Lenguaje receptivo.-	100%	"
5.-Lenguaje expresivo.-	100%	"
6.-Habilidades de pre-académicas.-	100%	"
7.-Socialización.-	100%	"

Como se puede observar los niños no tienen problemas en ninguna área en particular, por lo tanto se determinó que -- sólo se trataba de "problemas de conducta" que la madre no podía solventar. .

Sugerencias.-Programa de seguimiento de instrucciones (obedecer), apoyado en un procedimiento de "Economía de Fichas".

12.- La señora ENEDINA REYES REYNOSO es una persona de -- 55 años de edad, es analfabeta y tiene una familia que consta de 5 integrantes en total (solo 2 hijos solteros), su esposo es obrero y ella se dedica al hogar. Esta persona se -- mostró muy interesada al inicio del entrenamiento, sin embargo posteriormente desertó argumentando que ella no aprendía "nada" puesto que no sabe leer ni escribir.

Su hijo es Ricardo Ortiz Reyes de 10 años de edad, el cual -- fué diagnosticado por el médico como un niño "normal" y en su evaluación conductual mostró lo siguiente:

1.-Area de motora Gruesa.-	100%	de ejecución correcta.
2.-Area de motora fina.-	100%	"
3.-Area de lenguaje Receptivo.-	100%	"
4.-Area de lenguaje Expresivo.-	100%	"
5.-Area de Autocuidado.-	100%	"
6.-Area de Pre-académicas .-	100%	"
7.-Area de socialización.-	100%	"

Como se puede observar, éste niño no tiene retardo en ninguna área de desarrollo, por lo tanto y dada la información de su madre el niño solamente tiene problemas en lectura y escritura (problemas académicos).

Sugerencia.-Programa de lectura y escritura.

13.-La señora CARMEN SUAREZ tiene 35 años de edad, su familia está formada de 5 personas en total, su esposo es obrero y ella se dedica al hogar, el inicio del entrenamiento - ella asistió muy frecuentemente pero después dejó de ir -- completamente pues tenía que cuidar a su suegra que estaba enferma, tenía que ir a conseguir agua y no le interesaba -- participar en los programas de otros niños.

Por otra parte, no participó en ninguna actividad organizativa y siempre fué muy irregular. Su hijo es Rafael Gómez Suarez tiene 11 años de edad y no sufre ningún impedimento físico, el diagnóstico Conductual indicó lo siguiente:

1.-Conducta Motora Gruesa.-	100%	de ejecución correcta.
-----------------------------	------	------------------------

2.-Conducta Motora Fina.-	100%	de ejecución correcta
3.-Conductas de Autoridad.-	100%	"
4.-Lenguaje receptivo.-	100%	"
5.-Lenguaje expresivo.-	100%	"
6.-Pre-académicas.-	100%	"
7.-Socialización.-	100%	"

Rafael tuvo todos los repertorios correctos y de lo que se trató fué de problemas académicos e incluye problemas de hábitos de estudio.

Sugerencias.-Programa de hábitos de estudio.

14.- La señora MARIA DEL CARMEN DIAZ GRIMALDI tiene 28 años de edad, su esposo es obrero y conforma junto con sus hijas una familia de 5 personas, él es una gente muy participativa que desertó del grupo al final del entrenamiento terapéutico por causas que desconocimos por completo.

Esta persona asistió al centro con el propósito de crear en sus hijas hábitos de estudio ("son muy flojas").

Sus niñas son Aide Karina Grimaldi Diaz y Abigail Grimaldi Diaz que no presentaron ningún tipo de impedimento físico y en su evaluación conductual obtuvieron los siguientes resultados:

1.-Área de Motora Gruesa.-	100%	de ejecución correcta.
2.-Área de Motora fina.-	100%	"
3.-Área de autocuidado.-	100%	"

4.-Lenguaje receptivo.-	100%	ejecución correcta.
5.-Lenguaje expresivo.-	100 %	"
6.-Pre-académicas.-	100%	"
7.-Socialización.-	100%	"

Como se pudo notar, las niñas no tuvieron problema en las áreas de desarrollo evaluadas y sólo presentaron -- problemas de conducta pues así lo afirmó su madre ("no son ordenadas, no hacen la tarea, etc).

Sugerencia.- Programa de economía de fichas.

15.- La señora ERNESTINA ESPINDOLA tiene 40 años de edad, su familia consta de 9 personas en total, su esposo es envasador y es la única persona que aporta dinero al hogar. De esta señora solo cabe decir que participó en algunas sesiones de - entrenamiento teórico, sin embargo desertó muy rápido ya - que le recibieron a su hijo en una clínica del seguro-social.

Su hijo es Dolores Rangel Espindola, que tiene 14 años- de edad y fué diagnosticado por el médico considerando antecedentes importantes de hipoxia neonatal que condiciona signos de inmadurez neurológica y retraso en su desarrollo psicomotor que solo permite desarrollo de funciones motoras -- mas integradas hasta la edad escolar, presenta "afasia motora" (solo integra un repertorio de 3 palabras disílabas), -- su comprensión es adecuada.

Exploración Dinámica.- Problemas en la coordinación fina -

y reacciones de equilibrio, sin embargo le permite integrar su marcha la cual realiza con apoyo en valgo, hay - deficits en la espacialidad, corporalidad y lateralidad, no conoce colores y tiene deficits en la percepción de sensación articular.

Por otra parte en el diagnóstico Conductual se encontraron los siguientes resultados:

- | | | |
|-------------------------------|---------------|------------------------|
| 1.-Conducta Motora Gruesa.- | 85% | de ejecución correcta. |
| 2.-Conducta Motora Fina.- | 78% | " |
| 3.-Conductas de autocuidado.- | 93% | " |
| 4.-Lenguaje receptivo.- | 100% | " |
| 5.-Lenguaje expresivo.- | 0% | " |
| 6.-Pre-académicas.- | 0% | " |
| 7.- Socialización .- | Muy limitada. | |

Como se puede observar existen problemas en lenguaje expresivo y en consecuencia en áreas posteriores también (-pre-académicas, socialización, etc.). Además de que existen - problemas motores generados por la "afasia".

Sugerencias.-Programa de Lenguaje.

16.- HERMELINDA GÓMEZ SUÁREZ, es una joven de 18 años de edad es hija de la señora Carmen Suarez (otra participante) y se ocupaba de la niña Juana María Ortiz Reyes hija de la señora Enequina (otra participante), sin embargo solo cabe decir que Hermelinda venía de vez en cuando al entrenamiento, siempre fué muy irregular y nunca trabajó sobre el problema de --

lenguaje de la niña Juana, quien no tenía problemas biológicos que pudiesen limitar su desarrollo normal.

En cuanto al diagnóstico Conductual se encontró lo siguiente:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 1.-Conducta Motora Gruesa.- | 100% | de ejecución correcta |
| 2.-Conducta Motora Fina.- | 100% | " |
| 3.-Conductas de autocuidado.- | 100% | " |
| 4.-Lenguaje receptivo.- | 100% | " |
| 5.-Lenguaje expresivo.- | Cambia la "d" por "s" . | |
| 6.-Pre-académicas.- | 100% | " |
| 7.- Socialización.- | 100% | " |

Sugerencias.- Implementación de un programa de Lenguaje, que no se llevó a cabo por la inasistencia de Hermelinda y de -- Juana .

A N E X O 2 .

NOMBRE: _____

PROGRAMA: _____

REGISTRADOR: _____

FECHA: _____

REFORZAMIENTO								
MODELAMIENTO								
INSTIGACION VERBAL.								
INSTIGACION FISICA.								
RESTRICCION FISICA.								
EXTINCCION.								
CASTIGO.								

REGISTRO DE FRECUENCIA POR OPORTUNIDAD.

ANNEX 3.

CONTENIDOS

Y

**CUESTIONARIOS
EVALUATIVOS :**

General y Especificos.

CAUSAS Y CONCEPCION DEL RETARDO.

El concepto de retardo mental o deficiencia mental es un término tradicional que se ha podido cambiar gracias a los estudios hechos con respecto a éste problema.

En la actualidad el término a sido substituido por -- el término retardo en el desarrollo, pues se dice que no es una enfermedad mental, puesto que el problema no está relacionado solamente con la mente, sino que también está relacionado principalmente con el ambiente en el cual el niño o la persona se desarrolla, por ejemplo, en algunos casos los padres tienen problemas para dar a sus hijos una educación adecuada, muchas veces creen que como sus hijos tienen problemas de retardo entonces jamás podrán ser bien educados o bien piensan que como es retardado nunca va a aprender nada, de ahí entonces que en algunos casos persista el retardo.

Existen dos causas por las cuales se puede dar el retardo en el desarrollo y éstas son:

- 1) Causas físicas
- 2) Causas de Educación.

Las causas físicas son:

Causas Pre-natales : Estas están relacionadas con los problemas que tiene la madre antes de que el niño nazca; estos problemas pueden ser los siguientes:

Problemas en la matriz (deformaciones, infecciones, etc).

El tomar medicamentos sin consultar con un doctor.

La anemia.

Bebidas alcohólicas excesivas.

Caidas peligrosas, etc.

Causas Perinatales: Están relacionadas con el nacimiento del niño y pueden ser falta de oxígeno o bien exceso de oxígeno, retraso en el parto o la utilización de forceps, etc.

Causas postnatales: Estas causas son consecuencia que se producen después del parto o del nacimiento o bien en la infancia o adolescencia y pueden ser: accidentes, altas temperaturas, toma de medicamentos mal administrados, lesiones.

Causas de Educación: Como su nombre lo indican, está relacionada con la educación que se le proporciona al niño en el hogar y pueden ser:

El abandono del padre o la madre hacia el hijo.

La agresión constante hacia el niño, malos tratos, insultos, golpes, etc.

La sobreprotección, cuando los padres se preocupan o cuidan demasiado al niño, lo tienen muy mimado o no lo dejan desenvolverse normalmente.

Los malos ejemplos también ocasionan problemas en el niño.

Estas son las causas que por lo general provocan que el niño no pueda presentar una conducta normal en comparación con otros niños que son normales, dado que existe un atraso en su desarrollo y limitaciones en su conducta.

DETECCION DEL PROBLEMA.

Dentro del ambiente familiar es donde generalmente - el niño se desenvuelve tal cual, por tal motivo es necesario que los padres, los hermanos observen detenidamente el problema que presenta el hermano o la hermana, ya que esta observación nos servirá para detectar mejor el problema que presenta el niño, por eso, es necesario que algún miembro de la familia observe cuidadosamente el problema, incluso para que ellos mismos puedan contribuir a la terapia del niño, - una vez detectado el problema se diseña un programa de -- acuerdo a las áreas que resulten afectadas, para esto el - diagnóstico nos indicará cuales son las áreas en las que - hay problema.

ENTREVISTA.

La entrevista es una serie de preguntas que están relacionadas con el desarrollo que ha tenido el niño durante su infancia y en la actualidad. Estos datos nos sirven para conocer el nivel social, cultural y económico en el que el niño se desenvuelve y cómo se desenvuelve.

Esta entrevista puede hacerla un psicólogo o cualquier persona que esté entrenada de cómo hacerla; al igual que el -- diagnóstico se requiere que el entrevistador haga sentir a la persona en un ambiente de confianza, se deberá de usar - un tono de voz regular ni grave ni agudo, debe ser el tono-

claro, el contacto visual debe mantenerse durante las preguntas o explicaciones del entrevistador, la entrevista -- debe ser amena, etc.

Los datos que se obtengan también sirven al terapeuta para diseñar el programa de enseñanza.

El papel del médico en este caso, es diferente al papel que tiene el psicólogo, pues el médico se encargará de determinar las limitaciones físicas del niño, por ejemplo: un niño con parálisis cerebral, el médico dirá que tipo de ejercicios se le puedan aplicar de acuerdo a su problema; un niño que no tiene lenguaje, el médico dirá si tiene problemas en el aparato fonador, en el paladar, los dientes, etc.

A diferencia del médico el psicólogo diseña el programa y lo aplica de acuerdo a los problemas y limitaciones físicas del niño.

D I A G N O S T I C O.

En cualquier problema conductual, es necesario la aplicación de un diagnóstico, pues este nos va a indicar cuales son las conductas adecuadas o inadecuadas bajo que condiciones sociales o familiares se están dando estas conductas, y que área conductual esté mas afectada, así el diagnóstico -- entonces nos va a indicar, como ya se dijo en que área está mas afectado el niño, pues en el diagnóstico se evalúa a la conducta por áreas, se evalúa de esta manera por que como -

ya se mencionó determina específicamente el área afectada, debido a que van dirigidos a medir las ejecuciones en las diversas áreas conductuales y de esta manera la aplicación posterior de algún programa se ve favorecida por la calidad en la especificación de las conductas.

La clasificación de las áreas conductuales se realiza en base a las necesidades generales de un niño como son: sus movimientos (conducta motora gruesa y fina), sus necesidades de comunicación con los demás (lenguaje receptivo y expresivo), su independencia (autocuidado), su necesidad de convivencia (socialización), su necesidad de pensamiento para resolver problemas inmediatos (habilidades del pensamiento), su ubicación dentro del medio (relaciones espaciotemporales), y su necesidad de expresarse y entenderse por el medio escrito, a la vez de tener conocimientos de operaciones básicas (C. académicas), tomando que para todo esto se necesita que el niño posea atención, imitación, seguimiento de instrucciones, dado que en base a ello existe una mayor posibilidad de éxito en el aprendizaje. Una vez detectado el problema el psicólogo se encargará de diseñar un programa y las técnicas adecuadas para que se lleve a cabo el aprendizaje.

El psicólogo programará la enseñanza pero no necesariamente va a aplicar el programa ni necesariamente también el diagnóstico, pues la aplicación del diagnóstico y la aplicación del programa podrá ser hecho por cualquier

persona entrenada para ello.

En el diagnóstico es muy importante que la persona - que va a aplicarlo, haga sentir al niño o a la persona que se va a diagnosticar en un ambiente de confianza para que se pueda obtener una información lo mas confiable, es decir, que el niño o la persona no se vyan a poner nerviosas o bien que a la hora no sepan ni puedan responder a las instrucciones que da el aplicador; para que esto no suceda el tono de voz que deberá emplear el aplicador deberá ser regular, sin que grite o bien que sea muy tenue, el tono de voz debe ser claro, su relación con la persona que se va a dirigir deberá ser amistosa, se deberá tener contacto visual en la mayoría de las instrucciones y si es posible - en todas.

En todas las áreas conductuales que evalua un diagnóstico conductual son las siguientes:

Repertorios Basicos que incluye:

Conducta de Imitación .-Esta conducta deberá ser similar a la del modelo y deberá ser ejecutada casi inmediatamente después de la ejecución de la conducta modelo. Es importante este repertorio por que en base a ello el niño aprende la conducta a enseñar de una manera objetiva y a corto plazo, de la emision modelada y de la imitada.

Conducta de Atención .-El niño deberá tener contacto visual con el evaluador y su conducta deberá de tener relación con las ordenes del evaluador, con el objeto de ver si el niño--

atendió a las instrucciones del evaluador, esto es, la importancia de la atención es que se asegura que el niño -- oye y percibe y por lo tanto tiene mayor probabilidad de ejecución.

Seguimiento de instrucciones .-Dada una instrucción la respuesta deberá estar relacionada con esta instrucción, por ejem. "ve a la puerta" y si el niño ve a la puerta entonces se considera que la conducta tiene relación con la instrucción, es necesario para evitar la pérdida de tiempo, en la sesión y por lo tanto una economización de tiempo al aplicar cualquier programa de entrenamiento.

Conducta motora fina.-Es toda aquella que tiene que ver con el manejo que se hace de las manos, por ejem. abrir un frasco, destapar un dulce, cortar papel, tala o algún objeto, escribir, insertar objetos en cualquier objeto, señalar objetos con los dedos, etc., toda actividad que tenga que ver con el manejo de las manos o los dedos, es necesario por que las tareas que moldearan esta conducta son de gran necesidad en la vida de una persona.

Conducta motora gruesa.-Es la conducta que está relacionada con el resto del cuerpo, por ejemplo, bailar o caminar, brincar, subir y bajar escaleras, rodar, etc. conducta necesaria para el desplazamiento del ser humano, da lugar a otro con el objeto de obtener sus necesidades básicas, como hasta para la convivencia del ser mismo con sus semejantes.

Tactos Simples .-Es la respuesta verbal que da el niño ante un objeto,por ejemplo,¿que es ésto? "Esto es tal cosa".

Tactos de Posición.- ¿Dime donde esta tal objeto,arriba o abajo?,también se les llama tactos complejos.Es necesaria para la simple educación de las personas en relación con su medio,o tambien la relación que guarda una en otra.

Conducta Intraverbal .- Son respuestas relacionadas del niño ante preguntas hechas por el evaluador,por ejemplo, ¿Como te llamas? "Mi nombre es tal";¿Donde vives? "Vivo en tal parte",etc. para que el niño tenga la facilidad de --convivencia y comunicación con los demás.

Conducta de Articulación.- Pronunciación correcta de las palabras o fonemas para evitar que la comunicación hecha por el niño sea distorciónada por la no claridad de la expresión.

Conductas Académicas.- Que incluyen discriminación de colores,esto es que el niño conozca los colores y los llame por su nombre.Conducta textual que incluye la lectura y--finalmente se evalua la conducta social que evalua la relación del niño con sus familiares,con sus amigos,y demás gente que la rodea,necesarias para una vida social y un medio con necesidades de consumo.

EDUCACION ESPECIAL.

La educación especial no es una educación común y -- corriente, pues como su nombre lo indica es especial y por lo tanto no la recibe cualquier niño o persona, sino aquellas personas que tienen problemas en el desarrollo o retardo en el desarrollo, ésta educación especial pretende, a partir de una terapia o entrenamiento (muchas veces individual), que la persona desventajada y que no tiene el repertorio necesario para actuar en el medio que le rodea sea capaz de poseer esos repertorios conductuales y vencer sus limitaciones.

Así entonces, en la educación especial ha sido posible la rehabilitación de niños con retardo en el desarrollo, dentro de los cuales se encuentra también aquellos niños o personas con parálisis cerebral, invidentes o débiles -- visuales, hipoacúsicos o carentes de la audición (oído), -- personas o niños con problemas de lenguaje, con problemas académicos.

Para llevar a cabo la rehabilitación, el psicólogo -- programará la enseñanza y hará ciertos arreglos, de acuerdo a las limitaciones de cada persona, esto es, el psicólogo deberá diseñar e indicar, cuáles son los objetivos que pretende alcanzar durante la terapia, de qué manera o que técnicas considera deberá emplear para hacer posible estos -- objetivos en la educación especial el psicólogo deberá --

además buscar un ambiente adecuado para llevar a cabo la terapia de este modo se puedan obtener mejores logros, en el aprendizaje, se deberá entonces arreglar ciertas condiciones, por ejemplo: las condiciones ambientales, supóngase el caso de un niño que tiene problemas para caminar y -- mantener el equilibrio, será necesario adaptar el ambiente en donde más se desarrolla y que es en su casa para que el niño pueda desplazarse, por ejemplo: dejar el campo libre y juntar un poco los muebles para que pueda agarrarse y apoyarse en ellos, esto es un arreglo de la situación ambiental.

Se debe tomar en cuenta que no siempre es posible -- cambiar las situaciones ambientales o familiares, por lo -- que la educación especial trata de adaptar al niño a su -- medio natural dándole las herramientas necesarias para -- manejarse en su medio sin cambios.

Otro aspecto, que deberá tomarse en cuenta para el -- mejor aprendizaje del niño, es el arreglo de materiales y -- aprendizaje, estos deberán ser materiales atractivos al niño y podrían ser juguetes o materiales con mucho colorido, ej: el caso de un niño que presenta torpeza al manipular objetos con las manos en este caso lo que sería necesario hacer es buscar ciertos juguetes o materiales atractivos al niño en los cuales el niño se ejercitara constantemente manipulando el objeto con las manos y de éste modo afinar poco -- a poco sus movimientos torpes de las manos.

En esta forma, la educación especial no sólo puede ser impartida por un psicólogo, sino también por cualquier persona que conozca y sepa aplicar las técnicas necesarias - para el manejo adecuado del niño, por ejemplo: los padres, - los hermanos y demás familiares que rodean al niño.

En las siguientes partes del curso veremos por separado cada uno de los puntos en que se centra la educación especial.

OBJETIVOS.

Una vez detectado el problema el siguiente paso a seguir es ver de qué manera podrá solucionarse, para éstos fines es necesario la ayuda del planteamiento de objetivos, - saber qué se quiere hacer y qué se puede hacer, es decir, - hasta dónde se puede llegar de acuerdo a las limitaciones - del niño.

Los objetivos deberán indicarnos qué se quiere lograr al finalizar la terapia, qué secuencia se debe seguir y para éstos fines es necesario plantearse dos tipos de objetivos, objetivo general y objetivos específicos o particulares.

El objetivo general menciona todo lo que se pretende alcanzar en una área en particular o durante la terapia con el niño y los objetivos particulares o específicos mencionar paso a paso lo que se ha planteado en el objetivo general, - de éste modo los objetivos específicos nos van a dar a conocer paso a paso los avances y aproximaciones que se van --

teniendo con respecto a lo planteado en el objetivo general.

Ejemplo de un objetivo general:

El niño deberá contar y escribir los números del 1-10 consecutivamente sin fallar un número al finalizar la terapia.

Ejemplos de objetivos específicos o particulares:

- 1.-Que el niño cuente los números del 1 al 10 consecutivamente sin fallar un número.
- 2.-Que el niño cuente y escriba los números del 1 al 5 consecutivamente sin fallar un número.
- 3.-Que el niño cuente y escriba los números del 1 al 10 - sin fallar un número consecutivamente.

De este modo los objetivos deberán plantearse de manera conductual (como se observe en los ejemplos anteriores), pues nos interesa principalmente medir y observar la conducta que presenta el niño; no sólo nos interesa medir y -- observar la conducta al plantear un objetivo sino también que tenga las siguientes características:

- 1.-El objetivo deberá anunciarse en términos de la conducta del niño, y no la del maestro, pues lo que se quiere medir es la conducta del niño.
- 2.-Debe provocar en el niño una conducta observable, es decir, que pueda ser visto u oído.

Ejemplo de una conducta observable :

Enumerar, escribir, leer, mencionar, caminar, etc.

(conductas observables y medibles).

Ejemplos de conductas no observables:

Comprender, meditar, dominar, captar, pensar, etc; éstas conductas no pueden ser vistas y por lo tanto tampoco se pueden medir.

3.-La conducta que se desea se haga en el objetivo deberá ser referida al niño y que es lo que se desea al finalizar la terapia.

4.-El objetivo conductual deberá contener un nivel de ejecución, con el fin de dejar bien establecido hasta donde se quiere llegar al finalizar la terapia.

Ejemplo: El niño deberá contar del 1 al 10 sin fallar un número consecutivo.

Estos son los requisitos que deberá contener cualquier objetivo conductual, sin perder de vista que es importante que se planteen conductas observables para que también sea más fácil detectar avances o regresiones en la conducta del niño.

TECNICAS.

La conducta del niño al desarrollarse en su medio ambiente, es seguida generalmente por consecuencias; entenderemos por conducta la respuesta que presenta el organismo, y por consecuencia entenderemos toda estimulación que proviene del medio ambiente, ésta estimulación puede ser un estímulo reforzador en la conducta si es capaz de reforzarla o incrementarla; dentro de las técnicas que se emplean--

para la rehabilitación del niño se ha considerado que el reforzador juega un papel muy importante para la modificación de conductas del niño con problemas de retardo.

Existen diferentes técnicas para ésta rehabilitación y son: Técnicas para la adquisición de conductas. Técnicas para el mantenimiento de conductas ya adquiridas y técnicas para la eliminación de conductas indeseables.

Para la adquisición de conductas existen tres (3) -- técnicas importantes:

1.-Reforzamiento Positivo .-Es una consecuencia positiva a la emisión de una respuesta deseada, es decir, un reforzador a una respuesta, este reforzador puede ser material o social, el reforzador social sería cualquier frase o palabra de -- aprobación, ejemplo: "Muy bien", "Eso es ", etc. el reforzador material podría ser alimento, juguetes, dinero, etc.

Ejemplo de un reforzador positivo, digamos el caso de un niño que está aprendiendo a decir "mamá", supongamos que una de las veces dice "mamá" esta respuesta deberá ser inmediatamente reforzada, ya sea social o materialmente "muy bien" "Ya estás aprendiendo a decir mamá", etc., o se le dará un dulce, dinero o juguetes.

2.-Moldeamiento o Aproximaciones sucesivas. - Esta es una técnica que se ha utilizado para la adquisición difícil de alguna conducta, ejemplo: al niño le cuesta mucho trabajo decir "mamá", entonces trataremos de que simplemente diga "ma", y ésta respuesta será reforzada para que posteriormente se le pida que diga "ma-má" en dos sílabas y esta otra-

conducta será reforzada, finalmente se le pedirá que diga la palabra completa, es decir, que una las dos sílabas para ser reforzadas.

3.-Imitación.- Es una técnica que se ha empleado, en base a la presentación de un modelo, ejemplo: se quiere que un niño pronuncie el fonema "M", el modelo (que podrá ser la madre o el terapeuta), se sentará enfrente del niño y le pedirá que lo observe, el modelo pronunciará la "M" muy despacio, juntando los labios muy exageradamente para que el niño vea cómo debe ser pronunciada y la pronuncie similarmente, en esta técnica la conducta deberá presentarse casi inmediatamente y se tratará de no ser frecuentemente reforzada la conducta.

Mantenimiento de conductas : Mantener una conducta significa que una vez adquirida la conducta se siga presentando, y para lograr esto se tiene que reforzar al niño de vez en cuando, es decir, no todas las respuestas, Ejemplo: supongase que el niño ya pronuncia la palabra "mamá" correctamente, dado que ya esta establecida se le reforzará cada tres (3) o cuatro (4) palabras de "mamá" correctamente, a ésta técnica se le llamará reforzamiento intermitente .

Técnicas para eliminar conductas :- Cuando una conducta que esta haciendo el niño, que ocasiona problemas a los demás y a él mismo y que está impidiendo desarrollarse adecuadamente, vemos entonces que esta conducta deberá ser eliminada. Para eliminar estas conductas indeseables vamos a utilizar

otro tipo de técnicas y son las siguientes:

1.- Extinción.-Consiste en ignorar al niño o no prestarle atención, mientras este presentando una conducta indeseable, como un berrinche y que la madre durante el berrinche le esta diciendo "callate ya" "ya no llores", lo que la madre esta haciendo en este caso es prestarle atención y reforzando de este modo el berrinche en lugar de suprimirlo, para que esta conducta sea eliminada se deja al niño sin prestar atención (ni siquiera mirarlo), pues la falta de atención dejaría de mantener esta conducta.

2.- Tiempo fuera total o parcial.- Consiste en quitarle los objetos y la atención de todas las personas, aún cuando el niño y estas personas se encuentren en la misma habitación (tiempo fuera parcial), o bien encerrarlo en algun cuarto y no sacarlo hasta que su mala conducta haya terminado -- (tiempo fuera total), se hace esto, porque podemos ser nosotros quien lo ignoremos, pero alguna otra persona que se encuentre cerca de él le puede estar prestando atención.

3.- Castigo .-Si bien es cierto que eliminar más rápidamente un mal comportamiento, también es cierto que su eliminación es solo por ese momento. El castigo es el que menos resultados positivos deja, pues en primer lugar su efecto es momentaneo, pues tiende a presentarse de nuevo la conducta y en segundo lugar, cuando se aplica frecuentemente pierde o deja de ser un castigo. Por ejemplo: Un niño que siempre se le esta golpeando por decir mentiras, y --

como se dijo la conducta tiende a volver consecuentemente se aplicará seguido éste castigo, lo que podría suceder es que el niño ya no tomará en cuenta el golpe o el castigo y seguira presentando la conducta de decir mentiras.

Por tal motivo, sólo se empleará cuando dependiendo de la conducta ya no se logre eliminar con las demás técnicas. Existen dos tipos de castigo, el castigo social que puede ser una reprimenda o castigo físico que pueden ser golpes.

4.-Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO).---

Consiste en reforzar conductas incompatibles o diferentes a la conducta que presenta el niño y que es indeseable, por ejemplo: un niño que hace un berrinche y se le somete a -- extinción, supongase que el niño deja de presentar el berrinche y empieza a jugar adecuadamente, la madre deberá reforzar esta conducta por ser más adecuada que la del -- berrinche.

5.-Sobrecorrección.- Consiste en que el niño corrija el -- acto que considere como un acto indebido, ejemplo: el niño -- que tira la leche por estar de jugueteón, aquí se le deberá pedir que limpie el liquido que él mismo derramó.

PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO.

Un programa de entrenamiento es aquel que tiene como objetivo lograr la independencia del niño con retardo en lo que se refiere a su cuidado personal, eliminar conductas negativas, lograr la integración a su medio familiar o social y tratar en los casos que sea posible, que el niño se incorpore a un sistema educativo ordinario.

Para aplicar un programa es necesario partir de la evaluación, de los repertorios o conductas con que cuenta el niño, es decir, que es lo que el niño puede o no puede hacer. Esta evaluación se lleva a cabo a través de los diagnósticos conductuales.

El criterio que se requiere para la aplicación de un programa es que el niño, en el diagnóstico que le fué aplicado previamente, no haya obtenido arriba de un 80% de respuestas correctas, si el niño obtuvo más del 80% de respuestas correctas, no será necesario implementar un programa; -- sólomente en algunos casos como lo es en articulación, donde es necesario que el niño obtenga un 100% de respuestas correctas para que no sea necesario la aplicación de un programa.

Los pasos de los que consta un programa son los siguientes:

Primero se debe fijar un objetivo general o a largo plazo, o sea especificar que es lo que queremos que el niño pueda hacer al finalizar el programa; debemos de tomar en cuenta que un programa puede perseguir varias --

cosas, es por esto que después se deberá de detallar por medio de objetivos inmediatos o a corto plazo, cada una de las conductas que el niño deberá de aprender; así el siguiente paso después del objetivo general, será el de fijar objetivos particulares.

Después de detallar los objetivos, se deberá de especificar para quien va dirigido el programa, a esto se le llama sujetos, debemos de poner los datos del niño o de los niños a quien se les va a aplicar el programa, es decir, su nombre, edad, etc..

En seguida se detallará la situación de trabajo, que es en donde se llevará a cabo el programa y como es ese lugar, con que mobiliario cuenta, las dimensiones o medidas del lugar, etc..

El siguiente paso será describir el materia que será utilizado a lo largo del programa, por ejemplo: papel, lápices, tarjetas de colores, etc., dependiendo del programa que se va a seguir.

Seguirá el procedimiento, que consta de varias fases, lo primero es realizar la pre-evaluación o línea base, dentro de esta se realiza una especie de prueba al niño de lo que se le va a enseñar, esto es con el fin de darnos cuenta como es que el niño estaba antes de realizar el programa, dentro del procedimiento y después de realizar la línea base, se especificaran las fases de que constará el entrenamiento, esto se deberá de hacer paso a paso, es decir

ir de lo más fácil a lo más difícil, mencionando las técnicas conductuales que se van a utilizar para establecer o eliminar conductas, según el caso.

Una vez especificadas las fases de que constará el procedimiento se deberá de detallar la forma de registro, en donde se tendrá que poner las conductas que se van a calificar el nombre del niño, fecha, número de sesión, etc..

Otro paso del programa es la forma en que se graficarán los resultados, en donde se tendrán que resumir los porcentajes de respuestas obtenidas por el niño durante el entrenamiento. Para poder obtener los resultados finales, se deberá realizar la post-evaluación, post-test, que será el mismo examen que se le hizo al niño antes de comenzar el entrenamiento y así poder comparar lo que el niño hacía antes de ser entrenado y lo que puede hacer cuando se finaliza el programa, es decir, saber si el niño aprendió y así poder decir si se cumplieron los objetivos que se habían fijado a un principio.

GENERALIZACION Y SEGUIMIENTO.

Una vez que el niño ya haya adquirido en el cubículo o en donde se llevó a cabo la terapia la conducta que se deseaba, es de importancia cuidar que ésta conducta o conductas puedan ser ejecutadas por el niño en todos los ambientes principalmente en donde el niño se desarrolla, a ésta ejecución del niño se le conoce con el nombre de :

Generalización, es decir, el niño debe ejecutar la conducta que ya adquirió en cualquier ambiente en donde él se desenvuelva. Para llevar a cabo la generalización, es necesario, que el terapeuta, la madre o la familia refuercen la conducta que se pretende se generalice en los diferentes ambientes (esto sería en el caso de que no se generalice por sí solo); el reforzamiento podría ser continuo o intermitente dependiendo de la facilidad o dificultad de la generalización, es decir, si es fácil se usaría reforzador intermitente y si es difícil se usará reforzador continuo.

Seguimiento .-Consiste en evaluar y medir las conductas ya adquiridas, después de terminada la terapia, esta medición se llevará a cabo en periodos de tiempo preestablecido, estas evaluaciones deben hacerse por ejemplo: cada determinado número de días, como lo es: cada ocho (8) días - primero, después cada quince (15) días, después un mes, dos (2) meses, tres (3) meses, seis (6) meses, un año (1), hasta que no sea necesaria ésta mediciones decir, hasta que se observe que la conducta se mantuvo hasta un tiempo indefinido y ya no sea necesaria ésta medición.

CUESTIONARIO GENERAL.

1.-El Retardo es :

- a) Una enfermedad mental.
- b) El no poder realizar algunas actividades que los demás sí pueden.
- c) Tener una capacidad superior a los demás para realizar algunas actividades.

2.-Existen varias causas que provocan retardo en el desarrollo, estas son:

- a) Físicas y Mentales.
- b) Físicas y de educación.
- c) Solamente físicas.

3.-La parálisis cerebral, el síndrome de Dawn, etc., son factores que provocan retardo en el desarrollo, porque:

- a) Los niños no pueden ser educados.
- b) Necesitan más cariño.
- c) El niño tiene que hacer un esfuerzo más grande para aprender.

4.- La sobreprotección, el abandono, la agresión, etc., son estimulaciones que provocan retardo y corresponden a:

- a) Causas heredadas.
- b) Causas de educación.
- c) Causas físicas.

5.-La conducta del niño es importante evaluarla porque:

- a) Medimos el avance.
- b) Demostramos interes en él.
- c) Asi lo protegemos.

6.-Es importante que hagamos una evaluación del niño por áreas de conducta como (conducta de movimiento, social, verbal, etc.), para:

- a) No molestarlo en las áreas donde está mal.
- b) Para exigirle que haga lo que no puede hacer.
- c) Saber simplemente que áreas están mal y desarrollar un programa de trabajo.

7.-Es importante evaluar el ambiente familiar porque:

- a) Asi podemos evitar los errores que se cometen con el -- niño.
- b) Asi sabemos a quien molesta el niño.
- c) Asi sabemos quien lo quiere mas.

8.-La educación especial es:

- a) La cura mental del niño.
- b) La que arregla las condiciones y programas especiales para el aprendizaje de un niño.
- c) La que tiene doble cantidad de maestros que en las escuelas tradicionales.

9.-Dentro de la educación especial es importante marcarnos objetivos generales y particulares para:

- a) Programar la enseñanza y que el niño aprenda paso a paso en un grupo.
- b) Programar la enseñanza y que el niño aprenda sólo con su maestro.
- c) Programar la enseñanza y que el niño aprenda de acuerdo a su propio ritmo.

10.-Los objetivos deben planearse de acuerdo a las características de cada niño porque:

- a) Así no nos confundimos.
- b) Así podemos avanzar mejor.
- c) Así se podrá aumentar o disminuir el grado de dificultad en los ejercicios.

11.-El modificar los diferentes medios en donde el sujeto se desenvuelve es con el fin de :

- a) Favorecer el aprendizaje de conductas.
- b) Evitar problemas a los demás.
- c) Conseguir un ambiente agradable.

12.- Las técnicas usadas para el establecimiento de conductas son:

13.- Técnicas usadas para la eliminación de conductas son:

14.- Las técnicas usadas para la adquisición son :

15.- Porque es importante la generalización:

**CUESTIONARIO CAUSAS Y CONCEPCION
DEL RETARDO.**

1.- El retardo es :

- a) Una enfermedad mental.
- b) El no poder realizar algunas actividades que los demás si pueden.
- c) Tener una capacidad superior a los demás para realizar algunas actividades.

2.- Existen varias causas que provocan retardo en el desarrollo, estas son:

- a) Físicas y mentales.
- b) Físicas y de educación.
- c) sólomente físicas.

3.-La parálisis cerebral, el síndrome de daun, etc., son factores que provocan retardo en el desarrollo, porque:

- a) Los niños no pueden ser educados.
- b) Necesitan mas cariño.
- c) El niño tiene que hacer un esfuerzo mas grande para -- aprender.

4.-La sobreprotección, el abandono, la agresión, etc., son estímulaciones que provocan retardo y corresponden a :

- a) Causas heredadas.
- b) Causas de educación.
- c) Causas físicas.

5.-Cuales son las causas físicas del retardo?

6.-Cuales son las causas de educación del retardo?

CUESTIONARIO ENTREVISTA.

- 1.- Para conocer el desarrollo que ha tenido el niño a diferentes niveles durante su vida:
 - a) Se aplica un diagnóstico médico.
 - b) Se aplica un diagnóstico conductual.
 - c) Se aplica una entrevista a los padres.

- 2.- Los datos que son importantes obtener en una entrevista son:
 - a) Económicos y sociales.
 - b) Salud y nutrición.
 - c) Desarrollo conductual.
 - d) Todas las anteriores.

- 3.- Los datos de una entrevista son necesarios para:
 - a) Conocer al niño.
 - b) Reportar sus avances.
 - c) Programar la enseñanza del niño.
 - d) Para enterarnos como va avanzando el niño.

- 4.- Para diseñar el programa de trabajo conductual con un niño es necesario:
 - a) Un médico.
 - b) Un psicólogo.
 - c) Un maestro de primaria.

5.-El papel de un médico en la entrevista es :

- a)El indicar que tanto puede aprender un niño.
- b)El indicar las técnicas adecuadas para el mejor aprendizaje de un niño.
- c)El conocer las limitaciones físicas del niño.
- d)El conocer exactamente las condiciones actuales del niño

6.-El papel del psicólogo en la entrevista es:

- a)El indicar que tanto puede aprender un niño.
- b)El indicar las técnicas adecuadas para el mejor aprendizaje del niño.
- c)El conocer las limitaciones físicas del niño.
- d)El conocer exactamente las condiciones familiares actuales del niño.

CUESTIONARIO DIAGNOSTICO.

1.-Para darnos cuenta del problema conductual del niño,--
es importante:

- a) Hacer un diagnóstico conductual.
- b) Hacer una entrevista para conocer el ambiente que rodea al niño.
- c) Hacer una prueba de inteligencia.
- d) Hacer un examen médico.

2.-Un diagnóstico conductual debe medir:

- a) La inteligencia.
- b) La comprensión de los padres.
- c) Diferentes áreas de conducta de un niño.
- d) Las lesiones que el niño ha sufrido.

3.- El diagnóstico conductual sirve para :

- a) Darnos cuenta de las capacidades físicas del niño.
- b) Darnos cuenta de las capacidades intelectuales del niño
- c) Darnos cuenta de que conductas tiene el niño y cuales -
le faltan.

4.-Un diagnóstico conductual debe ser aplicado por:

- a) Sólomente los maestros.
- b) Por los padres.
- c) Sólomente los médicos.
- d) Cualquier persona relacionada con el niño,entrenada para
ello.

5.-El diagnóstico debe evaluar:

- a) Conducta motora.
- b) Conducta verbal.
- c) Todas las áreas de conducta necesarias para un niño .
- d) El área problema.

6.- Es importante conocer el problema mediante un diagnóstico para :

- a) Programar la enseñanza del niño.
- b) No enseñar lo que el niño no puede aprender.
- c) Para enseñarle solamente cosas que le gustan.

CUESTIONARIO EDUCACION ESPECIAL.

1.-La educación especial es:

- a) La que se proporciona en las escuelas oficiales.
- b) La que arregla las condiciones necesarias para el aprendizaje.
- c) La que se da en las escuelas de paga.
- d) La educación que se da por televisión.

2.-La educación especial debe ser impartida por:

- a) Maestros de primaria.
- b) Médicos.
- c) Por personas capacitadas en el manejo conductual.

3.-La educación especial debe ser impartida a :

- a) a todos los niños.
- b) A los niños con problemas intelectuales.
- c) A los niños con repertorios conductuales que estén por debajo de los demás.

4.- En la educación especial es necesario el arreglo de:

- a) Condiciones sociales y ambientales.
- b) Condiciones orgánicas.
- c) Condiciones mentales.

5.-En la educación especial la enseñanza es de acuerdo a:

- a) A los programas de la SEP.
- b) A las limitaciones conductuales del niño.
- c) A la Enseñanza tradicional.

CUESTIONARIO OBJETIVOS

- 1.- Los objetivos deberán definirse de manera:
 - a) Generales y específicos.
 - b) Generales.
 - c) científicos.

- 2.- Los objetivos deberán ser definidos en términos conductuales porque:
 - a) Pertenecen a la psicología.
 - b) Nos permiten evaluar y observar la conducta.
 - c) Así se aprende más.

- 3.- Un objetivo específico es :
 - a) Lo que se quiere lograr en un área en particular.
 - b) El llegar a conocer el avance del niño paso a paso.
 - c) El que se especifica en manera general.

- 4.- Un objetivo general es:
 - a) Lo que se quiere lograr en un área en particular
 - b) El que da a conocer paso a paso el avance del niño.
 - c) El que se especifica de manera general.

- 5.- La diferencia entre actividad y objetivo es :
 - a) Que la actividad es el medio para llegar al objetivo.
 - b) Que la actividad es el echo y el objetivo otro.
 - c) Que la actividad y el objetivo es lo mismo.

6.-Que se requiere para que un objetivo sea conductual?

7.-El papel de los psicólogos en el diagnóstico es :

- a) Indicar que tanto puede aprender un niño.
- b) Indicar las técnicas adecuadas para el mejor aprendizaje del niño.
- c) El conocer las limitaciones físicas del niño.
- d) El conocer exactamente las condiciones familiares actuales del niño.

CUESTIONARIO TÉCNICAS.

1.-Una conducta es :

- a) Los estímulos del medio ambiente.
- b) Una respuesta emitida por el organismo.
- c) Algo que evoce a una respuesta.

2.-Para que sirve un instigador?

- a) Para producir estímulos.
- b) Para forzar la respuesta deseada.
- c) Para ignorar las respuestas del niño.

3.- Un reforzador es :

- a) Un estímulo que produce la respuesta deseada.
- b) Un estímulo que no causa efecto sobre la conducta.
- c) La respuesta que da el organismo.

4.-Un reforzador puede ser:

- a) social y/o material.
- b) Físico y psicológico.
- c) Científico y material.

5.-Partiendo de los objetivos generales es necesario:

- a) Encontrar un ambiente adecuado.
- b) Encontrar técnicas y el arreglo de condiciones físicas.
- c) Encontrar al niño necesario.

6.-Las técnicas que se emplean para la adquisición de conductas son:

- a) Reforzador positivo y negativo, aproximaciones sucesivas e imitación.
- b) Supresión condicionada y reforzadores colaterales.
- c) Extinción y Tiempo fuera.

7.-Las técnicas empleadas para eliminar conductas son:

- a) Reforzador condicionado, encadenamiento y reforzador -- intermitente.
- b) Las técnicas empleadas en la psicología.
- c) Extinción, tiempo fuera, RDO, castigo y saciedad.

8.- Las técnicas empleadas para mantener conductas son:

- a) Reforzador condicionado, encadenamiento y reforzador -- intermitente.
- b) Las técnicas empleadas en la psicología.
- c) Extinción, tiempo fuera, RDO, castigo y saciedad.

9.- Para auxiliar la emisión de una respuesta se utiliza:

- a) Estímulos de apoyo y el arreglo de materiales.
- b) Utilización de materiales agradables al niño.
- c) Los objetivos conductuales.

CUESTIONARIO PROGRAMAS

1.-Cuando tratamos de medir la calidad de una conducta deben tomarse en cuenta:

- a) La topografía y características de las respuestas.
- b) Las veces que ocurre una respuesta.
- c) El que se de o no una respuesta.

2.-Para poder darnos cuenta que las conductas que pretendemos ya sea eliminar, incrementar o mantener es necesaria la utilización de :

- a) Cantidades indeterminadas de reforzadores.
- b) Contingencias necesarias.
- c) Gráficas y registros de la conducta.

3.-Cual es el criterio para aplicar un programa:

- a) Que el niño tenga un mínimo del 80% de habilidades de la conducta.
- b) Que el niño tenga menos del 80% de habilidades de la conducta.
- c) Que el niño tenga más del 80% de habilidades de conducta.

4.-Cual es el objetivo de aplicar un programa:

- a) Habilitar al niño en sus conductas para que se integre - al medio de una manera mas autosuficiente.
- b) Habilitar al niño para ahorrar trabajo a las personas que lo rodean.
- c) Saber plantear objetivos conductuales.

5.- Cuales son los pasos que debe cubrir un programa?

.....

.....

.....

.....

6.-Si se quisiera eliminar conductas negativas como --
berrinches, que técnicas o técnica aplicaría?

.....

.....

CUESTIONARIO GENERALIZACION Y SEGUIMIENTO.

1.-Que es la Generalización?

- a) Usar programas en general.
- b) Programar actividades generales que el niño no tenía.
- c) Es el mantenimiento de la conducta terminal en un -- ambiente natural.

2.-La generalización se logra a partir de:

- a) A partir de que la conducta adquirida sea ejecutada en diferentes medios.
- b) A partir de que la conducta se logre en terapia y patio de juegos.
- c) A partir de que se logre en terapia y escuela.

3.- La familia del niño interviene en el cambio de conducta:

- a) Sabiendo de la existencia de técnicas.
- b) Conocimiento del manejo adecuado de la conducta del niño.
- c) Darle independencia al niño para su mejor manejo.

4.-Suele suceder que la conducta terminal que en terapia-- se obtuvo, en el ambiente natural no se presenta, esto -- puede deberse a :

- a) Que los ambientes son iguales.
- b) Que se necesitaría hacer arreglos físicos al ambiente natural.
- c) Que el niño definitivamente no funciona.

5.- Cuando la conducta ya fué adquirida es necesario observarla y medirla periódicamente, a este tipo de medición se le llama:

- a) Aproximaciones sucesivas.
- b) Generalización.
- c) Seguimiento.

6.- Comprobaremos que el procedimiento dió resultado cuando observemos que durante el seguimiento:

- a) La conducta se mantuvo.
- b) Decrements e increments.
- c) Se suprime las variables.

ANEXO 4.

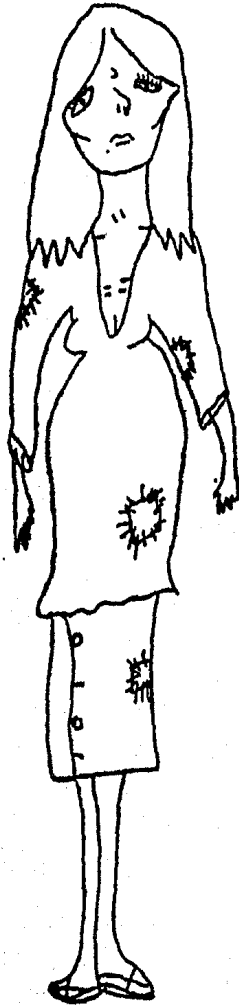
MATERIAL DIDACTICO.

Láminas y Cuadros Sinópticos para la
exposición de temas, correspondientes
a la fase B (entrenamiento teórico).



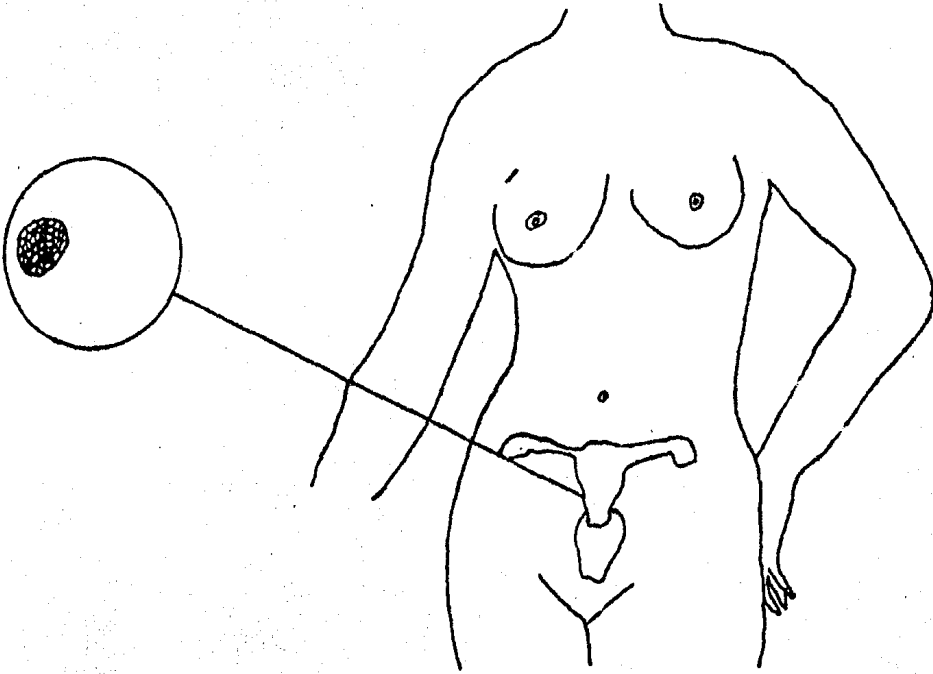
CAUSAS PRENATALES.

ALCOHOLISMO.



CAUSAS PRENATALES.

DESNUTRICION.



CAUSAS PRENATALES.

INFECCIONES EN LA MATRIZ.



CAUSAS PRENATALES

CAIDAS.

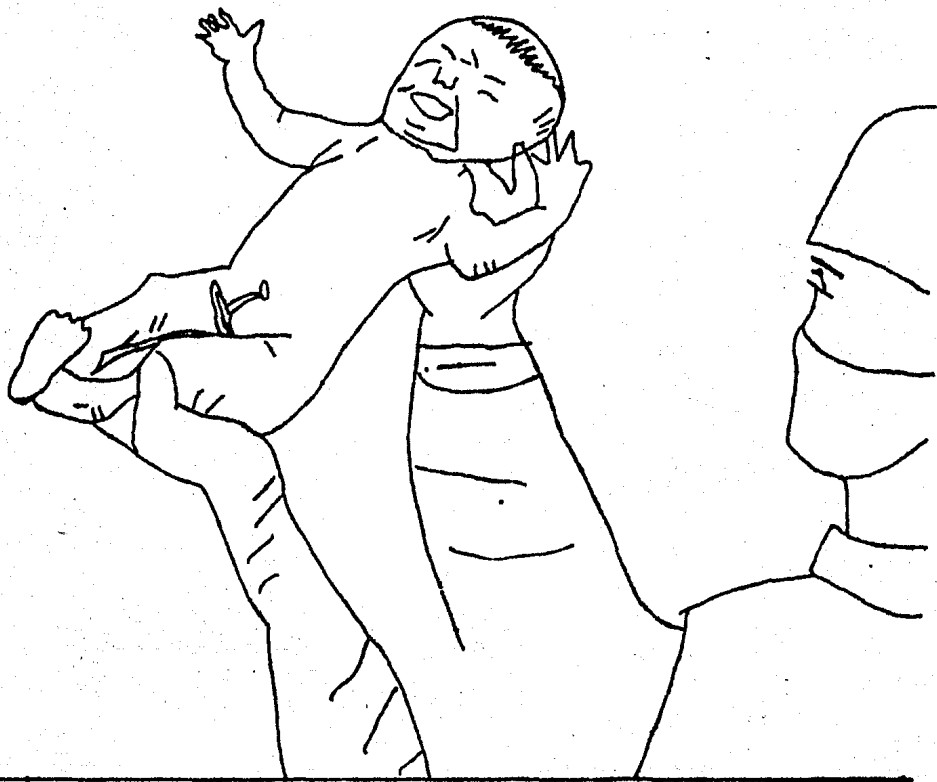


CAUSAS PRENATALES.

AUTOMEDICAMENTOS.

CAUSAS PRENATALES:
EDAD DE LOS PADRES.





CAUSAS PERINATALES.

FALTA O EXCESO DE OXIGENO.

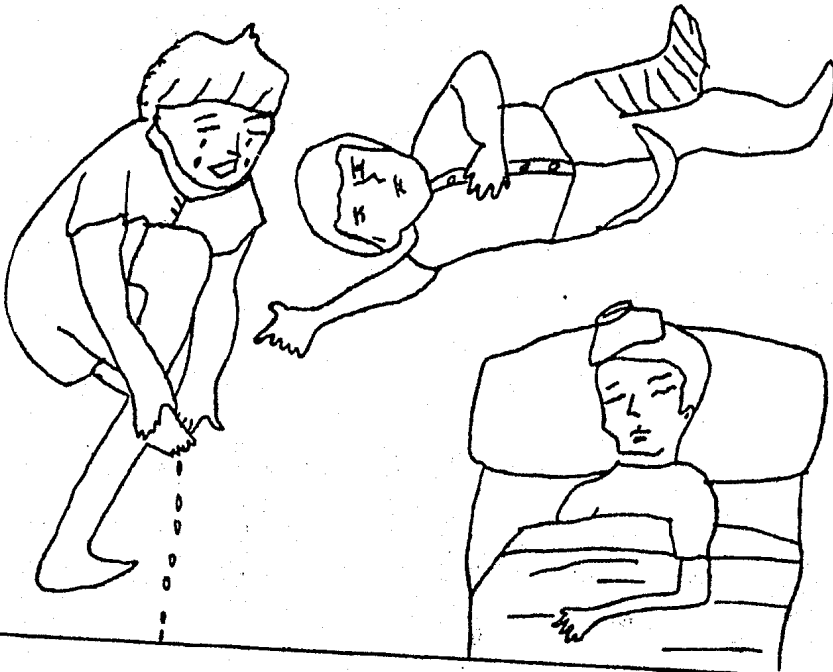


CAUSAS PERINATALES.

USO DE FORCEPS.

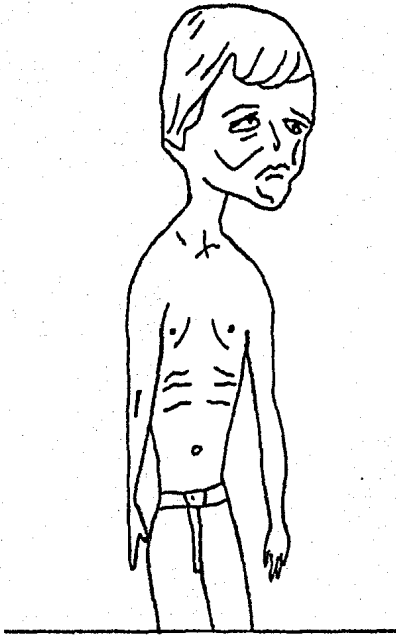


CAUSAS POSTNATALES.
ALTAS TEMPERATURAS.



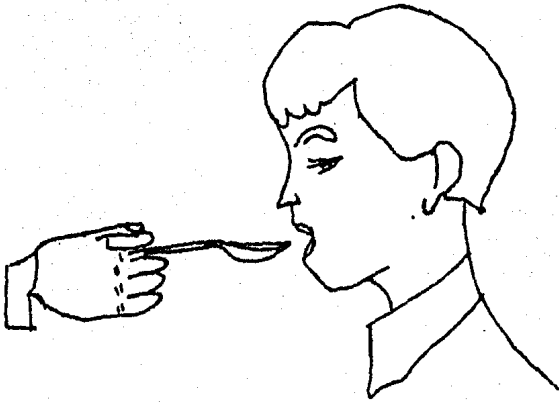
CAUSAS POSTNATALES.

ACCIDENTES Y ALTAS TEMPERATURAS.



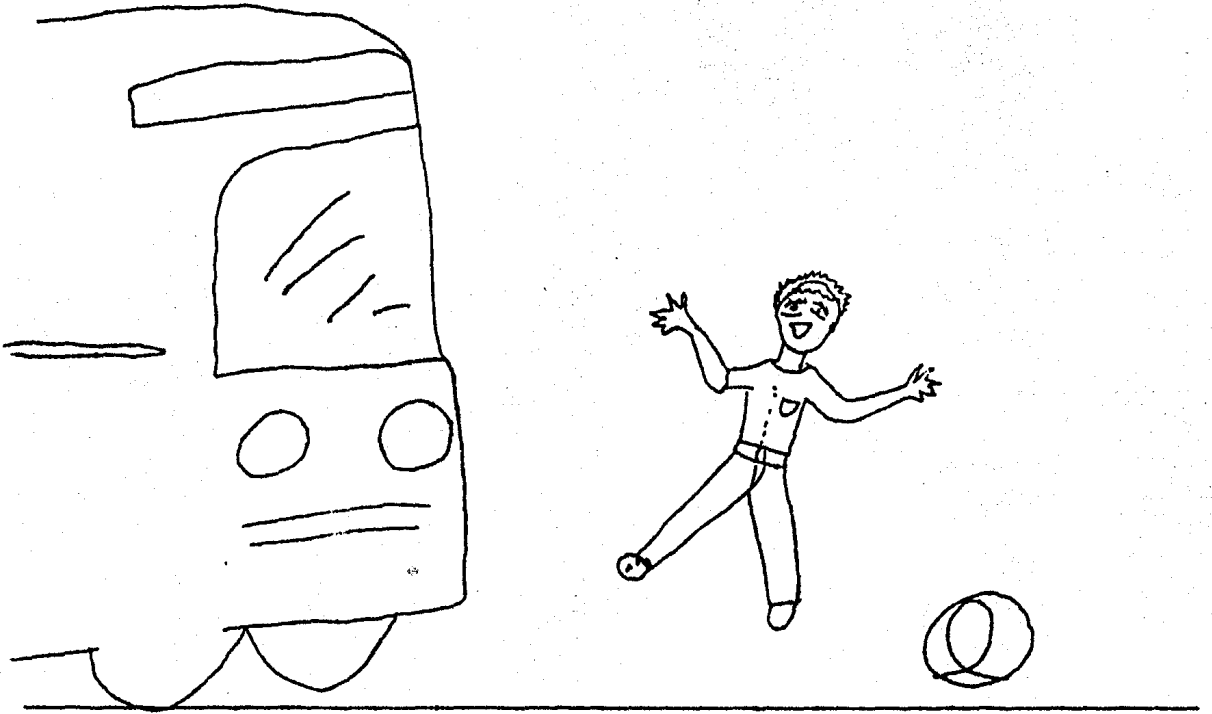
CAUSAS POSTNATALES.

DESNUTRICION.



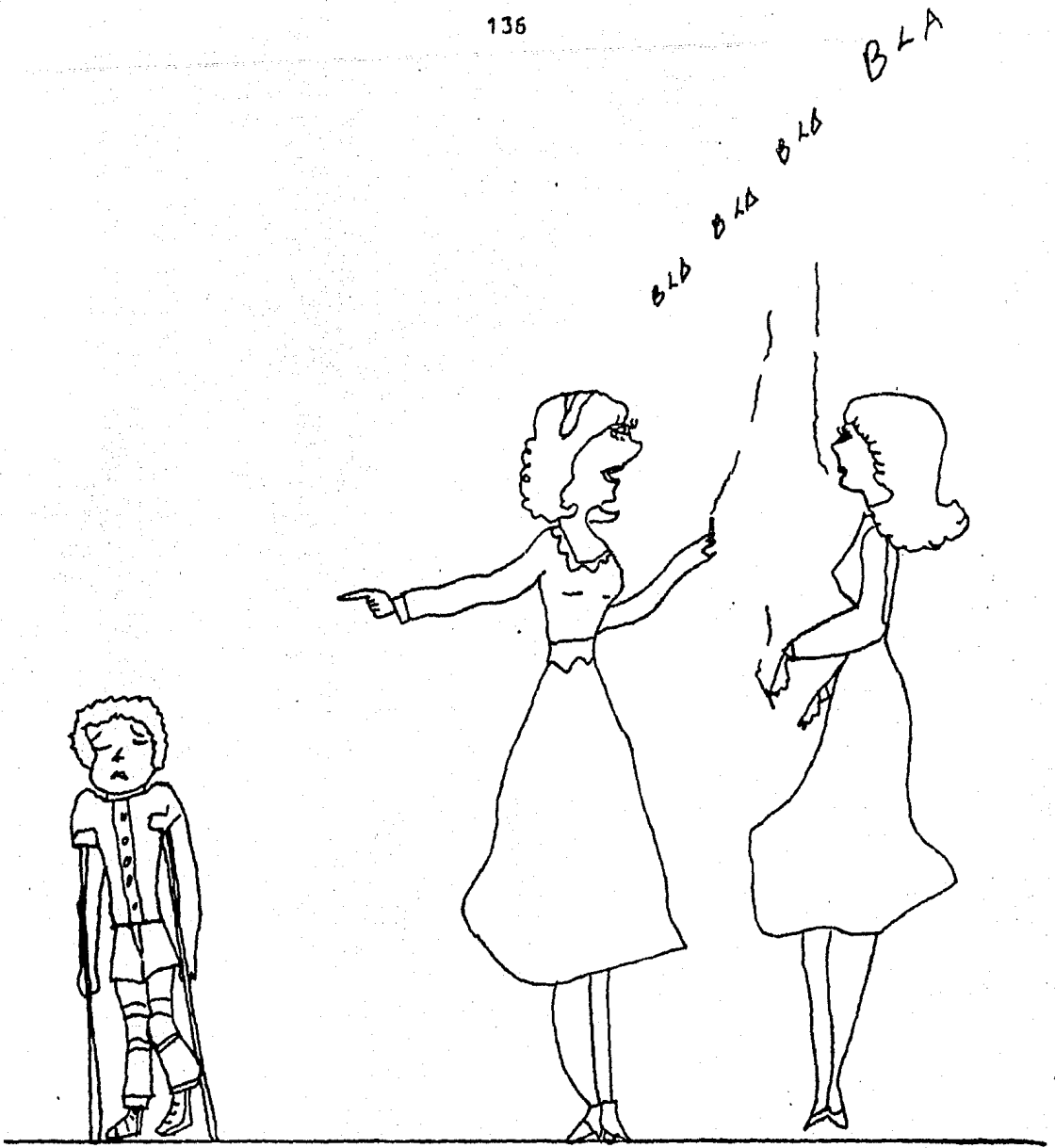
CAUSAS POSTNATALES.

AUTOMEDICAMENTOS.



CAUSAS POSTNATALES.

ACCIDENTES.

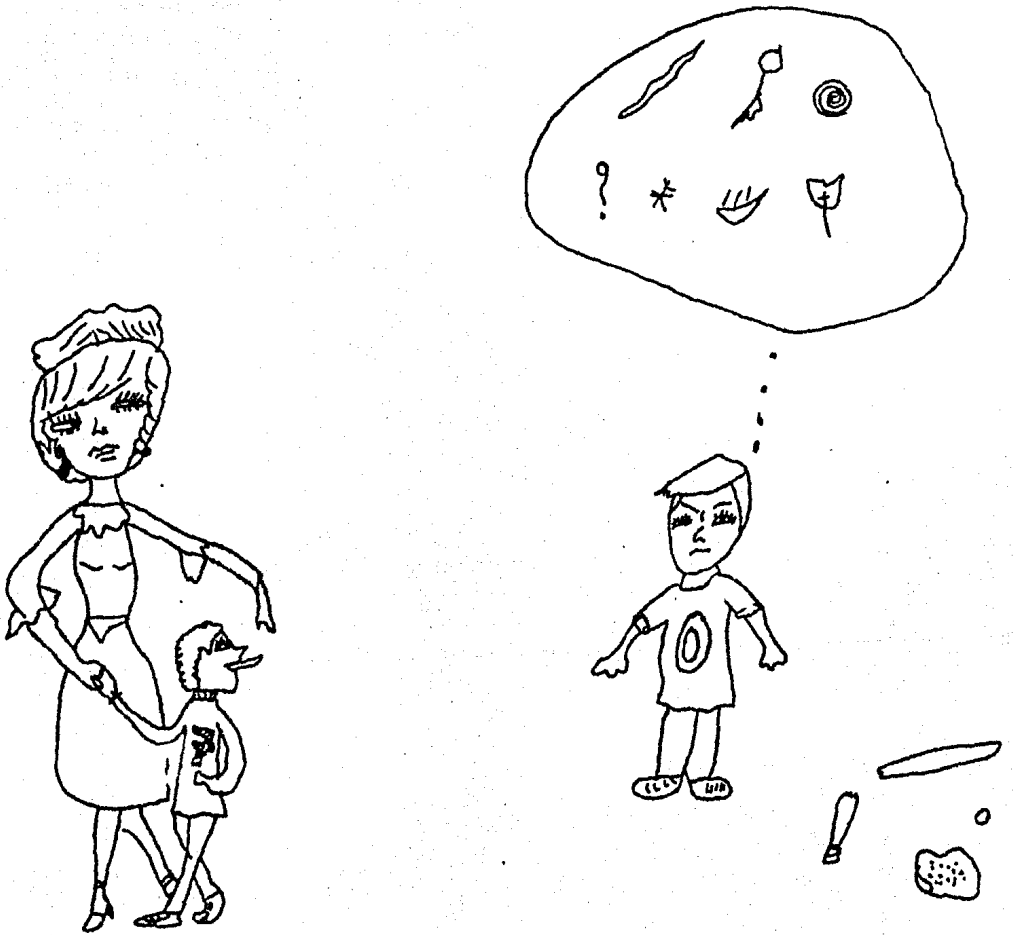


CAUSAS POSTNATALES.

ABANDONO.



CAUSAS POSTNATALES
MALOS TRATOS.

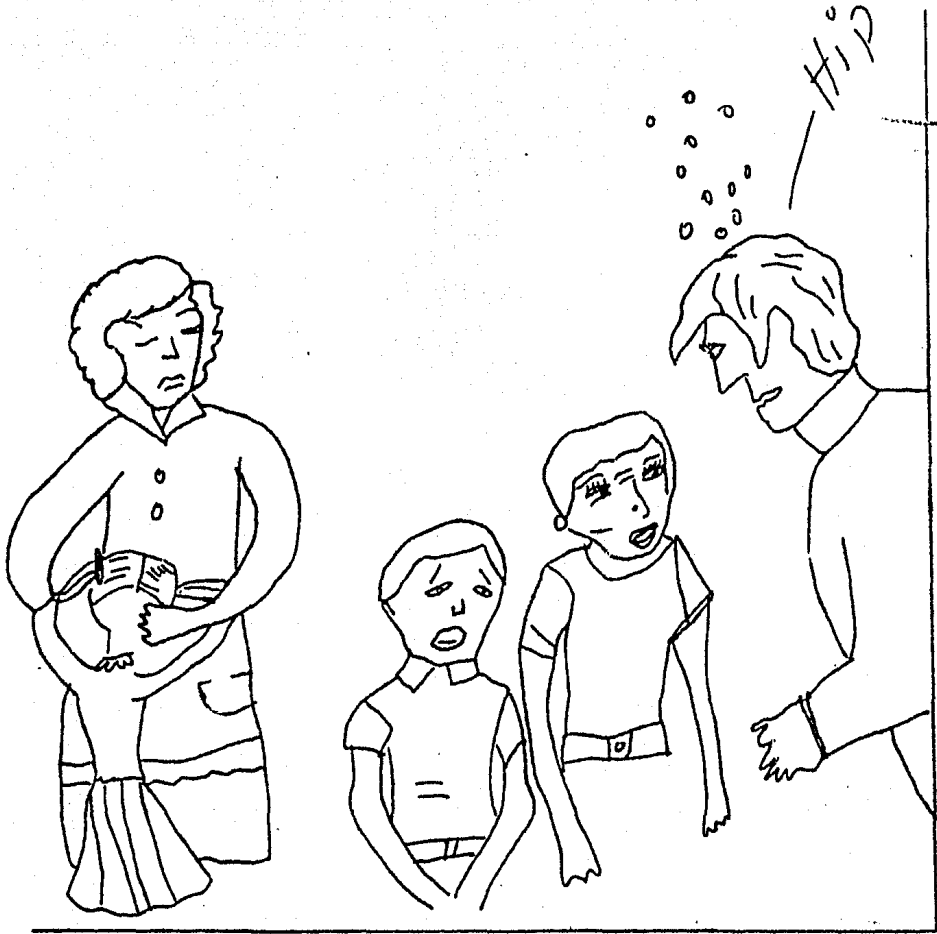


CAUSAS POSTNATALES
SOBREPROTECCION.



CAUSAS POSTNATALES

INSULTOS O MALOS TRATOS.



CAUSAS POSTNATALES
MALOS TRATOS, Y MALOS EJEMPLOS.

CAUSAS Y CONCEPCION DEL RETARDO.

1. Causas prenatales
o antes del nacimiento.

- a) Deformaciones o infecciones en la matriz.
- b) Automedicamentos durante el embarazo.
- c) Anemia o falta de vitaminas
- d) Alcoholismo.
- e) Caídas durante el embarazo

2. Causas Perinatales
o durante el nacimiento.

- a) Falta de oxígeno en el momento del nacimiento.
- b) Exceso de oxígeno en el momento de nacer.
- c) Retraso en el parto.
- d) Utilización de forceps.

3. Causas Postnatales
o después del --
parto.

- a) Accidentes como caídas o golpes.
- b) Altas temperaturas.
- c) Tomar medicamentos mal --
administrados.

4. Causas de Educación.

- a) Abandono del padre y la madre hacia el hijo.
- b) Agresión hacia el niño, malos tratos, golpes, etc..
- c) Sobreprotección o condescendencia de los padres hacia el hijo lo miman demasiado y le impiden desarrollarse normalmente.
- d) Malos ejemplos (hablar incorrectamente).

DETECCION DEL PROBLEMA.

Dentro de la casa o del ambiente familiar es donde se desenvuelve el niño y donde los familiares pueden -- observar detenidamente al niño y detectar que problema es el que presenta, así los padres o familiares podrán -- contribuir a la terapia del niño.

ENTREVISTA

La entrevista es una serie de preguntas relacionadas con el desarrollo del niño. Puede hacerla un psicólogo o cualquier persona que esté entrenada para hacerlo. El entrevistador debe usar:

- a) Un tono de voz regular y claro.
- b) Contacto visual con el entrevistado durante las preguntas y explicaciones.

Toda la información sirve para diseñar el programa.

DIAGNOSTICO CONDUCTUAL.

El diagnóstico conductual indica las conductas -- adecuadas e inadecuadas que presenta el niño, así como que áreas de conducta están más afectadas.

Diagnóstico
Conductual.

1. Repertorios básicos:
 - a) Imitación.
 - b) Atención.
 - c) Seguimiento de instrucciones.
2. Motora Fina .
3. Motora gruesa.
4. Tactos Simples.
5. Tactos de Posición.
6. Intraverbales.
7. Articulación.
8. Académicas.

EDUCACION ESPECIAL.


Educación Especial
dirigida a :

- a) Niños con parálisis cerebral.
- b) Invidentes o débiles visuales.
- c) Hipoacúsicos o carentes de la audición.
- d) Personas con problemas de lenguaje.

Educación que programa la enseñanza considerando las limitaciones de cada persona en particular.

OBJETIVOS.

Los objetivos indican que se quiere lograr al finalizar la terapia y que pasos se van a seguir.

Objetivos.  Objetivo General
Objetivos Especificos.

Todos los objetivos ya sean generales o específicos deben cumplir con 4 criterios:

- 1.-Deben referirse a la conducta del niño.
- 2.-Deberá especificar una conducta observable y medible.
- 3.-No deberá contener palabras que están de más.
- 4.-Deberá contener un nivel o criterio de ejecución.

PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO.

Un programa de entrenamiento es una serie de pasos que sirven para poder enseñar a un niño con retardo a realizar actividades o conductas que no lleva a cabo.

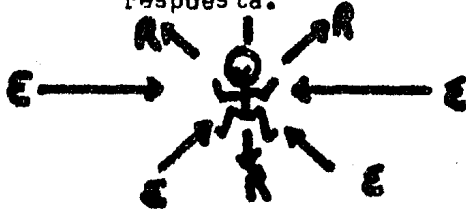
Programa
Conductual.

- a) Objetivo General.
- b) Objetivos específicos.
- c) Sujetos.
- d) Situación.
- e) Material.
- f) Procedimiento (línea - base, fases).
- g) Forma de registro.
- h) Gráficas.
- i) Post-evaluación.

TECNICAS.

Conducta.-Es lo que cualquier persona hace o las respuestas que emite.

Consecuencia.-Todo estímulo que proviene del medio -- ambiente y se presenta después de una respuesta.



Reforzadores.-Se les llama a los estímulos que se presentan después de la respuesta y esto -- hace que aumente su presentación.

Técnicas para adquirir conductas.

1. Reforzamiento positivo (social, y material).
2. Moldeamiento por aproximaciones sucesivas.
3. Imitación.

Técnicas para mantener conductas.

1. Reforzamiento intermitente.

Técnicas para eliminar conductas.

1. Extinción.
2. Tiempo fuera parcial o total.
3. Castigo.
4. Reforzamiento Diferencial de otras conductas (RDO).
5. Sobrecorrección.

GENERALIZACION Y SEGUIMIENTO.

GENERALIZACION

Es el echo de que el niño presente... la(s) conductas entrenadas dentro-- de cualquier ambiente donde se desen- vuelve.

SEGUIMIENTO.

Consiste en seguir evaluando la(s) conducta(s) adquirida(s) después de terminada la terapia con el fin de - comprobar si es que estas conductas- se mantuvieron. Son evaluaciones per- tiempo cada vez más espaciadas.

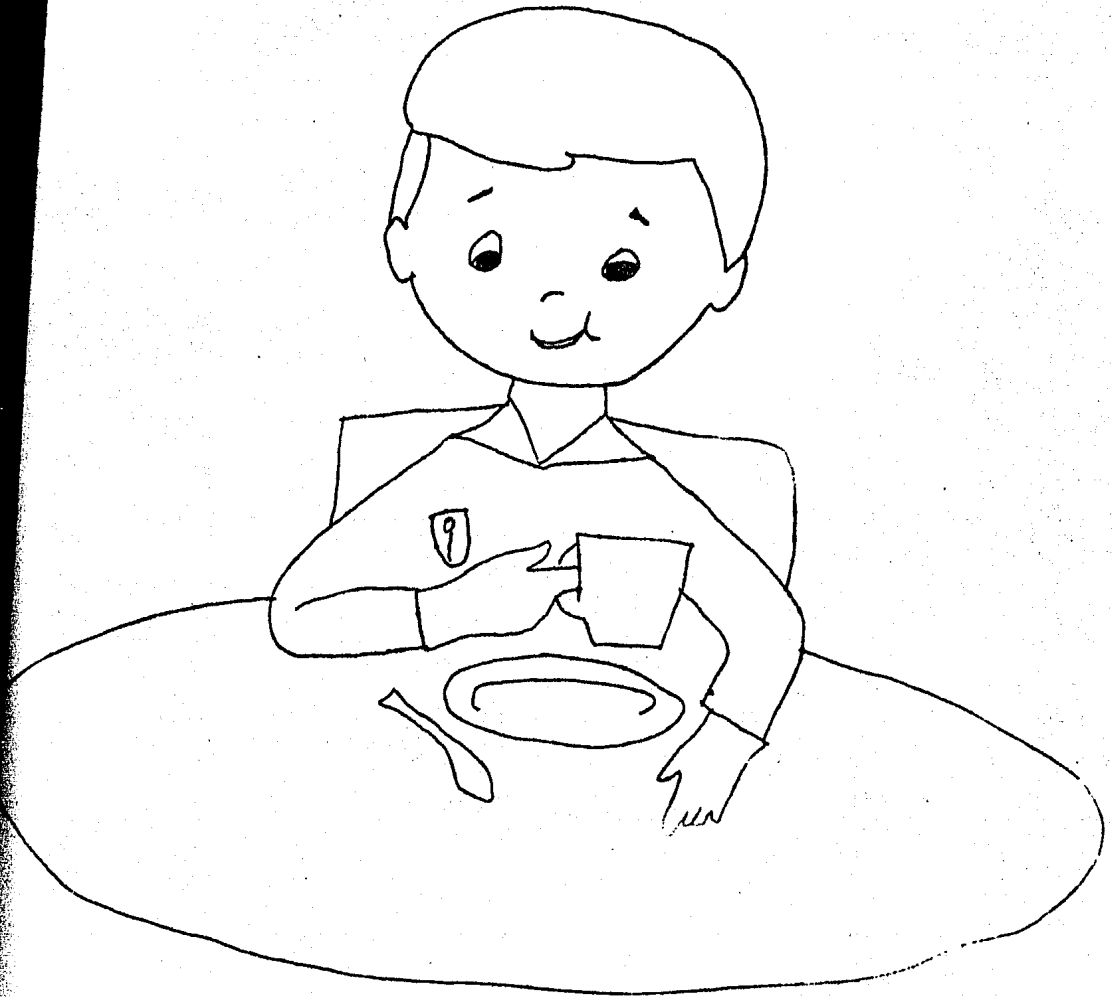
DIBUJOS DE APOYO

Elaborados para diagnóstico y entrevista, correspondientes a la fase C (entrenamiento práctico), diseñado para el uso de las señoras analfabetas.



Area: AUTOCUIDADO.

Reactivo: Se limpia el calzado solo?



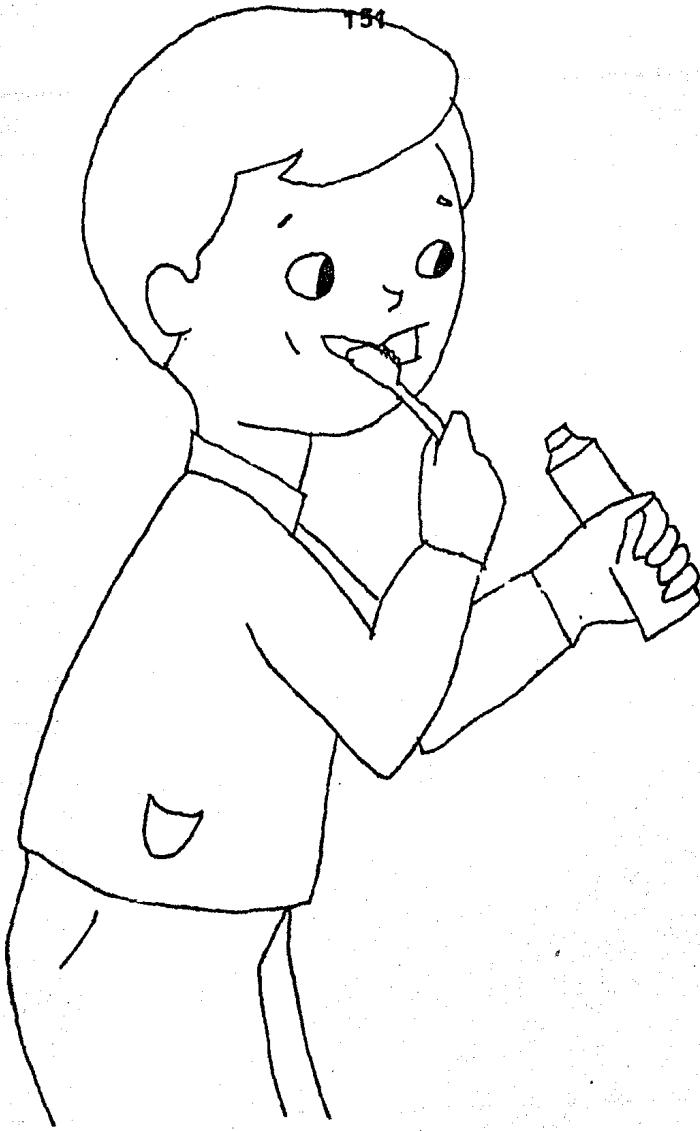
Area: AUTOCUIDADO.

Reactivo: Usa los utensilios al comer ?



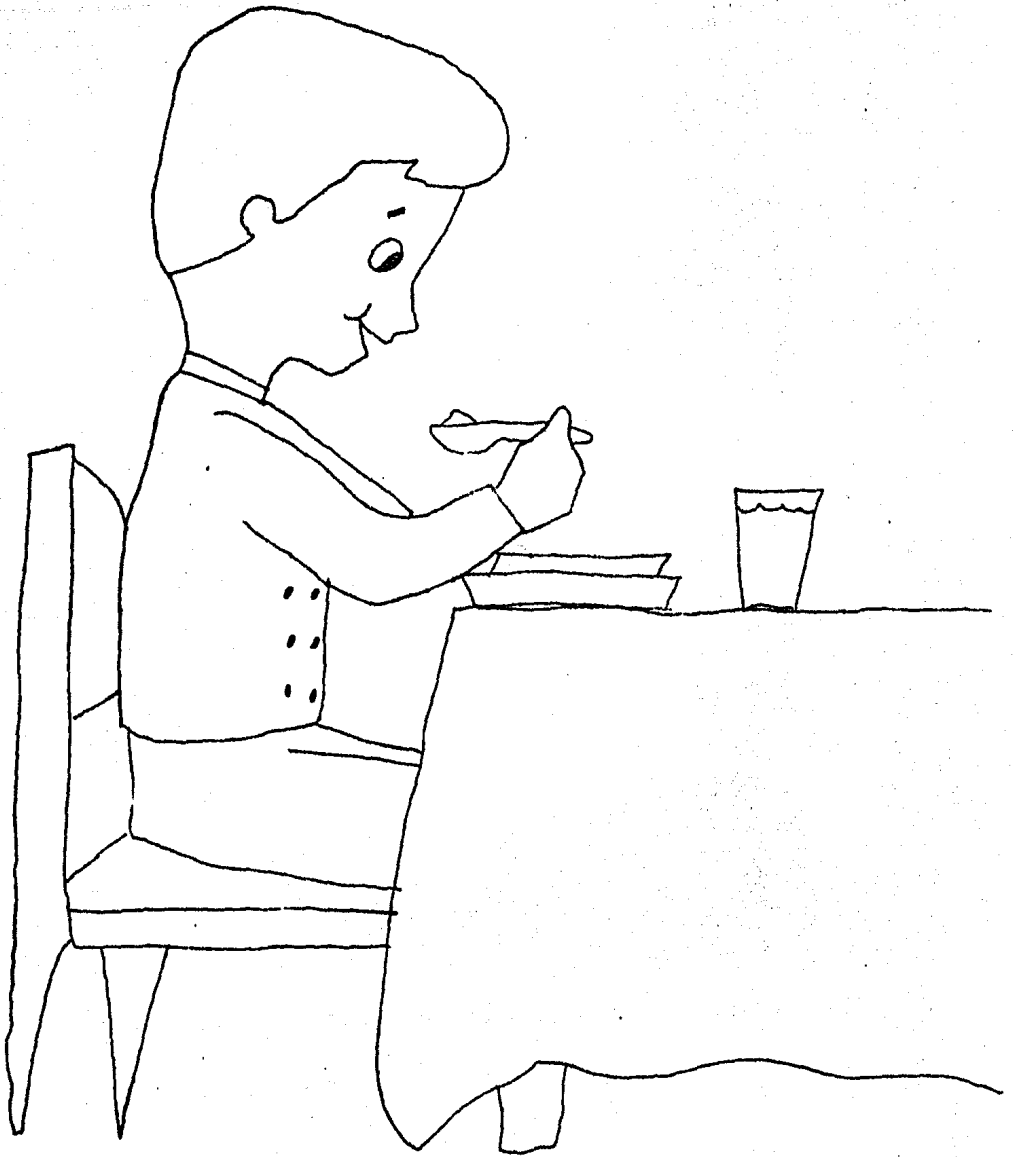
Area: AUTOCUIDADO.

Reactivo: Se lava las manos solo?
Se corta las uñas solo?



Area : AUTOCUIDADO.

Reactivo: Se lava los dientes por si solo?



Area: AUTOCUIDADO.

**Reactivo: El niño come solo?
Usa la cuchara por sí solo?**



Area: AUTOCUIDADO.

Reactivo: El niño va al baño solo?



Area: AUTOCUIDADO.

Reactivo: El niño se baña solo?



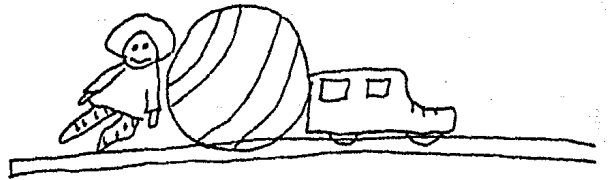
Area: AUTOCUIDADO.

Reactivo: El niño se lava la cara solo?



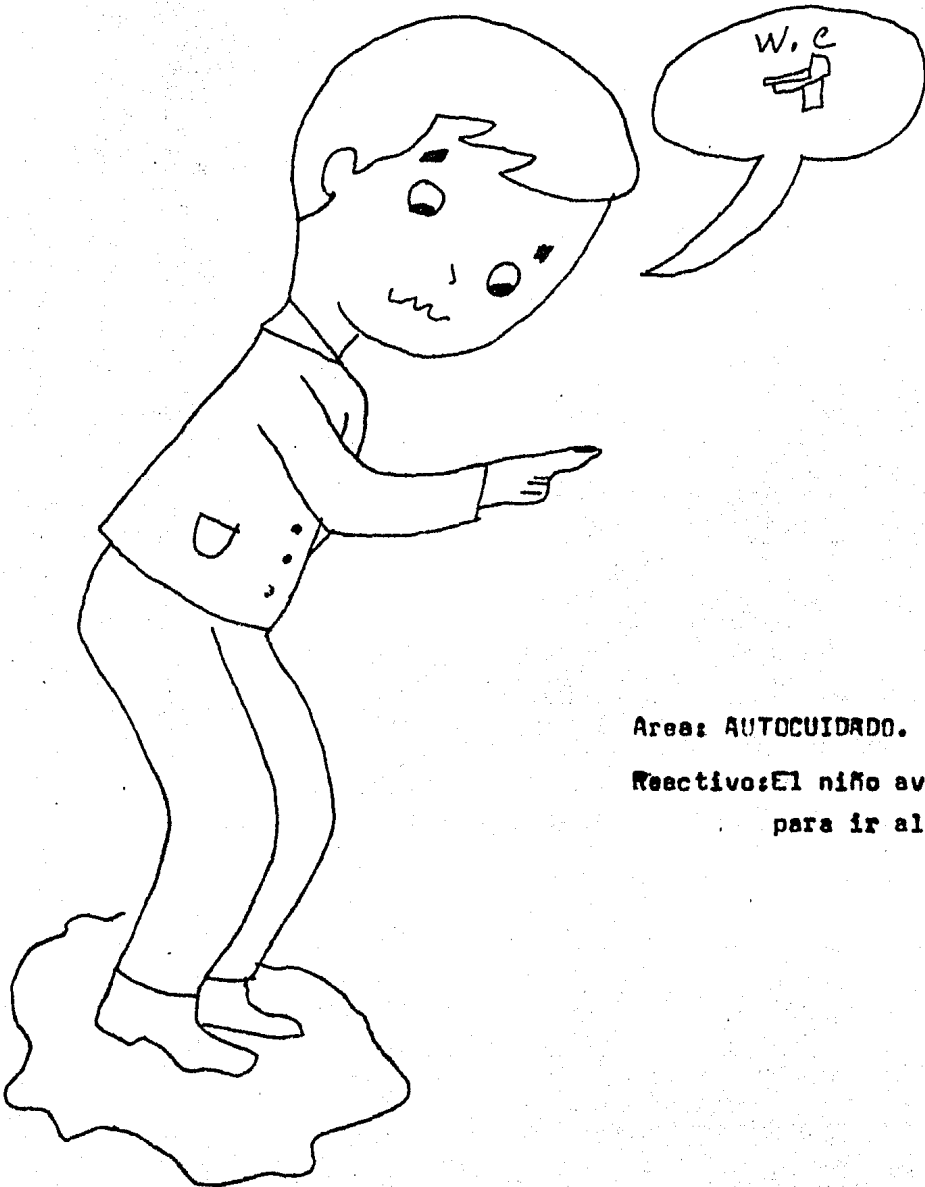
Reactivo: El niño se suena la nariz solo?

Area: AUTOCUIDADO.



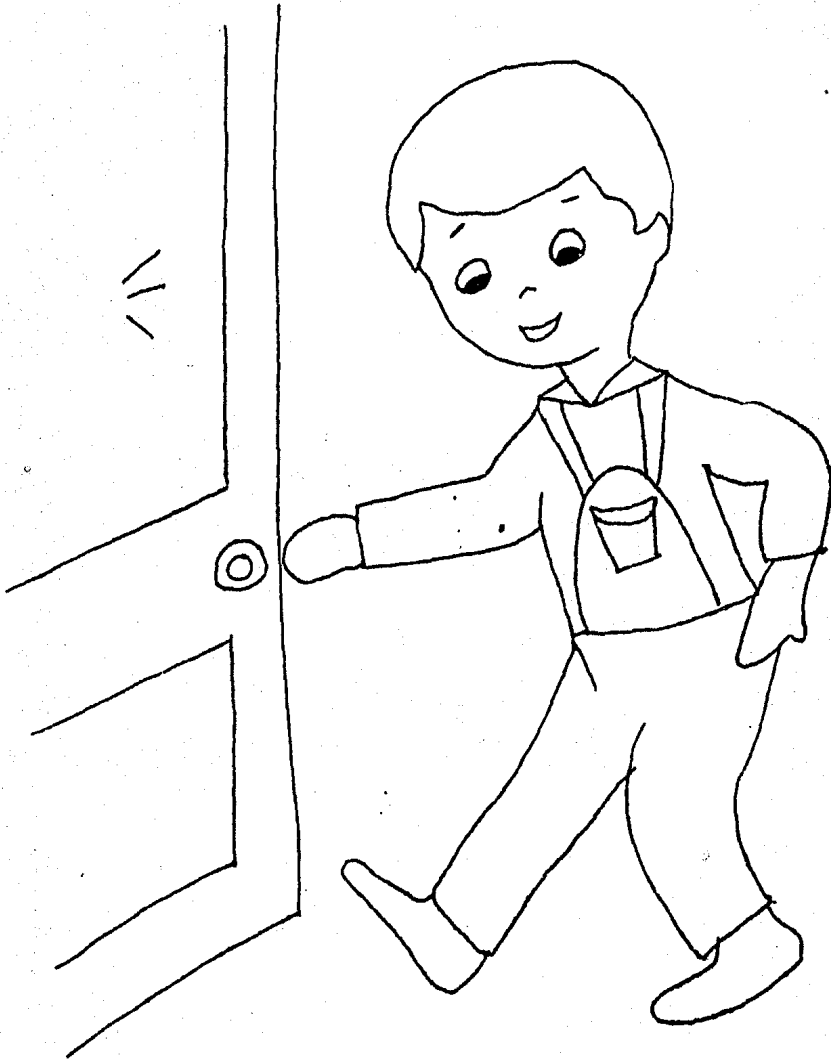
Area: AUTOCUIDADO.

Reactivo: El niño asea su habitación?



Area: AUTOCUIDADO.

Reactivos: El niño avisa
para ir al baño?



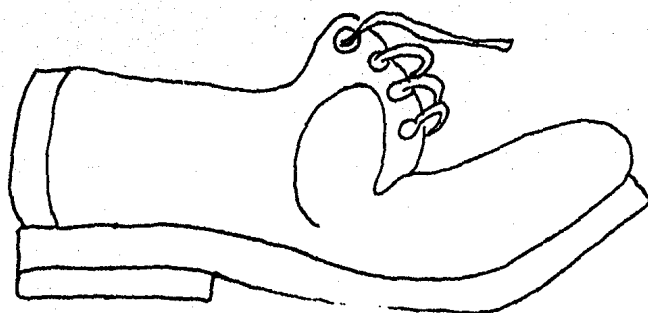
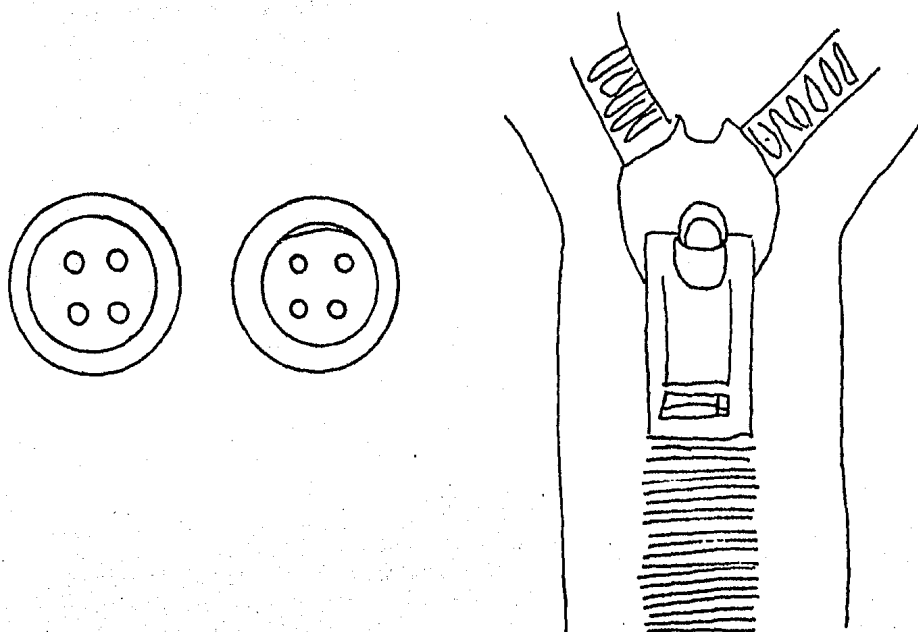
Area: AUTOCUIDADO.

Reactivo: Conocimientos mecánicos.-abrir y cerrar
puertas.



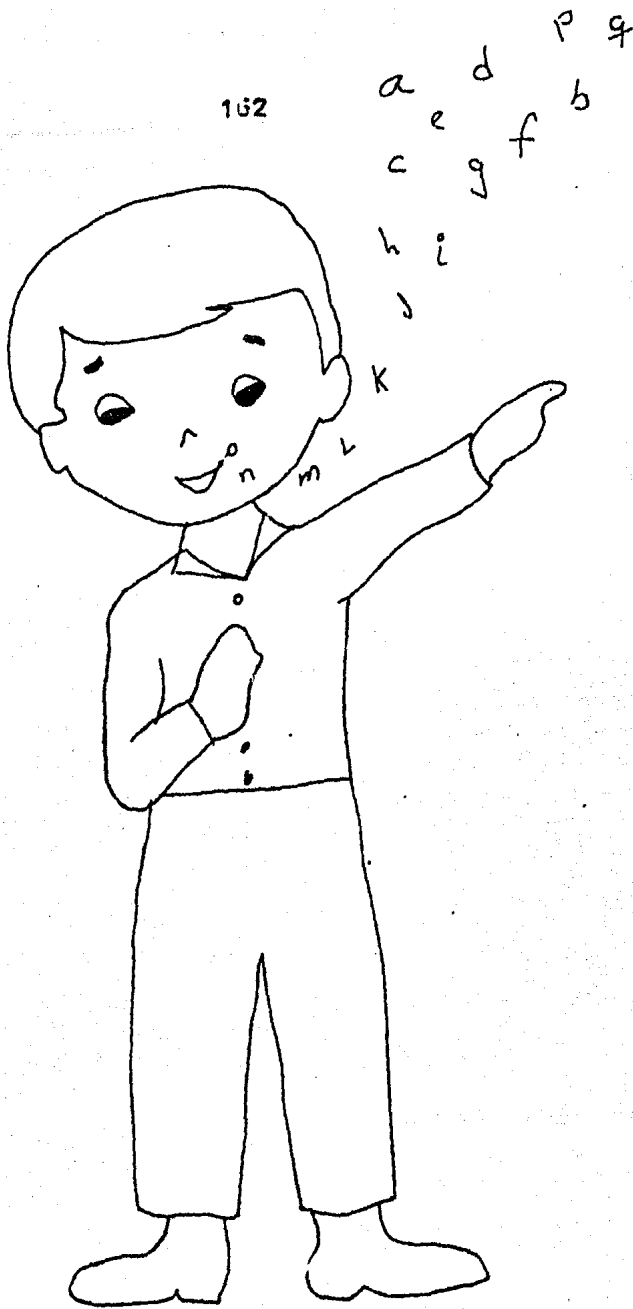
Area: AUTOCUIDADO

Reactivo: El niño(a) se quita o pone la camisa, vestido, calcetines, pantalón, falda, zapatos, calzón, etc.



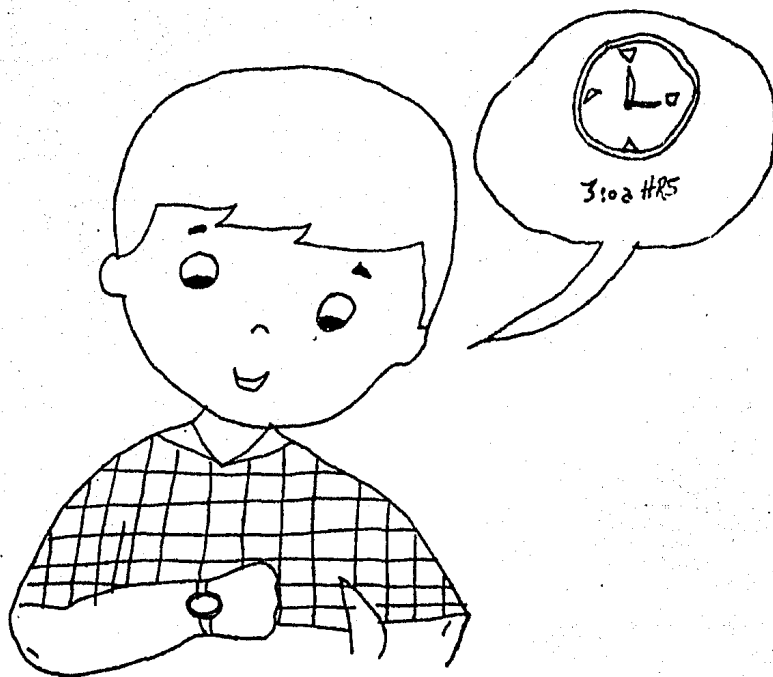
Area: MOTORA FINA.

Reactivos: El niño se abrocha o desabrocha a) botones
b) cierre
c) agujetas.



Area: LENGUAJE EXPRESIVO.

Reactivo: El niño habla correctamente?



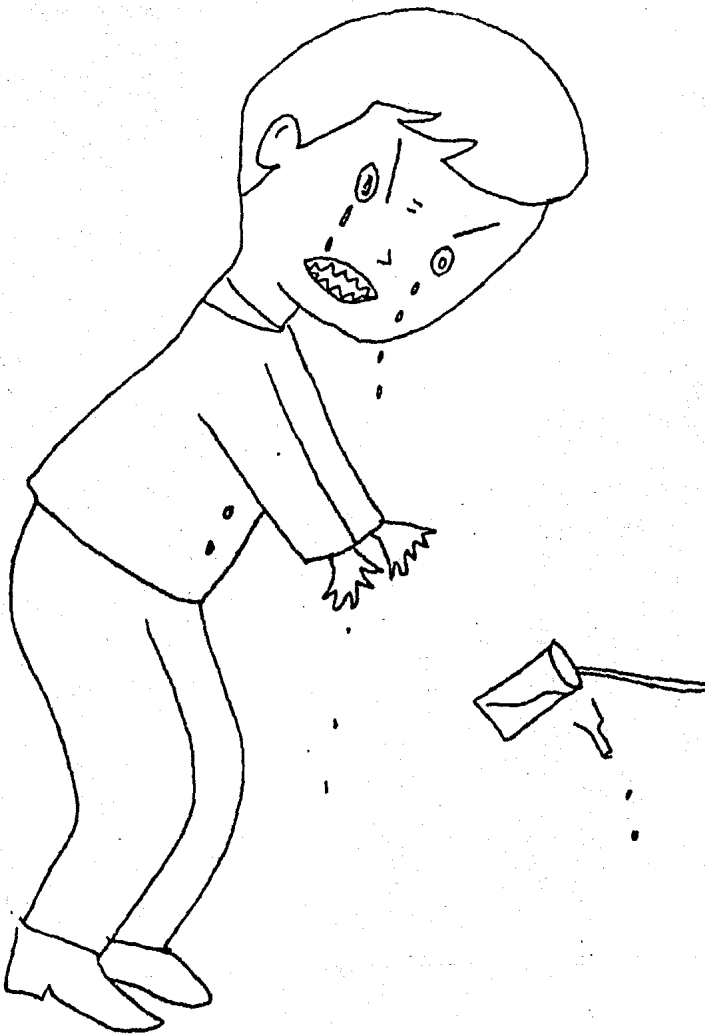
Area: LENGUAJE EXPRESIVO.

Reactivos: El niño sabe dar la hora?



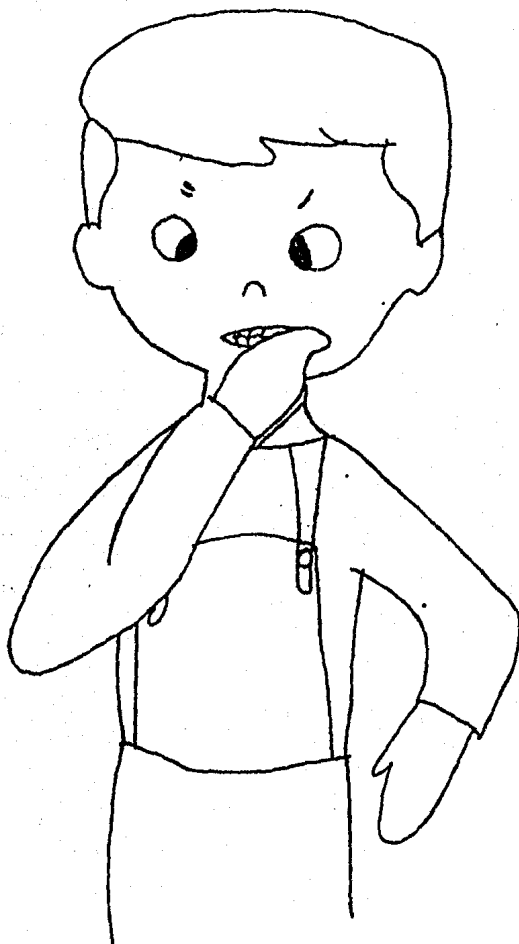
Area: CONDUCTAS PERTURBADORAS (Problemáticas).

Reactiva: El niño escupe la comida?



Area: CONDUCTAS PERTURBADORAS.

Reactivos: El niño hace berrinche (patar, morder, arroja objetos, etc.).



Area: CONDUCTAS PERTURBADORAS.

Reactivo: El niño se muerde solo?



Area: CONDUCTAS PERTURBADORAS.

Reactivo: El niño cabecea sin motivo alguno?

ANEXO 5.

ENTREVISTA.

Fecha.-----

Nombre del padre.-----

Direccion.-----

Nombre del niño.-----

Sexo.-----Edad .------(años)------(meses)

Experiencia escolar.-----

Tiempo de escolaridad.-----

a)Escuela Oficial.-----

b)Escuela Especial.-----

DATOS SOCIOECONOMICOS.

a)Estructura familiar:

padre() madre()

hijos mayores () hijos menores ()

familiares() no familiares ()

total () .

b)Situación Económica.

Trabaja y aporta al hogar:

padre () madre () hijo ()

familiares () no familiares ()

Ultima ocupación del jefe de la familia:

Ingresos Mensuales. \$ -----
 Egresos Mensuales. \$ -----
 Alimentacion. \$ -----
 Luz y combustible. \$ -----
 Otras. \$ -----
 Total. \$ -----

c) Vivienda.

Casa propia. -----
 Rentada. -----
 Prestada. -----
 Otros. -----

d) Servicio médico al que tiene derecho:

IMSS () ISSSTE ()
 Defensa nacional () Marina ()
 Pemex () F.F.C.C. ()

Anotar SI, si el niño presenta las siguientes conductas
 y NO, en el caso contrario; de ser necesario, explicar con
 amplitud.

CUIDADO PERSONAL

1. Vestido

1. Ponerse la blusa.
2. Ponerse los pantalones.
3. Ponerse la falda.
4. Ponerse el suéter.

5. Ponerse los pantalones con peto (overall).
6. Ponerse vestidos.
7. Abrochar botones.
8. Abrochar botones de la espalda.
9. Manejar cierres automáticos (cremallera).
10. Amarrar los cordones de los zapatos.
11. Cerrar hebillas.
12. Colocarse el cinturón.
13. Ponerse los zapatos.
14. Ponerse sandalias.
15. Ponerse botas.
16. Ponerse calcetines (medias).
17. Ponerse ropa interior.
18. Ponerse vestidos.
19. Ponerse pijamas.
20. Ponerse abrigo.

11. ASEO

1. Cuidado de los dientes.
 - a) Cepillarse.
 - b) Manejar el cepillo de dientes.
 - c) Usar dentrífico.
2. Cuidado de las uñas.
 - a) Limpiar.
 - b) Limar.
 - c) Cortar.

3. Lavado de manos y de cara.

- a) En lavamanos.
- b) Con toalla.
- c) Con jabón.

4. Sonarse la nariz.

- a) soplar.
- b) limpiar.

111. Habilidades para comer.

1. Manejo de utensilios.

- a) Usar cuchara.
- b) Usar tenedor.
- c) Usar cuchillo.
- d) Usar tazas.
- e) Usar vasos.
- f) Usar platos.

2. Conductas inadecuadas en la mesa.:

- a) Comer con las manos.
- b) Tirar la comida.
- c) Escupir la comida.
- d) Derramar el agua del vaso con frecuencia.

3. Limpiar la mesa.

4. Poner la mesa.

5. Limpiar los platos.

IV. Control de esfínteres.

1. Va al baño sin ayuda cuando es necesario.
2. Avisa cuando tiene que ir al baño para que lo ayude otra persona.
3. Defeca sin quitarse antes la ropa frecuentemente.
4. Controla la orina durante el día.
5. Controla la orina durante la noche.

V. Tareas y responsabilidades generales.

1. Limpiar líquidos.
2. hacer la cama.
3. Colgar la ropa en:
 - a) ganchos.
 - b) Clósets o roperos.
4. Limpiar sus zapatos.
 - a) Cepillar.
 - b) Pintar.
 - c) Limpiar.
5. Poner los juguetes en su lugar.
6. Responder a la puerta.
 - a) Usar perilla.
 - b) Correr cerrojos.
 - c) Tomar el mensaje y llamar a la persona correspondiente.
7. Reportar accidentes.
8. Ir por mandados.

9. Decir la hora.

10. Responder a las luces del semáforo.

VI. Seguridad corporal.

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

2. ¿Se pasea por el patio sin ser vigilado, durante periodos cortos?

3. ¿Evita comer tierra del jardín o de las macetas?

4. ¿Informa con gestos o vocalizaciones a los adultos de algún peligro? (por ejemplo un vaso roto)

5. ¿Busca a un adulto cuando se acerca a un animal que no conoce?

6. ¿Reporta al adulto cualquier daño sobre su persona?

7. ¿Mantiene objetos extraños alejados de sus ojos, oídos y nariz?

8. ¿Evita enchufes eléctricos?

9. ¿Juega dentro de los límites de un parque sin reja, bajo el cuidado de un adulto?

10. ¿Juega dentro de los límites de un parque sin reja, sin ser vigilado?

11. ¿Se acerca o se aleja de los columpios con cuidado?

12. ¿Evita probar o ingerir sustancias que no conoce? (medicina, gasolina, etc).

13. ¿Se mantiene alejado del fuego?

14. ¿Maneja las tijeras sin hacerse daño?

15. ¿Busca a la persona adulta más cercana cuando se le acerca algún extraño ?.
16. ¿Recoge vidrios rotos sin hacerse daño ?
17. ¿Enciende fosforos sin hacerse daño?
18. ¿Desenchufa cordones eléctricos por el tapón?(no-- por el cordón).

COMUNICACION

1. Contestar el telefono.
2. Dar mensajes.
3. Responder preguntas.
 - a) Por gestos.
 - b) En forma verbal.
 - c) En forma escrita.
4. Seguir instrucciones:
 - a) Conocidas.
 - b) Nuevas instrucciones.
5. Hablar con adultos:
 - a) Familiares
 - b) Amigos.
 - c) Desconocidos.
6. ¿Sabe su nombre, dirección y números de telefono?
7. ¿Tiene algún problema de lenguaje? ¿Cuál es?
 - a) Tartamudez (especificar la topografía).
 - b) Articulación (especificar que sonidos).
 - c) Usa muletas.

- d) Lentitud.
- e) Otros (especificar).

HABILIDADES INTERPERSONALES.

1. ¿Presta sus juguetes y los comparte con otros niños,--
permitiéndoles usarlos y jugar separadamente con ellos?
2. ¿Pide prestados los juguetes de otros niños, y los--
regresa a solicitud del dueño?
3. ¿Juega con otros niños?
 - a) Con uno o dos niños.
 - b) Con tres o más niños.
4. ¿Es capaz de ayudar a otros?
 - a) Ofreciendo su ayuda mientras juegan.
 - b) Interrumpiendo su propia actividad para ayudar a otros
niños.
5. ¿Pide de comer? ¿Como?
6. ¿Pide ayuda para hacer las cosas? ¿Como?
7. ¿Responde cuando lo regañan? ¿Como?
8. ¿Llama a los demás para que le hagan eso? ¿Como?
9. ¿Pide las cosas cuando las quiere? ¿Como?
10. ¿Avisa cuando siente dolor? ¿Como?

ATENCIÓN MEDICA.

1. ¿Esta el niño bajo algún tratamiento médico?.
2. ¿Toma actualmente algún medicamento?

Nombre.....

Dosis.....

3. ¿Podría obtener un informe del médico tratante?
4. ¿Hay algún otro miembro de la familia que presente el mismo problema?
5. ¿Sabe si el niño tiene algún padecimiento nervioso?

CONDUCTAS PROBLRMATICAS

1. ¿Cual de las siguientes conductas presenta su hijo?
Especificar las veces que la presenta y la duración --
aproximada de la misma.

1. Autoestimulación física:

- a) Cabecear,
- b) Rascarse excesivamente.
- c) Manerismos motores.
- d) Repetición continua del mismo sonido.
- e) Balanceo.

2. Hiperactividad:

- a) Saltos continuos sin motivo aparente.
- b) Movimientos excesivos (rápido o frecuente).

3. Molestar o interrumpir a otros:

- a) Escupir.
- b) Dar empujones.
- c) Insultar.
- d) Quitar objetos.

4. Agresión física o verbal:

- a) Golpear a otros.
- b) Tirar objetos.
- c) Dar patadas a otros.
- d) Morder.
- e) Lanzar gritos insultantes.

5. Berrinches.

- a) Patadas.
- b) Lloriqueos.

6. Autodestrucción:

- a) Morderse.
- b) Golpearse.
- c) Rasarse hasta sangrar.

GENERALIDADES

1. ¿Tiene en el hogar algún problema específico del niño?

2. ¿Describale brevemente, detallando dónde, con quién, --
cuando y cuántas veces se presenta.

3. ¿Cual considera usted que sea el problema más grande del niño? -----

4. ¿En donde ocurre?

a) En la casa.

b) En la escuela.

c) En otros lugares.

5. ¿Esta usted dispuesta a participar en un programa cuyas metas sean enseñarle a su hijo cosas nuevas?

6. ¿Permitiría el acceso del psicólogo a su casa?

C U A D R O S .

Nb.	Niño	Edad	Problema Conductual.	Probable Etiología.
1	AGUILAR ROQUE FRANCISCO.	7años	LENGUAJE (ARTICULACION).	DAÑO NEUROLOGICO.
2	CASTELLANO GONZALEZ JOSE GUADALUPE.	16años	MOTORA FINA, LENGUAJE, SOCIALIZACION.	DAÑO NEUROLOGICO.
3	GOMEZ SUAREZ RAFAEL.	11años	ACADEMICAS (HABITOS DE ESTUDIO).	AMBIENTAL.
4	GRIMALDI DIAZ ABIGAIL.	6años	ACADEMICAS (HABITOS DE ESTUDIO).	AMBIENTAL.
5	HERNANDEZ CRUZ JUAN DOROTEO.	6años	RETRASO GENERALIZADO.	DAÑO NEUROLOGICO.
6	HERNANDEZ CRUZ MARIC.	8años	ACADEMICAS (LECTO-ESCRITURA)	AMBIENTAL.
7	ORTIZ REYES JUANA M.	12años	LENGUAJE.	AMBIENTAL.
8	RAMIREZ CONTI ANGEL URIEL.	9años	PROBLEMAS DE CONDUCTA.	AMBIENTAL.
9	ORTIZ REYES RICARDO	10años	LENGUAJE Y ACADEMICAS.	AMBIENTAL.
10	RANGEL ESPINDOLA DOLORES.	14años	MOTORA FINA Y LENGUAJE.	DAÑO NEUROLOGICO.
11	REYES FLORES FERNANDO.	17años	ACADEMICO Y OCUPACIONAL.	DAÑO NEUROLOGICO.
12	REYES RIVERA LETICIA.	18años	PRE-ACADEMICAS.	DAÑO NEUROLOGICO.
13	REYES SANTOS MARIBEL.	23años	LENGUAJE (ARTICULACION).	DAÑO NEUROLOGICO.
14	RIVERA SALINAS MIGUEL.	8años	LENGUAJE (ARTICULACION).	AMBIENTAL.
15	RODRIGUEZ RODRIGUEZ. BARBARA.	7años	ACADEMICO Y MOTORA GRIESA.	DAÑO NEUROLOGICO.
16	ROJAS SUAREZ JULIO CESAR.	7años	MOTORA FINA Y LENGUAJE.	DAÑO NEUROLOGICO.

TABLA 1 .- Datos obtenidos en los diagnósticos médico y conductual de los niños, que se aplicaron con el fin de delimitar los problemas específicos.

* I	PRE	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	POST
	GRAL.	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	GRAL.
1	0	2	8	8	10	6	10	8	10	7	10	4	10	3	10	8	10	10
2	2	0	10	0	10	4	8	8	10	7	9	2	8	2	5	3	8	7
3	5	6	10	9	10	5	10	8	10	7	10	6	8	8	10	7	10	10
4	3	2	10	4	10	4	9	4	10	5	10	6	9	1	10	3	10	9
5	2	2	8	5	8	4	7	6	8	3	8	2	6	2	8	5	10	8
6	5	4	10	7	10	5	10	8	10	7	8	2	9	4	10	8	10	9
7	4	0	8	4	10	5	9	8	10	7	10	4	10	2	10	7	10	9
8	1	0	10	0	10	5	9	10	10	8	8	2	7	3	8	5	10	9
P	3	2	9	5	10	5	9	8	10	6	9	4	8	3	8	6	10	9
* I	2	4	10	5	10	4	8	6	10	3	10	4	8	2	8	-	-	-
2	2	2	10	4	8	5	8	8	10	5	9	2	9	2	8	3	8	8
3	5	6	8	5	8	4	-	-	-	8	7	3	9	-	8	-	-	-
4	4	4	6	7	10	4	10	-	10	0	7	6	10	3	8	-	10	10
5	7	4	8	7	10	5	9	10	10	8	8	3	8	4	9	7	9	9
6	7	1	8	9	10	8	9	8	10	8	10	5	10	7	8	8	10	10
P	5	4	8	6	9	5	7	5	8	5	9	4	9	3	8	3	5	6
TEMA	1		2		3		4		5		6		7		8			

TABLA 2 . - Calificaciones obtenidas por el grupo de señoras en la fase B (entrenamiento teórico) correspondientes a cada tema visto.

SEÑORAS REGULARES: *

1. Mirya Santos.
2. Enriqueta Flores.
3. Teresa Rodriguez.
4. Claudia Maldonado.
5. Ofelia Hernandez Cruz.
6. Lilia Conti.
7. Guadalupe Salinas.
8. Rosa Gonzalez.

SEÑORAS IRREGULARES: * *

1. Enequina Reyes.
2. Magdalena Roque.
3. Carmen Suarez.
4. Hermelinda Gomez.
5. Vicenta Suarez.
6. Carmen Grimaldi.

P
Promedios de señoras regulares.

P
Promedios de señoras irregulares.

No.	SEÑORAS REGULARES.	LB	I	2	3	LP	I	2	3	LE	I	2	3	LB	I	2	3
1	MIREYA SANTOS	7	7	10	10	10	10	10	10	10	7	10	10	7	7	10	10
2	ENRIQUETA FLORES	10	7	7	10	7	7	7	10	7	7	7	10	7	7	7	10
3	TERESA RODRIGUEZ	10	10	10	10	10	10	10	10	10	7	10	10	7	10	10	10
4	CLAUDIA MALDONADO	7	7	4	10	7	10	7	10	7	10	10	10	7	10	10	10
5	SRIITA. OFELIA	7	7	4	10	7	7	4	10	7	10	7	10	7	10	7	10
6	LILLA CONTI	10	10	10	10	7	7	10	10	7	10	10	10	7	10	10	10
7	GUADALUPE SALINAS	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8	ROSA GONZALEZ	7	10	7	10	7	10	10	10	7	10	10	10	10	10	10	10
	P R O M E D I O S .	9	9	8	10	8	9	9	10	8	9	9	10	8	9	9	10
	SEÑORAS IRREGULARES																
1	ENEDINA REYES	4	10	4	10	4	4	4	4	4	7	4	7	4	7	4	7
2	MAGDALENA ROQUE	4	7	10	10	7	7	7	10	7	10	10	10	7	10	10	10
3	CARMEN SUAREZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	SRIITA. HERMELINDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	VICENTA SUAREZ.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	CARMEN GRINALDI.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA 3 A.-Muestra las evaluaciones de las señoras, correspondientes al entrenamiento práctico de Diagnóstico considerando las categorías: contacto visual, tono de voz, manejo de material, y manejo del niño, son datos de línea base y subsiguientes evaluaciones.

Evaluación: Bien (10), Regular (7), Mal (4).

SEÑORAS REGULARES.	LB	I	2	3	LB	I	2	3	LB	I	2	3	LB	I	2	3
1. MIREYA SANTOS	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO
2. ENRIQUETA FLORES.	4	4	7	IO	4	4	7	IO	4	4	7	IO	4	4	7	IO
3. TERESA RODRIGUEZ.	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO
4. CLAUDIA MALDONADO.	IO	IO	IO	IO	7	7	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO
5. SRITA. OFELIA.	7	IO	IO	IO	4	4	7	7	7	7	7	IO	4	4	4	IO
6. LILIA CONTI.	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	7	7	IO	IO	7	7	IO	IO
7. GUADALUPE SALINAS.	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO
8. ROSA GONZALEZ.	7	7	IO	IO	7	7	IO	IO	7	7	IO	IO	7	7	7	IO
P R O M E D I O S .	9	9	IO	IO	8	8	9	IO	8	8	9	IO	8	8	9	IO
SEÑORAS IRREGULARES.																
1. ENEDINA REYES.			IO				IO				IO					IO
2. MAGDALENA ROQUE.	IO	7	7	IO	4	4	4	7	4	7	7	7	7	4	7	7
3. CARMEN SUAREZ.	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	IO	7	IO	IO	IO	7	IO	IO	IO
4. SRITA. HERMELINDA.	7	IO			7	7			7	7			7	7		
5. VICENTA SUAREZ.	7	7	IO	IO	4	7	7	7	7	7	IO	IO	7	7	IO	IO
6. CARMEN GRIMALDI.	IO	IO			IO	IO			IO	IO			IO	IO		

TABLA 3 B.—Muestra las evaluaciones de las señoras, correspondientes al entrenamiento práctico de la entrevista considerando de las categorías: contacto visual, tono de voz, manejo de material y ambientación, son datos de línea base y subsiguientes -- evaluaciones.

Evaluación: Bien(10), Regular(7), Mal(4).

SEÑORAS REGULARES	LB	1a. EVALUACION	2a. EVALUACION	EVALUACION FINAL
1. GUADALUPE SALINAS	0	7.5	7.5	10
2. ENRIQUETA FLORES.	2.5	2.5	2.5	7.5
3. ROSA GONZALEZ.	2.5	2.5	7.5	10
4. MIREYA SANTOS	2.5	5	5	5
5. SRITA. OFELIA.	2.5	2.5	2.5	5
6. CLAUDIA MALDONADO.	0	5	5	5
7. TERESA RODRIGUEZ.	2.5	5	5	10
8. LILIA CONTI.	0	2.5	10	10
P R O M E D I O S .	2	4	6	8
SEÑORAS IRREGULARES				
1. CARMEN SUAREZ.	5	-	-	-
2. ENEDINA REYES.	5	-	-	-
3. MAGDALENA ROQUE.	2.5	2.5	2.5	-
4. CARMEN GRIMALDI.	2.5	-	-	-
P R O M E D I O S .	3.75	-	-	-

TABLA 3 C.- Muestra las evaluaciones correspondientes al entrenamiento práctico de objetivos conductuales, son datos obtenidos por las señoras regulares e irregulares.

Escala de 1 a 10.

Fueron 4 criterios: 1.-Objetivo referido a la conducta del niño.
de 2.5=10.

2.-Referido a conducta observable y medible.

3.-No palabras innecesarias.

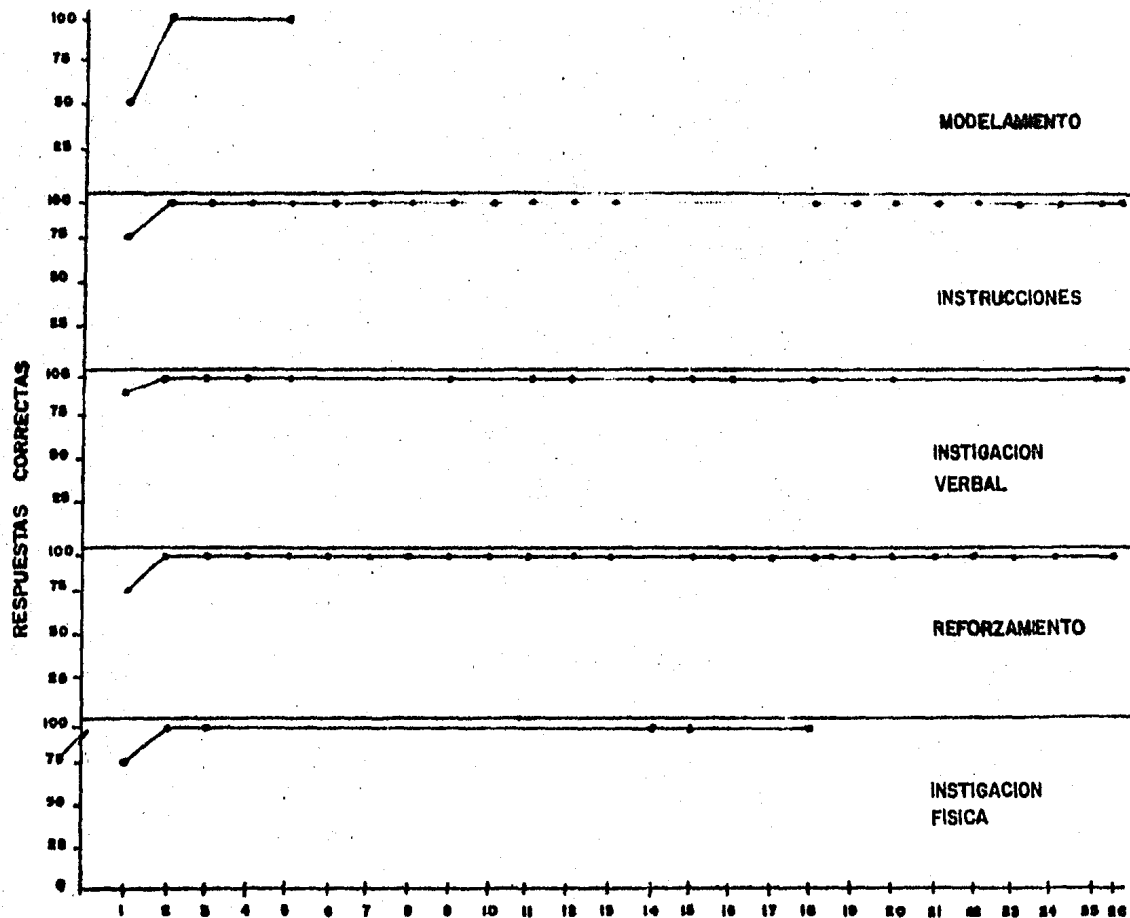
4.-Debe contener un criterio de ejecución.

SEÑORAS REGULARES	LINEA BASE	EVALUACION FINAL.
1. GUADALUPE SALINAS.	10	10
2. ENRIQUETA FLORES.	3.75	3.75
3. ROSA GONZALEZ.	2.5	7.5
4. SRITA. OFELIA.	2.5	5
5. CLAUDIA MALDONADO.	2.5	2.5
6. TERESA RODRIGUEZ.	6.25	10
7. LILIA CONTI.	7.5	8.75
P R O M E D I O S .	5	7
1. SEÑORAS IRREGULARES.		
2. MIREYA SANTOS.	—	—
3. CARMEN SUAREZ.	—	—
4. ENEDINA REYES.	—	—
5. MAGDALENA ROQUE.	—	—
6. CARMEN GRIMALDI.	—	—

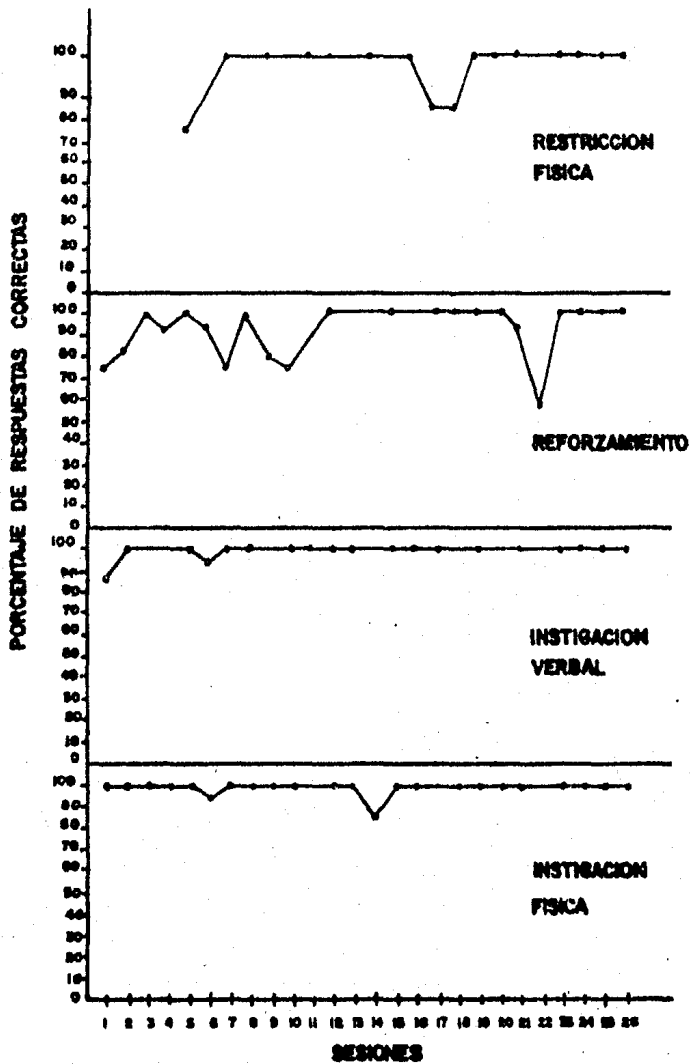
TABLA 3 D .—Muestra las evaluaciones de señoras regulares e irregulares, correspondientes al entrenamiento práctico de Diseño de programas.

Escala de 1 a 10.	Objetivo General.	1.25 pts.
Cubrir 8 Criterios..	Objetivos Específicos.	1.25 pts.
	Sujetos.	1.25 pts.
	Material.	1.25 pts.
	Lugar.	1.25 pts.
	Procedimiento(LB,Fases).	1.25 pts.
	Registros.	1.25 pts.
	Gráficas.	1.25 pts.
	Total	10 pts.

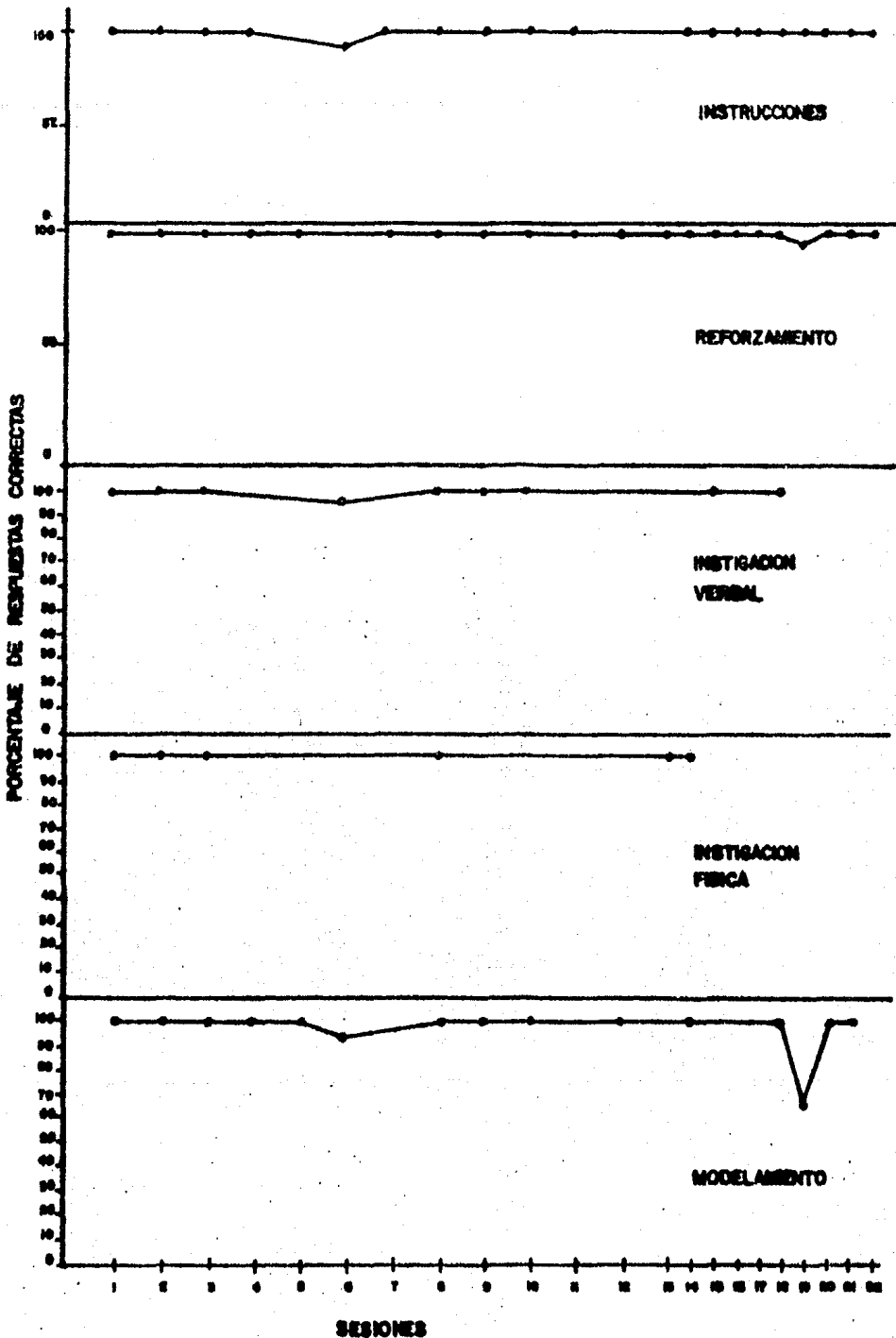
G R A F I C A S .



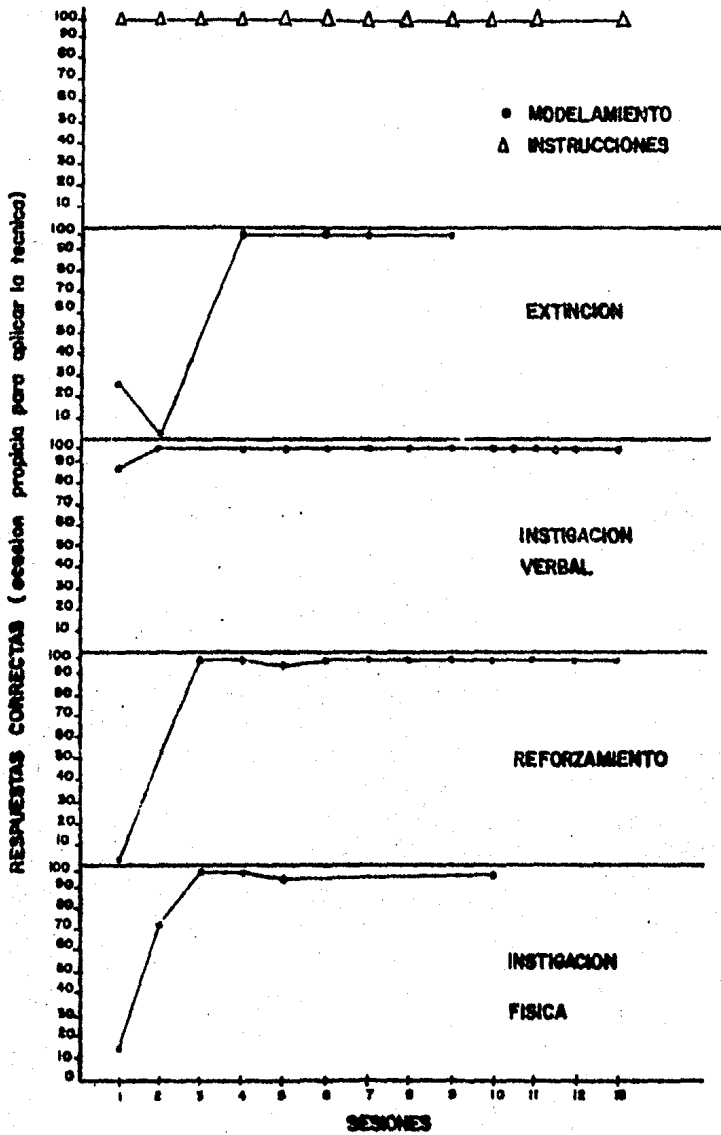
GRAFICA 1.- MUESTRA DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENIDAS POR LA BRITA, OPALIA CORRESPONDIENTES AL MANEJO DE TECNICAS CONDUCTUALES EN LA APLICACION DE UN PROGRAMA DE SUMA Y RESTA. SE PRESENTAN LOS DATOS DE LAS 5 TECNICAS UTILIZADAS A TRAVES DE LAS SESIONES DE TRABAJO EN LA FASE 'C'.



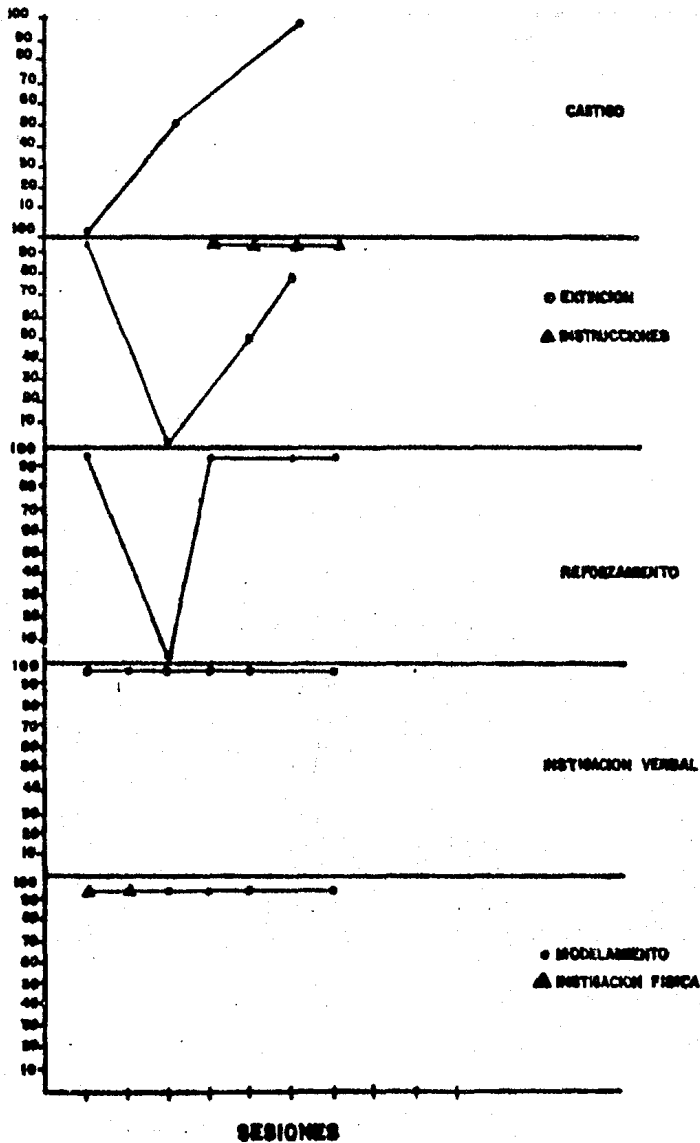
GRAFICA 2.- MUESTRA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENDAS POR LA SRA. CLAUDIA, CORRESPONDIENTES AL MANEJO-DE TECNICA CONDUCTUALES EN LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE LA CONDUCTA DE " SENTARSE .", SE PRESENTAN LOS DATOS DE LAS 4 TECNICAS UTILIZADAS A TRAVES DE LAS SE- SIONES DE TRABAJO, EN LA FASE "C."



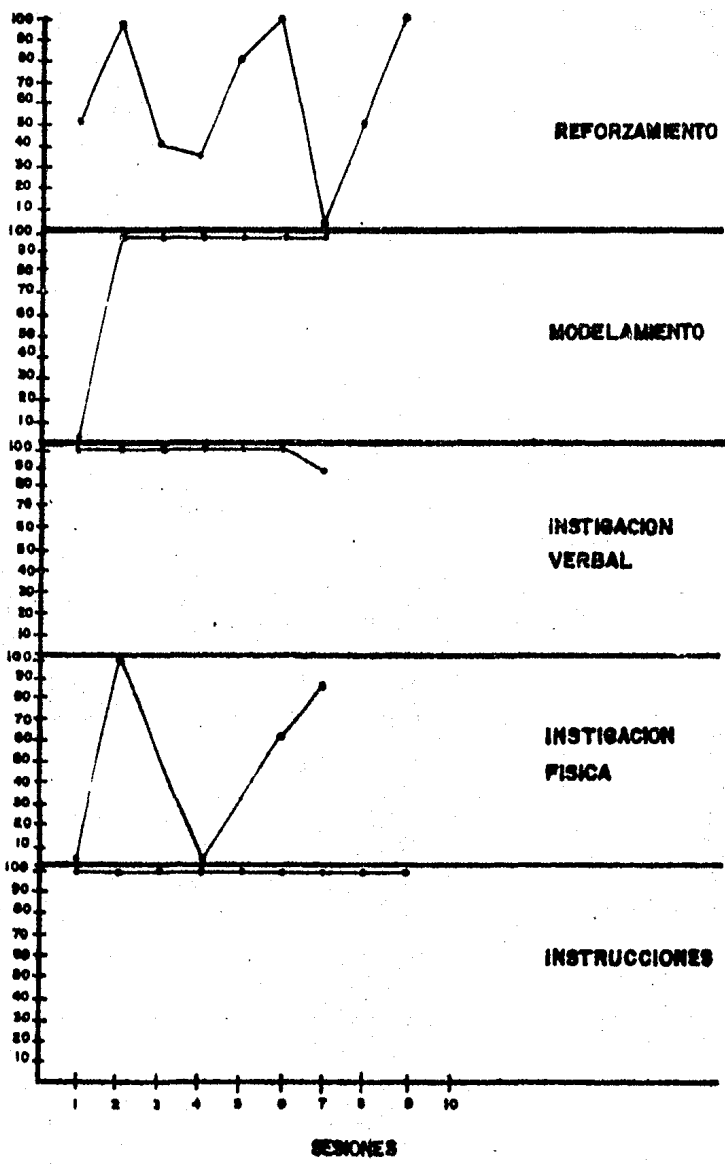
GRAFICA.- 3.- MUESTRA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENIDAS POR LA SRA. GUADALUPE, CUEN IMPLEMENTO UN PROGRAMA PARA LA EMISION DEL FONEMA "R" CON EL APOYO DE TECNICAS CONDUCTUALES. SE PRESENTAN LOS DATOS DE LAS 5 TECNICAS EMPLEADAS A TRAVES DE LAS SESIONES DE TRABAJO EN LA FASE "C"



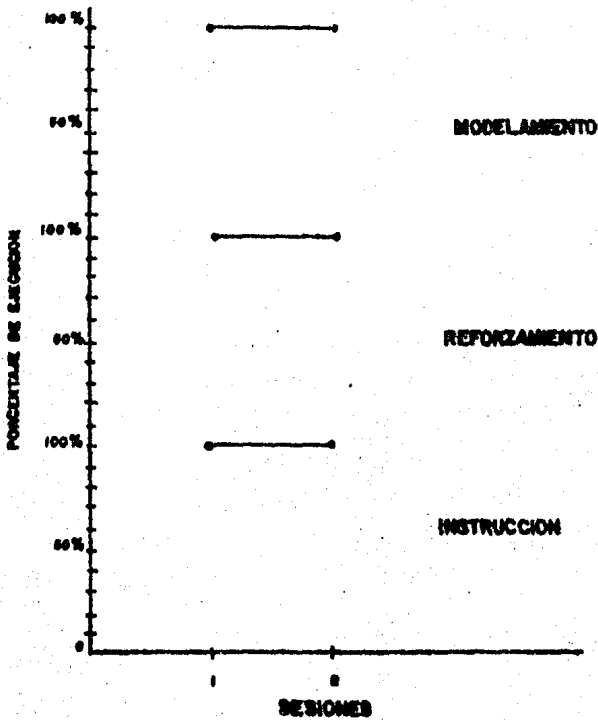
GRAFICA 4: MUESTRA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENIDAS POR LA SRA. MIREYA, QUEM IMPLEMENTO UN PROGRAMA PARA LA "EMISION DEL FONEMA D" CON EL APOYO DE TECNICAS CONDUCTUALES. SE PRESENTAN LOS DATOS DE LAS 6 TECNICAS UTILIZADAS A TRAVEZ DE LAS SESIONES DE TRABAJO, EN LA FASE C.



GRAFICA B.- MUESTRA DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS-CORRECTAS OBTENIDAS POR LA SEÑORA ROSA, CORRESPONDIENTES AL MANEJO DE TÉCNICAS CONDUCTUALES- EN LA APLICACION DE UN PROGRAMA DE "PONERSE LOS CALCETINES" SE PRESENTAN LOS DATOS DE LAS 7 TÉCNICAS UTILIZADAS A TRAVES DE LAS SESIONES DE TRABAJO, EN LA FASE C.



GRAFICA 6.- MUESTRA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENIDAS POR LA SRA. ENRIQUETA CORRESPONDIENTES AL MANEJO DE TECNICAS CONDUCTUALES EN LA APLICACION DE UN PROGRAMA PARA "HACER GELATINAS", SE PRESENTAN LOS DATOS DE LAS 5 TECNICAS UTILIZADAS A TRAVES DE LAS SESIONES DE TRABAJO, EN LA FASE " C "



GRAFICA 7: MUESTRA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENDAS POR LA SRA. TERESA CORRESPONDIENTES A LA UTILIZACION DE TECNICAS CONDUCTUALES EN LA APLICACION DE UN PROGRAMA DE "ACADEMICOS" (LECTURA). SE PRESENTAN LOS DATOS DE LAS 3 TECNICAS UTILIZADAS A TRAVES DE LAS SESIONES DE TRABAJO, EN LA FASE "C".

VIII. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Brea G;Correa S;"La psicología social comunitaria en la IV reunión nacional de enseñanza e investigación en psicología".Puebla Pue.;1978.
- 2.-Blackman J.,Silberman;"Como modificar la conducta infantil" en Asesoramiento a los padres,cap.8 Editorial Kapelusz,México,1973.
- 3.-Carbonari R.S. "El papel de los maestros y paraprofesionales en el salón de clases"en BijouS y--- Ribes E. Modificación de conducta(problemas y extenciones),Ed.Trillas,México 1979,pp.187-197
- 4.-Cejal, R. "Entrenamiento a padres en el manejo de procedimientos operantes aplicables a excesos y deficiencias conductuales en los sujetos retardados,bajo condiciones naturales del hogar", Tesis Profesional,ENEPI,UNAM,1983.
- 5.-CEPAL-UNICEF,"Periodos óptimos de intervención en niños pobres" en Pobreza crítica en la niñez, 1980.
- 6.-Diagnósticos utilizados en el Area de Educación Especial y Rehabilitación.UNAM,ENEP Izabela, -- (adaptación inventario conductual de Bijou,1974).
- 7.-Galindo,Bernal,Hinojosa,"Entrevista con los padres" y "Formas de registro y graficación" en Modificación de conducta en la educación especial --- (diagnóstico y programas) Editorial Trillas,- México,1981.,pp65-72 y 213-223.

- 8.-Guevara Yolanda;Reporte 1981-1982-1982-1983 intitulado "Entrenamiento a padres".
- 9.-Hawkins, R. P.; Paterson, R. F.; Schweid, E. y Bijou S. W. "Behaviour therapy in the home: amelioration of problem -- parent-child relations whit the parent in a -- therapeutic role" *Journal of Experimental child Psychology*, 1966, 4, 99-107.
- 10.-Kazdin, A. E. "Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas". Ed. El manual Moderno; México, 1978.
- 11.-López, F.; "Adaptación de los procedimientos operantes de tratamiento de deficiencias conductuales en niños" En Bijou y Ribes Modificación de conducta (problemas y extenciones) Ed. Trillas, México 1979, - pp. 81-93.
- 12.-Mares A. "Teoría conductual continua un programa de entrenamiento conductual ante los problemas de retraso en el desarrollo. Implicando a los padres como los principales terapeutas de sus hijos", ENCEPI, - 1980 (inédito).
- 13.-Mares A, Hick "Asesoría Conductual continua: Un programa - de consulta externa" en La enseñanza de los niños impedidos, cap. 2, Ed. Trillas, México 1984, pp 65-115.
- 14.-Montrose M., Wolf, Clery L. Phillips, Dean Fixen, "La familia enseñante: un nuevo modelo para el tratamiento - de la conducta infantil en la comunidad" en -- Bijou y Ribes, Modificación de conducta (problemas y extenciones), Ed. Trillas, México 1979, pp 93-113.

- 15.-Mora Rubí I, "Desprofesionalización y práctica profesional: comentarios sobre el trabajo con -- retardados" en El retardo en el desarrollo (teoría y práctica) Galguera, Hinojosa, Galindo, Ed. Trillas, México 1984.
- 16.-McDonald M, Durham M. "La desprofesionalización de la -- psicología en el area de retardo en una comu nidad marginada", Tesis Profesional, ENEPI-UNAM 1982.
- 17.- O'Leary, S, Becker, W.C. "Modification of deviant sibling interacción pattern in the home", Behaviour -- research and therapy", No 5, pp113-120, 1967.
- 18.-Ribes E, "La psicología una profesión", ENEPI-UNAM, 1980.
- 19.-Ribes E, Fernandez, Lopez, "La enseñanza, ejercicio e inves tigación de la psicología": Un modelo integral, Ed. Trillas, México 1980.
- 20.-Risley, Montrose; "Manipulación experimental de conductas autistas y su generalización en el hogar" en - Bijou y Baer, Psicología del desarrollo infantil. Lecturas en el análisis experimental, Ed Trillas México, 1975.
- 21.-Salas, Orozco, Bernal, "Entrenamiento a no profesionales, un punto de vista de la desprofesionalización de la psicología", Tesis Profesional, ENEPI--- UNAM, 1980.
- 22.-Varela y Seligson, Los trabajos de Tesis y la desprofe sionalización: Una nota para su comprensión. UNAM-ENEPI. En el coloquio interno de análisis y desarrollo curricular. 1979-80.

- 23.- Vargas J.S. "Redacción de objetivos Conductuales",
Ed.Trillas,México,1980.
- 24.- Vargas,S. "Entrenamiento a padres de principios básicos
de modificación de conducta para rehabilitación
de sus propios hijos en una comunidad de esca-
sos recursos",cap.V,Tesis Profesional,ENEPI-
UNAM,1981.
- 25.-Whaler G.R. Winkel G.H.,Paterson.RF. "Las madres como
terapeutas de sus propios hijos" En Bijou y--
Baer,M. Psicología del desarrollo infantil ,
vol.2,Lecturas en el análisis experimental,
México,1977.