

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA
PSICOLOGIA U.N.A.M.



MODIFICACION DE CONDUCTA EN DOS
ESTUDIOS REALIZADOS EN UN TALLER DE TRABAJO
PARA RETARDADOS EN LA REPUBLICA FEDERAL DE
ALEMANIA

001
31921
S2
1980-1

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGIA PRESENTA

EMMA B. SANTARRIAGA GONZALEZ

MEXICO

1980



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.

Estos estudios se efectuaron en uno de los talleres de trabajo para retardados en la República Federal de Alemania; una descripción del taller y la observación personal de algunas ventajas y desventajas, permitirán conocer su funcionamiento.

Simultáneamente se aplicaron técnicas de modificación de conducta en dos casos:

1. Supresión de respuestas indeseables de acercamiento en una paciente adulta diagnosticada como esquizofrénica, aplicando tiempo fuera total.
2. Supresión de respuestas autodestructivas en una paciente adulta con lesiones cerebrales irreversibles, a través de sustitución de estímulos y reforzamiento diferencial de otras conductas.

Por lo que nos ha unido, desde que aún
yo no venía, ni hacía, ni comprendía,
porque gracias a ustedes puedo decir:

existo y lucho

En honor a Mercedes, mi mejor amiga
y de Leoncio, mi adorado compañero.

Su hija

Emma Blanca

Y porque por tí puedo seguir confiando
en que la vida es bella y me falta mucho
por hacer. Por el orgullo de tener tu
ejemplo. A Jaime y nuestro nuevo ser
que se aproxima.

Agradecimientos

A mi asesor general Edgar Galindo Cota quien tan amablemente me ayudó, supervisó y corrigió este trabajo, pese a todos los obstáculos. Por su capacidad profesional, su valioso tiempo y su calidad humana.

A Isaac Seligson N. a quien debo el inicio y aceptación de este tema de tesis.

A Zardel Jacobo por su cooperación que terminó facilitándome el trabajo.

A Guillermo Hinojosa en quien puede comprobarse que existe gente amable y valiosa.

A la futuro Arquitecto Ma. de Lourdes S.G., quien tuvo la valentía y paciencia de llevar a cabo los trámites correspondientes.

Al Ing. Leoncio Santarriaga Ramírez, por su apoyo, preocupación constante y correcciones.

Al futuro Dr. en Electrónica Jaime Ramírez A. por su ayuda, compañero de problemas, luchas y alcance de metas desde el inicio de este trabajo.

A la Sra. Mercedes G. de Santarriaga, por el material proporcionado, por su preocupación e insistencia en no olvidar realizar esta tesis.

A las personas que en algún momento me ayudaron en la realización de esta tesis: María Isabel Galguera, Javier Gómez y Julio Varela.

A Karla y Sabine quienes aún cuando no comprendan la redacción de este trabajo, saben de todo lo que luchamos y logramos.

INDICE IZT. 1000211

I INTRODUCCION

II UN TALLER PARA RETARDADOS EN LA REPUBLICA
FEDERAL DE ALEMANIA

1. Aspectos generales
2. Organización
3. Grupos
4. Distribución
5. Condiciones
6. Actividades
7. Tareas y Trabajo fijo
8. Entrenamiento
9. Crítica

III ESTUDIO 1. APLICACION DE TECNICAS DE MODI
CACION DE CONDUCTA PARA SUPRIMIR CONDUCTAS INDESEABLES EN UNA PACIENTE ADULTO
DIAGNOSTICADA COMO ESQUIZOFRENICA.

1. Resumen
2. Lugar y Sujeto
3. Diseño y objetivos
4. Procedimiento
5. Resultados
6. Discusión

IV ESTUDIO 2. APLICACION DE TECNICAS DE
MODIFICACION DE CONDUCTA PARA SUPRI-
MIR CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN UNA
PACIENTE ADULTO CON LESIONES CEREBRA-
LES IRREVERSIBLES.

1. Resumen
2. Lugar y sujeto
3. Diseño y objetivos
4. Procedimiento
5. Resultados
6. Discusión

V CONCLUSIONES

VI BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

Tradicionalmente el retardo en el desarrollo (definición que se explicará posteriormente) ha tomado diversos nombres tales como: "deficiencia mental" "retardo mental", "enfermedad mental" "débiles mentales" etc. Esta deficiencia ha sido atribuida a diversas causas que aluden a la inteligencia, deterioros del cerebro, herencia, salud mental, causas sociales, etc.

Es característica de estas definiciones tradicionales, el clasificar los diferentes tipos o grados de retardo y a los pacientes se les etiqueta con títulos tales como: "esquizofrenia, idiocia, cretinismo, paranoia y otras"; por ejemplo: la Asociación Americana para la Deficiencia Mental, define como deficiencia mental a "todo funcionamiento intelectual por debajo del promedio general, que se origina durante el periodo de desarrollo, asociado con la alteración de la conducta de adaptación" (Solomon y Patch, 1976, pág.337).

Según la Organización Mundial de la Salud, la deficiencia mental consiste en dos categorías: "1) la debida a causas ambientales sin alteración del SNC (retardo mental) y 2) la debida a padecimientos del SNC (deficiencia mental) " (Solomon y Patch, pág. 337 op.cit.).

Otra definición que se refiere a la deficiencia mental y alude a la inteligencia, es la siguiente: "Es un estado de desarrollo mental subnormal presente ya desde el nacimiento o en la infancia temprana y caracterizado principalmente por la limitación de la inteligencia

cia " (Mayer-Gross, 1967, pág.7).

O bien puede mencionarse la definición que dá la ley de Deficiencia Mental Inglesa: " significa un estado de detención del desarrollo o de desarrollo incompleto de la mente, que existe antes de los 3 años de edad, tanto si proviene de causas innatas como si es causado por enfermedad o lesiones " (Mayer-Gross, pág.7 op.cit.)

Como puede observarse, estas definiciones hablan de estados "incompletos", "deteriorados", "subnormales", que no especifican en forma clara en qué grado y cuales deficiencias posee un paciente para considerársele dentro de la definición.

Las medidas empleadas para evaluar estos grados, son por ejemplo: para la inteligencia, el puntaje obtenido por el test de Stanford-Binet o el Wechsler, en los cuales se obtiene una información de las capacidades del paciente (CI), pruebas proyectivas como la de Rorschach y Holtzman, que revelan aspectos significativos de la personalidad o pruebas de afección orgánica como la de Graham-Kendall o la de Bender Gestalt, que miden la habilidad individual para recordar y reproducir diseños geométricos complejos y en donde la distorsión sistemática de los patrones, sugiere una disfunción debida a lesión nerviosa o daño orgánico encefálico.

Dado que estas medidas existen en cantidad considerable, sería imposible mencionarlas en esta revisión, es importante sin embargo y aún cuando no sea objetivo de este estudio hacer una crítica más a las definiciones y

medidas tradicionales, recordar que en las clasificaciones obtenidas no se especifican formas de tratamiento ni déficits o repertorios que posee un paciente, simplemente se "etiqueta" de acuerdo a causas orgánicas localizadas o por resultados de tests u otras medidas; pero tal como lo indica Ribes E. (1976, pág. 21) "establecer que un paciente muestra retardo por una lesión cerebral mínima o un defecto cromosómico, no pasa de ser un dato de interés". Igualmente los resultados obtenidos en los tests, varían tanto que no se puede demostrar que sean medidas confiables, por ejemplo, para la Organización Mundial de la Salud, los límites del funcionamiento intelectual normal se encuentran entre 49 y 50, para la Asociación Psiquiátrica Americana entre 69 y 70. Además los resultados de estas pruebas pueden variar dependiendo de la situación, el sujeto y la persona que aplica la prueba e inclusive al repetir esta última una y otra vez a un mismo sujeto en las mismas condiciones, se obtienen diferentes resultados.

Todos estos problemas implícitos en las medidas, definiciones y clasificaciones tradicionales, han dado lugar a replanteamientos de los enfoques procurando superar estas deficiencias; se ha creado un nuevo enfoque que no incluye formulaciones mentalistas o términos subjetivos y por el contrario, es puramente objetivo.

Este enfoque desde un punto de vista funcional, se basa en el análisis experimental de la conducta, las técnicas empleadas (de modificación de conducta) "se

derivan del estudio del comportamiento animal en el laboratorio y se aplicaron a casos de retardo desde la década de 1950, demostrando que era posible lograr la rehabilitación del retardado en grados superiores a los que habían logrado otras técnicas" (Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla, 1980).

Uno de los autores en los que se registran los inicios de la aplicación de técnicas de modificación de conducta en sujetos retardados, escribe:

" El retardo se considera como una desviación en el desarrollo psicológico y por consiguiente se utiliza el término desarrollo en vez de retardo mental. Las diferencias entre desarrollo normal y retardado radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo pasado y presente. El desarrollo normal, cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio, se dá a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que están dentro de los límites "normales". El desarrollo retardado evoluciona a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían de lo normal en grados extremos, mientras más extremas sean las desviaciones, más retardado será el desarrollo". (Bijou, 1979, pág. 248).

Y aclara, que deben estudiarse las condiciones observables o potencialmente observables: interacciones biológicas, físicas y sociales del pasado y presente, las cuales se consideran variables independientes y de estas es función la conducta retardada.

Para los factores biológicos y fisiológicos, Bijou usa un término general: "organísmico" y explica que pueden influir en el desarrollo psicológico porque: a)

el equipo biológico se halla deteriorado b) el equipo psicológico subdesarrollado limita al rango de estímulos disponibles y c) su apariencia y su rango de estímulos puede excluirlo de interacciones sociales esenciales para un aprendizaje posterior.

Estos daños orgánicos pueden ser producidos por procesos hereditarios, enfermedades, lesiones o condiciones tóxicas y como consecuencia existen en los individuos, repertorios conductuales limitados y son considerados por la sociedad como psicológicamente retardados.

En cuanto a los factores sociales, un análisis funcional sugiere la investigación de interacciones conceptualizadas como: reforzamiento intermitente (se proporciona un estímulo para incrementar la probabilidad de una respuesta en forma esporádica, esto es, intermitente) extinción (se reduce la probabilidad de una respuesta, presentando un estímulo neutral, esto es suspendiendo el efecto que tiene la conducta en el medio) historia previa de reforzamiento inadecuada (cuando el medio es monótono, rutinario, constante y limitado) castigo severo y otros factores como saciedad y privación intensas.

Una reconsideración de este enfoque es el siguiente:

" El retardo en el desarrollo consiste en un déficit conductual que se establece por comparación con las normas que corresponderían al caso...- y continúa-

Al explicar el retardo como un déficit conductual en un momento determinado de la historia de un sujeto, hay que señalar los factores biológicos permanentes, los estados biológicos transitorios, la historia previa de reforzamiento a la que se ha sometido al sujeto en el transcurso de su desarrollo y la acción presente de las variables del ambiente sobre la conducta del sujeto. La interacción de todos estos determinantes proporciona un cuadro adecuado de los factores que intervienen en el retardo" (Ribes E. 1976, pág.20).

Se establece que determinan la conducta cuatro factores básicos: 1) Determinantes biológicos del pasado (factores genéticos, prenatales y perinatales) 2) determinantes biológicos actuales (estado nutricional fatiga, drogas) que tienen funciones disposicionales y por lo tanto afectan de manera diversa la acción de los estímulos discriminativos y reforzadores comunes 3) historia previa de interacción con el medio (historia previa de reforzamiento) que puede indicar la carencia de ciertas formas de estimulación reforzante en el pasado, el reforzamiento de conductas indeseables o la utilización excesiva de estimulación aversiva 4) condiciones ambientales momentáneas o (acontecimientos discriminativos, reforzantes y disposicionales).

En cuanto al diagnóstico del retardo, se efectúa señalando los determinantes actuales que controlan el retardo en el desarrollo independientemente de la causa o causas orgánicas y ambientales, ya que la manipulación de estos factores permite suplir las deficiencias e ir estableciendo conductas cada vez más complejas. Es necesario por lo tanto, efectuar un análisis de los reperto

rios que posee el sujeto, averiguar cuales son los factores ambientales que los controlan, saber ante qué reforzadores responde y señalar cuales son las conductas que habrán de ser establecidas, se carece de rótulos y el diagnóstico debe abarcar dos aspectos fundamentales: 1) determinar la conducta actual del sujeto, es decir cuales son sus repertorios de entrada y 2) determinar a qué se debe la existencia del déficit, es decir las posibles causas ambientales presentes.

El tratamiento conductual, abarca tres aspectos:

- 1) creación de nuevas conductas
- 2) aumento de frecuencia en conductas ya existentes
- 3) supresión de conductas objetables

La manipulación básica opera a través de estímulos discriminativos y reforzadores, así como de otros estímulos con propiedades aversivas. Debe otorgarse un cierto grado de probabilidad a conductas ya especificadas por el diagnóstico, se establecen objetivos conductuales y se toman medidas iniciales y finales, pues el éxito del tratamiento puede evaluarse mediante la aplicación de las técnicas. El tratamiento comprende dos etapas:

- 1) tratamiento individual bajo condiciones controladas y 2) la intervención sobre el ambiente del sujeto dirigida a obtener condiciones óptimas para el mantenimiento de la conducta ya adquirida bajo tratamiento individual.

Como puede observarse a través de estas breves

descripciones del enfoque conductual del retardo, fundamentalmente se aparta de los conceptos y técnicas tradicionales y es puramente objetivo, las causas orgánicas son datos importantes pero no determinantes en cuanto a las posibilidades de rehabilitación de un sujeto retardado y por otra parte, los déficits pueden existir en cualquier aspecto de los repertorios del paciente y no hay delimitaciones precisas.

Si los déficits varían de sujeto a sujeto y no deben existir rótulos fijos, es mejor desde este punto de vista evaluar repertorios disponibles, déficits, establecer formas de tratamiento y considerar que se trata a un paciente " retardado en el desarrollo".

Se dice por lo tanto, " que no existe un solo retardo y los llamados retardados constituyen un grupo muy diverso" (Galindo y cols. op.cit.) . A través de este estudio podrá comprobarse esta afirmación ya que se tratan dos casos de pacientes adultos clasificadas hasta el momento de iniciar el tratamiento, como esquizofrénica y con lesiones cerebrales irreversibles, respectivamente; la aplicación de técnicas de modificación de conducta permitió mejorar algunos déficits como se aclara posteriormente, fueron considerados por lo tanto como pacientes con retardo en el desarrollo y surge el objetivo que es el siguiente:

" Que mediante la aplicación de técnicas de modificación de conducta, se abarcarán dos de los tres aspectos del tratamiento conductual: 1) aumento de frecuencia en

conductas ya existentes y 2) supresión de conductas objetables".

Con el cumplimiento de este objetivo, se pretende primordialmente demostrar al personal del taller en don de se realizan los dos estudios, que con la aplicación de estas técnicas (con las cuales no había una aceptación total) puede lograrse una modificación de conducta. En este caso se trata de conductas problemáticas e inclusive se realizó una fase de reversión, la cual, no es recomendable en todos los casos, sobre todo si se trata de una conducta que puede resultar perjudicial para el paciente, sin embargo, esta representa en ambos casos una técnica de control sumamente efectiva y no presentó nuevos daños para las pacientes como se comprobará a través de los estudios.

Para hacer un breve resumen de la modificación de conducta, puede decirse que : " no es más que la parte aplicada de la psicología experimental y sus métodos se han derivado del análisis conductual animal y humano en el laboratorio, en el que ocupan un lugar prominente las técnicas de condicionamiento operante y pavloviano y cuyo fundamento teórico ha de buscarse en las obras de B.F. Skinner , P. Pavlov y J.R.Kantor" (Galindo y cols. 1980 op. cit.).

La modificación de conducta es un conjunto de técnicas que se aplican a la solución de problemas de conducta tanto en la educación como en psicología clínica, educación especial y rehabilitación. Los diversos

casos en los que es posible aplicar estas técnicas, se muestra a continuación una breve revisión:

1) aplicación a diferentes sujetos

A. Retardo generalizado. Whaley D. y Tough J. (1967) trabajaron con un niño diagnosticado como mongoloide, quien emitía conductas autodestructivas en forma de golpes en la cabeza y en los oídos. Para la supresión, aplicaron un choque eléctrico contingente a cada respuesta autodestructiva, el cual se activaba automáticamente por medio de un circuito de resistencia que detectaba y definía cada respuesta.

El entrenamiento de supresión y evitación se llevó a cabo diseñando una respuesta incompatible (tocar juguetes) con las autodestructivas. Logró reducirse y suprimirse finalmente la respuesta autodestructiva.

B. Sordera

Galindo y cols. (1980) entrenaron a un niño hipoacúsico de tres años de edad, por medio de un programa de atención, imitación motora y finalmente imitación de vocales. El procedimiento utilizado en forma general fué: En cuanto se lograba la producción correcta de un fonema, se ponía bajo control tanto el estímulo imitativo (modelamiento del instructor) como el símbolo escrito de ese fonema. El sujeto realizaba tareas de la letra aprendida, se practicaban consonantes aprendidas en combinación con vocales y se practicaban leyéndolas. Finalmente el suje-

to logró emitir la imitación de vocales " a " , "o", "u".

C. Esquizofrenia

Lovaas, Freitas y Whalen (1967), trabajaron con 11 niños entre cuatro y trece años de edad clasificados como esquizofrénicos, con problemas específicos de falta de repertorios de conducta social, autoestimulación, autodestrucción y problemas vocales. Para la implementación de repertorios, emplearon imitación no verbal incluyendo una serie de discriminaciones sucesivas y reforzamiento positivo con comida como recompensa. Las curvas de adquisición para cada uno de los niños se aceleraron positivamente y la velocidad de adquisición varió entre los sujetos , mientras que algunos tardaron una semana en adquirir 60 conductas previamente establecidas, otros necesitaron cuatro meses.

D. Niños y adultos

Williams D. (1959) trató a un niño de 21 meses de edad, quien había desarrollado conductas de berrinche generado a consecuencia de un periodo de enfermedad. El procedimiento utilizado fué retirar el reforzamiento (extinción) y lo aplicaron los familiares ante quienes se emitían los berrinches. Se logró suprimir esta conducta y no se observó que se produjeran otras conductas indeseables.

Bleke (1973) aplicó castigo verbal a pacientes adultos

clasificados como esquizofrénicos crónicos para observar su interferencia en el rendimiento de trabajo, observando que disminuía notablemente cuando recibían el castigo. Igualmente Johnson, Ayllon y Azrin (1975) demostraron que el comportamiento de trabajo en pacientes adultos clasificados como esquizofrénicos, podía ser controlado mediante reforzamiento apropiado .

2. Aplicación a diferentes problemas

A. Repertorios básicos

Puede consultarse nuevamente a Lovaas, Freitas y Whalen (op. cit.).

B. Conducta Social

Buell, Stoddard, Harris y Baer (1968) realizaron un trabajo donde informaron de los resultados obtenidos al reforzar socialmente a un niño que presentaba deficiencias en los repertorios sociales (contacto físico y verbalizaciones) y en los motores; para esto utilizaron un equipo de juegos (columpios y túneles). Los resultados fueron favorables.

C. Conductas Problema

Repp y Deitz (1974) trataron conductas agresivas y auto destructivas de niños retardados de 8,10,12 y 13 años de edad. Combinaron tiempo fuera y reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), " no" a conductas inapropia-

das y se proporcionaban piezas de rompecabezas en periodos de no agresividad. Estampas intercambiables y su retiro para conductas agresivas. Las respuestas disminuyeron a un nivel bastante bajo y se demostró que el RDO combinado con otras técnicas puede reducir conductas inapropiadas.

Lovaas y Simmons (1969) , trabajaron con tres niños retardados que emitían conductas autodestructivas y utilizaron aislamiento de algunas de las condiciones ambientales que controlaban las conductas, en el primer estudio emplearon extinción y la frecuencia disminuyó gradualmente, en el segundo, emplearon castigo consistente en un choque eléctrico y las respuestas desaparecieron.

D. Lenguaje

MacAulay D. B. (1968) trabajó con 11 niños de 9 a 15 años que presentaban deficiencias en el lenguaje y aplicó contingencias explícitas de reforzamiento , programación y codificación de colores, como una aproximación para enseñarles a hablar y a leer. El estudio indicó que la frecuencia de adquisición de habilidad en sonidos y leer, parece ser rápida utilizando los procedimientos específicos.

E. Repertorios Académicos

Bijou, Birnbrauer, Kidder y Tague (1966) aplicaron principios del análisis experimental de la conducta e instrucción programada a la enseñanza de lectura , escritura

ra y aritmética a niños retardados. Se utilizó un sistema de fichas y comentarios del maestro que fortalecieran los reforzadores sociales, posteriormente se reforzaron las conductas de estudio que se presentaran en el salón de clases y finalmente se programaron la lectura, escritura, aritmética y temas prácticos correlacionados.

3) Aplicación en diferentes ambientes

A. Hogar

Hawkins, Peterson, Schweid y Bijou (1966) trataron a un niño de cuatro años, quien emitía frecuentes berrinches y desobedecía las instrucciones que recibía; mostraba ciertas conductas agresivas como patear a la gente y ofenderla e inclusive llegaba a golpearse en sus berrinches. Se definieron 9 respuestas y se dieron instrucciones a la madre para que actuara como agente terapéutico cuando en casa se presentaran estas conductas. Se utilizó una combinación de advertencias verbales en primera instancia para que suspendiera las respuestas indeseables, enseguida tiempo fuera; elogios y contactos físicos cuando emitía conductas deseables. En los resultados obtenidos se mostró que la tasa de respuestas disminuyó considerablemente y en una fase de seguimiento se comprobó que estas tasas bajas se mantenían.

B. Hospitales

Puede consultarse nuevamente a Lovaas y Simmons (op. Cit.).

C. Escuelas Especiales

Hawkins y Hayes (1966) realizaron un estudio que buscaba como resultado un cambio terapéutico con una niña de 13 años en una escuela especial. Cometía errores frecuentes al responder a las preguntas de comprensión oral. Se utilizó un diseño ABAB; el instructor debería dar respuestas más largas a las contestaciones equivocadas de la niña, posteriormente responder en mayor medida a las correctas, en fases inmediatas se volvía a estas dos condiciones. Finalmente se comprobó que debía alabarse a la niña , comentar en detalle sus respuestas correctas y dar una retroalimentación breve con respecto a sus errores. La comprensión de lectura de la niña aumentó considerablemente.

D. Talleres

Marc Gold (1973) llevó a cabo una revisión muy amplia de la investigación de la rehabilitación vocacional de los retardados con el objetivo de encaminar a un trabajo a los retardados por medio de aprendizaje para empleos e instituciones, talleres con cuidado intensivo o permanentemente protegidos y talleres de transición. Los problemas considerados son: la falta de oportunidad para un verdadero entrenamiento en un trabajo, falta de incentivos para la producción o para la calidad de la misma y dificultad para adquirir habilidad en el manejo del dinero. Para solucionar los problemas mencionados se ha intentado: utilizar sistemas de recompensas moneta-

rios o por fichas para aumentar el número de piezas producidas, Huddle (1969), Hunt y Zimmerman (1969), Logan, Kinsinger, Shelton y Brown (1971) manipularon la motivación, por ejemplo la presencia de un trabajador modelo mostrándoles videograbaciones del rendimiento en el trabajo.

Como ha podido observarse, la modificación de conducta es aplicable en diferentes áreas o condiciones y los resultados obtenidos, aún cuando muestran en ocasiones las limitaciones existentes, pueden considerarse favorables al alcanzar los objetivos preestablecidos en cada estudio.

Para ocuparnos nuevamente de los casos que se tratan en este estudio, se realiza a continuación una breve descripción de las conductas problemáticas:

Han sido llamadas conductas problemáticas, aquellas conductas inadaptativas que interfieren con el proceso de socialización del niño, sufra retardo o no. En este grupo existen: agresividad, hiperactividad, berrinche, autoestimulación y autodestrucción. Se dice que las condiciones que favorecen a su desarrollo, son la carencia de ciertas formas de estimulación reforzante en el pasado, el reforzamiento de conductas inadecuadas o la presencia continua de algunas formas de castigo.

Para eliminar estas conductas, se recurre a la extinción, tiempo fuera, castigo, reforzamiento diferencial de otras conductas, costo de respuestas y sobre-corrección.

Los programas para la eliminación de conductas problemáticas se llevan a cabo en cualquiera de las cuatro siguientes situaciones: cubículo en forma individual, salón y patio de juegos, en grupo y en salón de clases.

Las consecuencias de estas conductas son generalmente: una obstaculización del desarrollo de repertorios adaptativos e interacciones que son aversivas para el niño y para los que le rodean. (Galindo et. al.).

Uno de los casos tratados en este estudio, es precisamente el de autodestrucción, esta se define como una forma de autoestimulación que se caracteriza por producir daño físico al sujeto que la ejecuta; el segundo caso tratado es una conducta problemática que en este caso se ha calificado como "indeseable", dado que la paciente abrazaba, besaba y se recargaba constantemente en la asistente de su grupo, esto no indica que besar, abrazar y recargarse sean en sí conductas problemáticas, sino que la frecuencia de estas respuestas resulta ser aversiva para las personas de su medio ambiente y para su propia adquisición de nuevos repertorios. De esta forma, una vez consideradas pacientes con retardo en el desarrollo que poseen conductas problemáticas, se aplicaron técnicas de supresión, consistentes en un reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) para las autodestructivas y tiempo fuera (TF) para las indeseables.

El RDO puede utilizarse reforzando todas las conductas incompatibles con las que se desee eliminar, Skinner (1970) alude a utilizar las mismas partes del

cuerpo que se usan en la conducta tratada, esto significa que no puedan presentarse simultáneamente. También puede reforzarse la ausencia de la conducta tratada durante cierto intervalo de tiempo.

En cuanto al tiempo fuera, este puede ser de dos clases: total o parcial, en la primera forma se retira al sujeto de la situación en la que se está presentando la conducta tratada y se le aísla durante un intervalo de tiempo definido previamente; en el parcial, se retiran de la situación los estímulos discriminativos y por tanto la oportunidad de que el sujeto sea reforzado.

Para suprimir conductas agresivas en clases experimentales para retardados, se han utilizado por ejemplo periodos contingentes de respuesta de aislamiento social (Birnbauer 1965, Lahey 1963, Pendergrass 1972) e interrupción y separación del grupo (Zimmerman 1969).

Para explicar mejor este trabajo, es necesario exponer brevemente la forma como se entiende el retardo en la República Federal de Alemania, para esto utilizaremos una definición localizada en un diccionario de psicología alemán y es la siguiente:

"Oligofrenia es la designación general para todas las formas de debilidad mental, las cuales han sido ya sea heredadas o bien adquiridas en la niñez temprana y que tienen como consecuencia una perturbación de las posibilidades o potenciales de rendimiento psíquico y sobre todo cognoscitivo. A diferencia de la demencia, en la cual las posibilidades de rendimiento psíquicas, son afectadas con el tránscurso de la vida posterior, se tiene que los oligofrénicos poseen problemas en el desarrollo psíquico a partir de su niñez temprana y requieren por lo mismo de medidas especiales de cuidado por parte de la sociedad. La clasi

ficación se hace de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud dependiendo del CI y es la siguiente:

- a) ligeros- entre 52 y 67
- b) medianos- entre 51-20
- c) graves - menor de 20

Los ligeros son clasificados como débiles y requieren trabajos fáciles, los medianos como imbeciles y requieren talleres para retardados y los graves en idiotas y requieren instituciones de cuidado. En cuanto a las causas, estas pueden ser: 1) cromosómicas 2) metabólicas 3) hereditarias y no conocidas 4) exógenas (virus) y 5) ambientales (falta total de educación desde la niñez). " (Clauss, 1978).

Es importante mencionar que esta cita ha sido tomada de un autor perteneciente a la República Democrática Alemana, pero de acuerdo a la información que se ha obtenido, parece ser que la rehabilitación actual es sumamente similar en los dos sistemas y las teorías en que se fundamentan son las mismas. El retardo es considerado desde un punto de vista psiquiátrico y se obtienen clasificaciones tradicionales. Para la rehabilitación actual se han creado talleres de trabajo tal como el que se describe en el siguiente capítulo.

Como el retardo en Alemania es tratado específicamente en escuelas y talleres y estos casos se realizaron en un taller de trabajo para retardados, se desprende un propósito adicional de esta tesis:

"Dar a conocer el funcionamiento de los talleres de rehabilitación y evaluar sus deficiencias y resultados positivos. Es posible que con esta base, el interesado consulte estas descripciones, compare con los centros para retardados existentes en México y trate de llevar a cabo innovaciones o prevenga deficiencias en situaciones similares, como son: el planteamiento y logro

de objetivos, programación, realización de actividades, técnicas empleadas por el personal etc. "

Para el cumplimiento del objetivo de esta tesis, se realizó una práctica en uno de los talleres de trabajo, laborando como psicólogo, finalmente esta práctica permitió visualizar algunos problemas de la aplicación de técnicas de modificación de conducta.

II UN TALLER PARA RETARDADOS EN LA REPUBLICA FEDERAL
 ALEMANA

1. Aspectos generales

En la Republica Federal de Alemania, la rehabili-
tación se lleva a cabo actualmente en dos etapas esen-
ciales: 1) Escuelas y 2) Talleres de trabajo.

Según las leyes gubernamentales, todos los retar-
dados deben asistir a escuelas , talleres o institucione
nes en general, en donde puedan ser atendidos. En cada
zona o región, se han localizado a las personas retardada
das y de acuerdo a éstas, se han creado las institucione
nes correspondientes.

1) La primera etapa constituida por escuelas, funciona
con el trabajo colectivo de maestros, psiquiatras,
psicólogos, médicos, asistentes, pedagogos y otros.
Se implementan conductas básicas en los retardados,
reduciendo déficits en forma individual. Se les orienta
ta a un trabajo en grupo que realizarán posteriormente
te en los talleres.

En la fase final de esta etapa de escuela, son enviado
dos por uno o dos meses como visitantes a los tallere
res, textualmente el objetivo es: " familiarizarlos
con las condiciones de su futuro trabajo".

2) A los talleres de trabajo, los retardados asisten
diariamente a que se les entrene en trabajos sencillo
llos y a realizarlos cuando han adquirido la habilidad
dad necesaria. Se omiten los tratamientos individuale
les y se llevan a cabo terapias de grupo. El objetivo

de los talleres es: "Ayudar a los retardados para su integración en un trabajo, en una actividad y en la sociedad, protegidos de la competencia comercial".

De esta forma, los retardados tienen un lugar de trabajo y su rendimiento no es factor esencial como en el mercado libre.

Tanto escuelas como talleres, funcionan fundamentalmente con fondos estatales que proporciona el gobierno y en el caso de los talleres en donde ya se elaboran productos es posible venderlos al público o bien recibir remuneraciones de las fábricas que proporcionan los trabajos, la mayor parte de los retardados actualmente, ingresan a un taller después de haber asistido a las escuelas, sin embargo, aún existen retardados que ingresan directamente a los talleres produciendo diversos problemas, esto no es aún controlado totalmente y es posible este ingreso debido a dos principios legales que son los siguientes:

- 1) "Que todos los retardados tienen derecho a trabajar y al ejercicio de una actividad, sin tomar en cuenta su rendimiento".
- 2) "Que un taller de trabajo para retardados debe servir básicamente a las necesidades de los retardados profundos, que no logran integrarse a trabajos cotidianos y no debe existir un segundo tipo de instituciones para ellos ya que no se trata tanto del trabajo que desarrollen, sino de ayudarlos a desarrollar su personalidad". (Dúrr. E. 1976).

Los problemas derivados de estos dos principios,

serán expuestos posteriormente y dado que estas informaciones y observaciones, se obtuvieron en uno de los talleres para retardados en donde se laboró como psicólogo, se expone a continuación el funcionamiento de este taller, localizado en la región del Neckar (Fig 1).

2. Organización

Un director general controla dos talleres de trabajo y dos hogares para retardados, de esta forma establecen una conexión y forman un centro. Existe un jefe para cada taller y cada hogar, una oficina se encarga de la administración (dos contadores, dos secretarias y dos ayudantes de oficina), un médico asiste quincenalmente a dar tratamiento a los pacientes que lo requieran.

En el taller, una profesora especializada en retardo, imparte clases de lectura, escritura, educación vial y dibujo. Existe una profesora de gimnasia y natación (el taller carece de piscina pero son transportados a la más cercana). Como el taller funciona de 8A.M a 4 P.M., es necesario que tomen dos comidas (desayuno y comida de medio día), una persona se encarga de la cocina y dos retardados (rotativos) le ayudan en las tareas necesarias.

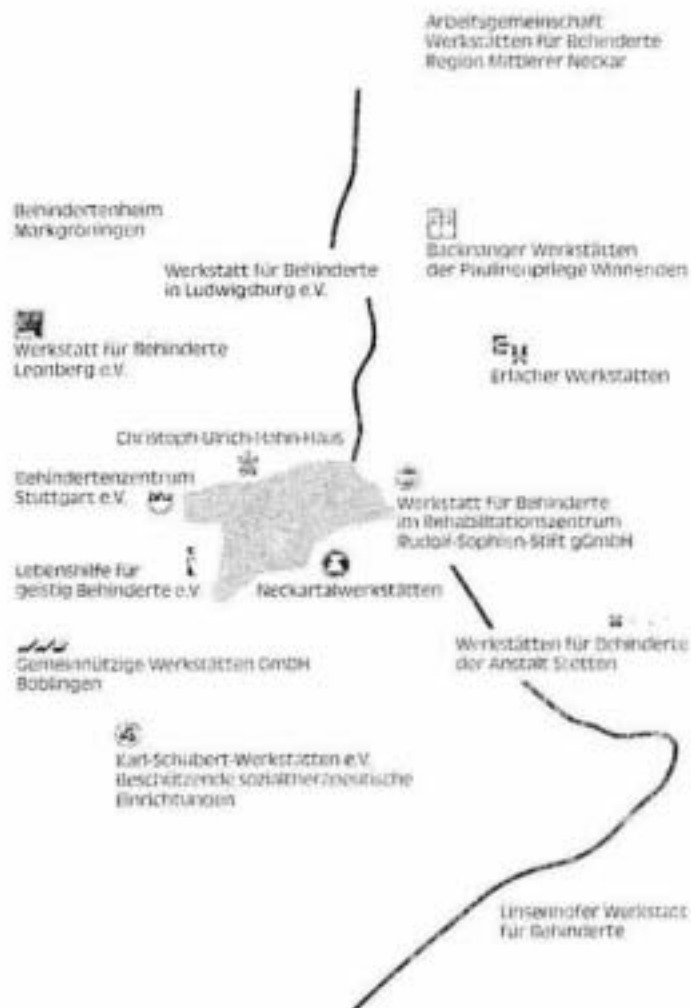
Para el entrenamiento de los retardados, se forman grupos y a cargo de cada grupo están los Pflegers⁽⁺⁾ este personal lo forman tanto personas jóvenes como

(+) Pflieger se traduce textualmente como enfermero o asistente, pero es una profesión que existe en este país

FIG. 1 Talleres de trabajo para retardados, localizados en la región del Neckar.

Arbeitsplätze

in der Region Mittlerer Neckar
für behinderte Menschen



otras con varios años de experiencia o práctica (para 120 retardados que asisten al taller en cuestión, trabajan 16 Pflegers). No todos los asistentes trabajan de planta, en este caso solamente 7 y los demás son rotativos y practicantes⁽⁺⁺⁾, pueden rotar sus actividades, grupos, talleres u hogares cada dos meses.

3. Grupos

Existen 8 grupos de trabajo en grado de entrenamiento, las tareas varían desde las más sencillas como: cerrar sobres, pegar etiquetas, ensartar cuentas en un hilo para formar collares etc., hasta las que requieren el empleo de maquinaria: sellar, soldar, prensar, atornillar con aparatos automáticos etc. Se encarga de cada grupo un asistente de planta y uno rotativo.

4. Distribución

La construcción del taller está distribuida de tal forma, que el empleo de máquinas o aparatos ruidosos se concentran en una área, los lugares destinados para los grupos principiantes se encuentran en una área

- y se especializan a nivel técnico para trabajar con retardados. Utilizaremos en adelante la palabra "asistente" para referirnos a ellos.

(++) Las escuelas que preparan a los asistentes, programan un año de práctica y esto les dá oportunidad de aplicar los conocimientos que van adquiriendo, además de que benefician a las instituciones en cuanto a personal.

silenciosa. La iluminación y ventilación son buenas y disponen de lugares como: patios de juego, baños, gimnasio, enfermería⁽⁺⁾, comedor, salón de clases y lugares de trabajo (Figs. 2,3 y 4).

5. Condiciones

Las edades de los retardados que asisten al taller varían entre 18 y 45 años. El nivel económico puede ser alto, medio o bajo. El taller es mixto y aún cuando no se dan las condiciones para que se pudieran practicar relaciones sexuales entre los retardados, se tiene noticia de que fuera del taller, varias parejas las practican; si una pareja es sorprendida besándose o abrazándose, no se le censura ni se hacen alusiones al caso. A los imposibilitados físicos, como los que sufren parálisis en las piernas (en este taller solo existen dos, por razones de residencia, pues se construyen centros especiales para estos), se les ayuda a transportarse y los retardados que pueden ayudarlos, reciben instrucciones de cómo y cuando hacerlo.

Las clasificaciones de retardo anotadas en los expedientes de los que asisten, varían entre mongoloides, autistas, cretinos, idiocia, esquizofrenia etc.

Como se ha mencionado anteriormente, los talleres funcionan con un presupuesto oficial, remuneración de algunas fábricas que proporcionan los trabajos y venta al público de la producción, lo cual se distribuye entre

(+) Se dispone de material necesario para aplicar primeros auxilios. Los accidentes son leves pues para que un retardado maneje las máquinas, debe conocer su funcionamiento y sus peligros.

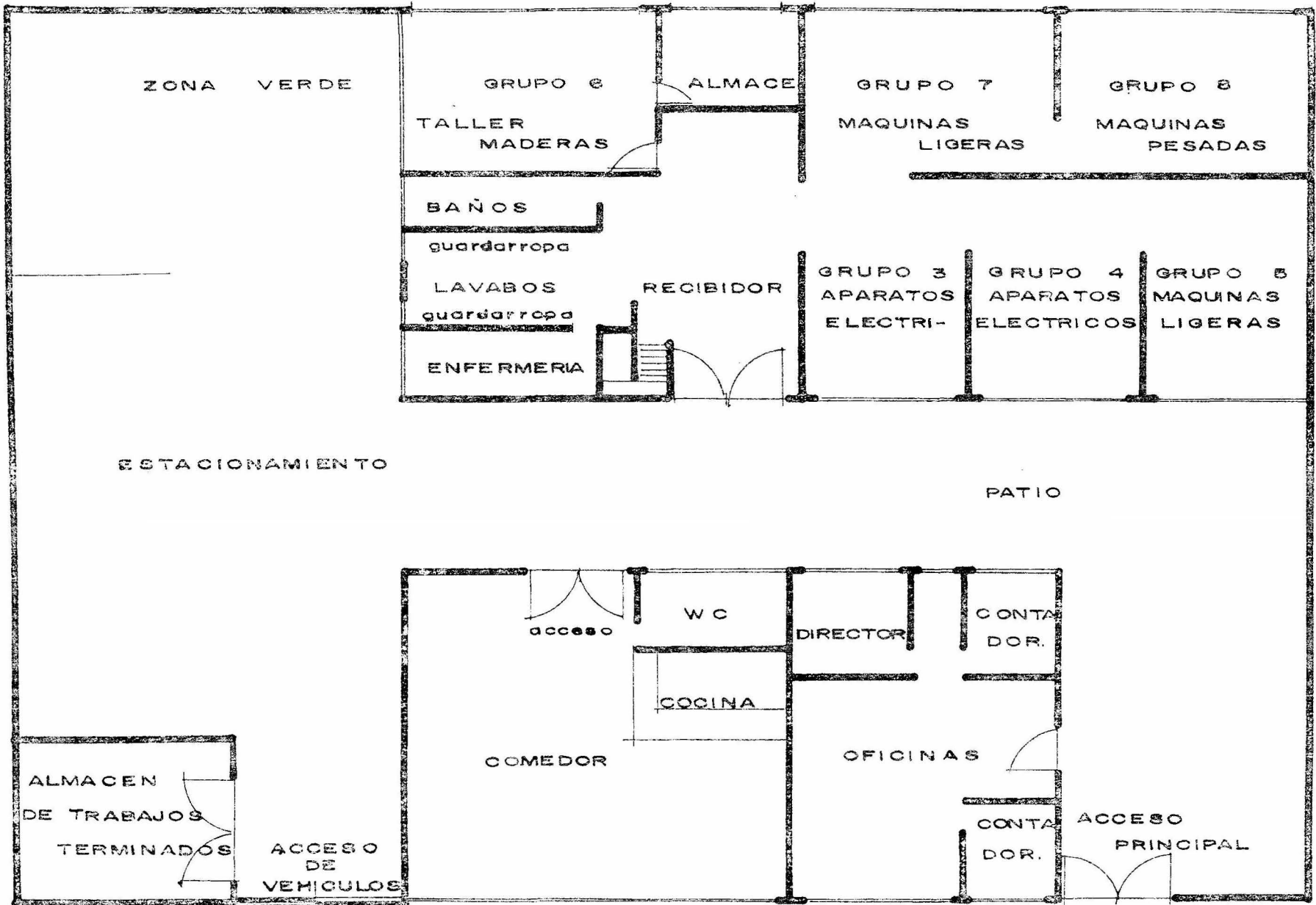
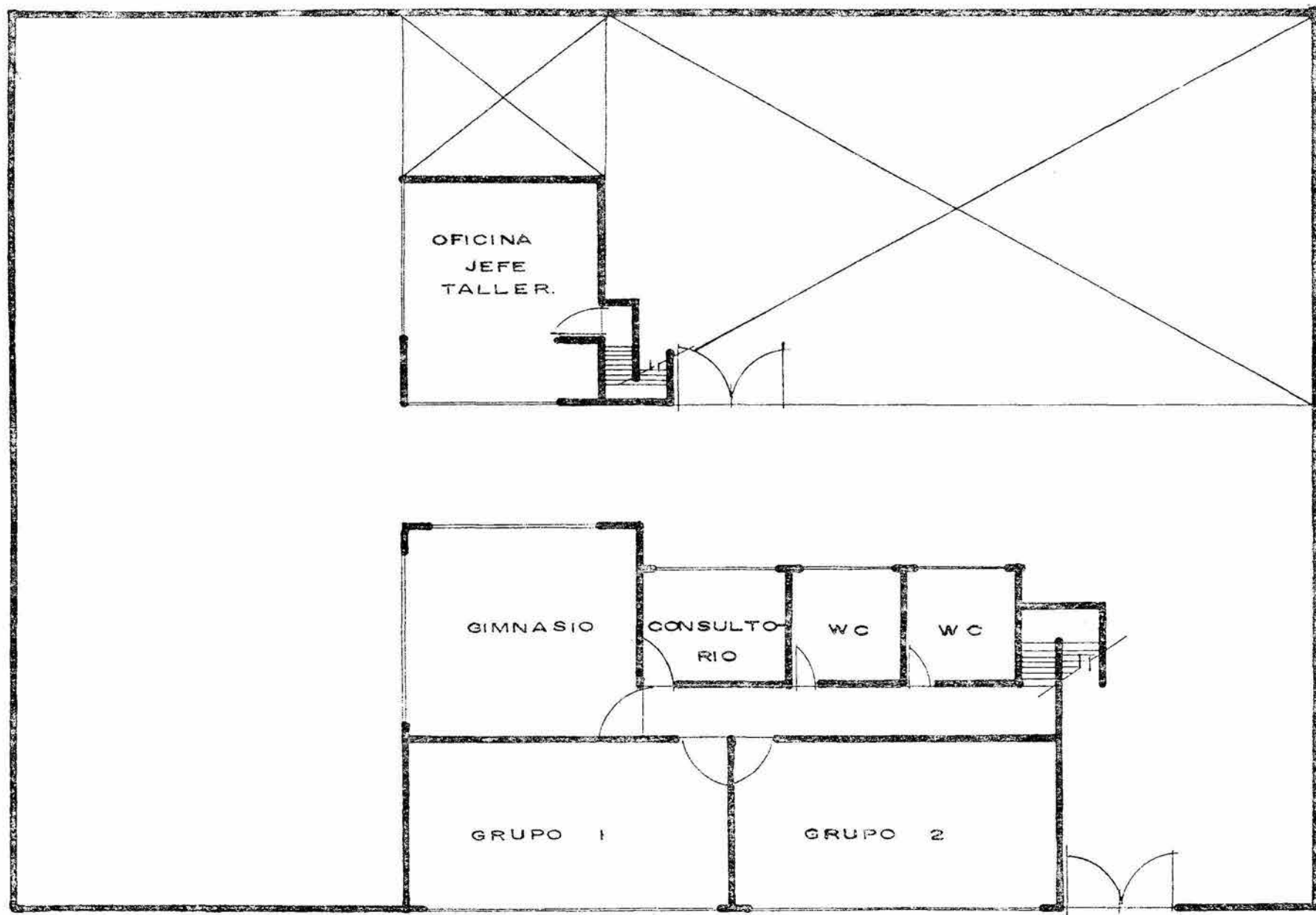


FIGURA 2

PLANTA BAJA



(27)



(22)

FIGURA 3
PLANTA ALTA

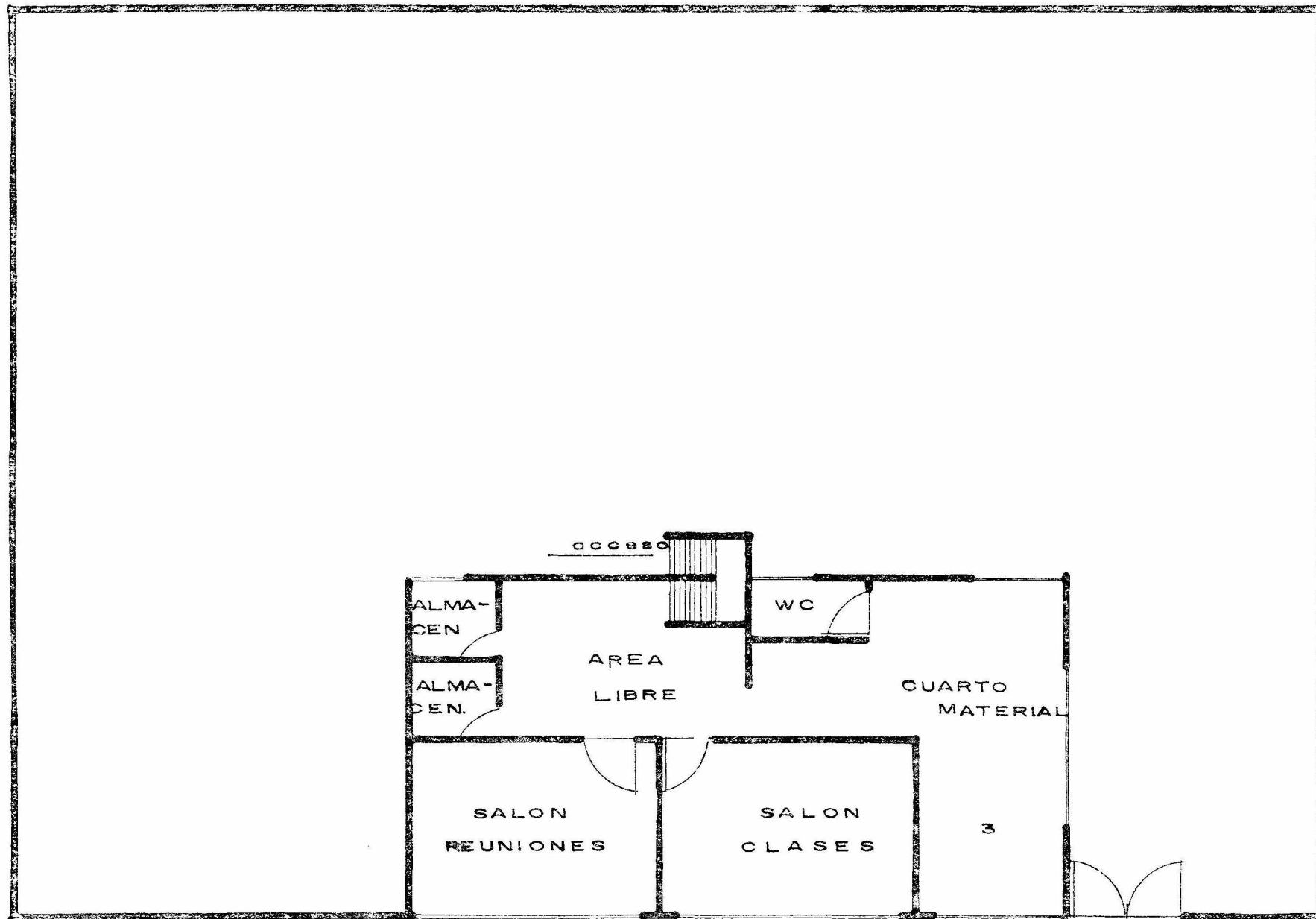


FIGURA 4

SOTANO

los retardados dependiendo del desarrollo de su actividad.

6. Actividades

Semanalmente cada grupo (por separado y cuando son grupos muy grandes se dividen), asiste a una clase de natación, una de gimnasia y los que han sido evaluados por la profesora de instrucción educativa, a una clase de lectura, escritura, educación vial, dibujo y en algunos casos aritmética.(ver cuadro de actividades, Fig.5)

Diariamente se disponen 30 minutos después de la comida de medio día, para que jueguen, conversen, dibujen etc.,esto es opcional y se reúnen en el patio. Semanalmente se proyectan películas de diversos temas en donde se procura transmitir una enseñanza. Se organizan clubes para que semanalmente asistan los retardados opcionalmente.

Concurren a una sesión de baile y los asistentes los instigan a bailar ya sea en grupo o por parejas (dos asistentes se encargan semanalmente de esta actividad).

Las terapias las llevan a cabo semanalmente los dos asistentes con su grupo correspondiente en un salón cerrado.

Anualmente se organiza una excursión por tres o cuatro semanas y viajan asistentes, retardados y directores a lugares recreativos.

Se organizan exposiciones semestrales de los trabajos realizados en el taller y en los días festivos se organizan bailes o comidas.

Otras actividades que se llevan a cabo en el taller son: la elaboración de propaganda para que su producción sea vendida al público (Fig. 6) la elaboración de un periódico con diversos artículos de interés a las personas que trabajan en el mismo campo y la selección de revistas especiales para retardados, que se utilizan en instrucción educativa.

7. Tareas y trabajo fijo

No hay clasificación según el tipo de retardo y es posible por ejemplo, que un agresivo trabaje con pasivos, el pertenecer a un mismo grupo depende de su grado de entrenamiento y este se determina por las habilidades en orden creciente que van adquiriendo en el empleo de máquinas, las cuales están clasificadas a partir del grupo 3 en orden progresivo de dificultad. Cuando un retardado puede manejar correctamente las máquinas de un grupo, es transferido al siguiente.

En los grupos 1 y 2 que son los iniciales, son entrenados en tareas manuales como: hacer collares, seleccionar piezas, etiquetar, sellar papeles, cerrar sobres, doblar cartones, enrollar papeles y rellenar pequeñas carteras. En promedio, restando el tiempo que utilizan en otras actividades, los grupos 1 y 2 son entrenados diariamente 5 horas, los grupos 3 y 4 trabajan con aparatos eléctricos sencillos como: desarmadores, cortadores etc., y realizan actividades como: atornillar clavijas, unir las a los cables, armar bobinas, colocar un número determinado de piezas en bolsas y en-

FIG. 6 Propaganda de productos elaborados en el taller de trabajo para retardados.

Lebenshilfe

Neu

Wir, die Lebenshilfe e. V. Stuttgart sind ein öffentlich rechtlicher Verein, der sich die Aufgabe gestellt hat, geistigbehinderten Mitmenschen zu helfen.

Wir unterhalten hier im Stuttgarter Raum 5 verschiedene Einrichtungen: 2 Werkstätten, 2 Wohngemeinschaften und 1 Tagesstätte für schwer geistig Behinderte

Wir wollen durch den Arbeitsplatz dem Behinderten ein Selbstwertgefühl geben, und legen Wert darauf, daß alle Arbeiten frei von Leistungsdruck durchgeführt werden.

Tisch-Bank-Kombination

jetzt



Reinsburgstraße 56 · 7000 Stuttgart 1 (West)

Telefon (07 11) 61 14 44

Werkstatt für Behinderte I
Freibadstraße 84, 7000 Stuttgart 80
Telefon (07 11) 73 34 64

Werkstatt für Behinderte II
Reinsburgstraße 56, 7000 Stuttgart 1
Telefon (07 11) 61 14 44

Tagesstätte für Schwerstbehinderte
Hegelstraße 25/27, 7000 Stuttgart 1
Telefon (07 11) 29 65 29

Wohngemeinschaft Irene-Farenholtz-Haus
Laustraße 6, 7000 Stuttgart 70
Telefon (07 11) 76 02 84

Wohngemeinschaft Botnang
Paul-Linke-Straße 14, 7000 Stuttgart 1
Telefon (07 11) 69 61 26



mit Rückenlehne!

grapaparlas.

El grupo 5 trabaja con máquinas que se han denominado "ligeras" y son para sellar y soldar piezas pequeñas. En el grupo 6 existen máquinas y herramientas para trabajar con madera, cortarla, lijarla en piezas determinadas y entregarlas a los grupos 7 y 8 en donde los retardados tienen la tarea de terminar la producción final; como puede observarse en la Fig. 7, son mesas y sillas para jardines. Las máquinas que pertenecen a los grupos 7 y 8 se denominan "pesadas" y como se ha dicho, se termina la producción. Los grupos 3,4,5,6,7 y 8, trabajan diariamente en promedio cuatro horas.

8. Entrenamiento

En los talleres donde inician su entrenamiento, se pretende que los retardados trabajen en grupo, que desarrollen conductas cooperativas y adquieran habilidades para realizar trabajos específicos. No existe otra posibilidad más que trabajar en grupo, por las condiciones de espacio y porque los objetivos así lo determinan. Los instructivos definen las tareas de cada grupo y una lista de evaluaciones, las cuales son calificaciones para cada tarea; es una forma de registro que llevan los asistentes sobre cada integrante de su grupo. Hacen también observaciones relevantes, por ejemplo, si un retardado estuvo agresivo, deprimido etc.

Existe una lista de las tareas más sencillas que pueden enviar las fábricas y esta es resultado de un es

„Lebenshilfe“

FIG. 7 Mesa para jardín elaborada en el taller de trabajo

Unter der Leitung und Überwachung qualifizierter Meister wird diese formschöne und stabile Tisch-Bankkombination in unseren Werkstätten hergestellt.

Sie ist hervorragend für den gesamten Freizeitbereich geeignet.

Zum Beispiel: Rastplätze, Spielplätze, Gartenrestaurants, Waldheime, Gartenterrassen, Sportplätze, Pausenaufenthalte im Firmenbereich, Parks und Vereinsgärten, um nur einige der Möglichkeiten aufzuzählen.

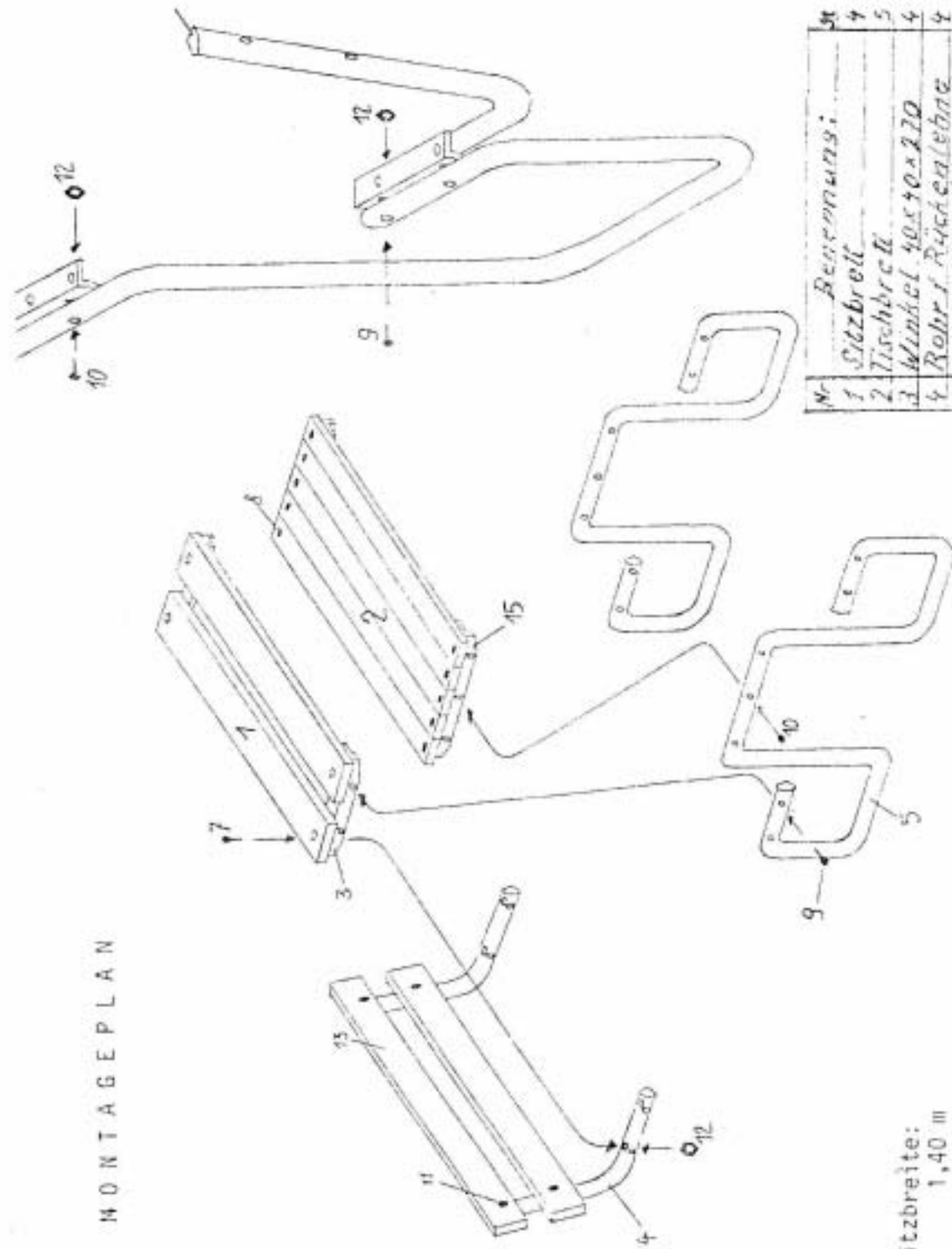
Das Material ist feuerverzinktes Stahlrohr (korrosionsfest) mit wetterbeständig verarbeiteten Holz-Querriegeln aus Redwood-Holz.

Die besonderen Vorteile unserer Konstruktion (DGBM) zeigen sich in der einfachen Handhabung bei Auf- und Abbau, sowie durch äußerst raumsparende Lagerung.

Auf Wunsch können auch Sondermaße gegen einen Aufpreis berücksichtigt werden.

Die Preise können Sie unserer beiliegenden Preisliste entnehmen.

Die Lieferzeit beträgt 10 Tage nach Bestelleingang ab Lager, bei Neufertigung 3 bis 4 Wochen.



MONTAGEPLAN

Nr.	Bezeichnung:
1	Sitzbrett
2	Tischbrett
3	Winkel 40x40x210
4	Rohr f. Rückenlehne
5	Rohr f. Tisch/Bank
6	Flügelkappe
7	M 8 x 50 f. Holzschraube
8	M 8 x 40 f. Holzschraube
9	M 8 x 80 f. Holzschraube
10	M 8 x 45 f. Holzschraube

Sitzbreite: 1,40 m
 Gesamtlänge: 1,60 m
 Sitzhöhe: 0,46 m
 Tischhöhe:

Gartenbank zusammengelegt:



tudio previo en el que se determinaron cuales tareas podrían realizar los retardados, las decisiones las tomaron en conjunto: directores de fábricas y de los talleres, psicólogos, psiquiatras, médicos, profesores y asistentes; en base a estas decisiones fueron compradas las máquinas necesarias y las que son especiales, las prestan las mismas fábricas.

Los grupos 1,2 y 3, cambian semanalmente las tareas y se les entrena en cada una, los grupos 4,5,6,7 y 8 tienen trabajos fijos como ya se ha explicado.

No se dispone de programas para los asistentes respecto a como entrenar a los retardados en una nueva tarea, regularmente el asistente de planta (quien tiene más práctica) le indica al rotativo cómo llevarán a cabo el entrenamiento, frecuentemente actúan como modelo y dan instrucciones verbales, se entregan las piezas, se inicia la tarea y los asistentes van corrigiendo verbal y físicamente, proporcionando reforzamiento social (sonrisas, elogios, contactos con el hombro, etc.).

Cuando se recibe una nueva tarea no incluida en la lista, se envía a un instructor de la fábrica, quien mostrará a los asistentes cómo debe realizarse y de esta forma entrenan a los retardados correctamente.

Es observable que en muchas ocasiones utilizan técnicas de modificación de conducta como: reforzamiento social, extinción, censuras verbales, recompensas etc. Los asistentes de mayor edad afirman que esto lo aplican por experiencia pero no conocen los términos ni

saben a qué corriente psicológica pertenecen, los asistentes jóvenes las conocen con otros términos y afirman "que no están convencidos de que la modificación de conducta sea efectiva".

Cuando surge un problema que uno de los asistentes no puede controlar es expuesto en juntas semanales en donde se tratan de encontrar soluciones, estas se deciden en base a las evaluaciones y observaciones que han sido anotadas por los asistentes, se lleva a cabo una discusión y se eligen tres alternativas que se probarán por orden. En estas juntas se reúnen: el director, todos los asistentes, un pedagogo, la profesora de instrucción educativa y en algunas ocasiones el médico⁽⁺⁾.

En excepciones, se decide trasladar a un retardado a otro grupo, suponiendo que el cambio de tareas, de compañeros y de asistentes, favorecerán el problema disminuyéndolo; en muchos casos esta decisión es acertada y el interés del retardado se dirige hacia los nuevos estímulos disminuyendo el problema; los traslados siempre se hacen en orden decreciente, es decir, son transferidos a grupos más bajos de las habilidades que han adquirido y nunca a uno de mayores habilidades.

Los asistentes están preparados para trabajar con inválidos físicos y con retardados en general, son reconocidos estatalmente y sus actividades se definen textualmente:

1. "Pueden trabajar en hogares, talleres, escuelas, ofi

(+) En la época de este estudio, también se asistió a estas juntas y se incluyeron las alternativas del psicólogo en las decisiones.

cinas de asesoramiento de educación pública o una institución estacionaria, ya sea con niños, adolescentes o adultos retardados.

2. Su campo de actividades abarca la salud de los retardados, en el desarrollo, sobre todo, la vigilancia de su alimentación, cuidado corporal, anotación de sus enfermedades físicas y su instrucción y cuidado. Debe observarse que se lleve a cabo la administración de medicamentos y los efectos de estos sobre el bienestar y la conducta.
3. Ayudar al desarrollo de la personalidad total de cada retardado, posibilidades motoras, psíquicas y espirituales, así como las aptitudes para que se puedan valer por sí mismos y su rendimiento de trabajo sea aceptado por familiares y resto de la sociedad.
4. Ocuparse del trabajo conjunto con médicos, psicólogos, profesores, entrenadores y personas especializadas en retardo.
5. Como el asistente es la persona que tiene mayor contacto con el retardado, debe informar sobre sus necesidades, grado de desarrollo y situación concreta a todos los demás especialistas que se ocupan de ellos, hablar y planear con todos, de como educarlos para lograr una mejoría en su vida". (Schlaich, 1976).

Las materias que estudian los asistentes en las escuelas que los preparan son: a) psiquiatría b) anatomía c) psicología (reciben nociones de varias corrientes) d) deportes e) primeros auxilios f) entrena-



miento práctico para retardados g) religión

El tiempo de duración de esta preparación, es de tres años incluyendo el año de práctica.

Todo funciona conjuntamente aunque los lugares no se concentren en una misma área, el objetivo de las escuelas es tratarlos individualmente orientándolos hacia un trabajo en grupo, los talleres entrenan a los retardados en tareas sencillas, las fábricas envían puntualmente los trabajos, las escuelas que preparan a los asistentes programan un año de práctica que beneficia a las instituciones en personal y les dá la oportunidad de aplicar los conocimientos que van adquiriendo y los hogares funcionan en conexión con talleres y escuelas y los problemas relevantes circulan de un lugar a otro.

9. Crítica IZT. 1000211

Dado que estas observaciones e informaciones se obtuvieron de uno de los talleres de trabajo para retardados, a continuación se mencionan las ventajas y desventajas que en opinión personal, poseen.

Una desventaja en primer orden, radica hasta la época actual en el hecho de que los retardados adultos, los retardados profundos y los retardados agresivos que no asistieron a las escuelas previas, pueden ingresar directamente al taller de trabajo, constituyendo un problema al no adaptarse a un trabajo en grupo o porque su entrenamiento en grupos iniciales se prolonga mucho más

tiempo que el resto de sus compañeros.

Es posible que no ingresaran a las escuelas por tres razones básicas:

- 1) Porque aún no existían estos centros cuando eran niños a adolescentes
- 2) Porque los familiares de los retardados desconocían este funcionamiento.
- 3) Porque la organización de la rehabilitación en dos partes esenciales (escuelas y talleres) es reciente y no se ha controlado este tipo de problemas.

Puede mencionarse un ejemplo específico:

Un retardado agresivo que ingresó al taller sin haber asistido a escuelas previas, mostró un rápido progreso en las habilidades adquiridas para el manejo de las máquinas, en comparación con sus compañeros; sin embargo, dirigía conductas agresivas a compañeros y asistentes durante las tareas diarias y otras actividades ante un modelo tal, sus compañeros desarrollaron conductas imitativas o bien, corrían y gritaban interrumpiendo frecuentemente sus actividades. Se intentaron varias alternativas para solucionar el problema y en todas se obtuvo un fracaso, además no existía información sobre las técnicas y resultados obtenidos en dos ocasiones en que había sido hospitalizado en el área psiquiátrica y no existía una persona que pudiera ocuparse especialmente de este caso; finalmente fué expulsado del taller y hospitalizado nuevamente clasificándolo como peligroso.

Ya se ha mencionado que existen dos principios legales que permiten el ingreso directo de un retardado a una institución en donde pueda ser atendido y aún cuando la rehabilitación se ha organizado, han pasado por alto la importancia de especificar las condiciones necesarias

para ingresar a una institución. Actualmente se procura que los retardados que ingresan a un taller, sin haber asistido a escuelas previas, posean un mínimo de repertorios básicos (atentivos, imitativos y de seguimiento de instrucciones) e igualmente presenten conductas de autocuidado; sin embargo aún no existen procedimientos para evaluar a un retardado.

En cuanto al problema de que prolongan su entrenamiento en grupos iniciales por espacio de tres o cuatro años en comparación con otros compañeros que provienen de escuelas y su tiempo de entrenamiento varía entre 6 y 18 meses en cada grupo, se debe a que los déficits aún no han sido tratados en forma individual y carecen de repertorios para un trabajo en grupo, así, los asistentes se encuentran con que además de entrenarlos en una actividad, deben procurar reducir simultáneamente estos déficits.

Se considera por lo tanto, que la programación de evaluaciones que deberán presentar los retardados que deseen ingresar a un taller, es relevante e indispensable e igualmente la presencia de especialistas como por ejemplo un psicólogo, que lleve a cabo estas evaluaciones y trate estos problemas que aún no han sido controlados.

Una segunda desventaja en relación a la deficiencia de los reportes, se manifiesta cuando cualquier persona que intente obtener información de los tratamientos y resultados en la historia del paciente, de sus determinantes biológicos pasados etc., se encuentra con datos puramente triviales como son: domicilio, nombre de los

padres, edad, fecha de nacimiento e ingreso al taller etc.

Ya se ha visto, que existen en este taller, evaluaciones y observaciones del desarrollo de las tareas diarias de cada retardado, pero estos datos no son incluidos en forma sistemática en los expedientes, Pocos expedientes poseen una información más amplia y esto no es solamente problema de los talleres sino de la mayor parte de las instituciones, en el mismo caso citado anteriormente sobre el retardado que fué expulsado del taller, puede observarse esta deficiencia.

Las personas que trabajan en el campo de la rehabilitación, se preocupan actualmente por este problema y han presentado propuestas de formatos como el que se muestra en la Fig. 8, que se refiere e pecíficamente a la forma en que los asistentes pueden organizar sus reportes, este problema no ha sido totalmente superado.

En cuanto a los diagnósticos, estos son deficientes por la conocida desventaja de proporcionar solamente un rótulo; "esquizofrenia", "mongolismo" etc., pero no se describe porqué razones se les clasifica ni cuales repertorios y déficits posee; es frecuente encontrar diagnósticos contradictorios que se dan en las diferentes instituciones a las que asiste el paciente, esto presenta un nuevo problema para obtener información del retardado.

La carencia de programas en donde se determina cuales son los objetivos para la rehabilitación en cada actividad, es otra desventaja de este taller y se manifiesta principalmente en los asistentes rotativos, quienes desconociendo este importante aspecto, en ocasiones

(continúa formato)

4. Otros Aspectos Corporales

- a) necesidad de asesoría

5. Ayudas requeridas de los asistentes

Comportamiento Social

- a) posibilidad de contactos
- b) integración
- c) comportamiento en el grupo
- d) posición en el grupo
- e) cooperación a la vida comunitaria
- f) comportamiento con respecto a adultos conocidos
- g) comportamiento con respecto a extraños
- h) contactos con personas y grupos fuera del grupo en el que vive
- i) comportamiento con respecto a animales

Conocimientos y habilidades de vida práctica

- a) limpieza
- b) cuidado corporal
- c) vestirse y desvestirse
- d) costumbres al comer y beber en la mesa
- e) forma de comportamiento con la propiedad privada propia
- f) " " " " " " " " de otros.
- g) comportamiento con respecto al dinero
- h) qué hace en su tiempo libre
- i) cómo se adapta al medio ambiente en general

Necesidad de que cuiden de él.

- a) necesidad de cuidado en el transcurso del día
- b) necesidad de cuidado en juegos y ocupaciones
- c) necesidad de cuidado en el tráfico

Reconocimiento Intelectual

- a) como reconoce a las personas, objetos, símbolos y conceptos
- b) como diferenciar y ordenar
- c) recordar y darse cuenta de las cosas
- d) como entiende conceptos sencillos y situaciones

(Continúa Formato)

- e) como se orienta espacialmente
- f) como se orienta temporalmente
- g) qué tan hábil es para escribir
- h) qué tan hábil es para leer
- i) qué tan hábil es para calcular (operaciones aritméticas)
- j) qué puede hacerse notar de su aspecto de entendimiento

Aspecto del Lenguaje

- a) como es su lenguaje (entendible)
- b) cómo puede hablar
- c) qué tipo y tamaño tiene su vocabulario
- d) características especiales con respecto al habla
- e) como forma las oraciones

Aspecto afectivo

- a) qué tan fácil es acercarse a él
- b) temperamento
- c) relaciones afectivas con otras personas
- d) aspecto afectivo en general

Aspecto creativo

- a) con el agua
- b) con los materiales
- c) con la música
- d) iniciativa en inventar reglas de juego

Aspectos especiales de conducta

- a) describir sus conductas problemáticas para las personas de su medio ambiente
- b) tipo de situaciones en que se dan y frecuencia

Comportamiento en el trabajo

- a) velocidad
- b) puntualidad
- c) cuidado
- d) precisión
- e) disponibilidad
- f) resistencia

(continúa formato)

Resumen de los cambios de la conducta con respecto al último
reporte

Fecha _____ Firma _____

Formato propuesto por Erwin Dürr (1976)

orientan la actividad únicamente a adquirir habilidades propias de cada tarea, semejante al entrenamiento que se daría a personas normales, por ejemplo exigen un rendimiento, esto sucede sobre todo cuando por alguna causa, el asistente de planta se ausenta del grupo de trabajo.

Sin embargo, en cuanto a la habilidad manual adquirida en cada tarea, son observables progresos que van mejorando la velocidad y la calidad del trabajo, además de que los grupos avanzados son capaces de manejar máquinas pesadas y complicadas sin llegar a lastimarse, deteriorar las máquinas o cometer errores graves en la producción, los resultados obtenidos, son reforzadores poderosos para la mayoría y muestran interés en que sus familiares observen su trabajo final, así como interés en la propaganda que se elabora para la venta al público.

Exceptuando el problema de las personas que ingresan sin haber asistido a las escuelas, el resto trabaja en forma organizada, es notable que las conductas de cooperación son mantenidas por las condiciones de un trabajo en grupo, por ejemplo cuando a un retardado se le dificulta la realización de una tarea, acuden sus compañeros a ayudarlo, la competencia no interviene en sus actividades y esto sí ha sido previsto inclusive en la distribución de los ingresos, un retardado percibe una cantidad que varía de acuerdo a la forma en que desarrolló su tarea mensualmente, las faltas que tuvo etc., además, los asistentes refuerzan todas las conductas cooperativas en cualquier situación.

Realizan también conductas básicas de autocuidado

y conservan en buen estado e higiene los baños, salones de clase y lugares de trabajo.

En general, si la primera parte de la rehabilitación ha sido accesible a un retardado, la segunda mantiene las condiciones creadas, puede observarse por ejemplo a los que fueron clasificados como " autistas", que sin que desaparezca totalmente el déficit en el comportamiento social, en los grupos de trabajo no permanecen aislados y realizan sus actividades, o bien, a los mongoloides en quienes se observa que han sido implementados programas de lenguaje y aún cuando tengan problemas de velocidad, se comunican perfectamente.

Una de las mayores ventajas observadas en este taller, es el hecho de poder contar con un fuerte apoyo económico, ya que, además de utilizar el dinero como reforzador, existen centros en todas las regiones, las estadísticas arrojan datos de que se tienen localizados a todos los retardados en cada región y de acuerdo a la proporción es posible el establecimiento de centros de rehabilitación, que tienen personal suficiente y materiales disponibles para cualquier actividad.

Puede mencionarse por último, la ventaja de que el personal de trabajo en los talleres (los asistentes, pedagogos etc.) lo formen tanto personas jóvenes como personas mayores, estos últimos visualizan rápidamente en la práctica el comportamiento apropiado en " x " situación y superan la inexperiencia de los jóvenes (aún cuando sus conocimientos teóricos no sean tan amplios) y los jóvenes, se orientan a las innovaciones, aceptan las críticas y tratan de remediar las deficiencias.

III ESTUDIO 1. Aplicación de técnicas de modificación de conducta, para suprimir conductas indeseables en una paciente adulta diagnosticada como esquizofrénica.

1. Resumen

Al iniciar mi actividad como psicólogo en el taller de trabajo para retardados, los directores enviaron al consultorio (lugar principal para realizar mis actividades) a una paciente adulta de 33 años de edad, diagnosticada anteriormente como esquizofrénica, que presentaba problemas al emitir conductas indeseables (abrazar, besar y recargar la cabeza en el hombro de la asistente a cargo de su grupo) interfiriendo en las actividades de la asistente y en su propio entrenamiento. Se pidió un tratamiento que disminuyera este problema y se aceptó iniciarlo.

Debido a la situación, no era posible llevar a cabo un diagnóstico conductual completo, sin embargo se obtuvo información acerca de cuales eran sus determinantes biológicos pasados⁽⁺⁾ actuales, historia previa de reforzamiento y condiciones ambientales momentáneas. Se realizaron algunas evaluaciones de los repertorios que poseía la paciente y se hicieron observaciones de su conducta en el grupo de trabajo.

Para el tratamiento, se decidió utilizar una téc-

(+) Los datos que se obtuvieron sobre los determinantes biológicos pasados, no fueron claros y esto se explica posteriormente.

nica de supresión, consistente en un tiempo fuera total, que sería aplicado por la asistente (a quien se le darían instrucciones necesarias) durante las horas de entrenamiento en su grupo de trabajo.

Se empleó un diseño ABAB introduciendo una fase de reversión como técnica de control, para asegurarse de que los cambios observados se debían efectivamente a los factores manipulados.

Se proporcionaron instrucciones a la asistente y a la paciente para registrar la ocurrencia de respuestas indeseables y simultáneamente, registrar las respuestas depresivas (que también presentaba la paciente) aún cuando no se aplicara directamente la técnica de tiempo fuera (TF) a estas últimas, con el solo objeto de observar si se producían cambios.

En los resultados obtenidos, se observó que en la línea base, la tasa de respuestas variaba entre 6 y 7 respuestas como máximo por periodo de registro (dos horas cada periodo), durante la fase B_1 de tiempo fuera, la tasa disminuyó gradualmente hasta 0 en las últimas sesiones, realizándose en total 74 sesiones para esta fase. La tasa de respuestas aumentó nuevamente en la fase A_2 de reversión, registrándose cuatro respuestas como máximo y disminuyó finalmente con la reimplantación del TF (fase B_2) a 0 respuestas por sesión. Se realizaron 134 sesiones en estas cuatro fases.

El registro de las respuestas depresivas, mostró cambios en la tasa de respuestas a través de las cuatro fases, con tres respuestas como máximo registradas en A_1 , decrementándose a dos respuestas como máximo en la fase

B₁ , aumentando a tres respuestas nuevamente en A₂ y volviendo a disminuir en B₂, sin embargo no desaparecieron y no se realizó una fase para comprobar si el decremento de estas respuestas se debía a la técnica utilizada.

2. Lugar y Sujeto

La paciente se encontraba en uno de los grupos iniciales de entrenamiento (grupo 2) en el taller de trabajo para retardados. Los datos relevantes localizados en su expediente fueron los siguientes:

- Karla de 38 años de edad, complejión delgada , 1.54 m de estatura y apariencia física normal, sufrió un ataque de tosferina (+) a la edad de dos años, causando daños irreversibles en el cerebro. En la edad adulta fué hospitalizada en tres ocasiones en el área psiquiátrica durante tres, siete y cuatro meses respectivamente. En las dos primeras se le diagnosticó esquizofrenia y en la última se anotó que su desarrollo se limitaba a los 12 años de edad.

(+) Se sabe que esta enfermedad no es ocasionada por un virus sino por toxinas y esto crea problemas de circulación locales y derrames cerebrales que producen graves y parciales daños en el cerebro. Los pronósticos son desfavorables respecto a su recuperación, sobre todo si el ataque ocurre en la edad temprana. La incidencia es alta y muchas veces produce la muerte. Cuando ya se ha contraído esta enfermedad, no debe aplicarse la vacuna porque provocaría una mayor inundación de toxinas. Médicamente se recomienda para la terapia: dosis de leucomicina, terramicina y corticosteroides. (Schlack H. 1961).

Durante su niñez y parte de la adolescencia, asistió en total 8 años a escuelas especiales de enseñanza y posteriormente al observarse que su interés, falta de iniciativa y torpeza para realizar las actividades requeridas, no mejoraba, fué enviada a un centro recreativo del cual salió a los pocos meses debido a un cambio de residencia e ingresó consecutivamente a dos lugares para trabajar realizando tareas de limpieza; de ambos fué despedida por su incapacidad para desarrollar las tareas correctamente y el despido del último lugar (un hospital) coincidió con la muerte de su padre, Karla tenía entonces 30 años de edad y a partir de esa fecha inició una etapa de depresión.

Tuvo dos hermanas y un hermano (todos se encuentran casados) y vive actualmente con su madre de 73 años de edad, que trabaja como ayudante en una oficina.

El desarrollo sexual de Karla orgánicamente ha sido normal (mantuvo relaciones con un compañero del taller por espacio de un año).

Ingresó al taller por medio de una carta familiar en la que se pedía ayuda y un lugar de trabajo, ya que una vez que acaeciera la muerte de su madre, no tendría una forma de subsistencia al ser incapaz de realizar trabajos sencillos.

El entrenamiento de Karla se ha prolongado en los dos grupos iniciales por espacio de tres años al no realizar las tareas asignadas, es muy probable que rompa objetos o sea incapaz de manipularlos, este problema también afectó su vida personal al no poder jugar con

los niños (actividad preferida de Karla) pues si rompe algún objeto o no sigue las instrucciones que se le proporcionan, es llamada " tonta", "loca", etc.

Rechaza por lo tanto todas las tareas que se le dificultan y afirma estar convencida de que no puede realizarlas.

Los datos obtenidos en las entrevistas realizadas para completar información, fueron:

La madre de la paciente reportó : que Karla asistía regularmente con su médico y este recetó medicamentos constantes: Toror (administrado en media tableta por las mañanas y al acostarse), los efectos provocados: fatiga, sueño y relajación.

- Su alimentación es básica y puede considerarse " buena" come suficiente pero su complexión es delgada.
- Manifestó que el padre de la paciente jugaba constantemente con Karla, platicaban sobre diversos temas y se ayudaban mutuamente en la realización de tareas, corroboró los datos anotados respecto a que la etapa de depresión en Karla se inició a partir de la muerte de su padre, coincidiendo con el segundo despido de su lugar de trabajo.
- Que Karla ayudaba en las tareas domésticas y se "deprimía" cuando llegaba a romper algún objeto.
- Las conversaciones con sus hermanas y niños eran frecuentes y platicaba sobre sus actividades en el taller.
- Durante la etapa depresiva en casa, Karla lloraba y respondía a las preguntas de su madre, explicando que " estaba triste al recordar a su padre", se le respondía que debía olvidar y dirigir su atención a otras

cosas.

En la entrevista a la asistente de su grupo de trabajo, se obtuvo la siguiente información:

- Karla poseía memoria a corto y largo plazo "intactas" al recordar nombres de personas, situaciones, lugares y fechas, era capaz de memorizar textos de canciones, números telefónicos, resumir sus actividades en un tiempo corto, por ejemplo semanalmente o describir cuales eran sus actividades en la infancia, ocasiones y motivos por los cuales cambiaron de residencia etc.
- Su lenguaje no tenía peculiaridades y se expresaba correctamente.
- Realizaba todas las conductas de autocuidado; ayudaba en los quehaceres domésticos, pero podía romper objetos delicados al tratar de limpiarlos y en las tareas donde debía realizar movimientos motores finos era de fi ci en te.
- En el aspecto social, solía apartarse de los demás y solo conversaba con personas específicas, preferentemente personas del equipo de asistentes, con sus compa ñe ros el contacto era mínimo.
- En cuanto a las conductas indeseables que desarrolló, (dirigidas únicamente a la asistente en el grupo de trabajo), fueron específicamente: abrazarla y/o besa ra la en la mejilla y/o recargar la cabeza en el hombro de ésta. En cada acercamiento, permanecía a su lado aún cuando se moviera, caminara o se dirigiera a otra persona.

La asistente intentó en un principio regresarla a su asiento indicándole que en esos momentos no era posible atenderla y ambas debían trabajar, la acompañaba a su asiento y permanecía alrededor de cinco minutos a su lado, hasta que la paciente se disponía a trabajar, sin embargo la frecuencia de acercamientos aumentó. Posteriormente la asistente optó por preguntarle en cada acercamiento qué esperaba de ella, tratando de "tranquilizarla" y convencerla de continuar sus tareas; la frecuencia de respuestas, no tuvo variaciones. En la última época anterior al tratamiento (se habían cumplido 6 meses y medio en esta situación) la asistente intentó "ignorar" a Karla en cada acercamiento tratando de continuar sus actividades y la situación se prolongó alrededor de dos meses más, sin que se observara ningún cambio.

Estas respuestas de acercamiento impedían trabajar correctamente a la asistente y simultáneamente disminuían el tiempo de entrenamiento para Karla.

- Respecto a las respuestas depresivas en el taller, la asistente manifestó que Karla lloraba, se negaba a trabajar y en ocasiones pedía regresar a su casa (era transportada diariamente en el autobús del taller, por razones de tiempo) y permanecía enseguida sentada en silencio negándose a contestar a las preguntas que se le hacían.
- En este caso, la asistente no había sido trasladada a otro grupo, porque su trabajo no era rotativo, tampoco la paciente podía ser transferida al encontrarse en

uno de los dos grupos iniciales (provenía del grupo 1) y sus habilidades no le permitían ingresar a uno de mayores actividades, además, regresarla al grupo anterior no era una solución, pues la distribución de esos lugares (ver plano de distribución, Fig. 2) impedía un aislamiento o separación y Karla podía regresar en cualquier momento a establecer contacto con la asistente.

La paciente fué enviada al consultorio y se le indicó que debía conocer al nuevo psicólogo, conversar y observar su trabajo para informar posteriormente al grupo sobre las actividades de esta persona.

En esta entrevista se realizó una evaluación de intraverbales, con 15 preguntas a las que la paciente contestó correctamente y se obtuvieron los siguientes datos:

- No hubo lentitud en sonidos y espaciamiento de palabras.
- No hubo tartamudeo y la intensidad de la voz fué normal.
- Se corroboró por lo tanto el dato de que su lenguaje carecía de peculiaridades y se comunicaba sin problemas.
- Se confirmó su asistencia mensual con el médico y los efectos provocados por los medicamentos, tenía sueño durante las horas de trabajo en el taller y " sentía cansancio".
- Realizaba diversas tareas en casa pero " le preocupaba" romper algún objeto y provocar " la tristeza de su madre".
- Al "estar triste", recordaba a su padre, " en quien

confiaba sus preocupaciones y problemas con la seguridad de ser comprendida y al no tenerlo más a su lado, lo extrañaba mucho".

- Que estas etapas de tristeza se presentaban en ocasiones en el taller y buscaba al asistente " su amiga" esperando su apoyo.
- Le gustaban las tareas del taller pero no podía realizar las difíciles, debido a su torpeza.

Posteriormente se llevaron a cabo algunas evaluaciones y específicamente se evaluó solamente si la paciente poseía los repertorios básicos de atención, imitación y seguimiento de instrucciones, en los resultados obtenidos se comprobó que la paciente disponía de estos repertorios. Las evaluaciones se hicieron en base a listas de palabras, objetos e instrucciones.

Se hicieron registros anecdóticos en su ambiente natural de trabajo diario (los registros se muestran en las hojas siguientes) cada registro tuvo una duración de dos horas.

3. Diseños y objetivos

Como puede observarse, la información recolectada, los registros anecdóticos y las evaluaciones realizadas, muestran los repertorios y déficits que poseía la paciente; dado que el tratamiento se pedía específicamente para disminuirlas conductas indeseables de acercamiento y de estas se sabía que la asistente era un factor esencial, se determinó que estas conductas eran mantenidas

Lugar grupo 2 en el taller de trabajo

Sujeto Karla Trumpf, 38 años

Tipo de registro anecdótico (1)

Nombre del registrador Emma B. Santarriaga

Fecha 15 de Enero de 1980

Hora de inicio 8 A.M.

Hora de término 10 A.M.

Tiempo total del registro dos horas

El salón de trabajo para este grupo 2, tiene bancas y mesas ordenadas de tal forma que los retardados deben sentarse en grupo, es decir uno frente a otro . En las paredes pueden observarse cuadros pintados por los retardados con los nombres correspondientes, se observan también fotografías de los retardados cuando han participado en excursiones , exposiciones, concursos etc. El salón tiene un cupo aproximado para 15 personas, los colores de las paredes son claros y tiene ventanas grandes a lo largo, por las cuales es posible ver la calle o avenida, sin embargo el salón es silencioso, esto es, no se escuchan demasiados ruidos del exterior. Existen estantes con diversos materiales a utilizarse, como lápices, hojas, colores, reglas, maderas, dibujos etc., también se observan cajas que contienen materiales en los que los retardados deben realizar su entrenamiento en tareas específicas.

Las labores se inician a las 8 A.M., los retardados van llegando, saludan a la asistente y se dirigen a sus asientos, algunos se detienen a hablar con otros compañeros, Karla llega sola y se dirige a su lugar en silencio, no saluda a la asistente ni a sus compañeros. Cuando todos han ocupado su lugar, la asistente inicia una explicación sobre las actividades que realizarán y les muestra los materiales. Karla dirige la vista a la asistente, pueden observarse ligeros temblores en las manos y boca, mueve además constantemente las manos y las frota una contra otra. La tarea se inicia y la asistente reparte los materiales, Karla se levanta de su lugar y se dirige a la asistente, permanece de pie tras esta última, mientras la asistente reparte materiales, cuando algún compañero se dirige a Karla, volteo la cara hacia otro lado, espera a que la asistente termine, se acerca y pasa uno de sus brazos sobre la espalda de la asistente (8:26 A.M.) , la asistente no volteo hacia ella y continúa sus actividades. Karla recarga ahora la cabeza sobre el hombro de la asistente sin bajar el brazo, permanece en silencio y únicamente dirige la vista hacia el rostro de la asistente. Karla levanta la cabeza y baja el brazo (8.37 A.M.) , se dirige a su asiento, toma los materiales de trabajo y trata de imitar lo que hace su compañero, permanece en su lugar. Karla se levanta nuevamente (9: 12 A.M.), se dirige a la asistente, pasa uno de sus brazos sobre la cintura de esta última y habla con ella, la asistente le indica su asiento y karla suelta o baja el brazo y sale (9: 22) en dirección al baño. Regresa hasta las 9:55 y salen al comedor a tomar la primera comida.

Lugar Grupo 2 en el taller de trabajo

Sujeto Karla Trumpf, 33 años

Tipo de registro anecdótico (2)

Nombre del registrador Emma B. Santarriaga

Fecha Enero 16 de 1980

Hora de inicio 8 A.M.

Hora de término 10 A.M.

Tiempo total del registro dos horas

Karla llega al salón y se dirige al estante, guarda su abrigo y bolsa, enseguida se dirige a su asiento, toma los materiales que están colocados sobre la mesa, los observa y los mueve constantemente, se levanta, se dirige a la asistente, levanta un brazo y lo coloca sobre los hombros de esta última (8: 20 A.M.), recarga la cabeza sobre uno de los hombros de la asistente y permanece en silencio, la asistente continúa sus actividades y dirige la vista hacia el resto del grupo, habla, se mueve en dirección a otros compañeros y toma materiales, en estos movimientos Karla permanece a su lado sin perder contacto físico. Karla dirige la vista hacia el rostro de la asistente y habla con ella, la asistente le contesta y señala su asiento, Karla baja el brazo y levanta la cabeza (8: 30 A.M.) se dirige a su asiento enseguida empieza a llorar y se limpia con un pañuelo las lagrimas, se recarga sobre la mesa y permanece en

silencio tapándose la cara con las manos (8: 40 A.M.) después de 10 minutos, la asistente revisa los trabajos de cada retardado, pasa junto a Karla y le dice que debe trabajar, Karla se destapa la cara y mueve negativamente la cabeza, un compañero se acerca y le pregunta porqué no trabaja, Karla solamente mueve la cabeza en forma negativa, la asistente se aleja, Karla se levanta y sale al baño (8:45), regresa (8: 50) y se dirige nuevamente a la asistente, pasa ambos brazos sobre la espalda de la asistente y recarga la cabeza en uno de los hombros de esta última (8: 58), permanece en esta posición por espacio de 10 minutos, la asistente ha continuado sus actividades, Karla se separa de ella y regresa a su asiento, toma nuevamente los materiales y los mueve, los observa, golpea con ellos ligeramente sobre la mesa, la asistente inicia la revisión de los trabajos, al pasar junto a Karla, esta se levanta y nuevamente pasa uno de sus brazos sobre la cintura de la asistente (9:25), permanece abrazándola durante cinco minutos, enseguida regresa a su asiento y toma los materiales, esta vez inicia la tarea asignada y permanece en su asiento durante 20 minutos, se levanta, se dirige a la asistente y la abraza nuevamente (9:50), recarga la cabeza y enseguida la levanta y la besa en la mejilla, se separa de ella y sale rumbo al comedor.

Lugar Grupo 2 en el taller de trabajo

Sujeto Karla Trumpf, 38 años

Tipo de registro anecdótico (3)

Nombre del registrador Emma B. Santarriaga

Fecha Enero 17 de 1980

Hora de inicio 8 A.M.

Hora de término 10 A.M.

Tiempo total del registro dos horas

Karla llega al salón, se dirige al estante y guarda sus cosas, se dirige a su asiento, saluda a sus compañeros y sonríe, se voltea, toma los materiales y con ellos se dirige hacia la asistente, levanta un brazo y lo pasa sobre los hombros de la asistente (8:10), enseguida levanta la cabeza y besa a la asistente al establecer un contacto de su boca con la mejilla, baja los brazos (8:15) le muestra los materiales y la asistente voltea y le explica cómo debe realizar la tarea, ella hace un movimiento afirmativo y regresa a su asiento, deja los materiales sobre la mesa y regresa a abrazar a la asistente (8: 25) , pasa los brazos sobre la cintura de esta última y permanece en silencio en esta posición por espacio de cinco minutos , baja los brazos, levanta la cabeza y la besa en la mejilla, regresa a su asiento. Toma los materiales, inicia la tarea, enseguida voltea hacia sus compañeros y habla con ellos, baja la vista,

los materiales resbalan de sus manos, ella intenta tomarlos nuevamente y meterlos en una pequeña bolsa, los materiales vuelven a resbalarse, Karla se levanta, se dirige hacia la asistente (9:05), la besa en la mejilla, recarga la cabeza en el hombro y permanece en esta posición por espacio de 10 minutos. Regresa a su asiento, se sienta, nuevamente saca el pañuelo y comienza a llorar, sus compañeros se acercan y le hablan ella niega con la cabeza y permanece en esta posición durante 10 minutos, sus compañeros se retiran y Karla dirige la vista hacia la asistente, se levanta, llega hasta ella y la abraza pasando sus brazos sobre los hombros, la besa en la mejilla, se separa de ella ,permanece durante 10 minutos en esta posición, baja los brazos, regresa a su asiento, se levanta, se dirige al estante, toma sus cosas, permanece cinco minutos y sale rumbo al comedor con el resto de sus compañeros despúés de guardar sus cosas.

por la atención prestada por la asistente, en primera instancia cuando al intentar la primera solución, en cada acercamiento " trataba de convencerla de regresar a su asiento" e inclusive la acompañaba y permanecía a su lado; posteriormente al conversar con ella y por último es muy probable que en datos no reportados por la asistente, la extinción no la llevara a cabo correctamente, ignorando en ocasiones totalmente esta conducta y en otras prestando atención de alguna forma, o bien, podría haber sido una fuerte resistencia a la extinción debido a la historia previa de reforzamiento de estas conductas, o posiblemente no fuera una técnica efectiva en este caso.

Se seleccionó otra técnica de supresión consistente en un tiempo fuera total (TF) que sería aplicado por la asistente en el grupo de trabajo.

Se utilizó un diseño ABAB introduciendo una fase de reversión como técnica de control, para asegurarse de que los cambios observados se debían a la técnica aplicada. Se estableció el siguiente objetivo:

"Que la paciente disminuyera la emisión de respuestas indeseables de acercamiento a la asistente, por lo menos a un 20% del promedio inicial registrado durante la línea base".

Aún cuando esta técnica no se dirigió a la modificación de respuestas depresivas, se registraron simultáneamente a las indeseables, para observar si se producían algunos cambios o permanecían sin variar.

4. Procedimiento

- Se llevaron a cabo tres registros anecdóticos (mostrados anteriormente) de dos horas cada uno, en su ambiente natural de trabajo diario. En base a estos, se definieron las conductas indeseables de acercamiento, las definiciones son las siguientes:

A Abrazar. La paciente se dirige a la asistente y pasa cualquiera de sus brazos o ambos sobre los hombros, espalda o cintura de esta última. El tiempo puede variar. En cuanto baje los brazos, el siguiente contacto se tomará por otra respuesta.

B Besar. La paciente establece un contacto de su boca con la mejilla de la asistente. El tiempo puede variar y será una nueva respuesta cuando al separar la boca de la mejilla, se establezca un nuevo contacto.

R Recargarse. La paciente inclina la cabeza y la coloca sobre el hombro de la asistente, cada vez que levante la cabeza, la siguiente inclinación sobre el hombro se tomará por una nueva respuesta.

Para registrar las respuestas depresivas, la definición es:

D Depresión. La paciente llora, se niega verbal y fisicamente a trabajar o realizar otras actividades y permanece enseguida sentada en silencio, puede o no pedir regresar a su casa. El tiempo varía de 10 a 15 minutos.

minutos.

Fase A₁ Línea Base

Se proporcionaron instrucciones a la asistente, para que junto con el psicólogo, registrara línea base simple de las respuestas indeseables y depresivas utilizando un registro de ocurrencia continua. Se decidió utilizar este registro por tres razones:

- a) Por la sencillez del registro
- b) Por no interferir en otras actividades
- c) Porque el tiempo de duración de las respuestas indeseables no variaba mucho, según pudo observarse en los registros previos.

Dado que únicamente tiene que anotarse cuantas veces ocurre la conducta en un determinado intervalo de tiempo, es de fácil comprensión a la paciente y a la asistente, quienes llevan a cabo los registros; además, la asistente debe realizar otras actividades y atender al resto del grupo, por lo tanto, un registro más complejo o que requiriera de mayor atención, no lo puede realizar; por último, la medida temporal se excluye aun cuando puede reportar datos de interés por las causas mencionadas y basándose en que la variación de la duración de estas respuestas indeseables, no es mayor de 15 minutos en cada acercamiento.

La duración de los periodos de registro constó de dos horas cada uno, no se establecieron criterios de estabilidad y la fase terminó cuando en los datos que

iban siendo graficados, no se observó una variación muy grande de sesión a sesión. La confiabilidad no debería ser menor a 80% y se obtuvo dividiendo el número menor de observaciones (observador A) entre el número mayor de observaciones (observador B). Los datos obtenidos se graficaron de acuerdo a la tasa de respuestas ($N/t = \text{frecuencia sobre tiempo}$). La forma de registro se muestra en la Fig. 9

Fase B₁

Se dieron instrucciones a la asistente para que aplicara tiempo fuera total cada vez que se presentara una conducta de acercamiento.

Este último consistió en sacar a la paciente fuera del cuarto de trabajo, alejándola inmediatamente de la emisión de una respuesta, la asistente la tomó de la mano y la condujo hasta la puerta de salida con instrucciones como: " debes buscar "x" material en el grupo 6 y cuando lo tengas regresas y debes trabajar".

El asistente del grupo 6, recibió indicaciones de introducir a la paciente en un cuarto de almacenamiento, cada vez que se presentara con la orden de buscar material, ninguna persona debería estar presente en el cuarto además de la paciente, le indicaría que buscara el material, saldría y cerraría la puerta; el asistente regresaba en un lapso de 15 minutos y le preguntaba si había encontrado el material permitiéndole la salida y regreso a su grupo de trabajo.

El registro de ocurrencia continúa en esta fase,

FIG. 9 Modelo de registro utilizado para registrar las respuestas indeseables de acercamiento y las de depresión.

FECHA.		NOMBRE PACIENTE				
PERIODOOS →	LUNES 2HRS	MARTES 2HRS	MIERCOLES 2HRS	JUEVES 2HRS	VIERNES 2HRS.	
A	x x	x x	xx	x	x	
B	xxx	-	xx	x	xxx x	
R	x	-	x	xx	-	
D	-	x	-	x	x	
TOTAL	6	3	5	5	6	

A - ABLAZAR
 B - BRESAR
 R - RELARGARSE
 D - DEPRESIÓN.

x - RESPUESTA
 - NO HUBO RESPUESTA

OBSERVACIONES:

FIRMA ASISTENTE.

lo llevaron a cabo la asistente y la paciente, en entrevistas previas se estableció con esta última, que reportaría todas las veces que besara, abrazara o se recargara en la asistente e igualmente las veces que "se sintiera triste". El registro lo llevó a cabo durante las dos primeras horas iniciales de su entrenamiento en el taller (de 8 a 10 A.M.) puesto que durante este tiempo, el grupo 2 no realizaba otras actividades permaneciendo en el salón de trabajo.

Se cotejó periódicamente la confiabilidad de los registros, cada cinco sesiones en que se asistió al salón con el pretexto de observar las tareas que realizaban en este grupo. La confiabilidad al igual que la fase anterior, debía variar entre 80 y 100% y no se establecieron criterios para finalizar la fase, únicamente y de acuerdo al objetivo, trataría de finalizarse cuando se observara en la gráfica un decremento aproximado al 20% del promedio obtenido en la línea base.

Fase A_2

Reversión

Se llevó a cabo reversión de las condiciones a las que prevalecían durante el registro de línea base inicial (A_1).

Se retiró el tiempo fuera y se permitió nuevamente a la paciente permanecer al lado de la asistente en cada acercamiento.

Se continuó el registro de ocurrencia continua con el mismo requisito de confiabilidad para los regis-

tros que en las fases anteriores y no se establecieron criterios para finalizarla, únicamente se previó que en cuanto se observara una variación no muy grande de sesión a sesión, podría terminarse la fase.

Fase B₂ Reimplantación del TF

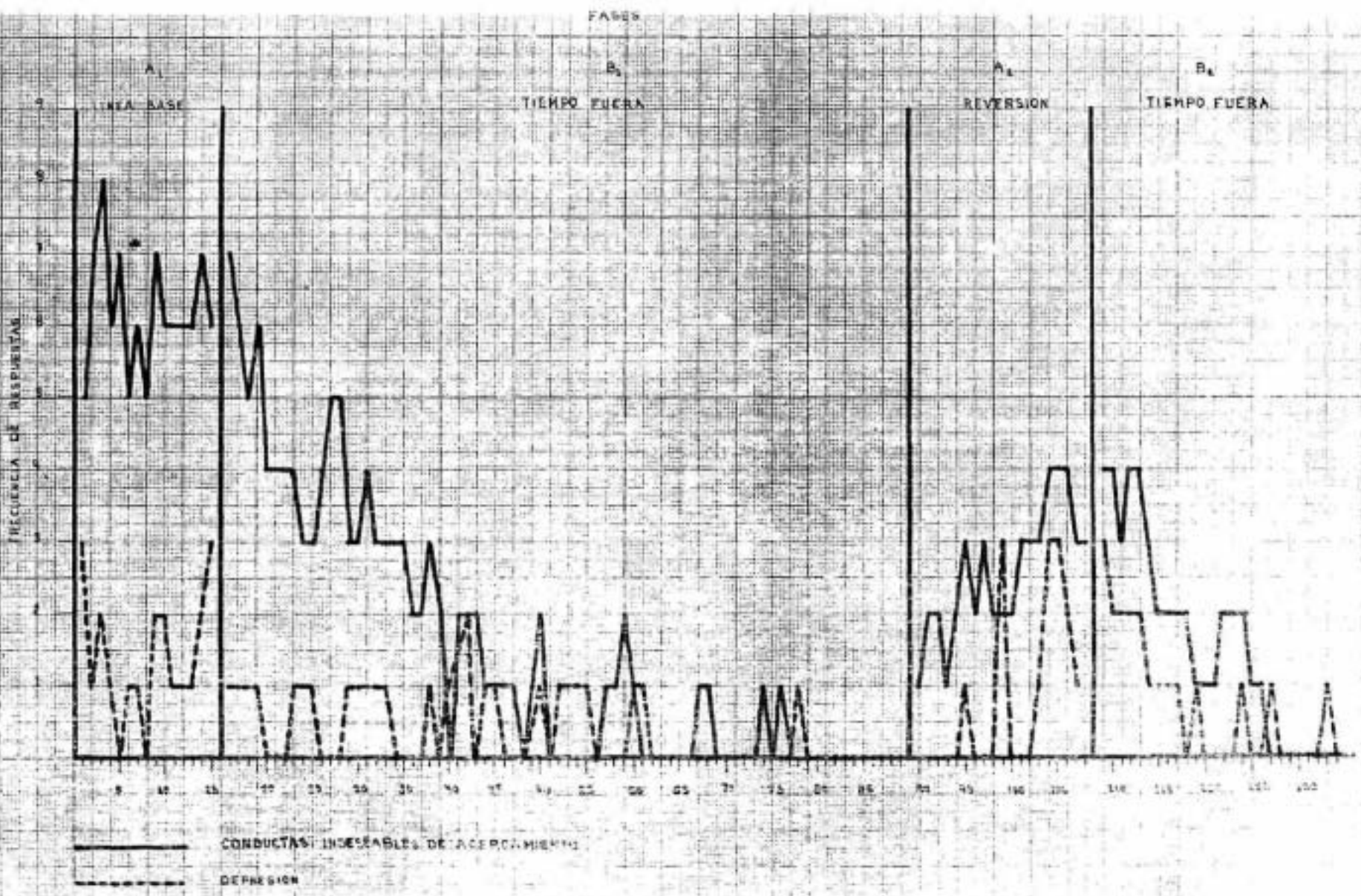
Nuevamente se reimplantaron las condiciones de la fase B₁ aplicando TF total a cada respuesta de acercamiento. La confiabilidad no debería ser menor de 80% y se terminó la fase cuando se observó un mínimo de respuestas como el obtenido en las sesiones finales de la fase B₁.

5. Resultados

Durante los registros anecdóticos, la paciente ignncró ser observada.

Fase A₁

En el registro de línea base, se abarcaron 15 sesiones en total, el promedio de respuestas fué de 6.2 y alrededor de la sesión 10, se inició una variación pequeña de sesión a sesión, consistente en una respuesta como variación máxima (ver gráfica 1). La confiabilidad obtenida entre los registros de la asistente y la psicólogo, variaron entre 90 y 100%.



GRAFICA V

Fase B₁

Esta fase finalizó en la sesión 89 y se observó un decremento paulatino. Obteniendo el 20 % del promedio inicial (6.2), se obtuvo 1.24, por lo tanto, se calculó que como mínimo debía obtenerse una respuesta por periodo de registro para finalizarla.

En la gráfica puede observarse que en las sesiones 16,17 y 18 hubo un decremento consecutivo, en la sesión 19 subió la tasa a 6 respuestas, para bajar y permanecer de la sesión 20 a la 23 en cuatro respuestas por sesión, en las sesiones 24 y 25, se registraron tres respuestas por sesión y en las tres sesiones siguientes hubo un aumento a cinco respuestas nuevamente; en las sesiones 29 y 30 se registraron tres respuestas, en la 31 subió a cuatro y de la 32 a la 35 se registraron tres respuestas en cada sesión, en las sesiones 36 y 37 el nivel bajó a dos respuestas y en la sesión 38 subió a tres, en la sesión 39 se registraron dos respuestas y en la sesión 40 no se registró ninguna respuesta y el nivel bajó por primera vez a 0; en las sesiones 41,42 y 43 hubo dos respuestas por sesión, en las sesiones 44,45,46 y 47, se registró una respuesta por sesión. El nivel bajó por segunda vez a 0 en la sesión 48, en la sesión 49 el nivel subió a una respuesta y en la 50 nuevamente a dos, en la sesión 51 bajó a 0 y de la 52 a la 55, se registró una respuesta por sesión, en la sesión 56 el nivel bajó a 0 y en las sesiones 57 y 58 se registró una respuesta por sesión, en la sesión 59 dos respuestas, en la 60 una y en la 61 el nivel bajó a 0 y se mantuvo

durante 6 sesiones en este nivel, en las sesiones 67 y 68 se registró una respuesta por sesión y de la sesión 69 a la 73, el nivel bajó y se mantuvo en 0; en la sesión 74 hubo una respuesta, en la 75 no se registraron respuestas y en la 76 se presentó una respuesta. El registro se continuó durante 13 sesiones más y el nivel se mantuvo en 0, la fase se dió por terminada.

La confiabilidad obtenida en los registros de la asistente y la paciente cotejados cada 15 sesiones, varió entre 90 y 100%.

Fase A₂

Se realizaron 18 sesiones para la reversión, hubo un incremento marcado en la tasa de respuestas aunque no se llegó a alcanzar el nivel observado en la fase A₁, en la sesión 90 hubo una respuesta, en las sesiones 91 y 92 se registraron dos respuestas, en la sesión 93 nuevamente hubo una respuesta, en la sesión 94 hubo dos respuestas, en la 95 hubo tres, en la 96 dos y en la 97 tres respuestas, en las sesiones 98, 99 y 100 hubo dos respuestas y en las sesiones 101, 102 y 103 tres respuestas en cada una, en las sesiones 104, 105 y 106 hubo cuatro respuestas por sesión y finalmente en las sesiones 107 y 108 se registraron tres respuestas en cada una, dado que a partir de la sesión 103, la variación entre sesión y sesión no fué mayor de una respuesta, se finalizó la fase (esto se observó sobre los datos que iban siendo graficados).

La confiabilidad obtenida entre los registros de la asistente y la paciente, varió entre 90 y 100%.

Fase B₂

En esta fase se realizaron 25 sesiones. En la sesión 109 se registraron cuatro respuestas al igual que en la 110, en la sesión 111 hubo tres respuestas, en las sesiones 112 y 113 hubo cuatro respuestas, en la sesión 114 hubo tres respuestas y de la 115 a la 118 hubo dos respuestas por sesión, de la sesión 119 a la 121, hubo una respuesta por sesión y en la 122, 123 y 124 hubo dos respuestas por sesión, en las sesiones 125 y 126 hubo una respuesta y a partir de la sesión 127 el nivel bajó y se mantuvo en 0 hasta la sesión 134.

La confiabilidad obtenida entre la asistente y la paciente, varió entre 90 y 100%.

La frecuencia de respuestas depresivas registradas simultáneamente a las respuestas indeseables, puede observarse en la línea punteada de la gráfica 1.

Al igual que la LB de respuestas indeseables, su registro en la fase A₁ se suspendió en la sesión 15. En la primera y en la última sesión puede observarse que se presentaron tres respuestas como máximo y en las sesiones intermedias, el nivel varió entre una y dos respuestas, no registrándose ninguna respuesta únicamente en las sesiones 5 y 8.

En la fase B₁ el nivel subió a dos respuestas por

sesión solo en una ocasión (sesión 42) ; en las sesiones: 20,21,22,26,27,28,34,35,36,37,39,43,46,47,48,51-56 57,58,59,62 -73 y 79-80, no hubo respuestas y el nivel se mantuvo en 0; en las sesiones restantes hubo una respuesta por sesión.

En la fase A_2 , hubo nuevamente tres respuestas en las sesiones: 99 104 y 105 y en las sesiones 103 y 106 hubo dos respuestas, en las sesiones 95, 103 y 107 hubo una respuesta, en las sesiones restantes el nivel se mantuvo en 0.

En la fase B_2 se observó un decremento de tres respuestas en la sesión 109 a dos respuestas en las sesiones 110,111,112 y 113 y nuevamente se decrementó a una respuesta en las sesiones 114,115,116, y 117 y a 0 respuestas en la sesión 118, en las sesiones 119, 124, 127 y 133 hubo una respuesta y en las sesiones 120, 121,122,123,125,126, y de la 128 a la 132 no hubo respuestas.

Otros datos

En la sesión 61 se obtuvo información de que la asistente había olvidado o sus actividades no le habían permitido aplicar el TF en cuatro sesiones y únicamente había ignorado la conducta. La asistente recibió nuevas instrucciones para que no dejara de aplicar TF en cada emisión de una respuesta.

En la sesión 44, la fase de tratamiento fué interrumpida durante 15 días por causa de la excursión anual

que organiza el taller, pero se continuó sin mayores problemas cuando la paciente regresó.

A partir de la sesión 40 de la fase B₁, la paciente reportó que había acudido con el médico y le había pedido que retirara los medicamentos, puesto que empezaba a " sentirse muy bien" y no los necesitaba, el médico aceptó retirarlos, pero alrededor de la sesión 95 (reversión) la paciente asistió nuevamente con el médico para pedirle " tranquilizantes", alegando que los malestares habían vuelto, el médico proporcionó el medicamento solamente por las noches.

6. Discusión

Como puede observarse, no fué posible realizar un diagnóstico conductual completo. En las observaciones, registros, entrevistas y revisión del expediente, se obtuvo en parte información de los aspectos en los que la paciente poseía déficits e igualmente se determinaron sus repertorios básicos.

Estos déficits de acuerdo a nuestra introducción, permiten colocar a esta paciente en el área de retardo y olvidarnos de las clasificaciones previas que se habían diagnosticado.

- Es probable que la paciente requiriera otros tratamientos en primera instancia, sin embargo, se ha mencionado que los directores y los asistentes pedían específicamente que se trataran las conductas inde-

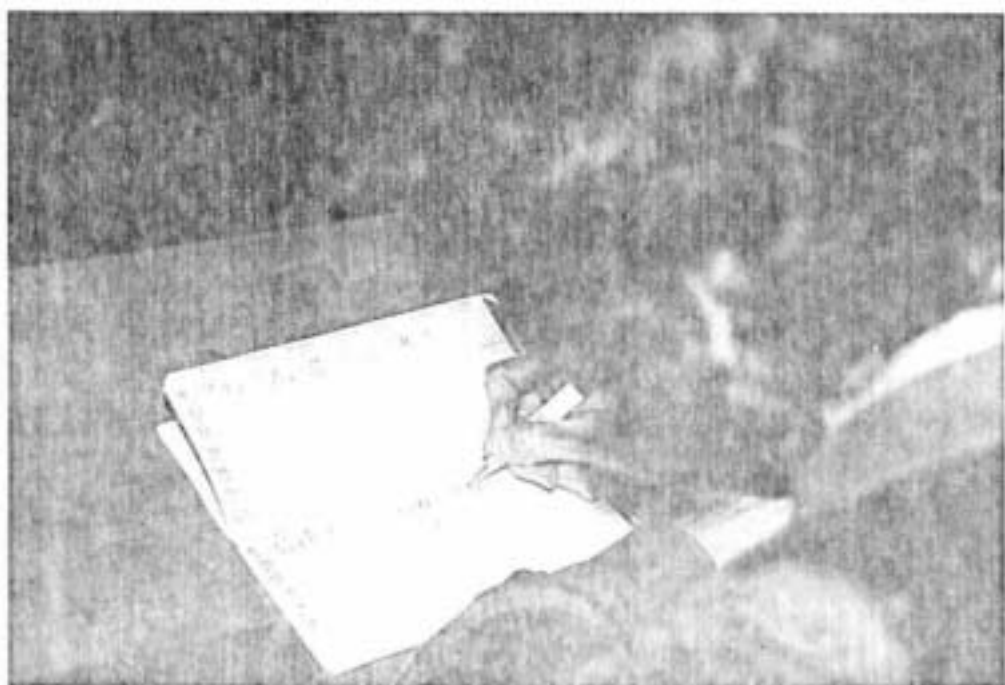
seables de acercamiento.

- NO se logró obtener información acerca de cuales eran los daños cerebrales irreversibles que se habían diagnosticado.
- En cuanto a la historia previa de reforzamiento de la paciente, puede observarse que el padre constituía una fuente de reforzamiento, no recibía adecuado reforzamiento del medio (por ejemplo, cuando fué despedido de dos lugares de trabajo) e igualmente sus conductas indeseables la alejaban de posible reforzamiento positivo por parte de la asistente a cargo de su grupo desde que había iniciado conductas indeseables.
- Respecto al tratamiento, es posible que un registro que incluyera una medida temporal, hubiera sido más acertado y hubiera reportado datos importantes, esto, como ya se ha explicado no fué posible realizarlo porque el asistente que registraría, realizaba otras actividades y atendía al resto del grupo, la paciente lo llevó a cabo sin problemas demostrando que en este caso la cualidad de sencillez era primordial y por último, en registros previos y datos reportados por la asistente, cada acercamiento no pasaba de 15 minutos.
- El TF se llevó a cabo sin mayores problemas, los asistentes cooperaron realizando todas las instrucciones que recibían y solamente hubo una excepción de cuatro sesiones en las que la asistente que aplicaba el TF, solo aplicó extinción.
- La fase de tratamiento puede considerarse extensa, sin embargo, la aplicación de esta técnica permitió ba-

jar y mantener el nivel de la tasa de respuestas en 0, por lo tanto su aplicación fué efectiva.

- Hubo cambios en la tasa de respuesta depresivas y aún cuando las respuestas no desaparecieron, los cambios se observan en la gráfica de acuerdo a los de las respuestas indeseables, no se realizó una fase adicional para establecer si existía una correlación con la técnica de TF.
- La reimplantación del TF después de la fase de reversión y el incremento y el decremento observados en el nivel de la tasa de respuestas, demostró finalmente que no se logró solamente reducir la frecuencia de respuestas indeseables, sino se suprimieron totalmente, por lo tanto, los resultados son significativos.
- El no establecer criterios de cambio a priori en las fases, para determinar en qué momento debía terminar la fase y considerar que el criterio se había cumplido) constituye un error metodológico en el tratamiento, en este caso no hubo problemas adicionales pero sobre la práctica se observó la necesidad de terminarlo.

Karla anotando en su cuaderno de registros el total de respuestas de acercamiento en una sesión.



Karla en su grupo de trabajo en las sesiones finales del tratamiento.





ESTUDIO 2. Aplicación de técnicas de modificación de conducta para suprimir conductas auto-destructivas en una paciente adulto con lesiones cerebrales irreversibles.

1. Resumen **IZT. 1000211**

El caso de esta paciente de 21 años de edad, sin clasificación (únicamente se había anotado en su expediente que tenía lesiones cerebrales irreversibles), fué enviada al consultorio por los directores del taller, especificando que emitía conductas autodestructivas al peinarse, las cuales además del daño físico, le restaban tiempo de entrenamiento en su grupo e interferían en las actividades de los asistentes; se pidió un tratamiento para este problema y se aceptó iniciarlo.

Ante la imposibilidad de llevar a cabo un diagnóstico conductual completo, dado que se pedía un tratamiento para un problema específico, se reunió información de la paciente respecto a factores biológicos presentes, historia previa de reforzamiento y condiciones ambientales momentáneas, de los determinantes biológicos pasados sólo se obtuvo el dato de que los daños irreversibles provenían de problemas perinatales.

Para el tratamiento se utilizó una técnica de supresión a través de sustitución de estímulos y reforzamiento diferencial de otras conductas. Se usó un diseño ABAB introduciendo una fase de reversión como técnica

de control, previendo que no implicaría un daño para la paciente si antes se lograba la sustitución de estímulos.

Se realizó un registro de ocurrencia continua y en la fase A_1 de línea base simple, se observó una respuesta de tasa elevada, considerando que se producían daños físicos. Se llevó a cabo enseguida la sustitución del peine real por uno de papel y cuando se consideró que esta se había logrado, se inició la fase B_1 aplicando RDC. Se observó una disminución en la tasa de respuestas y se realizaron 27 sesiones en esta fase, en A_2 (reversión), la tasa de respuestas aumentó nuevamente con un máximo de 14 respuestas por sesión y se logró llevar a cabo con el estímulo que había sido sustituido, por lo tanto no implicó un nuevo daño para la paciente. Al reimplantar el RDC en la fase B_2 , se realizaron 25 sesiones más y la tasa de respuestas disminuyó nuevamente hasta 0 comprobando que los cambios se debían a la técnica aplicada.

2. Lugar y Sujeto

Sabine asistía al grupo 1 de entrenamiento en el taller de trabajo. Para obtener la información sobre la paciente, se revisó el expediente, se hicieron entrevistas a familiares, asistentes, registros anecdóticos y algunas evaluaciones de repertorios.

Los datos encontrados en el expediente fueron los

siguientes:

- Sabine de 21 años de edad, complexión delgada, 1.60 m de estatura y apariencia física normal (sin defectos físicos) sufrió problemas perinatales y esto causó daños cerebrales irreversibles (carecía de clasificación y no se especificaba en qué consistían los daños).
- Tuvo dos hermanas y un hermano (actualmente casados) y fué la menor en su familia. El padre murió cuando Sabine cumplió 16 años de edad y la madre tres años después del fallecimiento de su esposo a causa de una úlcera estomacal, a los 51 años de edad. Al morir la madre, Sabine asistía a uno de los talleres de trabajo y fué conducida a uno de los hogares relacionados; a partir de esa fecha inició una conducta repetitiva al peinarse constantemente, la cual posteriormente se convirtió en autodestructiva.
- Asistió a escuelas especiales de enseñanza y en total recibió 10 años de instrucción básica y otros tratamientos. No ha tenido hospitalizaciones.
- Un año después de ingresar a uno de los talleres de este centro, fué transferida a otro por razones de transporte.

Los datos obtenidos en la entrevista con la asistente del hogar a cargo de Sabine, fueron los siguientes:

- Asiste mensualmente con el médico pero no toma medicamentos.
- Su alimentación es controlada y balanceada, sin embargo comía en pequeñas cantidades argumentando que no

- deseaba subir de peso , el médico determinó que esto no era necesario tratarlo.
- Poseía un correcto desarrollo de conductas motoras finas y en las gruesas tenía ligeros espasmos y sus movimientos eran lentos.
 - Realizaba todas las conductas de autocuidado y en ocasiones solo requería asesoría para vestirse.
 - Su lenguaje era lento y de bajo volumen, no terminaba todas las oraciones y para que contestara o hablara por iniciativa propia, era necesario instigarle; podía sin embargo hablar frases a un volumen mayor, estas frases siempre aludían a su belleza como: "lindo cabello", "lindo vestido", "yo soy bonita" etc.
 - Buena discriminación de objetos, personas y situaciones, memoria a corto y largo plazo intactas al recordar nombres de personas, situaciones, lugares, fechas, hechos pasados o recientes, inclusive ejercitaba memorizando letras de canciones modernas.
 - Tenía ilusiones y frecuentemente fijaba la vista en un punto y sonreía sin atender a los que le hablaban.
 - Socialmente tenía contacto con todos sus compañeros y trataba de ayudarlos en cualquier tarea, pero no establecía contacto estrecho con alguna persona,
 - Compartía su cuarto en el hogar con una compañera y conversaba con ella. En ocasiones rechazaba la ayuda que se le ofrecía.
 - Podía trabajar en forma constante durante horas y suspender el trabajo hasta que se le indicara.

- Cuidaba especialmente de su apariencia física (vestidos, bañarse, peinarse, usaba perfumes y cosméticos en general).
- Obedecía a todas las instrucciones y cuando llegaba a recibir alguna censura, lloraba.
- Permanecía durante horas peinándose, pero no llegaba a hacerlo correctamente y se lastimaba las orejas, cuello y frente. En ocasiones se le había encontrado hasta la 1 A.M. en esta "actitud" y se le retiraban las manos impidiendo que las llevara a las zonas lastimadas, se retiraba el peine y se le ordenaba acostarse.
- Se le cortó el cabello como medida de control, de tal manera que las orejas, cuello y frente quedaban perfectamente visibles, se le dieron instrucciones para que al peinarse se dirigiera ante un espejo y observara si lo hacía correctamente. No recibió un entrenamiento en forma para realizarlo.

Los datos obtenidos en la entrevista con el asistente a cargo de su grupo en el taller de trabajo, fueron:

- La conducta autodestructiva emitida por Sabine, consistía en tomar constantemente un peine y sin llegar a peinarse correctamente lo pasaba sobre sus cabellos, a medida que aumentaba la fuerza de estos movimientos, bajaba el peine a la altura de la frente, las orejas y el cuello lastimando estas zonas hasta sangrarlas. Durante estas emisiones lanzaba gritos agudos y reía constantemente. Esto había provocado una infección en

las zonas mencionadas, era atendida por una enfermera pero volvía a lastimarse.

- A la vista de las heridas infectadas, sus compañeros empezaron a evitar acercarse a ella y en los asistentes provocó reacciones como: alejarse de ella, no mirarla directamente cuando se le hablaba, retirarle las manos fuertemente en el momento de lastimarse, etc.
- Dado que la frecuencia de estas respuestas era alta y siempre emitía risas y gritos, interrumpía el trabajo general y las actividades que realizaba.
- Los asistentes de este grupo eran rotativos y en las observaciones diarias podía observarse que habían aplicado: censura verbal e instrucciones al grupo para ignorar esta conducta y no se observaron resultados positivos. Estas respuestas tenían un año de haberse presentado.

Los datos obtenidos en la entrevista a la hermana de la paciente fueron los siguientes:

- Los hogares para retardados tienen una regla, respecto a que cada dos fines de semana pueden visitar y permanecer con sus familiares dos días.
Por disposición del esposo de la hermana, Sabine asistía solo un fin de semana mensual a su casa ya que su presencia había provocado fuertes discusiones, el esposo no deseaba que sus hijos alternaran con una retardada.
- Se determinó que cuando Sabine permaneciera en casa y emitiera alguna conducta indeseable (como la de tomar

el peine) sería conducida al balcón permitiéndole la entrada a su cuarto hasta la hora de dormir; se dieron instrucciones a los niños de no jugar ni dirigirse a ella y retirarle el peine al conducirla al balcón.

Algunas de las evaluaciones que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

Atención, imitación, seguimiento de instrucciones y repertorios académicos. Para las tres primeras se elaboró una lista con objetos a señalarse, acciones a imitar e instrucciones y para los repertorios académicos se realizaron pequeñas pruebas con operaciones aritméticas, textos y palabras a escribir. Los resultados indicaron que poseía los repertorios básicos y : a) podía contar hasta el 30 b) leer y escribir textos fáciles (con un vocabulario reducido) c) dibujar e iluminar como se muestra en la Fig. 10

Otros datos obtenidos:

- Era capaz de identificar la hora en el reloj y orientarse respecto a caminos y lugares.

3. Diseños y objetivos

Como anteriormente las asistentes emplearon técnicas para suprimir las conductas autodestructivas como: censura verbal, ignorar (al dar instrucciones al grupo para retirar la atención), y los familiares TF total

Fig. 10
Dibujos realizados
per Sabine.



Sabine
50 m d-

(cuando era conducida al balcón, aún cuando el intervalo de tiempo era muy largo), se decidió utilizar una de las técnicas de supresión y aplicarla a través de sustitución de estímulos y reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) .

El objetivo de este estudio fué: " sustituir el peine por otro de propiedades menos peligrosas y posteriormente suprimir esta conducta en su grupo de trabajo durante su entrenamiento diario en las tareas asignadas".

Se utilizó un diseño ABAB introduciendo una fase de reversión como técnica de control, esta se realizó aún cuando en un caso en donde pueda implicar un nuevo daño para la paciente , no debe aplicarse, sin embargo se planeó la fase de sustitución de estímulos previa a B_1 , A_2 y B_2 , de esta forma se controla en parte este aspecto, además el tiempo de duración de esta conducta era muy grande (tenía un año de haberse iniciado) y por otra parte se requería de una demostración muy clara a los asistentes de que sí se producían cambios, se debían a la técnica aplicada.

4. Procedimiento

Se realizaron tres registros anecdóticos de dos horas cada uno, los cuales se muestran en las hojas posteriores y se definió la respuesta, la definición es la siguiente:

Lugar Grupo 1 en el taller de trabajo

Sujeto Sabine Schmidt, 21 años

Tipo de registro anecdótico (1)

Nombre del registrador Emma B. Santarriaga

Fecha 20 de Enero de 1980

Hora de inicio 11 A.M.

Hora de término 13 P.M.

Tiempo total de registro dos horas

El salón de trabajo para el grupo 1 , es espacioso, se calcula un cupo para 20 personas y solamente trabajan 12, tiene grandes ventanas a lo largo por las cuales puede observarse la avenida, sin embargo es un lugar silencioso; está comunicado con el salón del grupo 2 y no existe una puerta que pueda cerrarse de tal forma que queden separados, de esta forma, el acceso es libre. Pueden observarse anaqueles y estantes para guardar ropa (abrigos y bolsas) y para almacenar materiales de trabajo y trabajos terminados. Existe un lavabo y toallas en donde al terminar las tareas, los retardados pueden lavarse las manos o el material utilizado que lo requiera. Las paredes son de color claro y están tapizadas de dibujos y cuadros que han hecho los retardados. Las mesas y sillas están alineadas en círculo y esto facilita el trabajo en grupo.

A las 11, ya todos los retardados de este grupo deben encontrarse en sus lugares (después de la pausa

para el desayuno). Sabine regresa a las 11:05, se dirige al estante, saca su bolsa, la abre, toma su peine y lo dirige hacia sus cabellos, no establece o produce un contacto y solamente imita la acción de peinarse, en este tiempo, emite pequeños gritos y sonríe, fija la vista en dirección a la pared y comienza a sonreír emitiendo gritos más agudos que los anteriores. Enseguida (aproximadamente duró esta conducta cinco minutos, guarda el peine en la bolsa de su vestido y se dirige a su asiento. Toma los materiales con los que trabaja el resto de sus compañeros e inicia la tarea, permanece en esta posición por espacio de 20 minutos, levanta la cabeza, fija la vista en la pared (dirección a la pared) y sonríe, nuevamente saca el peine y lo dirige hacia los cabellos, esta vez emite gritos más agudos e intermitentemente sonríe y expresa frases como: "lindo cabello" en forma repetitiva (11:35). baja el peine a la altura de la frente y en un movimiento rápido toca y lastima esta zona, sonríe, nuevamente levanta el peine y vuelve a pasarlo por la frente, la herida sangra esta vez, el asistente se dirige a ella y retira rápidamente las manos y el peine (11:40), le indica que debe trabajar, Sabine sonríe y procede a realizar su tarea. El asistente regresa con un pañuelo y limpia la herida, Sabine levanta la cabeza, sonríe, procede a continuar su tarea, a las 12:30, Sabine se levanta y se dirige al asistente, le pide el peine, el asistente se niega, Sabine permanece a su lado y se niega a regresar a su asiento, emite frases a muy bajo volumen y permanece en pie hasta la 1 P.M.

Lugar grupo 1 en el taller de trabajo

Sujeto Sabine Schmidt, 21 años

Tipo de registro anecdótico (2)

Nombre del registrador Emma B. Santarriaga

Fecha 21 de Enero de 1980

Hora de inicio 11 A.M.

Hora de término 13 P.M.

Tiempo total de registro dos horas

Sabine llega al salón de trabajo con el peine en la mano, se sienta, dirige el peine hacia los cabellos y sin llegar a producir un contacto, emite agudos gritos y risas, habla frases en forma repetitiva y permanece en esta posición por espacio de cuatro minutos, guarda el peine en su bolsa del vestido, toma los materiales de trabajo, después de tres minutos saca nuevamente el peine, lo dirige hacia los cabellos y en un rápido movimiento lo baja a la altura del cuello y lastima esta zona, sus compañeros le hablan diciéndole que debe trabajar y le indican que guarde silencio. Sabine deja el peine sobre la mesa y toma nuevamente los materiales de trabajo, voltea hacia sus compañeros y sonríe, fija la vista en dirección hacia la pared y habla a bajo volumen. Toma el peine nuevamente, dice frases repetitivas a un volumen mayor, como " yo soy bonita", sus compañeros vuelven a indicarle que guarde silencio, Sabine to-

ma el peine y lo dirige hacia los cabellos, sonrío, en otro movimiento pasa el peine por el cuello y lo mueve dos o tres veces, sin embargo estos contactos no lastiman esta zona. Enseguida levanta el peine y sonrío, baja el peine a la altura de la frente y se lastima ligeramente, el rasguño queda marcado pero la herida no sangra. Es observable que el día anterior anterior las heridas fueron lavadas. Sabine deja el peine sobre la mesa y realiza la tarea asignada. A los tres minutos vuelve a tomarlo nuevamente y dirige el peine hacia el cuello, sonrío, no se produce el contacto. Deja el peine nuevamente sobre la mesa, toma los materiales, levanta la cabeza, dirige su vista hacia los compañeros y enseguida al asistente, este desvía la mirada en otra dirección, Sabine sonrío, toma el peine y lo dirige a los cabellos, habla frases repetitivamente siempre alusivas a su belleza, baja el peine a la altura de las orejas y en rápido movimiento lastima la oreja derecha hasta sangrar las heridas anteriores, el asistente se dirige a ella y sin mirarla directamente retira fuertemente las manos, el peine y le entrega nuevos materiales. Sus compañeros próximos se levantan y acuden a observar la heridas de Sabine que sangran, el asistente sale y enseguida regresa acompañado del médico, llevan a Sabine al consultorio. A las 12:50 , Sabine regresa con las heridas vendadas, toma su bolsa y se dirige al comedor (segunda pausa para tomar alimentos).

Lugar grupo 1 en el taller de trabajo

Sujeto Sabine Schmidt, 21 años

Tipo de registro anecdótico (3)

Nombre del registrador Emma B. Santarriaga

Fecha 22 de Enero de 1980

Hora de inicio 11 A.M.

Hora de término 13 P.M.

Tiempo total de registro dos horas

Sabine llega a su grupo de trabajo, se dirige a su asiento con su bolsa, se sienta, comienza a sacar diversos objetos, perfumes, collares, anillos, cosméticos, un pequeño espejo, su peine etc. Deja todo sobre la mesa, toma uno de los perfumes y lo abre, lo lleva a la nariz, lo retira, sonríe, se pone un poco en el cuello y la blusa, lo cierra, deja el perfume sobre la mesa, el asistente se acerca y le indica que guarde todo e inicie la tarea asignada. Sabine obedece las instrucciones, levanta la cabeza y sonríe, dirige la vista a sus compañeros, esta vez realizan actividades de descanso y tienen materiales como: hojas, colores, libros con imágenes etc. Sabine toma un libro y lo abre, fija la vista en las páginas y sonríe, toma el peine y lo coloca frente al libro encima de la mesa, toma nuevamente el libro y vuelve a la posición anterior, sonríe y voltea las hojas del libro, se acerca una compañera y toma el peine de Sabine, esta levanta la cabeza y emite un pequeño grito, el

asistente se acerca, Sabine habla y señala su peine, el asistente le indica a la compañera que regrese el peine pero esta se dirige al espejo y lo lleva consigo, Sabine habla a bajo volumen y se niega a seguir con el libro u otros materiales, señala el peine, el asistente se dirige a la compañera, le quita el peine y lo regresa a Sabine colocándolo sobre la mesa y advirtiéndole que no debe tomarlo. Sabine sonríe y obedece la instrucción, toma una hoja y lápices de colores y voltea alternativamente al peine , sonríe, toma nuevamente el libro y lo abre, sonríe, voltea hacia el peine y a la compañera que había tomado el peine anteriormente, continúa con el libro, después de 15 minutos aproximadamente, toma el lápiz y dibuja sobre la hoja, después procede a iluminar, volteando hacia el peine pero no vuelve a tomarlo hasta la hora de salida.

A Autodestrucción. La paciente toma el peine y lo dirige hacia el cabello, frente, orejas o cuello y emite gritos o risas. En el momento que suelte el peine, la siguiente vez que lo tome será una nueva respuesta.

El contacto con las zonas lastimadas puede producirse, pero basta con que el peine sea dirigido a estas para tomarlo como una respuesta.

Como puede observarse, la medida temporal fué excluida, esto en base a las observaciones y datos obtenidos en los registros anecdóticos.

Fase A₁

Aún cuando no se intervenía en ninguna forma en las conductas de la paciente (enseguida se hizo sustitución), se realizó el registro de línea base simple; la fase terminaría cuando no se observara una variación muy grande de sesión a sesión, no se establecieron criterios y la confiabilidad no debería ser menor de 80%. La forma de registro se muestra en la Fig. 11 y se eligió por la sencillez que presenta y por no interferir con otras actividades.

Posteriormente (a los registros de línea base) se inició la fase de sustitución de estímulos en la forma siguiente:

Sustitución de Estímulos

Hasta donde se obtuvo información, no existe un caso similar en donde se realice sustitución previa a

FIG. 11 Modelo de registro de frecuencia de respuestas utilizado para registrar las respuestas autodestructivas.

FECHA _____

NOMBRE _____

REGISTRO No. _____

INICIA : _____ FIN: _____

OBSERVADOR

LUNES	Δ Δ Δ Δ	-----	4
MARTES	Δ Δ	Δ	3
MIERCOLES	Δ Δ Δ	Δ Δ	5
JUEVES	Δ		1
VIERNES	Δ Δ Δ		3
			TOTAL.

OBSERVACIONES:

FIRMA

la aplicación de supresión. Esta fase se llevó a cabo en base a las siguientes observaciones:

1. Que la paciente no emite en su respuesta más que un leve contacto con sus cabellos sin llegar a peinarlos en la mayoría de las ocasiones y en cambio aumenta la fuerza en las zonas lastimadas.
2. Que siempre utiliza el mismo peine y por sus propiedades este objeto llega a lastimarla.
3. Que en el lugar de trabajo y en las tareas diarias, coloca el peine en un lugar visible y realiza la actividad interrumpiéndola solamente para tomarlo.
4. Que al afectar actividades como: dibujar, cantar y leer, coloca el peine en un lugar visible y no la interrumpe para tomarlo, pero si el peine es retirado suspende la actividad hasta que es colocado nuevamente en su sitio.

El lugar donde se realizó esta fase, fué un salón de clases con un área aproximada de 40 m² con mobiliario y material como: bancas, mesas, pizarrón, libros, estantes, pantallas para película, grabadora etc.

Las sesiones tuvieron una duración de 30 minutos diariamente en cinco días semanales encontrándose presentes únicamente la psicólogo y la paciente. Los reforzadores que se utilizaron fueron: elogios administrados en un RFC, es decir, siempre que la paciente obedecía una instrucción, reforzadores arbitrarios manipulables en forma de recompensas y música cuando al retirar el peine la paciente obedecía una instrucción.

Las recompensas se proporcionaron en el siguiente

orden:

1. Un lápiz de color, siempre que durante la sesión, no tome o se dirija al peine de papel.
2. Un cassette con música elegida por la misma paciente cuando en tres sesiones continuas no tome o se dirija al peine de papel.
3. Un libro con imágenes cuando en cinco sesiones contínuas no tome o se dirija al peine de papel.

Las actividades fueron intercaladas de tal forma que en dos sesiones continuas no se repitan, por ejemplo: en una sesión sería leer en la siguiente dibujar, en la tercera iluminar, en la cuarta nuevamente leer y así sucesivamente. Las condiciones para recibir las recompensas se explicaron y se le mostraron a la paciente.

Pasos

1. Se proporcionaron a la paciente hojas blancas y lápices de colores, indicándole que colocara su peine sobre una hoja blanca encima de la mesa mientras procedía a dibujar en otra hoja. Recibió elogios por cada seguimiento de instrucciones.
2. La paciente recibió instrucciones para que antes de dibujar e iluminar, dibujara el contorno del peine sobre una hoja blanca y colocara el peine sobre ese contorno. Recibió elogios por cada seguimiento de instrucciones.
3. Se dieron instrucciones a la paciente para iluminar el contorno dibujado y colocar el peine real sobre este espacio antes de iniciar su actividad. Elogios

- por cada seguimiento de instrucciones.
4. Se dieron instrucciones para colocar el peine real a corta distancia del contorno utilizado anteriormente y proceder a su actividad. Elogios por cada seguimiento de instrucciones.
 5. Se dieron instrucciones a la paciente para recortar el dibujo del peine y colocarlos juntos en un lugar visible sobre la mesa procediendo a iniciar su actividad. Elogios por cada seguimiento de instrucciones.
 6. Se dieron instrucciones a la paciente para separar los peines de papel y real, uno en cada extremo de la mesa y proceder a realizar su actividad. Elogios.
 7. Se dieron instrucciones a la paciente para colocar los peines uno en cada extremo de la mesa y mientras realizaba su actividad se retiró por primera vez el peine real por 10 minutos, proporcionando además de elogios, música por cada seguimiento de instrucciones y permaneciendo durante estos retiros el peine de papel sobre la mesa.
 8. Se aumentó el tiempo de retiro del peine real a 15 minutos y se proporcionaron elogios y música, se realizó este paso exactamente igual que el anterior con excepción del aumento del tiempo de retiro.
 9. Se retiró el peine real por 15 minutos durante la realización de su actividad y en los últimos 15 minutos se devolvió el peine real a la paciente proporcionándole también un espejo y se le indicó actuando como modelo cómo y en qué zonas debería peinarse. Elogios y música por cada seguimiento de instruccio-

nes.

10. Se retiró el peine real por 15 minutos y en los 15 restantes se le devolvió, indicándole nuevamente que suspendiera la actividad que realizaba para iniciar la práctica de peinarse correctamente ante el espejo. Elogios por cada seguimiento de instrucciones.
11. Se recogió el peine real desde el inicio de las sesiones, mientras la paciente realizaba su actividad, en los últimos 15 minutos se le proporcionó el espejo y se le indicó que procediera a peinarse, esta vez con el peine de papel y que colocara el peine real (que se le dió junto con el espejo) sobre la mesa. Elogios y música por cada seguimiento de instrucciones.

Una vez que se observó que la paciente no se dirigía al peine real durante sus actividades en cada sesión y realizaba las tareas teniendo sobre la mesa únicamente el peine de papel y lo tomaba para tratar de peinarse interrumpiendo su actividad (tal como lo hacía con el peine real), se inició la entrega de recompensas de acuerdo a las condiciones establecidas y se inició enseguida la fase B₁ introduciendo el RDO y continuando el registro de ocurrencia continua.

Fase B₁

Se dieron las instrucciones a los asistentes del hogar y del grupo del taller, para que permitieran a

la paciente traer consigo el peine de papel en la realización de sus actividades y para que proporcionaran reforzamiento social cada vez que la paciente leía, dibujaba e iluminaba.

Las sesiones de RDO se llevaron a cabo en el mismo salón de clases que se usó para la sustitución de estímulos; las sesiones aumentaron a una hora y las conductas incompatibles a realizar fueron: dibujar, iluminar y leer.

Las dos primeras cumplen con el principio de utilizar las mismas partes del cuerpo en otra actividad incompatible y en este caso, son las manos; la conducta de leer puede prescindir de esta cualidad de utilizar las manos, pues aún cuando se suponga que la paciente puede colocar el libro sobre la mesa y mientras lee, tomar el peine e intentar peinarse, es necesario aclarar que las observaciones previas en los registros anecdóticos, indican que leer es una conducta reforzante para la paciente y siempre que se dispone a hacerlo, coloca el peine en un lugar visible y no vuelve a tomarlo hasta que termina, pero el peine no debe ser retirado de la mesa.

El registro de ocurrencia continua, fué llevado a cabo por la psicólogo y para obtener la confiabilidad, asistió cada dos sesiones, un asistente al que se le dieron instrucciones de cómo realizarlo. Este asistente permaneció en la parte extrema del salón a espaldas de la paciente pretextando arreglar materiales. La confiabilidad debería variar entre 80 y 100%.

Se inició el reforzamiento diferencial de las conductas de leer, iluminar y dibujar. Se proporcionaron elogios siempre que la paciente realizó la actividad incompatible y se ignoró la conducta de tomar o dirigirse al peine. Se finalizó esta fase cuando se observó que la tasa de respuestas disminuyó aproximadamente al 20 % del promedio inicial registrado en la línea base.

Fase A₂

Se realizó la reversión a las condiciones que prevalecían en la fase A₁ de línea base simple, se retiró el RDO, no se estableció ningún contacto y no se proporcionaron elogios en ninguna actividad o conducta que emitió la paciente. La confiabilidad obtenida no debería ser menor a 80%. Se establecieron 10 sesiones en forma arbitraria, es decir, se observarían o no cambios en la tasa de respuestas; la fase terminaría al cumplirse la sesión 10. Esta forma arbitraria se tomó en base al aspecto mencionado de que la reversión no debe aplicarse cuando puede representar un peligro para la paciente y aún cuando se consideraba sustituido el estímulo (el peine real por uno de papel), fué preferible prever el caso de que la paciente volviera a tomar el peine real y se lastimara, por lo tanto esta situación no debería prolongarse por mucho tiempo.

Fase B₂

Se proporcionó nuevamente RDO a las conductas es-

tablecidas (leer, dibujar e iluminar) y se ignoró la conducta de tomar o dirigirse al peine. La confiabilidad no debería ser menor de 80% y se establecieron 25 sesiones en forma arbitraria en las mismas condiciones de la fase anterior, la fase finalizaría en la sesión 25, se observarían o no cambios en la tasa de respuestas. En esta ocasión, esta forma arbitraria fué tomada por razones de tiempo ya que la paciente dispondría de 15 días para asistir a la excursión anual que organiza el taller, para no interrumpir este tratamiento se decidió realizar 25 sesiones en la reimplantación del RDO.

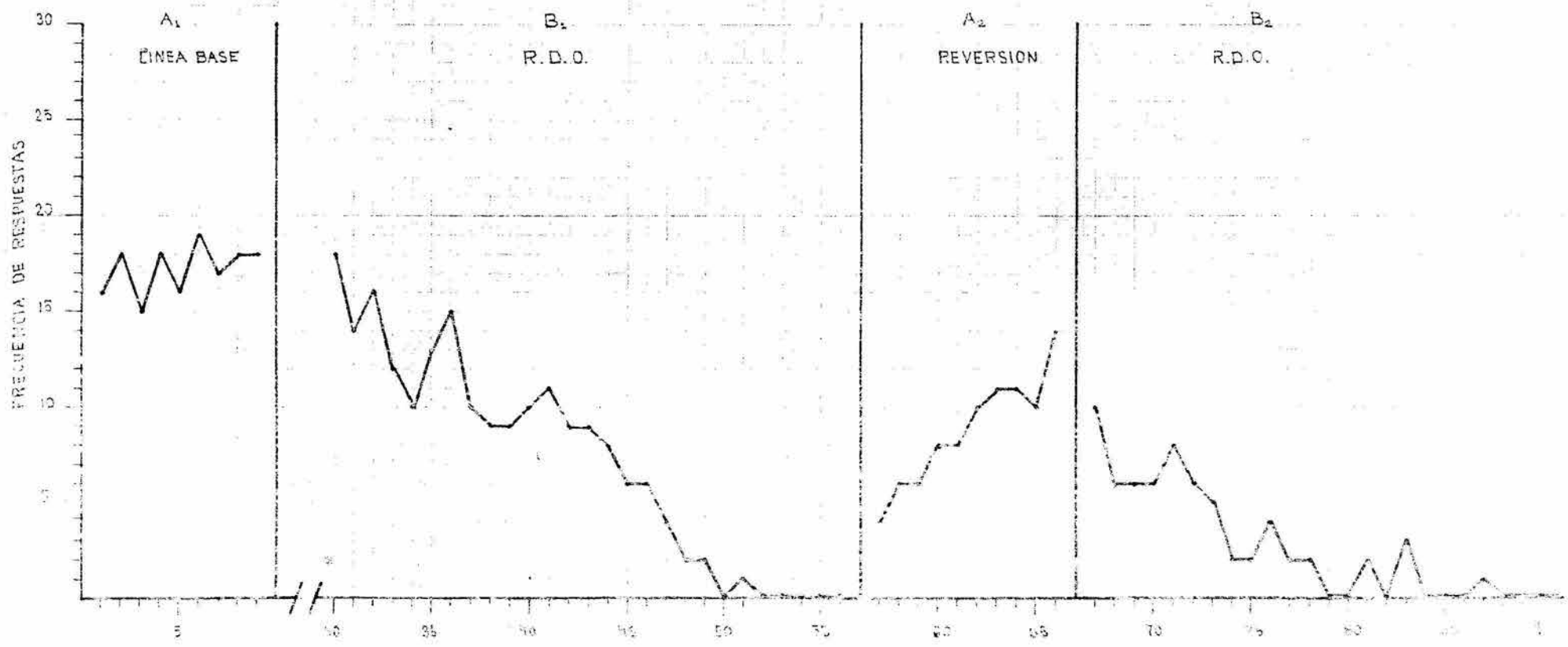
5. Resultados

Durante los registros anecdóticos, la paciente ignoró ser observada; se realizaron para la fase A_1 , 9 sesiones en total, en que se finalizó sin esperar a que la variación entre una sesión y otra no fuera muy grande, puesto que se observó una respuesta de tasa elevada tomando en cuenta que implicaba un daño físico. El promedio de esta fase fué de 17.2, la confiabilidad obtenida fué de 80 %.

Los periodos de registro se llevaron a cabo diariamente desde que la paciente llegaba hasta que se cumplía la primera hora de trabajo en el grupo (8-9 A.M.) , se escogió este horario porque en este grupo no se realizaban otras actividades.

RESPUESAS INDESEABLES

AUTODESTRUCTIVAS



// SE REALIZARON 20 SESIONES EN LA SUSTITUCION DE ESTIMULOS CUANDO FUERON REGISTRADAS.

JON WPC

GRAFICO 1

Fase de sustitución de estímulos

Se suspendió el registro de ocurrencia continua. La paciente asistió puntualmente a sesiones diarias de 30 minutos. Los puntos 1,2,3,4,5 y 6 abarcaron 11 sesiones.

A partir del punto 7 en que se retiró por primera vez el peine real, fué necesario dar instrucciones al asistente del grupo de trabajo y del hogar, para que no censuraran verbalmente a la paciente cuando emitiera la conducta de peinarse si observaban que en alguna ocasión lo hacían con el peine de papel o si colocaba este peine sobre la mesa o lo traía consigo durante a realización de sus actividades. La música se proporcionó al retirar el peine real, se realizaron dos sesiones.

En el punto 8, la paciente suspendió sus actividades en el momento de retirar el peine y se negó a continuarla, fué necesario realizar tres sesiones antes de pasar al punto 9.

En el punto 9, al proporcionar música, la paciente cantaba mientras realizaba la actividad asignada y aceptó utilizar el espejo en los 15 minutos en los que se le indicó practicara a peinarse correctamente en las zonas superiores y posteriores de la cabeza.

En el punto 10 y 11, se observó que la paciente realizaba la actividad asignada teniendo el peine en un lugar visible y cantaba cuando se le proporcionaba música, reía, gritaba y tomaba el peine de papel cuando interrumpía su actividad, enseguida pedía el espejo y procedía a peinarse en las zonas indicadas. A partir de es

ta última sesión, fué notorio un mejoramiento de las infecciones de las zonas lastimadas y sin que se previera, la paciente empezó a recibir reforzamiento de las personas con las que estaba en contacto, como su hermana, las asistentes, compañeros, directores etc., quienes comentaban y elogiaban el hecho de que la paciente mejorara su aspecto físico sin las heridas infectadas. En los puntos 9, 10 y 11 se hicieron cuatro sesiones más y fueron en total para esta fase 20 sesiones. En el punto 11 se inició la entrega de recompensas.

Fase B₁

Se inició el RDO de leer, dibujar e iluminar, hubo un rápido y consecutivo decremento como puede observarse en la gráfica 2. Se realizaron 27 sesiones en esta fase.

Dado que el promedio inicial había sido 17.2 y para finalizar esta fase se había establecido en el objetivo (del estudio) que como mínimo la tasa de respuestas se redujera aproximadamente al 20 % de este promedio, la gráfica debería mostrar un máximo de tres respuestas (el 20% equivale a 3.4).

En las sesiones 30 y 31 hubo un decremento a 14 respuestas, en la sesión 32 el nivel aumentó a 16, en la sesión 33 bajó a 12 y en la 34 a 10 respuestas, en las sesiones 35 y 36 hubo un incremento a 13 y 15 respuestas respectivamente, en la sesión 37 hubo 10 respuestas y en las sesiones 38 y 39, 9 respuestas por sesión, en las sesiones 40 y 41, hubo incrementos a 11 y 12 res-

puestas, en las sesiones 42 y 43 se registraron 9 respuestas, en las sesiones 44 y 45 el nivel bajó a 8 y 6 respuestas, en la sesión 46 nuevamente hubo 6 respuestas, en la 47 hubo cuatro y en las sesiones 48 y 49 solamente dos respuestas. En la sesión 50 el nivel por primera vez bajó a 0, en la 51 hubo una respuesta y a partir de la sesión 52 hasta la 56 en que se finalizó esta fase, el nivel bajó y se mantuvo en 0, por lo tanto, la tasa de respuestas se logró reducir hasta 0.

Fase A₂

Se inició la reversión a las condiciones que prevalecían en la fase A₁ de línea base y se llevaron a cabo las sesiones elegidas en forma arbitraria.

Los cambios obtenidos pueden observarse en la gráfica, el incremento es notable. De la sesión 57 a la 64 el incremento no se interrumpe y solamente en las sesiones: 58, 59, 60 y 61, el número de respuestas se repite. En la sesión 65 el nivel bajó de 11 a 10 respuestas para subir en la última sesión a 14 respuestas.

Se logró llevar a cabo esta fase sin que la paciente se dañara nuevamente, todas las respuestas las emitió utilizando el peine de papel. La confiabilidad obtenida fué de 90%.

Fase B₂

Se reimplantó el RDO y la tasa de respuestas varió nuevamente, se realizaron las 25 sesiones planeadas en forma arbitraria. La confiabilidad obtenida en los regis

tros fué de 100%.

El decremento del nivel de la sesión 67 a la 68 es notable y permanece hasta la sesión 70 en seis respuestas. En la sesión 71 hubo un incremento a 8 respuestas, en las sesiones 72 y 73 el nivel bajó a 6 y cinco respuestas respectivamente, en las sesiones 74 y 75 hubo dos respuestas por sesión, en la sesión 76 hubo un nuevo incremento a cuatro respuestas y en las sesiones 77 y 78, nuevamente se registraron dos respuestas, en las sesiones 79 y 80, el nivel bajó a 0, en la sesión 81 subió a dos respuestas, en la 82 bajó a 0 y en la 83 hubo tres respuestas, en las sesiones 84,85 y 86 el nivel bajó a 0, en la 87 se registró una respuesta y finalmente en las sesiones 88,89,90 y 91 el nivel bajó y se mantuvo en 0.

Otros datos

La paciente no volvió a lastimarse a partir de la sesión 34 y las infecciones desaparecieron totalmente y no reaparecieron hasta el término de este estudio.

En el hogar se reportó que la paciente había prescindido del peine y solamente lo utilizaba en las mañanas y noches al arreglarse para salir y acostarse; llevaba en su bolsa el peine de papel.

Se planeaba en un principio, realizar una generalización en forma programada para el hogar y casa de los familiares de la paciente, sin embargo se obtuvieron datos a través del tratamiento, de que la paciente dismi-

núa la frecuencia de respuestas de peinarse y cuando lo hacía era siempre ante un espejo.

Los reforzamientos vinieron simultáneamente a la desaparición de las infecciones de las zonas lastimadas e igualmente porque al disminuir y finalmente desaparecer esta conducta en su grupo de trabajo, también desaparecieron las risas y gritos y sus compañeros reforzaron esta emisión de respuestas, conversando y acercándose a su compañera.

El asistente a cargo de su grupo en el taller, recibió instrucciones para aplicar el RDO lo cual no constituyó ningún problema puesto que las actividades elegidas como incompatibles, se realizan frecuentemente en este grupo por ser un grupo inicial como una forma de "relajación".

Finalmente se dieron instrucciones para que las recompensas fueran entregadas siempre que mensualmente la paciente no tomara el peine real o de papel durante las horas de entrenamiento en el grupo de trabajo.

6. Discusión

Como en el estudio 1, en este caso tampoco fué posible realizar un diagnóstico conductual por las razones mencionadas. La información obtenida en la revisión del expediente, entrevistas y evaluaciones, determinaron algunos repertorios que poseía la paciente y algunos déficits; por lo tanto debido a estos últimos, esta paciente también fué considerada retardada en el desarrollo.

- Sólo se obtuvo información de que los daños cerebrales provenían de problemas perinatales, pero no se obtuvieron datos sobre cuales daños se habían identificado.
- La elección de respuestas incompatibles, se hizo de acuerdo a los datos obtenidos sobre reforzadores y en base a las actividades que se realizan en este grupo intermitentemente como una forma de descanso.
- En cuanto a la utilización de recompensas, ésta fué posible porque el taller dispone de material suficiente para estas actividades e inclusive es proporcionado a los retardados que lo solicitan presentando un pequeño proyecto de lo que desean hacer.
- Se logró la sustitución de estímulos antes de iniciar la fase de RDO y esto se comprobó finalmente cuando en la reversión, la paciente no se ocasionó un nuevo daño físico, ya que la presentación de respuestas de peinarse la llevó a cabo siempre con el peine de papel. Para realizar esta fase, se utilizaron los principios de desvanecimiento, aún cuando no se le pueda considerar como desvanecimiento en forma apropiada.
- Evidentemente, se corrió el riesgo de que la paciente utilizara el peine real y volviera a lastimarse durante la fase de reversión, pero como se ha mencionado, dado que la iniciación de estas conductas tenía un año de haberse presentado, esto no representaba grave peligro para la paciente y además se requería de una forma de control lo suficientemente clara que de-

mostrara a los asistentes que las técnicas empleadas eran efectivas y los cambios se debían a la técnica aplicada.

- Se observó nuevamente una cooperación por parte de los asistentes al seguir las instrucciones requeridas, es notable que trabajan organizadamente y aún cuando no confiaban en las técnicas y medidas tomadas, aceptaron realizar y cooperar en lo designado.
- Se logró también que la paciente hiciera un uso correcto del peine ante un espejo (esto fué reportado por los asistentes del hogar) y porque las infecciones desaparecieron totalmente.
- Esta práctica ante el espejo se inició en la fase de sustitución de estímulos y se continuó a través de las fases posteriores.
- Se logró suprimir la conducta de peinarse durante las horas de entrenamiento en el taller, sin embargo la paciente llevaba consigo el peine de papel al realizar otras actividades, esto ya no resultó aversivo para compañeros y asistentes porque las infecciones habían desaparecido y al no emitir una conducta autodestructiva, no emitía tampoco gritos y risas.
- La paciente utilizó finalmente el peine real solamente antes de salir del hogar y al acostarse, siempre correctamente ante un espejo y el tiempo suficiente para terminar su arreglo personal. Esto parece indicar que la generalización se dió simultáneamente.
- Variables que actuaron favorablemente y no fueron programadas, fueron el reforzamiento social que la pa

ciente recibió del medio al desaparecer las infecciones de las zonas lastimadas.

V CONCLUSIONES

Como puede observarse, no fué posible realizar un diagnóstico conductual y únicamente se hicieron algunas evaluaciones de los repertorios básicos y académicos. En las observaciones, entrevistas y revisión de los expedientes, se completó la información sobre las pacientes y de acuerdo a los datos obtenidos fué posible determinar que ambas sufrían retardo en el desarrollo, según la definición mencionada en la introducción de este trabajo.

La aplicación del TF y RDO disminuyeron y finalmente suprimieron las conductas problema, cumpliéndose de esta forma los objetivos preestablecidos, a su vez, los resultados obtenidos permitieron demostrar al personal del taller, entre los que hubo personas que no confiaban totalmente en estas técnicas, que su aplicación permitía en casos como estos, controlar conductas y modificarlas. Finalmente se mostraron las gráficas y se explicó teóricamente el funcionamiento de las técnicas de modificación de conducta. La explicación teórica que completó la demostración práctica a través de los tratamientos, provocó un interés en el personal, sobre todo en los que participaron en los programas y actualmente se organizan cursos de estudio que permitan te-

ner un conocimiento sobre el funcionamiento de la modificación de conducta más ampliamente. Algunas personas, tenían ya algunas referencias teóricas, sin embargo consideraban que no eran aplicables en humanos o bien, que eran técnicas demasiado "castigantes".

Por lo tanto, se cumplió el objetivo de este trabajo, se abarcaron en el tratamiento conductual dos de los tres aspectos que comprende:

A) Supresión de conductas objetables, las indeseables de acercamiento y las autodestructivas.

Con la aplicación de estas dos técnicas y la fase de reversión como técnica de control, se demostró prácticamente al personal que los cambios observados se debían a estas aplicaciones.

B) Aumento de frecuencia en conductas ya existentes, cuando en el RDO se reforzaron las conductas de leer, dibujar e iluminar y finalmente la paciente aumentó la frecuencia sobre todo de lectura (según las informaciones proporcionadas por los asistentes del hogar y del taller).

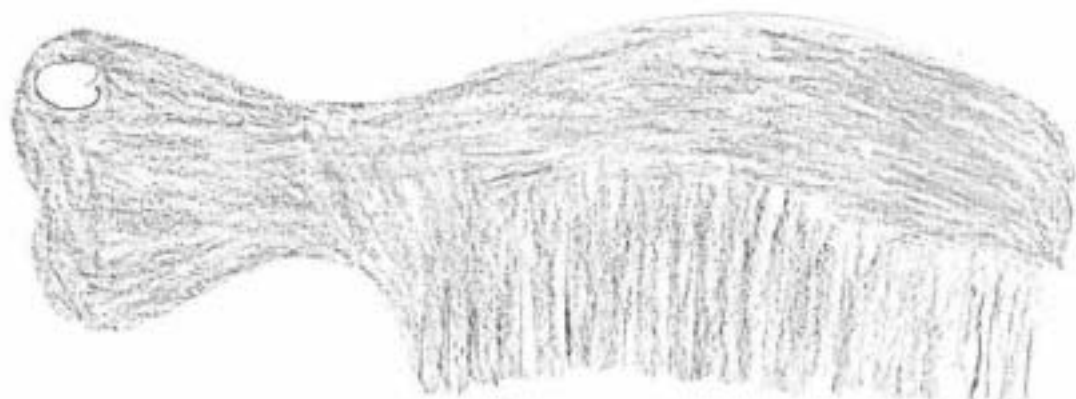
Posteriormente en el caso 1 se realizó un tratamiento para las conductas problema y falta de repertorios, esto puede demostrar que el personal confiaba entonces en las técnicas.

Aún cuando estos estudios se llevaron a cabo en un país, que cuenta con enormes recursos financieros, podrá

observarse que se procuró utilizar un mínimo de materiales, para favorecer la comparación mencionada en el propósito adicional de este trabajo, ya que en México las condiciones en el aspecto económico son diferentes.

El cumplimiento del propósito de dar a conocer el funcionamiento del taller, se llevó a cabo al presentar las informaciones y observaciones realizadas personalmente.

El peine dibujado y recortado por Sabine
en la fase de sustitución de estímulos.



Se permite a Sabine practicar con el peine
verdadero ante el espejo.



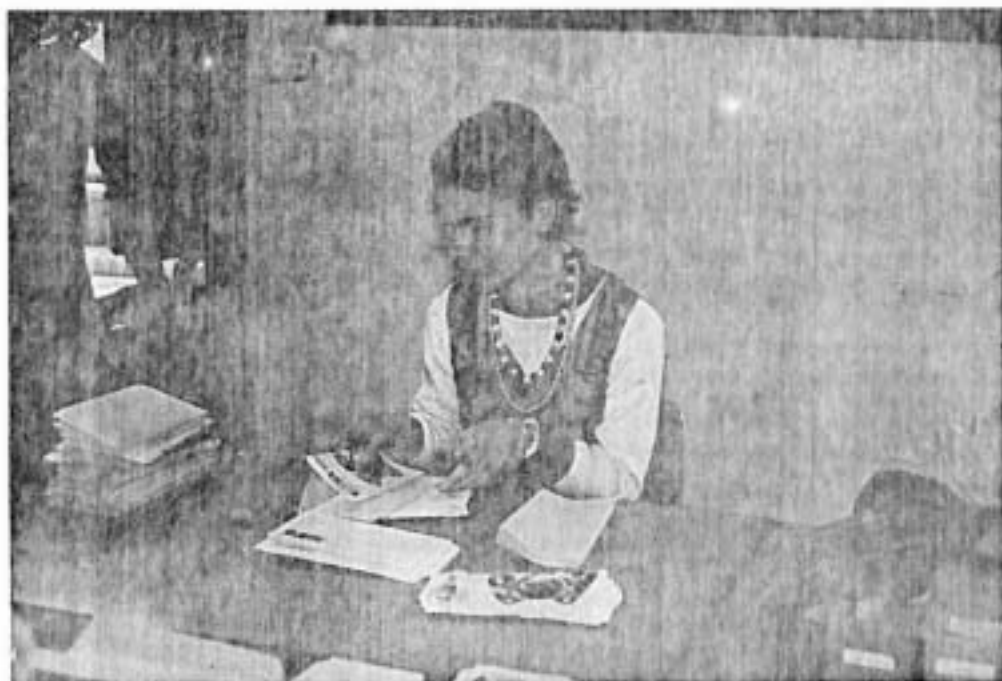
Se entrena a Sabine con el peine de papel



Sabine trabaja en una de las sesiones iniciales de RDO, con el peine de papel en un lugar visible.



Sabine en su grupo de trabajo en las sesiones finales del tratamiento.



VI BIBLIOGRAFIA

- Belschner H. y Schott S. Verhaltenstherapie in Erziehung und Unterricht. 1973, Stuttgart, Verlag W.
- Bijou S.W. y Baer D.M. Psicología del Desarrollo Infantil. Vol. II 1975, México, Ed. Trillas.
- Bijou S.W., Birnbrauer S.J., Kidder D.J. y Tague C. La instrucción programada en niños retardados, como un enfoque para la enseñanza de lectura, escritura y aritmética. En Bijou, op.cit. págs 295-312.
- Birnbrauer S.J. Mental Retardation. En Leitenberg. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy Prentice Hall International, 1976.
- Bleke (1973) citado en Eysenck Phd. Dsc. Handbook of Abnormal Psychology. 1973, Northern Ireland, Pitman Medical.
- Buell S., Stoddard, Harris y Baer (1968) citado en Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla. Modificación de Conducta en la Educación Especial 1980, México, Ed. Trillas.
- Claus Günther. Wörterbuch der Psychologie. VEB Bibliographisches Institut Leipzig 1978.

- Davison M. Klinische Psychologie. 1976, München, Wien, Baltimore, Urban Schwarzenberg.
- Dörr Erwin. Das Problem: Aufgabe und Funktion der Werkstatt für Behinderte. Zur Fortbildung, Heft 3, 1976 págs. 15-33.
- Galindo et. al.
- Gold Marc (1973) citado en Birnbrauer (1976) op. cit.
- Hawkins P. y Hayes E. (1966). Programa de adaptación escolar de Kalamazoo Valley Intermediate School District. En Ulrich R., Stachnik T. y Mabry J. Control de la conducta Humana, Vol. III 1978, México Ed. Trillas.
- Hawkins P., Peterson F., Schweid F. y Bijou S.V. La terapia de la conducta en el hogar: Mejoramiento de las relaciones entre los padres y el hijo con el padre, desempeñando un papel terapéutico. En Ulrich, Stachnik Mabry op. cit.
- Hilgard y Bower. Teorías del aprendizaje. 1974, México Ed. Trillas.
- Holland J.G. y Skinner B.F. Analyse des Verhaltens. 1974, München Urban Schwarzenberg.
- Huddle (1969) citado en Birnbrauer (1976) op.cit.

- Hunt y Zimmerman (1969) citado en Birnbrauer (1976)
op. cit.
- Johnson, Ayllon y Azrin (1975) citados en Belschner y
Schott (1973) op.cit.
- Kleinmuntz B. Essentials of Abnormal Psychology. 1974
N.Y., San Francisco, London, Evanstons, Publishers
Harper Rew.
- Lahey (1973) citado en Birnbrauer (1976) op.cit.
- Logan, Kinsinger, Shelton y Brown(1971) citados en Birn
brauer (1976) op.cit.
- Loovas I., Freitas L., Nelson K. y Whalen C. The esta
blishment of imitation and its Use for the Development
of Complex Behavior in Schizophrenic Children. Behavior
Research Therapy, 1967, 5, pags 173-181.
- Loovas I. y Simmons Q. Manipulation of Selfdestruction
in three retarded Children. Journal of Applied Behavior
Analysis. 1969, 2, págs 143-147.
- Mac Aulay D.B. A Program for teaching Speech and begi
nning Reading to Nonverbal Retardates. En Sloane H.N.
y Mac Aulay D.B. Operant Procedures in remedial Speech
and Language Training. Houghton Mifflin Co, 1968 Boston

- Mayer-Gross. El niño deficiente mental. 1967, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Millenson J.R. Principios de Análisis Conductual. 1974 Buenos Aires Ed. Paidós.
- Fendergrass (1972) citado en Birnbrauer (1976) op. cit.
- Repp C. y Deitz M. Reducing aggressive and self-injurious Behavior of institutionalized retarded children through reinforcement of other Behaviors. Journal of applied Behaviour Analysis. 1974, 7, págs. 313-325.
- Ribes I. E. Técnicas de modificación de conducta. 1976, México Ed. Trillas.
- Sarason G.I. Psicología Anormal. 1978, México Ed. Trillas.
- Schlack H. Nervenkrankheiten im Kindesalter. 1961. Stuttgart, Hypokrates Verlag.
- Schlaich L. Das Berufsbild des Heilerziehungspflegers einst und Heute. Zur Fortbildung, Heft 3, 1976, págs. 9-14.
- Skinner B.F. Ciencia y Conducta Humana. 1970, Ed. Fontanella Barcelona.

- Salomon P. y Patch V. Manual de Psiquiatría. 1976, México, Ed. Manual Moderno.
- Ulrich R. Stachnik T. y Mabry J. Control de la Conducta Humana. Vol. II, 1977, Ed. Trillas. México.
- Ulrich R., Stachnik T. y Mabry J. Control de la Conducta Humana. Vol. III, 1978, Ed. Trillas México.
- Ullman L.P. y Krasner L. A psychological approach to abnormal behaviour. 1975, Ed. Prentice Hall. N.J.
- Vance Hall S. El manejo de la conducta Humana. 1973, Lawrence H. and Enterprises Inc.
- Whaley L.D. y Tough J. Tratamiento de un mongoloide autodestructor por medio de supresión y evitación producidas por choques. 1967, en Ulrich op.cit., págs. 238-240
- Williams D.C. La eliminación del berrinche mediante procedimientos de extinción. En Bijou op.cit.
- Yates A. Theory and Practice in Behavior Therapy. 1975, N.Y. John Wiley and Sons Inc.
- Yates A. Terapia del comportamiento. 1976, México, Ed. Trillas.

- Zimmerman (1969) citado en Birnbrauer (1976) op.cit.

Diccionarios:

- Diccionario de las lenguas Alemana y Española.
Grossman R. Brandstetter Verlag, Wiesbaden, 1975.
- Diccionario de Psicología. Howard W.C. Ed. Fondo de
Cultura Económica, México , 1973.