

881325

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO



PLANTEL LOMAS VERDES

Con Estudios Incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma de México

Número de Incorporación 8813-25

10
25

LOS PADRES COMO AGENTES
TERAPEUTICOS:
UN ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL

TESIS CON
VALIA DE ORO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

MORENO RUIZ BRENDA RUTH
PICCO DIAZ ARIADNA

Director de la Tesis: Lic. Ma. Isabel Galguera Martínez
Revisor de la Tesis: Lic. Ma. Angelina Aguilera Gómez



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	1
I - LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO.....	3
1.1 Antecedentes.....	4
1.2 Datos estadísticos.....	12
1.3 Definición de educación especial.....	14
1.4 Fines de la educación especial.....	19
1.5 Dificultades en la educación especial.....	21
1.6 Sumario.....	21
II - ENTRENAMIENTO A PADRES.....	25
2.1 Los padres como entrenadores.....	25
2.2 Elementos que fundamentan el entrenamiento a padres.....	27
2.3 Definición de entrenamiento a padres.....	31
2.4 Aspectos importantes a considerar en el entre- namiento a padres.....	32
2.5 Clasificación y modelos de entrenamiento a pa- dres.....	35
2.6 Conclusiones.....	39
III - MODIFICACION DE CONDUCTA.....	41
3.1 El devenir de una ciencia de la conducta.....	41
3.2 Historia de la modificación de conducta.....	46
3.3 Definición de manejo conductual.....	50

3.4 El entorno conductual.....	57
3.5 El Analisis Conductual Aplicado.....	58
3.6 La modificación de conducta y el retardo en el desarrollo.....	61
3.7 Los principios de reforzamiento y las técnicas de modificación de conducta.....	62
3.8 Sumario.....	66
IV - SENTIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES ANTE UN HIJO EN DESVENTAJA.....	69
4.1 Cultura, sociedad y expectativas.....	69
4.2 El impacto sobre los padres.....	73
4.3 Sentimientos ambivalentes y pautas de reacción características.....	76
4.4 La aceptación.....	82
4.5 Conclusiones.....	83
V - METODOLOGIA.....	86
VI - RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	106
GRAFICA PRETEST Y POSTEST.....	109
GRAFICAS.....	122
CONCLUSIONES.....	128
ANEXOS.....	132
BIBLIOGRAFIA.....	146

INTRODUCCIÓN

Existen cálculos de que aproximadamente el 10% de la población requiere de educación especial (Galguera, Hinojosa y Galindo, 1988) por lo cual ha surgido la necesidad de crear centros de rehabilitación para desarrollar al máximo las potencialidades que poseen las personas con este tipo de requerimientos.

No obstante, la creación de estos centros no ha sido suficiente ya que no cubren en su totalidad la demanda existente.

La educación especial no solo tiene este problema sino que también existen carencias en cuanto al personal que atiende a esta población.

Es por esto necesario hacer hincapié en la desprofesionalización (entrenar a personas ajenas en las labores educativas), esta es una área que podemos explotar como una posible solución al problema, podemos preparar a los padres de niños atípicos en las tareas de rehabilitación para que sean ellos mismos los encargados del tratamiento de sus hijos. (Galguera, Hinojosa y Galindo: Ob. Cit).

Por otra parte, se han realizado trabajos que han demostrado que la problemática familiar es la que limita la participación del niño durante su tratamiento y es ésta la que limita el alcance de los objetivos de los programas (Cervera y Castillo, 1984). Así mismo, es en el hogar en donde el niño pasa la mayor

parte del tiempo, de esta forma, se debe dar mayor peso al campo rehabilitatorio proporcionado por los padres, de manera, que contribuyan a la evolución y generalización de dichos programas. (Mazdin, 1955).

De acuerdo con esto, el objetivo del presente trabajo consiste en demostrar que los padres pueden funcionar como terapeutas de sus propios hijos después de haber recibido un entrenamiento conductual.

Para realizar dicho objetivo se desarrollaron cuatro tomas teóricas considerados como pertinentes:

En el primero se exponen los antecedentes de la educación especial, las estadísticas más recientes existentes en nuestro país acerca del número de personas que la requieren, así como centros de servicios existentes y profesionales en el área; se da igualmente, la definición de educación especial así como sus fines y objetivos y las dificultades que se presentan en dicha área.

En el segundo capítulo se presentan algunos de los trabajos que se han realizado entrenando a padres, la definición, clasificación y modelos de entrenamiento existentes, así como aspectos importantes a considerar sobre el tema.

En el tercer capítulo se da un panorama de lo que es el enfoque conductual, la modificación de conducta, sus antecedentes y definición, así como las técnicas empleadas durante el

entrenamiento, su vinculación al retardo en el desarrollo, los principios y las reglas que las rigen.

En el cuarto capítulo se expone la importancia que tiene el tomar en cuenta los sentimientos y las actitudes de los padres ante el niño atípico con el fin de que éstos no interfieran en la habilitación y desarrollo de su hijo.

Finalmente, en este trabajo se trató de vincular la teoría y la práctica, por lo cual, se seleccionaron los siguientes diseños:

En la etapa de entrenamiento a padres, se utilizó un diseño de un solo grupo con pre-test y post-test con el cual se pretendió comparar el cambio producido en la conducta de los sujetos, es decir, evaluar los conocimientos teóricos, antes y después del entrenamiento en modificación conductual.

Una vez adquiridos los conocimientos necesarios se introdujo a las madres (Variable independiente) al trabajo en cubículo con sus hijos de manera que se pudiera evaluar la aplicación de dichos conocimientos, para lo cual, se utilizó el diseño de línea base múltiple. De acuerdo con esto se esperaba que si la variable independiente era efectiva se notaría un cambio en la línea base de la conducta de cada grupo de niños (Variable dependiente), como consecuencia de la presencia del trabajo experimental y no en ningún otro momento. (Castro, 1984).

CAPITULO :

LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO

1.1 ANTECEDENTES.

Los primeros antecedentes para brindar atención educativa a niños con necesidades especiales los encontramos en el período correspondiente a Don Benito Juárez quien en 1867 fundó la Escuela Nacional para Sordos. En 1870 se fundó la Escuela Nacional de Ciegos.

A raíz del provechoso viaje de estudios de la Comisión Científica "Médico Psicopedagógica" y verificado a fines del año de 1919 y principios de 1920, fué nombrado por el gobierno revolucionario, Director de la primera Escuela Especial para Niños Anormales el profesor Leopoldo Rodríguez Calderón, no obstante, la pobreza hizo que el plantel de enseñanza muriera en enero de 1921 a los seis meses de instalado.

El profesor Leopoldo Rodríguez Calderón clasificó a los niños y obtuvo los siguientes tipos:

- 1.- Débiles Mentales.
 - a) Débiles mentales inestables.
 - b) Débiles mentales apáticos.
- 2.- Retardados físico-patológicos.
 - a) Ciegos.
 - b) Sordomudos.
 - c) Lisados en general.

J.- Retrasados sociales.

- a) Vagos u holgazanes.
- b) Mimados o consentidos.
- c) Rateros o pilluelos y,
- d) Criminales. (Rodriguez, 1927; citado en Amauri, 1984).

Podemos considerar como el primer precursor en la educación de niños de lento aprendizaje, al Dr. José de Jesús González, notable oftalmólogo.

Sus trabajos, conocidos mundialmente y traducidos al francés, inglés, alemán e italiano son innumerables. Escribió un documento sobre higiene escolar, cuya primera edición apareció en 1910 y fué reeditada por tercera vez en 1927, se adoptó como texto en muchas escuelas normales de Sudamérica. En 1912 publicó su libro "El sueño y los sueños". En 1918 editó "Los niños anormales mentales psíquicos" uno de los libros mejor escritos sobre el tema.

El interés del Dr. por los niños anormales nació al trabajar el primer caso de Idiocia amaurotica; esto lo llevo a investigar la relación que pudiera haber entre las deficiencias visuales y las mentales.

Profundizó en tal aspecto científico y practicó los ejercicios recomendados en su libro ya citado. En Julio de 1929, el Dr. González habla de los deficientes mentales y de la necesidad urgente de construir una escuela modelo para ellos.

En 1920, asistió a la inauguración de la escuela que llevó su nombre y fundó el Dr. Santamarina en un local anexo a la policlínica número dos en la ciudad de México.

El profesor Salvador M. Lima desempeñó en su estado natal, Jalisco, varios cargos dentro del sector educativo. Se interesó desde muy joven en los estudios de psicología, en los problemas de aprendizaje y conducta de los niños, consiguió que en 1917 se incluyera en el plan de estudios de la Escuela Normal de Jalisco, la cátedra de "Educación de niños anormales".

Al hacerse cargo de la Dirección de las Escuelas Penales y Correccionales de la Ciudad de México, organizó en ellas grupos de anormales.

Posteriormente recibió bajo su responsabilidad la Dirección General de Educación del Estado. Durante su gestión fundó una escuela para niños deficientes mentales.

En 1921 se reunió en la Ciudad de México, el Primer Congreso Mexicano del Niño, en el cual, el también eminente Dr. Santamarina se refirió a la necesidad de orientar sobre bases científicas la higiene escolar y la educación de los niños deficientes y anormales de diversos tipos mentales y físicos. Indico la necesidad de educarlos en "clases anexas especiales", en escuelas exclusivas o instituciones de internados bajo el cuidado de maestros especializados.

En 1924 inicia el Dr. Santamarina la clasificación de

alumnos en algunas escuelas primarias, mediante el estudio y adaptación de pruebas de inteligencia en las cuales desde hacia tiempo trabajaba con el fin de elaborar escalas psicométricas que estuvieran al alcance de los maestros.

Tanto el Dr. Santamarina como el maestro Lauro Aguirre, deseosos de implantar en México técnicas educativas más adelantadas, reorganizaron como Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar, lo que hasta esa fecha fue la Sección de Higiene Escolar, dependiente de la Secretaría de Educación Pública. El primero de enero de 1925 tomó posesión del nuevo departamento el Dr. Santamarina.

La creación del Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar, obedeció a la necesidad de conocer las constantes del desarrollo físico y mental de niños mexicanos.

A partir de 1927 se realizan los trabajos de psicopedagogía comprendiendo los siguientes aspectos:

- 1.- Estudio, preparación y elaboración de pruebas.
- 2.- Aplicación de pruebas y escalas para su adaptación y estandarización.
- 3.- Clasificación de grupos escolares.
- 4.- Concentración de datos y resumen.

En el quinto Congreso Panamericano del Niño en la Habana Cuba, se presentaron varios trabajos, donde se remitieron informes detallados de las labores del Departamento.

En 1919 el Departamento ya había determinado las constantes del desarrollo físico de los niños de la clase media y había seleccionado y clasificado a los alumnos de muchas escuelas del Distrito Federal. A partir de este año se inició el estudio antropométrico en niños de la clase popular, generalmente niños de obreros, artesanos, enferos y domésticos.

Entre las actividades de los médicos escolares se precisó la obligación de:

- 1.- Procurar el estudio psico pedagógico de los niños retardados mentales.

- 2.- En colaboración con el profesor procurar el estudio y adaptación de los test mentales a fin de formar grupos homogéneos y hacer mas efectiva la enseñanza.

- 3.- Ayudar en la corrección y tratamiento de los defectos físicos y mentales mediante técnicas especiales.

- 4.- Velar la higiene mental del niño interviniendo en colaboración con los profesores y autoridades escolares, en la confección de programas y distribución de materias y horarios.

En 1932 se abrió, en peralvillo, la Policlínica número dos y se aprovecharon tres salas de la misma para instalar la Escuela de Recuperación Mental "José de Jesús González".

El plan general de trabajo incluía:

- 1.- Educación fisiológica.

- 2.- Educación de las actividades mentales.

3.- Educación pedagógica.

Desde Septiembre de 1933 y durante todo el año se impartieron conferencias en torno a mediciones mentales. En vista del interés que despertó el tema, se estudió y aprobó un plan de trabajo conjunto de los Departamentos de Psicopedagogía y de Enseñanza primaria y Normal y de la Escuela Nacional de Maestros. Dicho plan contenía tres elementos de acción correlativa:

1.- Adquisición de la teoría y bases científicas de las pruebas de medición y clasificación mental de los escolares.

2.- Verificación de pruebas prácticas para ejercitar a los profesores de grupos en la adquisición de la técnica.

3.- Su aplicación práctica en las escuelas y la subsiguiente formación de grupos.

Los resultados de este esfuerzo realizado por primera vez en la historia de la Pedagogía en México, fueron muy alentadores. Se aplicaron pruebas a distintos grupos de primaria y secundaria que mostraron que una gran parte de los alumnos de las escuelas primarias en el Distrito Federal, sufrían una intensa desnutrición la cual, afectaba profundamente el aprovechamiento de los escolares y que finalmente, la modificación de este factor y su tratamiento dietético consiguiente, ejercían una favorable influencia en el aprendizaje y aprovechamiento de la enseñanza.

En 1934 comienza a funcionar una pequeña clínica de higiene mental, anexa a la escuela de Recuperación Mental.

En 1925, el Dr. Santamarina se retira del Departamento de Psicopedagogía, y desempeña otras comisiones fuera de la Secretaría de Educación Pública.

En ese mismo año el Ministerio de Educación Pública, ordenó la creación de un nuevo centro que agrupara las escuelas fundadas por el Dr. Santamarina y que tuviera las siguientes finalidades:

1.- Selección, estudio y tratamiento médico, higiénico y pedagógico para los niños deficientes mentales.

2.- Selección, estudio y tratamiento de los niños desnutridos.

3.- Formación de maestros y médicos especializados en el asunto.

4.- Centros de investigaciones de los procedimientos terapéuticos y pedagógicos mas adecuados a nuestros escolares.

Un centro estuvo a cargo del Dr. Roberto Solís Quiroga, quién se hizo cargo en 1927, al formularse el plan de estudios de la Facultad de Filosofía y Letras de un nuevo curso especial implantado sobre deficiencia mental.

En 1926, el Dr. Lauro Ortega M. Jefe del Departamento de Psicopedagogía, funda el Instituto Nacional de Psicopedagogía.

En el curso de ese año y ya como Servicio de Educación Especial, comienza a funcionar en lo que fuera Instituto Médico Pedagógico, la Escuela para Niños Lisiados.

La falta de equipos para operaciones y servicios hospitalarios, aparte de la carencia de elementos materiales y personal idóneo hizo que la escuela funcionara hasta Noviembre de 1938. (Urbe, 1967).

En 1937, nace la Clínica de la conducta y de Ortorexia a partir de una idea fundamental, la atención, Pedagógica, Psicológica, y Psiquiátrica del educando que tuviere problemas de comportamiento escolar.

La Clínica de Ortorexia se ocupa fundamentalmente de atender problemas de lenguaje de diferente índole, asesora, da asistencia técnica e imparte diferentes cursos sobre problemas de lenguaje. (SEF-DGEE, 1971; citado en Amauri: Ob. Cit)

En 1939, al ocupar el Ministerio de Gobernación el Lic. García Tellez, nombro al Dr. Solís Quiroga, jefe del Departamento de Prevención Social ausentándose del Servicio Médico Psicopedagógico.

En ese año, la Escuela de Recuperación Física no. 2, deja de funcionar y se transforma en Preventorio Antituberculoso. No obstante, se abren dos posibilidades, la institución ofrece dos turnos, la Escuela para Deficientes Mentales funcionó como medio internado desde las ocho de la mañana hasta las seis de la tarde.

En 1940, el Dr. Solís Quiroga, renuncia a la Jefatura del Departamento de Prevención Social y regresa a la Dirección del Servicio Médico Psicopedagógico.

En vista de la mejor concepción del centro, de las mayores necesidades que plantean los grupos iniciales de débiles mentales y de la mejor estructuración estatal, para atención a la infancia necesitada, en instituciones específicas y especializadas, se suprime el internado para niños tuberculosos trasladándose a centros adecuados.

En 1941, el Ministro de educación se interesa por la obra desarrollada por el servicio y convencido de la trascendencia que para México tendría la educación de los niños deficientes mentales, expresó la necesidad de crear una escuela normal para profesores especialistas en la educación de esos niños. Para tal efecto había que modificar la ley.

El 20 de Diciembre del mismo año se envió a la cámara legislativa el proyecto de la Ley Orgánica de la Educación Pública, la cual, fue aprobada el 29 de Diciembre por la H. Cámara de Diputados y el 31 de dicho mes por la H. Cámara de Senadores. (Uribe: Ob. Cit).

Actualmente, México dispone de una Ley Orgánica de Educación Pública, la cual, como ya se dijo fue emitida el 31 de Diciembre de 1941 y en cuyo capítulo VIII artículo 59 se determina la obligatoriedad de la educación del niño anormal.

Dicha ley en su capítulo XI, artículo 81, apartado C; establece la especialización de maestros para la educación, tratamiento y cuidado de débiles mentales educables así como para

la educación y cuidado de ciegos, sordomudos y de otras anomalías físicas.

El capítulo 16 artículo 106 dice: "La educación especial para niños retrasados mentales o anormales físicos o mentales que requieren medios diversos que los utilizados en las escuelas primarias, durará el tiempo necesario para que se logre la normalidad de los educandos, los que entonces deberán ser incorporados a las escuelas ordinarias". (Amauri: Ob. Cit).

En 1942 entra en vigor esta ley y de inmediato se nombró por el Subsecretario de Educación, una comisión que discutió los planes y proyectos presentados por el Dr. Solís Quiroga, así entran en vigor para inaugurar la Escuela Nacional de Especialización con la carrera de profesores especialistas en la educación de anormales mentales y menores infractores. El plan de estudios fué de dos años.

El 7 de Junio de 1943 abrió sus puertas la nueva institución quedando al frente como Director fundador el Dr. Solís Quiroga y como secretaria Ana Ma. Uribe Torres.

En ese mismo año el Instituto Médico Psicopedagógico se convierte en escuela anexa a la Normal de Especialización. (SEF-FONAFAS, 1981; citado en Amauri: Ob. Cit).

En 1945 se agregaron las carreras de maestros especialistas en educación de ciegos y sordomudos.

En 1954 se creó la Dirección de Rehabilitación y en 1955 se

agrego a la escuela de especialización la carrera de especialista en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor.

En 1956 se fundó en Oaxaca una Escuela de Educación Especial.

Al comenzar el año de 1959 se retiró el Dr. Roberto Soles Quiroga de la Dirección de la Escuela Normal de Especialización.

El entonces oficial mayor de la SEF, profesor Manuel López Dávila, se interesó en el problema de la educación especial y creó la Oficina de Coordinación de Educación Especial, quedando a cargo de ella la profesora Odalmina Mayagoitia. Bajo su supervisión esta oficina se abocó a la atención temprana de los niños deficientes mentales.

En 1962 se inauguró la Escuela para niños con Problemas de Aprendizaje en Córdoba, Veracruz.

En 1964 se crearon dos escuelas más. Durante los siete años en que la profesora Mayagoitia estuvo al frente de la coordinación logró la apertura de diez escuelas en el Distrito Federal y doce en el interior del país.

En Septiembre de 1965 se hizo cargo de la Dirección de la Escuela Normal de Especialización, realizando una reforma en los planes y programas de esta institución.

La larga secuencia de esfuerzos por consolidar un sistema educativo para las personas con requerimientos de educación especial alcanzó su culminación con el decreto de fecha 18 de

Diciembre de 1970, por el cual se ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial.

Este hecho constituía un hito importante en la evolución sociocultural de México, al incorporarlo al grupo de países que, de acuerdo con las recomendaciones de la UNESCO, reconocen la necesidad de la educación especial dentro del amplio contexto de la educación general.

En 1972, se funda la Asociación Mexicana de Especialistas de Dislexia.

En 1976 se retira la profesora Mayagoitia, quedando a cargo en el periodo 76-78 Guadalupe Mendez Gracida. Se consolidó la experiencia de grupos integrados y los CREE.

En Diciembre de 1978 se hizo cargo de la DGEE la Dra. Margarita Gómez palacios. (SEP-DGEE, 1985).

En la actualidad se cuentan con numerosos Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE). Ejemplos de ellos son el DIF (Desarrollo Integral de la Familia), la CUSI (Clínica Universitaria de la Salud Integral) en la E.N.E.F. Istacala y las escuelas dependientes de la SEP en las cuales se llevan a cabo programas pre-laborales o pre-ocupacionales, así como también cuentan con centros de capacitación para el trabajo. (Galquera, Hinojosa y Galindo, 1988).

Así mismo, podemos encontrar centros que se dedican a preparar profesionistas que se abocan a esta área particular tales como:

La Universidad del Valle de México, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Metropolitana, la Universidad Iberoamericana, la Universidad del Nuevo Mundo, la Universidad de las Américas etc... (Barbarena, 1985).

1.2 DATOS ESTADÍSTICOS

Las estadísticas existentes en nuestro país acerca de la educación especial (número de personas que la requieren, centros de servicios existentes, profesionales en el área, etc.) son, en su mayor parte poco válidas.

Hasta donde sabemos, nunca se ha hecho un conteo en regla, generalizable a las diferentes regiones del país, de aquellos individuos que requieren de educación especial. La mayoría de los datos provienen de generalizaciones y extrapolaciones a partir de supuestos vagos y dudosos como la afirmación de que el 10% de la población requiere de algún tipo de servicio de educación especial. (Galquera, Hinojosa y Galindo: Ob. Cit).

A pesar de este hecho, consideramos pertinente presentar los datos mas actuales que se tienen, los cuales, fueron proporcionados por la Dirección General de educación Especial en su informe 1988-1989, siendo estas tablas las mas recientes obtenidas por dicha institución.

Tabla 1. Población atendida por áreas de educación especial 1988-1989.

Area	Alumnos
Deficiencia mental.	29889
Trastornos de audición y lenguaje.	7308
Trastornos visuales.	934
Trastornos neuromotores.	1626
Problemas de aprendizaje.	12267
Problemas de conducta.	3594
Problemas de lenguaje.	6390
Doble terapia en aprendizaje y lenguaje.	5706
Intervención temprana.	4940
Alumnos diagnosticados.	29486
Alumnos inscritos.	183054
Total.	212540

Tabla 2. Personal de apoyo nacional.

Total	Federal	Estatal	Particular
5435	4313	465	157

Tabla 3. Alumnos e instituciones por proyecto 1988-1989.

Tipos de Escuelas	Alumnos	Instituciones
Escuelas de educación especial.	46257	593
Centros de capacitación.	5068	80
Centros de intervención temprana.	1881	31
Unidades de Grupos Intergrados.	81632	--
Centros Psicopedagógicos.	48114	415
COEC.	4093	33
Escuelas de Educación especial (Atención múltiple).	2543	--
Alumnos diagnosticados.	29406	33
Alumnos inscritos.	183054	1688
Total.	212540	1721

Tabla 4. Personal docente nacional.

Total	Federal	Estatal	Particular
12714	11679	847	188

(SEP-DGEE, 1989).

1.3 DEFINICION DE EDUCACION ESPECIAL.

La educación especial tiene como sujeto a las personas con necesidades especiales, cualesquiera que sea su problemática. No difiere esencialmente de la educación regular sino que comparte sus fines generales y sus principios y, en algunos casos, requiere el concurso de profesionistas de otras disciplinas. Según la naturaleza y grado de los problemas de sus alumnos, comprende objetivos específicos, programas adicionales o complementarios individualizados, que pueden ser aplicados con carácter transitorio o mes o menos permanente en el aula regular, en la escuela o en otros servicios. (SEF-DGEE, 1985b)

1.4 FINES DE LA EDUCACION ESPECIAL.

1.- Fines Generales.

Estos responden a los que se inscriben en el artículo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1982):

"La educación que imparte el Estado-Federación, Estado-Municipio, tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria y conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia".

Estos fines son realistas cuando la educación especial se dirige por una filosofía humanista, ya que en todo individuo hay "Un ser humano", cualesquiera que sean sus limitaciones. Se debe

actuar sobre los mismos, sin fijar de antemano barreras infranqueables; los fines de la educación no deben supeditarse a esas limitaciones, sino que, superándolas en cuanto sea posible, deben tener en cuenta que todo educador asume la responsabilidad de formar a una persona.

El fin último, es este: "Capacitar al individuo con requerimientos de educación especial para realizarse como una persona autónoma, facilitando su integración y participación en su medio social para que pueda disfrutar de una vida plena".

2.- Fines Específicos.

a) Capacitar al individuo con necesidades especiales para realizarse como una persona autónoma, facilitando su integración y participación en el medio, asumiendo responsabilidades sociales de acuerdo con sus capacidades.

b) Actuar sobre el individuo, desde su nacimiento hasta la vida adulta, para lograr el máximo de su desarrollo psicoeducativo.

c) Aplicar programas adicionales para corregir o compensar las deficiencias o alteraciones específicas que le afecten.

d) Preparar al alumno con necesidades especiales para la independencia personal, la comunicación, la socialización, el trabajo y la utilización del tiempo libre.

e) Propiciar la aceptación de los niños y personas con necesidades especiales, por parte del medio social, haciendo

progresivamente vigentes los principios de "normalización" e "integración".

f) Investigar y experimentar técnicas y métodos educativos aplicables a los deficientes mentales que permitan acelerar su desarrollo y crear las compensaciones indispensables para una adecuada integración a la comunidad. -SEP-36EE, 1994.

1.5 DIFICULTADES EN LA EDUCACION ESPECIAL.

- a) Falta de sensibilidad social en muchos sectores.
- b) Falta de personal técnico especializado en la educación y en la recuperación de los minusválidos.
- c) Falta de instituciones suficientes.
- d) Falta de medios económicos o una mejor distribución de los ya existentes para que se focalicen al campo de la subnormalidad en orden de establecer la red de servicios necesaria para la adecuada atención de los deficientes mentales.
- e) Las actitudes de la familia ante un hijo en desventaja. (Perera, s.a.).

1.6 SUMARIO.

Los primeros antecedentes para brindar atención educativa a niños con necesidades especiales los encontramos en el periodo correspondiente a Don Benito Juárez quien fundó en 1867 la Escuela Nacional para Sordos.

En 1919-1920 se funda la primera escuela especial para niños anormales, no obstante, en tiempos de revolución la precaria

situación económica del país hace que muera en 1921 a los seis meses de instalado, sin embargo, durante este periodo el profesor Leopoldo Rodríguez Calderón realiza una clasificación de los niños obteniendo diferentes tipos de individuos.

Podemos considerar como el primer precursor de la educación de niños de lento aprendizaje al Dr. José de Jesús González quien realizó diferentes trabajos sobre educación, es el mismo quien habla de la necesidad urgente de construir una escuela modelo para ellos.

A partir de la década de los 20s se hacen múltiples intentos por inaugurar diferentes escuelas para anormales, sin embargo, permanecían abiertas por breves periodos de tiempo, siempre por una causa común: una precaria economía.

Así mismo se refiere la necesidad de orientar sobre bases científicas la educación de niños deficientes y anormales, se lleva a cabo la clasificación de alumnos con el fin de obtener escalas psicométricas estandarizadas y se hacen intentos por descubrir las constantes del desarrollo físico y mental de niños mexicanos, lográndolo a fines de la década.

A partir de los 30s los esfuerzos se encaminan hacia la especialización de profesores en la educación de niños deficientes mentales.

En Diciembre de 1941 se aprueba la Ley Orgánica de la Educación Pública, en donde se determina la obligatoriedad de la

educación del niño anormal y se hace referencia a la especialización de maestros.

De esta forma, de los 40s hasta los 60s, se crean especializaciones en diferentes áreas: Deficiencia mental, menores infractores, ciegos, sordo-mudos, con problemas del aparato locomotor y de niños con problemas de aprendizaje.

En 1970, la larga secuencia de esfuerzos se culmina con el decreto del 18 de Diciembre, por el cual, se ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial (DGEE).

En la actualidad se cuenta con numerosos centros de rehabilitación y educación especial, así como con centros que preparan a profesionistas en la materia.

Las estadísticas existentes en nuestro país son poco válidas se cree que aproximadamente el 10% de la población requiere de educación especial.

La educación especial requiere en algunos casos el concurso de profesionistas de otras disciplinas, comprende objetivos específicos, programas adicionales o complementarios que pueden ser aplicados con carácter transitorio o más o menos permanente en el aula escolar o en otros servicios.

Los fines generales de la educación especial se basan en el artículo tercero de la Constitución Política de México, el cual, pretende desarrollar armónicamente las facultades del ser humano y fomentar el amor a la patria, la conciencia de solidaridad internacional, la independencia y la justicia.

El fin último consiste en: Capacitar a los individuos con requerimientos de educación especial para realizarse como personas autónomas, posibilitando su integración en su medio social para disfrutar de una vida plena."

Existen varias dificultades en la educación especial que deben tratar de ser solucionadas no solo en bien de las personas atípicas sino de la misma familia: El núcleo de la sociedad.

CAPITULO II

ENTRENAMIENTO A PADRES

2.1 LOS PADRES COMO ENTRENADORES.

El marco social más idóneo para la atención de los niños deficientes mentales es la familia, ya que a ella corresponde la atención primaria y las medidas fundamentales en lo que a proceso de socialización o ajuste social se refiere. De la familia depende una parte de la igualdad de oportunidades a que los subnormales tienen derecho y también porque ella misma plantea al respecto exigencias de igualdad. (Antunez y Keyes, 1980).

Las relaciones familiares son los vínculos que más fuertemente enlazan al educando con el exterior, pues es la familia la que servirá de base para la readaptación. (Amauri, 1984).

Conforme avanzaron los métodos para detectar tempranamente el retraso superficial y moderado, se atendió más a los programas de capacitación de los padres a fin de darles mayor efectividad en el manejo de su hijo retrasado. (Antunez y Keyes: Ob. Cit).

El entrenamiento a padres ha mostrado ser un elemento indispensable en la formación y educación de cualquier niño, los padres aportan en gran medida la estructura dinámica del desarrollo psicológico del niño que se va conformando a través de su constitución biológica y de las relaciones sociales y afectivas que existen en su entorno inmediato, por lo que el entrenamiento

a padres surgió como un procedimiento indispensable para asegurar el mantenimiento y la generalización de las conductas habilitadas en niños con problemas de retardo en el desarrollo y problemas de conducta.

Esto se ha demostrado en forma sistemática a comienzos de la década de los sesenta. Los estudios de esta época muestran como los padres pueden ser agentes de cambio al modificar las conductas inadecuadas de sus propios hijos, mediante la utilización de principios y técnicas del análisis conductual aplicado, el cual se sustenta en una teoría del aprendizaje y los principios extraídos del laboratorio.

También los estudios muestran que no sólo los padres funcionan como mediadores sino otros miembros de la comunidad pueden serlo; así podemos agrupar a estos mediadores o agentes de cambio en dos grandes grupos Para y No Profesionales; esto posibilita la adecuación del tipo de procedimiento al entrenar a padres o educadores considerando en cada uno de ellos sus limitaciones y capacidades. (Damian, 1987).

Así pues el personal para y no profesional constituye un nuevo medio para prestar cuidados y asistencia en distintas situaciones como pueden ser: instituciones correccionales, hospitales para retardados, escuelas y hogar. Además tiene la ventaja de abarcar una amplia gama de edades ya que pueden utilizarse niños desde 12 años hasta adultos y no necesitan un

alto grado educativo. Se ha visto la importancia que tiene el entrenamiento a para y no profesionales. Sin embargo, el éxito de éstas técnicas se ve reforzado cuando son los padres los que intervienen como paraprofesionales ya que los cambios efectuados por sus padres, suelen mantenerse mejor que los cambios efectuados únicamente por un terapeuta; en virtud de que el niño desde pequeño recibe toda la atención y cuidados por parte de la madre o aquellas personas que hacen las veces de ésta. Además los procesos de tratamiento efectuados por los padres puede durar todo el día y realizarse diariamente ya que son los padres los que pasan la mayor parte del tiempo con ellos y por tanto este proceso de tratamiento puede ser tanto preventivo como correctivo. (Barbarena, 1985).

La meta es alcanzar que la familia sea el primer agente de integración social como vehículo ductor de la autogestión que implica la participación plena. (Gonzalez, 1982).

2.2 ELEMENTOS QUE FUNDAMENTAN EL ENTRENAMIENTO A PADRES.

Recientemente se ha dado un énfasis en el entrenamiento a padres como una medida de generalización de aquellas conductas aprendidas, ya sea en la escuela normal o de educación especial.

La afirmación anterior tiene como fundamento el hecho de que en las culturas occidentales existen dos instancias que están involucradas en la formación de patrones conductuales. Estas son el hogar y la escuela, donde la primera ejerce una influencia notable, ya que aquí es donde un individuo pasa la mayor parte

del tiempo (Hawkins, 1971; Citado en Vidal, 1984). Es por esto que la modificación de conducta ha desarrollado en los últimos años, pautas a seguir para que los padres, familiares y/o comunicados puedan llevar a cabo cambios satisfactorios para que se desarrollen los individuos de acuerdo a los patrones establecidos por la misma comunidad (que puede ser el núcleo familiar).

En base a dicha alternativa, muchos investigadores se han dedicado a la tarea de transmitir sus conocimientos adquiridos en el laboratorio, o en sus experiencias prácticas a personas tales como: padres, maestros, familiares, enfermeras, vecinos, etc., para la resolución de problemas específicos. Esto se ha hecho siguiendo los lineamientos descritos por el análisis experimental de la conducta.

La participación de los padres en las estrategias de intervención y tratamiento con niños que presentan problemas conductuales o bien inhabilidades específicas, empezó a ser estudiado por Williams (1959), quién demostró, que los padres son capaces de aplicar los principios del aprendizaje de manera sistemática. Los resultados reportados evidencian el poder potencial de los padres como modificadores de conducta.

Posiblemente a raíz de este estudio fué que se abrió el campo para la investigación de las variables o estrategias para el entrenamiento a mediadores como el proceso a través del cual

un investigador o terapeuta lo introduce a un conjunto de procedimientos conductuales (conferencias, textos, retroalimentación inmediata o demorada etc.). basandose en la teoría del reforzamiento y cerciorandose que los mediadores apliquen la técnica o técnicas para decrementar las conductas problema e incrementar conductas pro-sociales.

Uno de los primeros trabajos en el cual se analizó el papel de los padres como fuente de estímulos reforzadores que mantienen conductas inadecuadas, fué, el que realizaron Whaler, Winkel, Peterson y Morrison 1965. Este trabajo partió de una de las premisas mas importantes del análisis experimental de la conducta, que es la interacción del organismo con su medio.

Los objetivos del estudio fueron: 1) analizar la interacción madre-hijo para determinar las variables (eventos reforzadores) que mantienen la conducta, y 2) eliminar las conductas perturbadoras que presentaban los sujetos (niños). Así mismo se hizo mucho énfasis en considerar que la meta del experimento no fué en sí mismo la eliminación de la conducta perturbadora, sino en descubrir la manera en que ésta era reforzada y mantenida.

Los resultados obtenidos fueron óptimos en dos de los tres casos. La implicación que tuvo fué la posibilidad de entrenar a las madres para que cambiaran las contingencias de reforzamiento que mantienen las conductas inadecuadas.

El siguiente estudio toma en cuenta la generalización de los

procedimientos utilizados; éste fue realizado por Wolf, Risley y Mess (1964), en el cual eliminaron conductas perturbadoras de un niño que mostraba algunos patrones de conducta autista, tenía berrinches, no tenía hábitos adecuados para comer, había deficiencias de lenguaje y se rehusaba a usar lentes.

El procedimiento de una manera general, consistió en:

- 1) Moldeamiento por aproximaciones sucesivas para el uso de lentes, conducta verbal y adquisición de hábitos para comer.
- 2) Uso de procedimientos de extinción en combinación de la técnica de reforzamiento diferencial de otras conductas, para la eliminación de berrinches.

La intervención la hicieron, en primera instancia los experimentadores, pero al final del estudio dieron instrucciones a los padres para que continuaran el trabajo en su casa. Se hizo un seguimiento de seis meses en el cual los padres ya no reportaron ningún problema grave.

Una de las primeras extensiones que se hicieron al ambiente hogar, fue el trabajo que realizaron Hawkins, Peterson, Schwed y Bijou (1966), donde se analizó la importancia con respecto a la orientación que presenta el profesional al cual acuden los padres para pedir asesoría.

El estudio se basó principalmente en los registros y categorizaciones de las conductas a modificar, y se procedió a establecer con la madre señales (retroalimentación) para la

aplicación adecuada de contingencias, las cuales fueron:

1) Instrucción por parte de la madre al niño para que dejara de emitir la conducta perturbadora.

2) Aplicación de tiempo fuera de reforzamiento.

3) Elogiar la conducta adecuada cada vez que se presentara.

En los resultados que reportaron los autores la eficacia del tratamiento se mostró a dos niveles:

1) Por medio de gráficas que mostraron los cambios operados por la manipulación de las variables y.

2) Por métodos estadísticos donde correlacionaron los cambios ocurridos entre las fases.

Finalmente los autores señalaron que los aspectos más importantes del cambio se debe a la cooperación del padre, es decir, que este modifique su conducta, para a su vez, modificar la conducta de su hijo.

Con estas investigaciones se abrió una nueva perspectiva en la cual se consideraba a la familia como factor importante en la rehabilitación de sus propios hijos. (Hawkins, 1966).

2.3 DEFINICION DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

El entrenamiento a padres es el proceso mediante el cual éstos adquieren una serie de conocimientos y habilidades específicas, que les permiten abordar ciertos problemas conductuales que presentan sus hijos, para participar de esta manera en su corrección. (Hinojosa y Galindo, 1984).

2.4 ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR EN EL ENTRENAMIENTO A PADRES.

Uno de los objetivos principales de educar y guiar a los padres es impartirles tanto conocimientos generales como específicos sobre el niño retardado en particular para así aumentar la precisión de su comprensión y aliviar las tensiones innecesarias.

Murray considera que debe darseles una asesoría continua y adecuada, en la cual, se les hable de los siguientes aspectos:

1) Etiología del retraso mental. Los padres necesitan tener una amplia información sobre la etiología del retraso mental, pues no entenderlo ocasiona la presencia de sentimientos de vergüenza y culpa en ellos.

2) Capacidades del niño. Es preciso hacer entender a los padres que independiente del programa de tratamiento ideado para su hijo, lo mas probable es que no ocurran cambios espectaculares en su aptitud para funcionar en campos muy variados. Los padres deben entender que su hijo madurará gradualmente a lo largo del tiempo, pero que aún en el mejor de los casos muchas de sus aptitudes quedarán por debajo de las de una persona media. Los padres deberán tener una idea bien clara de lo que razonablemente pueden esperar de su hijo.

3) Relaciones familiares y sociales. Las relaciones de todos los miembros de la familia con el niño retrasado deberán

analizarse con los padres. Será preciso destacar el efecto del retraso sobre los hermanos; también son muy importantes las relaciones del niño con los vecinos y grupos sociales.

4) Necesidades emocionales de los padres. Con frecuencia los padres carecen de una conciencia clara de sus propios conflictos, por cuya razón este terreno debe ser manejado con mucha delicadeza. Es preciso hacer percibir a los padres cuales son sus defensas psicológicas y ayudarlos a manejarlas para hacerlos aceptar tanto a su hijo como sus reacciones emocionales ante él.

Los padres deben ver que no están solos, que muchas otras personas tienen problemas similares a los suyos. Se les debe alentar a que socialicen con grupos de padres que están en circunstancias semejantes. Además, debe recalcar el hecho de que buscar ayuda no es indicio de debilidad de parte de ellos, ni que por fuerza indica que están perturbados emocionalmente. Mas bien, se les debe ayudar a entender que si perciben y aceptan sus problemas y que si tratan de conseguir ayuda, no solamente ellos sino también sus hijos saldrán beneficiados.

5) Características emocionales del niño. A los padres se les debe dar un conocimiento amplio de como se desarrolla la personalidad del niño y de cuales son sus necesidades según avanza en la vida. Esto les permitirá anticiparse a problemas futuros de su hijo, gracias a lo cual esos problemas no serán tan serios.

a) Procedimientos de tratamiento del niño. Es preciso que los padres sepan como tratar el retraso mental y que conozcan las limitaciones y posibilidades de los programas de tratamiento. Eso significa que a) se les debe de dar a conocer explícitamente su intervención en el tratamiento del niño; y b) que se les debe enterar de todos los recursos que haya disponibles en la comunidad y de como se puede aprovechar. (Hutt y Gwyn, 1988).

Según Lillie (1978) hay por lo menos cuatro dimensiones principales en el diseño de programas para padres que se deben considerar de manera precisa y sistemática:

1.- Ayuda emocional para los padres. La cual disminuye las ansiedades causadas por los sentimientos de culpa e impotencia de la familia. Proporcionar a los padres actividades socialmente estimulantes que refuerzan los sentimientos positivos hacia su familia como unidad y así mismos en su función de padres. El objetivo de los programas de apoyo social y emocional es el aumento de las actitudes positivas de los padres hacia su papel como educadores de sus hijos y, lo que es mas importante, la intensificación de la noción de su propia importancia como seres humanos dignos.

2.- Intercambio de información. Las actividades en ésta área deben estar destinadas a: a) dotar a los padres de conocimiento de las bases lógicas, de los objetivos y las actividades del programa en el que el niño se haya involucrado. b) ejercitar en

los padres la comprensión del crecimiento y desarrollo de su hijo en el hogar, c) mantener informado al personal docente sobre las actividades realizadas en el hogar, con el objeto de intensificar la eficacia del programa.

El intercambio de información puede ser definido como un proceso mediante el cual se toma conciencia de la interacción con otros, de muchas facetas del niño. Generalmente tiene lugar a través de un contacto formal, profesional-padre.

3.- Participación de los padres. El objetivo de la planificación de esta área es involucrarlos en las actividades regulares del programa. Al incorporarlos provechosamente en diversas actividades y roles, como la ayuda al maestro, el sentimiento paterno de autoestima se intensificará, aumentará su comprensión general de los niños, lo que permitirá disponer de un repertorio mayor de experiencia y actividad que les será útil para interactuar con su propio hijo.

4.- Interacciones padre-niño. La cuarta dimensión y última de los programas para padres es su entrenamiento para convertirlos en formadores más eficaces y en educadores de sus hijos. Durante algún tiempo el progenitor será la fuente principal de información; por consiguiente debe ser capaz de interactuar significativamente con su hijo para estimular el desarrollo cognoscitivo, emocional y social.

En resumen, ha habido una modificación en cuanto al énfasis

de los programas para padres; se ha ido desde el trabajo didáctico hasta el compromiso total. Esta intervención se ha desviado desde el padre convertido en un instructor al que es un maestro en el mas amplio sentido de la palabra.

2.5 CLASIFICACION Y MODELOS DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

Las diferentes maneras de proceder para adiestrar o capacitar a los padres en la resolución de problemas conductuales de sus hijos, ha llevado a distinguir y agrupar a los entrenamientos de los padres de diversas formas:

1.- Los que tienen el objetivo de extender el tratamiento de la clínica al hogar, mediante la participación de los padres, a fin de lograr el mantenimiento y la generalización de las conductas tratadas. El adiestramiento de los padres dentro de este tipo de entrenamiento radica, básicamente, en enseñarles la forma en que se están tratando ciertas conductas dentro de la institución, con la finalidad de que éstos realicen tales actividades en su hogar y logren así el mantenimiento y la generalización de dichas conductas.

2.- Los que se dirigen a dar indicaciones a los padres para que funjan como modificadores de conductas específicas en programas particulares. En este tipo de entrenamiento el adiestramiento de los padres consiste en la enseñanza del procedimiento específico que deben manejar para resolver un problema conductual en particular. Tal adiestramiento se encamina

a lograr el desarrollo de habilidades específicas; entre las cuales se encuentran el manejo de contingencias, la construcción de situaciones adecuadas al trabajo etc...

3.- Los que tienen el objetivo de capacitar a los padres para que sean ellos los principales terapeutas y educadores de sus hijos de manera continua. El adiestramiento de los padres con estos fines, además del manejo de procedimientos específicos y de las contingencias utilizadas, también implica la enseñanza de algunas formas de evaluación, programación y tratamiento conductual, con la finalidad de desarrollar las actividades básicas necesarias para poder fungir como terapeutas continuos de sus hijos. (Hinojosa y Galindo: Ob. Cit).

Boyd, Stauger y Bluma (1977), han planteado que los programas de entrenamiento a padres pueden ser clasificados de acuerdo a los procedimientos empleados:

1.- Programas de intervención indirecta. Bajo este rubro se agrupan aquellos estudios que se clasifican como didácticos y/o didácticos con intervención indirecta o los que son impartidos a través de instrucciones (Conferencias acompañadas con texto). Estos programas se caracterizan por ser conducidos o impartidos con grupos de padres cuyos hijos presentan problemas generales o específicos. Es representativo en estos grupos de entrenamiento, el empleo de textos programados, para la enseñanza de principios de aprendizaje. El propósito de este tipo de curso radica en

efectuar cambios a nivel de conducta verbal y en ocasiones analizar si estos se generalizan y guardan correspondencia con la ejecución y/o actitudes con respecto a sus hijos.

2.- Programas de intervención análoga. Los programas de entrenamiento a padres que son conducidos en situaciones fuera del hogar y en los cuales se realizan una serie de actividades en la aplicación de principios conductuales sobre la conducta de sus hijos, son los denominados de intervención análoga. Se diferencian principalmente de los programas de intervención indirecta, en que, en las sesiones de entrenamiento se realizan prácticas diferentes, es decir, estos últimos son teóricos mientras que en el primero el entrenamiento es práctico y generalmente en forma individual, ya que las indicaciones y la retroalimentación son específicas.

3.- Intervención Directa. Bajo este rótulo, se enmarcan los programas que se caracterizan principalmente en que todo el entrenamiento se realiza individualmente y es desarrollado en la situación del hogar. De esta manera, el psicólogo observa directamente las interrelaciones que despliegan padre-hijo, permitiendo así, hacer un análisis de las funciones estímulo y las consecuencias que están presentes durante la(s) conducta(s) problema de ambos miembros de la familia.

Los programas o estrategias de entrenamiento a padres se han adecuado a las necesidades de las investigaciones desarrolladas.

En primer lugar, a la naturaleza u objeto de la investigación, dado que un estudio puede tener como propósito evaluar diferentes procedimientos, resolver un cierto tipo de problemas, generar programas de entrenamiento a grupos etc. y en segundo lugar, a las características y posibilidades de la familia o grupo de padres al que se dirige el programa de entrenamiento, puesto que dicho programa tendrá que responder a determinadas necesidades de la población. (Damiani Ob. Cit).

2.6 CONCLUSIONES.

Los programas de entrenamiento a padres han mostrado que se requiere de poco tiempo de los profesionales y que los programas pueden adaptarse a costos mínimos para la inclusión de todos los interesados y lo más importante la demostración de que son los padres parte medular e indispensable de cualquier programa por tener contacto con sus hijos en escenarios de la vida real y además quienes facilitan la generalización de la(s) conducta(s) meta; proporcionando al niño un amplio rango de reforzadores en su ambiente natural.

Otra de las razones de orden social es su contribución a la desprofesionalización de la labor del psicólogo en el campo educación especial y a la desinstitucionalización del tratamiento del retardo en el desarrollo. Se han realizado varios estudios en donde se ha llegado a la conclusión de que el niño que se desenvuelve en un ambiente familiar estable progresa

intelectua y socialmente mejor que aquellos que han crecido internos en una institución. (García, 1986).

Así mismo, contribuye a la prevención en el siguiente sentido: Cuando los padres son los terapeutas, el proceso de tratamiento además de cumplir su función correctiva, tiene ciertos alcances preventivos, ya que ayudan a evitar la presentación de algunos otros problemas conductuales, ya sean del propio niño o de sus hermanos. También los padres quedan capacitados para detectar problemas de retardo en el desarrollo de otros niños ya sean los propios u otros de su comunidad. De esta manera, los padres pueden proporcionar la intervención oportuna.

Otra ventaja es que el tratamiento que involucra a los padres como los principales terapeutas de sus hijos ofrece la posibilidad de atender un número de individuos retardados mayor que el que pudiera atenderse a través de los servicios tradicionales institucionales, además este servicio está al alcance de nuestras poblaciones marginadas que padecen de este problema en mayor medida que los otros sectores sociales. En este sentido, podemos hablar de una estrategia de intervención masiva (Hinojosa y Galindo: Ob. Cit).

CAPITULO III

MODIFICACION DE CONDUCTA

3.1 EL DEVENIR DE UNA CIENCIA DE LA CONDUCTA.

Se ha dicho que la capacidad del hombre para cambiar el mundo en que vive es única. El hombre ha aprendido a fabricar herramientas y armas; a construir casas y maquinas; a tratar heridas y enfermedades; a modificar estructuras químicas y atómicas. y a organizar instituciones sociales y políticas. Ha superado, sin duda, a todos los demás seres vivientes en sus hazañas de creación, preservación y destrucción. No obstante, éstos ejemplos de conducta humana tienen por lo menos una cosa en común con la conducta de los otros organismos: en todos estos casos la conducta del hombre ha operado sobre su medio y, precisamente por eso, su conducta subsecuente también se ha modificado.

Esta acción recíproca entre la conducta y medio es lo que caracteriza la conducta operante, la cual resulta afectada por sus consecuencias ambientales. La conducta operante incluye desde actos tan habituales como alcanzar un objeto o caminar a través de una habitación, hasta casos tan complejos como preparar una comida o escribir un reporte experimental para una revista científica. Las consecuencias de cada una de estas conductas determinarán en que medida y de que manera las conductas referidas habrán de repetirse.

La conducta operante guarda una íntima correspondencia con lo que se ha llamado conducta voluntaria o intencional; por tanto, es conducta de fundamental interés y el principal foco de atención en el análisis experimental de la conducta. No es sorprendente, sin embargo, que un enfoque científico efectivo en esa materia sea un acontecimiento verdaderamente nuevo dentro de la psicología. El concepto de Psicología en tanto que es ciencia de la conducta --en lugar de serlo de la vida mental-- es relativamente moderno y todavía, en ocasiones, motivo de controversia.

La Psicología como ciencia de la conducta, debe su desarrollo a las contribuciones de la filosofía, la física y la biología. Durante el siglo XIX, el interés filosófico por las relaciones entre mente y cuerpo, por la naturaleza de las ideas y de su asociación y por los orígenes de los fenómenos perceptuales, se combinó con el perfeccionamiento de técnicas de medición física y del procedimiento experimental y con la aplicación de unas y otro al estudio de las funciones elementales del sistema nervioso. Esta combinación llevó a los inicios de una psicología experimental, con la investigación de hombres como Fechner, Ebbinghaus y Helmholtz, a la acumulación de datos empíricos acerca de las capacidades sensoriales, el aprendizaje y la percepción.

Se declaró, sin embargo, que la materia de esta temprana

psicología experimental la constituía la mente y no la conducta. Como tal, la materia en cuestión quedo fuera del tratamiento dado que lo único accesible al experimentador era la conducta en forma de movimientos relativamente simples o en la de reportes verbales de acontecimientos privados.

En estas circunstancias a principios del siglo XX la psicología fué reforzada por la filosofía, la física y la biología. En los trabajos de filósofos como Wittgenstein y ese grupo conocido como el círculo de Viena, la atención se dirigió a la relación entre el lenguaje y la lógica, por un lado, y a los acontecimientos físicos por el otro. Por la misma época con los trabajos de Bridgman, en física, se introdujo la definición operacional. Estos enfoques, el positivismo lógico en filosofía y el operacionalismo en física, trataron los fenómenos en función de las técnicas usadas para producirlos y medirlos, e impugnaron el significado de aquellos conceptos que no pudiesen ser objeto de estudio empírico. Con estos enfoques, la mente, como concepto, quedo de lado; y los esfuerzos innovadores convergieron hacia un enfoque radicalmente nuevo --y de recién desarrollo-- de la materia de la psicología: el conductismo.

Más que un método científico, el conductismo fué una consideración filosófica. Rechazó consideraciones que intentaban explicar la conducta en función de acontecimientos mentales, porque estos no eran accesibles a la manipulación ni a la

medición. En vez de ello, trató la conducta como tema aparte y que debía estudiarse desde un punto de vista meramente conductual. Dio por sentado que la conducta estaba determinada por la interacción del organismo y su medio y que el método propio para analizarla debería fundarse en medidas objetivas y reproducibles.

La formulación esencial de la posición conductista, en sus labores, dependió en gran medida de la biología. El tratamiento de la conducta se construyó sobre los reflejos, esto es, la relación de estímulo-respuesta estudiada experimentalmente por Sechenov y Sherrington y elaborada por Bekhterev y Pavlov en el análisis de los reflejos condicionados. Watson, el fundador del conductismo, se apropió de esta reflexología y la incorporó a su sistema: los organismos eran autómatas activados por estímulos, y las combinaciones de estos, lo que hacía posible toda una variedad de conductas complejas.

Pero el conductismo de Watson no pudo dar cuenta, con propiedad, de la conducta voluntaria intencional, y esta falta limitó la aceptación del enfoque hasta que otro adelanto de la biología comenzó a ejercer sus efectos. A fines del siglo XIX, el estudio experimental de la conducta se había extendido a diversos organismos, y el análisis de los sistemas reflejos de los organismos complejos se auxilió, gracias a investigaciones como las de Loeb y Jennings, con el examen de los tropismos u

orientaciones reflejas relativamente simples de los organismos unicelulares. Bajo la influencia de la teoría de la evolución de Darwin, comenzó a desenvolverse una psicología comparada, que hizo verosímil el punto de vista de que la conducta de otros podría compaginarse con la conducta del hombre.

La influencia de Darwin, sin embargo, no se limitó a estimular las comparaciones de las conductas de las diferentes especies. El análisis biológico de la supervivencia de las características de una especie en particular durante generaciones sucesivas, dentro del análisis conductual, se adoptó con el estudio de la supervivencia de patrones de conducta a lo largo del periodo de vida de un organismo. Este análisis de la conducta adquirió plena evidencia en los estudios de Thorndike sobre la manera como los animales aprenden a escapar de las cajas problema. A esta clase de conducta se le llamó instrumental, en lugar de refleja. Al mismo tiempo, se sentaron las bases de la Ley del Efecto de Thorndike, la cual afirma que las consecuencias de la conducta en una ocasión determinan la probabilidad de que la conducta se repita en ocasiones subsiguientes.

Esta ley, con diversas modificaciones se incorporó posteriormente a sistemas como los de Guthrie, Hull, Skinner y Tolman. En el sistema de Skinner, en el proceso reflejo de Pavlov, así como en el instrumental de Thorndike, se distinguieron los conceptos de conducta operante y respondiente.

Los planteamientos de Skinner contribuyeron a la formación de un nuevo conductismo que comenzó a ocuparse de fenómenos que, hasta entonces, no se habían creído susceptibles de tratamiento científico. Por ejemplo, el nuevo conductismo no rechazó la posibilidad de estudiar los acontecimientos íntimos que ocurrían en el interior del organismo, sino que, en vez de ello, aplicó la técnica del análisis de la conducta operante a la conducta verbal, y también a la manera como las prácticas de una comunidad verbal pueden determinar la relación de dicha conducta verbal con los acontecimientos privados. De esta forma se abrieron horizontes a sorprendentes innovaciones teóricas y tecnológicas, hacia una ciencia efectiva de la conducta. (Catania, 1984).

3.2 HISTORIA DE LA MODIFICACION DE CONDUCTA.

La modificación de la conducta como una aproximación cuyo fin es alterar las conductas mal adaptadas tiene una rica y extensa historia. Mientras que la práctica de las técnicas de desarrollo concernientes a la teoría de los principios del aprendizaje tienen relativamente un desarrollo reciente, un análisis ad hoc de los tratamientos utilizados mucho tiempo antes indican que muchos procedimientos, de hecho, se refieren a los principios del aprendizaje hoy utilizados.

En la historia de la modificación de conducta Forness y Mc Millan (1970) consideraron que los procedimientos relativos a principios del aprendizaje datan de la época de la psiquiatría de los griegos.

Schwitzgebel (1970) pensaba que cualquier "idea" tenía una historia y la modificación de conducta no era la excepción. En "La República", Platón sugirió que los niños tomaban sus clases en forma de juego, así mismo Erasmo relató la historia de un padre que presentaba cartas en latín y griego a sus hijos en forma de deliciosas galletas.

En 1871, Anton Mesmer fué capaz de relajar o inhibir las respuestas de ciertos padecimientos histericos, no obstante, de que estos descubrimientos fueron encontrados sin fundamento científico, su influencia continuó por décadas. Él creía que había una constante marea de fluidos magnéticos en el universo, cuya falta de balance en el organismo humano causaba la aparición del padecimiento.

Es bien conocido el trabajo de Jean Itard en 1800, con esto tenemos unos de los primeros documentos que hablan sobre reforzamiento positivo y negativo en el campo educativo. El trabajo de Itard y Victor es legendario (Boyd, 1914); sin embargo, el uso de sus técnicas de reforzamiento han sido pasadas por alto y es evidente que las técnicas que él utilizó son en mucho similares a los sofisticados descubrimientos actuales.

Por ejemplo, en el intento por enseñar a Victor a pronunciar la palabra leche, Itard señalaba la palabra en el pizarrón, Victor la pronunciaba e Itard lo recompensaba con un vaso con leche cuando este era capaz de repetir la palabra correctamente.

Victor fué capaz de no confundir las letras mezcladas de la palabra y deletrearlas correctamente siendo otra vez recompensado con un vaso con leche (o reforzamiento positivo). Una vez, Victor se enfureció y comenzó a regar las letras por todo el cuarto. Itard lo levanto de su silla y lo sacó fuera. Victor cambió su actitud y cuando regreso al salón comenzó a recoger las letras.

Edward Seguin (Boyd, 1914) discípulo de Itard publicó los resultados de sus trabajos con retardados mentales en 1837. El también utilizó técnicas de reforzamiento dando numerosos ejemplos de su uso en su trabajo. Uno de los mas usuales fue el uso del reforzamiento positivo como medio para inhibir futuras respuestas incorrectas.

Fué a finales del siglo XIX que las teorías de Charles Darwin y William James y los experimentos de Ebbinghaus, Pavlov y Thorndike; abrieron camino para el movimiento de la modificación de conducta. De aquí que las teorías del aprendizaje fuerón propuestas y los principios del aprendizaje identificados en laboratorios de todo el mundo.

El trabajo de J. B. Watson (1920) en la Universidad de Johns Hopkins es clasico en el campo de la modificación de conducta. Esta fué la primera vez que las reacciones emocionales humanas fueron condicionadas en un ambiente experimental.

Watson se basó en cuatro supuestos:

1.- Que la respuesta emocional del miedo podía ser condicionada.

2.- Que podía ser transferido del estímulo inicial que provocaba el miedo a otro.

3.- Que el miedo permanecía después de un periodo de tiempo.

4.- Que esto podía ser desaprendido.

Para su experimento Watson escogió un niño de once meses. Albert, era notorio por su excelente salud y por su aparente falta de respuestas de miedo.

Como estímulo incondicionado Watson escogió una rata blanca a la cual Albert no mostró miedo. Como estímulo condicionado Watson golpeó una barra de acero con un martillo junto a la cabeza del sujeto. Cuando la rata fue presentada al principio Albert no mostró miedo o rechazo hacia ella, pero cuando esta tocó su mano el estímulo incondicionado se apareó con el condicionado causando que Albert comenzara a lloriquear. Después de dos ensayos el experimento fue descontinuado y resumido dos semanas después, tiempo en el cual el miedo hacia la rata blanca sola fue condicionado después de seis apareos. Después de cinco días la respuesta condicionada fue evidente y el miedo de Albert hacia la rata blanca se generalizó hacia el conejo, el perro, el abrigo de piel y algodón.

Watson ofreció bases para hacer similares recondicionamientos usados más tarde por otros experimentadores.

En 1924, Mary Cover Jones en la Universidad de Columbia trabajo con unos 70 niños en guarderías. Ella encontró siete métodos diferentes por los cuales se podía eliminar el miedo en los niños. Concluyó que dos de los cinco métodos eran los mas efectivos, estos fuerón:

- 1.- El condicionamiento directo (estímulo placentero en presencia del estímulo negativo).
- 2.- La imitación social (niños quienes no son miedosos sirven como modelos).

Fué el trabajo de William Burnham (1924) en la Universidad de Clark la que ayudo a codificar muchas de las investigaciones que se habían hecho. El trató de unir la brecha entre la búsqueda (investigación) y su aplicación a la educación.

Burnham creía que la esencia de la educación era el establecimiento de una tarea a realizar, un plan significativo de acción ideado para realizar la tarea y finalmente libertad para realizar esa tarea de acuerdo al plan. Creía que la ausencia de alguna de estas tres ocasiona el desarrollo de una conducta mal adaptada. Pensaba que la conducta mal adaptada podía tratarse de manera que no tuviera oportunidad de ocurrir. El creía que la disciplina era un intento sistemático para desarrollar respuestas condicionadas para las tareas escolares y la vida.

Las dos siguientes décadas fuerón testimonio de técnica y una ampliación en la aplicación de los principios establecidos en los 20s.

En 1930 un investigador Ruso, N. Lantorovich, reportó el uso de técnicas de condicionamiento con 24 alcohólicos en el Instituto Psiquiátrico de Leningrado. Él presentó vasos de alcohol, botellas y etiquetas como "vodka" y los apareó con fuertes choques eléctricos, mientras que otras etiquetas como "sperio", "cuerno" eran seguidas de no shocks. Lantorovich reportó resultados favorables en pocos intentos. Este estudio fue uno de los primeros de los cuales los desordenes de carácter fueron tratados con éxito con terapia conductual.

Jersid y Holmes (1975) llegaron al desarrollo de métodos para prevenir y desaparecer respuestas de temor en niños. Para extinguir el miedo los autores sugieren algunas cosas de como ayudar al niño, estas pueden ser explicaciones verbales, instrucciones o métodos para hacer frente al temor, habituación gradual y fomento de expresión a través de impulsos sociales.

Bernice Futerford (1940) trabajo con un niño con parálisis cerebral, tratando como puntos específicos la cara y los movimientos del cuerpo que emitía cuando trataba de hablar. Pensaba que los movimientos secundarios observados al hablar eran desarrollados porque la energía al hablar era incorrectamente canalizada y cuando se asociaban finalmente se nacían patrones memorizados. Su tratamiento se centro en redirigir los músculos para hacerlos funcionar en la forma prescrita a través de diferentes procedimientos.

El último estudio de significado en esta área que ejemplifica el uso de condicionamiento operante de la conducta usando reforzamiento positivo fue el realizado por Paul P. P. Fuller (1949), este fue capaz de establecer una respuesta de aprendizaje en un organismo humano vegetativo, un niño profundamente retardado de 16 años el cual jamás fue atendido; el sujeto no se podía mover, solo tenía movimientos casuales de brazos y cabeza y estaba totalmente sin habla. Fuller usó una jeringa llena de leche azucarada para reforzar y desarrollar el movimiento de un brazo. En dos sesiones fue capaz de incrementar la tasa de respuesta de 0.07 por minuto a 3 por minuto, también observó respuestas anticipatorias como abrir la boca para recibir el reforzamiento. Fuller pensaba que los experimentadores habían estado estableciendo una preferencia por las investigaciones con organismos infrahumanos y que las investigaciones en forma particular de organismos humanos como los que él había usado servirían para cerrar la brecha entre los estudios con animales y el estudio del hombre.

El trabajo teórico de B. F. Skinner, en la Universidad de Harvard ayudó a establecer una fundación que promovió la intensidad y la calidad de la investigación en 1950. Se llevó a cabo en primer lugar la sofisticación de las técnicas realizando largos estudios sobre una gran variedad de sujetos.

En 1951, Joseph Sheehna; de la UCLA, aplicó principios de

reforzamiento a la conducta de tartamudear. El hipotetizó que el tartamudeo ocurría porque este era reforzado. En su experimento los sujetos leían un pasaje y si tartamudeaban no continuaban leyendo hasta que no pronunciaran la palabra correctamente. Así, los tartamugos funcionaban como su propio reforzador.

El trabajo de Joseph Wolpe, de Johannesburgo, Sudáfrica (1954), es el más conocido en la terapia conductual. Los principios de Wolpe se basan en la teoría de Hull en la que se tiene la idea de que una respuesta es seguida a un estímulo (situación, objeto o persona) como resultado de una reducción y es entonces cuando el aprendizaje se da. Si el manejo de la reducción no se da, entonces la respuesta será extinguida. Wolpe sostuvo que la conducta neurótica resultaba de un aprendizaje conductual inadaptado que se adquiría debido a que se había producido una situación de ansiedad: la respuesta inadaptativa debería ser inhibida y reemplazada por una respuesta mejor.

En la desensibilización sistemática, el paciente y el terapeuta hacían una lista de estímulos que provocaban miedo en los pacientes. Se arreglaron en un orden de mayor a menor. Cuando los pacientes dominaban la ansiedad producida por cada uno de estos se pasaba a otro miedo. Así, un enfermo tenía una reacción de ansiedad ante la sangre debido a un accidente que tuvo. Se le puso a imaginar una banda manchada de sangre en un bote de basura. El estímulo fue más y más intenso hasta que al final del

tratamiento, él fue capaz literalmente de imaginar una carnicería sin que le produjera ansiedad.

La técnica de Wolpe presentada así variaciones del trabajo hecho por Mary Cover Jones 50 años antes.

En 1956, Nathan H. Azrin y Ogden R. Lindzey, trabajaron la cooperación entre niños mediante un condicionamiento operante. en un salón de clases, los sujetos se clasificaron en parejas de acuerdo al sexo y edad; estos fueron separados mediante un diámetro el cual tenía un agujero, se les dijo que iban a jugar con los aparatos que ahí habían, cuando un sujeto se introducía en el agujero del compañero opuesto se lo reforzaba con una gelatina, en éste experimento no se dieron instrucciones verbales y se interactuó por espacio de 15 minutos, se dejó un periodo de extinción en donde la tasa de respuestas disminuyó, no obstante, en una segunda etapa de reforzamiento volvió a incrementarse. De esta forma se vio como la cooperación podía ser controlada mediante contingencias de reforzamiento, que así mismo no eran necesarias las instrucciones verbales.

Donald Baer y cols. (1959) en la Universidad de Chicago y más tarde en la Universidad de Washington, hicieron un trabajo para determinar la naturaleza de los reforzadores sociales. Baer hipotetizaba que los reforzadores sociales eran sensibles a los efectos de privación y de satisfacción, hecho que comprobó al finalizar su trabajo encontrando además que dichos reforzadores podían ser aplicados en forma predecible.

En 1959, Arnold A. Lazarus utilizó las técnicas de desensibilización de Wolpe en la terapia con niños. Reportó el caso de un niño con fobia a los coches. La cual fue resultado de un accidente, Lazarus logró que finalmente el niño llegara a conducir uno mediante el reforzamiento con choques cada vez que se daba un acercamiento a él.

En 1962, Albert Bandura, llevó a cabo numerosos experimentos en la Universidad de Stanford con técnicas de modelamiento. Él pensaba que los condicionamientos operantes en algunos casos eran muy laboriosos e ineficientes cuando se deseaba desarrollar nuevos repertorios.

Bandura presentó films a niños, los cuales contenían verdaderas escenas de actos agresivos realizadas por un adulto. de esta forma se dio cuenta de que los niños tendían a imitar las agresiones presentadas por el film cuando se les presentaba una situación instigante. Así mismo se dio cuenta de que cuando se les presentaban films donde el agresor era castigado por sus actos de violencia, los niños tendían a presentar una tasa más baja de actos agresivos.

En la Universidad de Illinois, Herbert Quay (1968) fue pionero de la sistematización de las técnicas de modificación de conducta utilizadas en el salón de clases. Él consideraba los problemas conductuales en términos de eventos externos observables, los cuales, podrían modificarse a través del uso de

estímulos discriminativos, contingencias de reforzamiento. Realizó experimentos en salones de clases con niños intrasocializados-agresivos utilizando técnicas de moldeamiento, en donde los sujetos que imitaban la conducta del modelo eran reforzados con un dulce; la conducta a imitar consistía en acercarse a jugar, mostrar sentimientos de agrado y conductas de acercamiento. (Mc. Millan, 1973).

En años recientes, mientras el trabajo de investigación clínica continúa, los principios de modificación conductual han sido eventualmente aplicados a la educación especial. Actualmente los problemas abordados son numerosos; se ha trabajado prácticamente en todas las áreas que conciernen a la rehabilitación de los retardados, como son los repertorios básicos, el cuidado personal, las conductas problemáticas, el lenguaje, las conductas académicas, el comportamiento social, el control muscular, el entrenamiento vocacional. (Hindoo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Facille, 1984).

3.3 DEFINICIÓN DE MANEJO CONDUCTUAL.

Las intervenciones del manejo conductual se definen como todas aquellas acciones e interacciones conscientes destinadas a aumentar la probabilidad de que los sujetos en forma individual o en grupo desarrollen conductas específicas que sean en lo personal satisfactorias, productivas y socialmente aceptables. (Walker, Shea; 1987).

3.4 EL ENFOQUE CONDUCTUAL.

El enfoque conductual se desliza del concepto tradicional de la conducta al rechazar los motivos, necesidades teóricas, impulsos y tendencias que supuestamente explican la conducta. Mas bien hace énfasis en los determinantes ambientales, situacionales y sociales que ejercen influencia sobre la conducta. El enfoque conductual considera la mayoría de las conductas como susceptibles de ser aprendidas o alteradas mediante procedimientos del aprendizaje. El enfoque se hace sobre conductas que se han aprendido o necesitan aprenderse.

No considera a la conducta anormal como distinta de la conducta normal en función de la forma que se desarrolla o se mantiene. La conducta anormal no representa una disfunción o proceso de enfermedad que ha retrasado el desarrollo de una personalidad normal. Mas bien ciertas experiencias del aprendizaje o el fracaso para recibir o sacar provecho de estas pueden explicar la conducta.

Creo que la clasificación de la conducta como anormal es casi en juicios subjetivos mas que en criterios objetivos (Randura, 1967; Spaso, 1960; Ullman y Lindsley, 1967; citado en Fazzin, 1985). Diferentes personas pueden considerar una misma conducta dada como normal o anormal.

Lindsley (1964) expresó en el caso de los niños retrasados "cuando": "Los niños no son retrasados. Únicamente su conducta en el

medio ambiente promedio es excesivamente retrasada. De hecho, es la habilidad de la ciencia moderna que crea ambientes convenientes para esos niños la que está retrasada. Con el cuidadoso diseño del medio ambiente se puede enseñar a los niños retardados a ajustarse a una variedad de respuestas. Los individuos considerados como anormales realizan acciones que los distinguen de sus semejantes. Sin embargo, las diferencias están en la conducta más que en una enfermedad o defecto psicológico. Un objetivo de la modificación de la conducta, es proporcionar experiencias de aprendizaje que promuevan en el individuo conductas adaptables y prosociales.

Hay características importantes que distinguen la modificación de la conducta de los enfoques tradicionales. Estas características incluyen el enfoque en la conducta observable, la cuidadosa evaluación de la conducta que se va a alterar, la evaluación del efecto del programa en la alteración de la conducta y el interés por los cambios conductuales socialmente significativos. (Laddin, 1985).

3.5 EL ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO.

El análisis conductual aplicado se desarrolla a partir de la observación de tres cambios fundamentales: un cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento que influye en el organismo al cual denominaremos estímulo; un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable, al que

denominaremos respuesta o conducta; y, un nuevo cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento efecto de dicha conducta al que llamaremos consecuencia. A esta triple relación entre un estímulo previo, una conducta y un estímulo consecuencia de esa conducta, se le llama triple relación de contingencia, piedra angular del análisis experimental y aplicado de la conducta.

El análisis conductual aplicado es objetivo y funcional. Siempre hace referencia, en primer lugar, a descripciones de acontecimientos mensurables y cuantificables. Evita mencionar procesos inferidos. La objetividad del análisis exige siempre la más clara especificación física posible de los estímulos del medio y de las conductas del organismo. La funcionalidad se refiere a que procura relacionar una conducta con ciertos estímulos y viceversa, y formula la relación en forma de una función.

El método prototípico del análisis conductual aplicado es este: El establecimiento y manipulación de relaciones funcionales entre estímulos precedentes, conductas y consecuencias.

Hagamos una definición más precisa de los tres componentes de nuestra relación de contingencia. El primer elemento de ésta es el estímulo que precede a la respuesta. Este estímulo no la produce inevitablemente, solo aumenta su probabilidad.

El estímulo precedente adquiere control sobre la respuesta

en tanto discrimina o distingue la ocasión en que esa respuesta va seguida de una consecuencia determinada. Adquiere la propiedad de discriminar la ocasión de que una conducta vaya seguida de una consecuencia; es decir, es un estímulo discriminativo de la consecuencia. Su función es aumentar la probabilidad de que la conducta en cuestión ocurra.

El segundo elemento de nuestra relación de contingencia es la conducta o respuesta. La conducta se define en términos físicos: lo que nos interesa es cuán probable es que ocurra o no en el futuro, es decir, su probabilidad. Se toma como medida básica de la conducta la tasa de respuesta. La tasa de respuesta es igual al número o frecuencia de respuestas por unidad de tiempo. Al describir una conducta debe registrarse cuántas veces ocurre en un espacio de tiempo determinado.

El tercer elemento es el estímulo consecuencia de la conducta. Esto ocurre como su propio nombre lo dice a consecuencia de la conducta que ha tenido lugar. Esta consecuencia tiene un efecto característico que la define, y es que hace que sea más probable que la conducta vuelva a ocurrir en lo futuro. A este aumento en la probabilidad futura de la conducta se lo denomina reforzamiento.

Un cuarto evento de elementos que puede figurar en el análisis de la relación de contingencia está formado por los llamados eventos disposicionales. Son acciones en el medio que

alteran la disposición del organismo a responder ante ciertos estímulos. Alteran directamente la efectividad de los estímulos discriminativos y los reforzadores. (Ribes, 1984).

7.0 LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA Y EL RETARDO EN EL DESARROLLO.

Como ya se mencionó, la modificación de conducta no es más que la parte aplicada de la psicología experimental. La cual, emplea los términos, los conceptos, los métodos y los análisis técnicos del análisis experimental de la conducta.

La modificación de la conducta es un conjunto de técnicas muy diferentes que se han aplicado, se aplican, a la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, la psicología clínica, la educación especial, la rehabilitación.

En lo que respecta al problema que nos ocupa, el estudio experimental de casos de retardo, la aplicación de la modificación conductual a la rehabilitación del retardado, se iniciaron en la década de los 50s con trabajos de investigadores como E.W. Bijou, N.P. Ellis, F.L. Garneau, F. Hyman, y otros quienes utilizaron los principios de condicionamiento operante para establecer diferentes conductas en retardados, o para estudiar las características del retardo. Estos estudios demostraron que el condicionamiento operante es una herramienta poderosa, capaz de eliminar problemas de conducta en sujetos que los habían padecido durante años, y de establecer nuevos repertorios incluso en pacientes vegetativos con los que habían

fracasado otras técnicas. Desde entonces, han aparecido un número creciente de publicaciones sobre el tema. Los trabajos publicados han tenido objetivos diversos y han empleado diferentes procedimientos, han incidido en todo tipos de sujetos retardados, se han realizado en todos los ambientes en los que es posible trabajar con éstos pacientes (el hogar, el taller, la escuela especial, la escuela normal, la clínica de conducta y el hospital) y han recurrido a menudo al entrenamiento de personas que rodean al afectado (maestros, familiares, compañeros, tutores, profesionales y paraprofesionales) para que colaboren en la rehabilitación o se hagan cargo de ella. (Galindo, Bernat, Hincososa, Galquera, Faracena y Padilla; Ob. Cit).

3.7 LOS PRINCIPIOS DE REFORZAMIENTO Y LAS TÉCNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA.

Los principios de reforzamiento son un conjunto de reglas que deben aplicarse en el proceso de modificación de conducta. Estos son cinco:

1.- El reforzamiento depende de la exhibición de la conducta blanco. Si se intenta cambiar una conducta específica, es preciso reforzar solo aquella que pretende modificarse y solo después de que esta se exhiba. Al planear y realizar una intervención es necesario tener cuidado para asegurarse de que no se refuerzan otras conductas.

2.- La conducta blanco debe ser reforzada inmediatamente

después de exhibirse. Si en un programa de intervención planificada los reforzadores se demoran, pueden reforzarse por accidente, conductas no intencionadas aumentando la probabilidad de que una conducta no intencionada se manifieste en el futuro.

3.- Durante las etapas iniciales del proceso de cambio de conducta, la conducta blanco se refuerza cada vez que se exhibe.

4.- Cuando la conducta blanco recién adquirida alcanza un nivel de frecuencia satisfactorio, se refuerza intermitentemente.

Porque sea que si el sujeto cuya conducta está siendo cambiada no sabe exactamente cuando recibirá el reforzamiento, pero sabe que esto va a ocurrir, la conducta blanco seguirá exhibiéndose.

5.- Los reforzadores tangibles siempre se aplican con reforzadores sociales. El objetivo final del proceso de modificación es el de ayudar al sujeto a ejecutar la conducta blanco no por una recompensa tangible sino por logro personal. (Walker y Snes; Op. Cit).

El tratamiento conductual presupone la manipulación de procedimientos que tiendan a diseñar el ambiente general e individual del sujeto, de modo tal que facilite y promueva la adquisición de conductas que sean necesarias para remediar cuando menos parcialmente dicho retardo.

El tratamiento conductual abarca tres aspectos fundamentales: 1) la creación de nuevas conductas; 2. el aumento

de frecuencias en las conductas ya existentes, y 2) la supresión de conductas objetables. (Ribes: Op. Cit.).

A continuación presentamos, las técnicas de Modificación de Conducta utilizadas por los padres en el trabajo con sus hijos.

1.- REFORZAMIENTO POSITIVO.

El reforzamiento positivo se distingue porque produce consistentemente un aumento en la probabilidad de presentación de la conducta; es decir, se hace más probable que una determinada conducta se presente con mayor frecuencia en lo futuro.

Los reforzadores consisten en lo que denominamos comúnmente como "recompensas". Sin embargo, nunca debemos suponer de antemano que una recompensa va a ser efectiva como reforzador, sino que debemos probarlo y asegurarnos de que así sea. Un reforzador solo funciona si se percibe por el individuo como "recompensa".

2.- TIPOS DE REFORZAMIENTO.

2.1 Alimentos

2.1.1 Sociales.- Estos como elogios verbales, la atención, el contacto físico, expresiones faciales etc.

2.1.2 Conductas de alta probabilidad.- Las conductas que tienen una probabilidad superior en el repertorio de respuestas de un individuo pueden reforzar a conductas de una probabilidad inferior.

2.1.4 Retroalimentación informativa. El proporcionar información acerca de la ejecución puede servir como un

reforzamiento poderoso. Se llama retroalimentación al conocimiento de los resultados de la ejecución propia.

3.- MOLDEAMIENTO POR APROXIMACIONES SUCESIVAS.

Hay ocasiones en que el sujeto no posee una determinada conducta en absoluto. Siendo así, se hace uso de éste método. El primer paso consiste en definir de la manera más precisa posible cual es la conducta final que deseamos obtener. Una vez que se ha definido dicha respuesta terminal, se comienza por elegir una conducta más amplia dentro de la cual este incluye la que hemos previsto o que tenga alguna semejante forma, con ella. Cuando se elegida aquella conducta que por supuesto el sujeto debe mostrar dentro de su repertorio, se le refuerza consistentemente hasta que se presente con frecuencia. El paso siguiente consiste en restringir la amplitud de esta conducta y hacerla cada vez más parecida a la conducta deseada, mediante un reforzamiento de índole diferencial.

4.- IMITACION.

Esto es un procedimiento para fomentar la adquisición de una nueva conducta. En general puede usarse con sujetos que poseen un repertorio conductual mínimo previo.

En la imitación hay tres aspectos importantes: a) la semejanza entre la conducta del sujeto imitador y la del modelo; b) la relación temporal entre estas conductas, y c) no es tampoco el hecho de dar instrucciones explícitas para que el sujeto imite la conducta. (Ribes: Op. Cit.).

5.- PROCESOS VICARIOS.

Se puede alterar la conducta de un sujeto al observar las consecuencias que siguen a la conducta de otros individuos. Un procedimiento para mejorar la conducta de un individuo determinado, es proporcionar reforzamiento a otros que están ocupados en la misma conducta-objetivo. El reforzamiento vicario puede instigar la conducta de una persona, puesto que se refuerza a un modelo por tal conducta. El reforzamiento de un individuo induce a los demás que hay ciertas conductas que son deseables y que por consiguiente serán reforzadas. (Maddox: Op. Cit).

6.- ESTIMULOS SUFLENTARIOS.

Su función es de primordial importancia en la adquisición inicial de la respuesta, como procedimientos de apoyo: estos son:

1) Estimulos instigadores. Su función consiste en forzar la emisión de la respuesta en consecuencia, después tener la certeza previa de que tal respuesta existe en el repertorio del sujeto como también que el estímulo elegido para instigarla es apropiado. En términos generales, podemos dividir a los estímulos instigadores en dos clases: a) Físicos, y b) Verbales.

2) Desvanecimiento. Consiste en la disminución gradual de la instigación una vez que se va dando la conducta deseada. (Hibbs: Op. Cit).

7.6 SUMARIO.

La acción recíproca entre la conducta y el medio es lo que caracteriza la conducta operante, la cual, resulta afectada por

sus consecuencias ambientales. Las consecuencias de cada una de estas conductas determinarían en que medida y de que manera las conductas referidas habrían de repetirse.

El tratamiento conductual se construyó sobre los reflejos, esto es, la relación estímulo-respuesta.

Se sentaron las bases de la Ley del Efecto de Thorndike, la cual afirma que las consecuencias de la conducta en una ocasión determinan la probabilidad de que la conducta se repita en ocasiones subsiguientes, a esta conducta se le llama instrumental; aquí se distinguieron los conceptos de conducta operante y respondiente, de esta manera, se hicieron notorias e sorprendentes innovaciones técnicas y tecnológicas hacia una ciencia efectiva de la conducta. (Catania, 1984).

Un análisis de los procedimientos, de hecho, se basaron a los principios de aprendizaje hoy utilizados aun desde la época de los griegos; los cuales fueron evolucionando y comprendiéndose conforme se iban realizando diferentes trabajos. En años recientes, mientras el trabajo de investigación continúa, los principios de modificación conductual han sido eventualmente aplicados a la educación especial. Actualmente, los problemas asociados con numerosos, se ha trabajado prácticamente en todas las áreas que conciernen a la rehabilitación de los retardados. (Mc. Millan, 1970).

Así, ahora el manejo conductual se define como aquellas

acciones (e inacciones) conscientes destinadas a aumentar la probabilidad de que los sujetos en forma individual y en grupo desarrollen conductas efectivas que sean en lo personal satisfactorias, productivas y socialmente aceptables (Walker y Smet 1972).

El enfoque conductual hace énfasis en los determinantes ambientales, situacionales, sociales que ejercen influencia sobre la conducta.

La Modificación de la Conducta no es más que la parte aplicada de la Psicología Experimental, la cual, emplea los términos, los conceptos, los métodos y los análisis teóricos del Análisis Experimental de la Conducta.

La modificación de la conducta es un conjunto de técnicas muy diferentes que se han aplicado y se aplican a la solución de problemas de conducta en diferentes campos, los cuales, están regidos por reglas y principios.

El tratamiento conductual abarca tres aspectos fundamentales: 1) La creación de nuevas conductas; 2) El aumento de frecuencias en las conductas ya existentes y 3) La supresión de conductas objetables (Ribes: 1964).

CAPITULO IV

SENTIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES ANTE UN HIJO EN DESVENTAJA.

4.1 CULTURA, SOCIEDAD Y ESPERATIVAS.

Existe una tendencia cada vez mas marcada en el campo de la salud mental a considerarse que el cliente no es solamente el niño retrasado en forma aislada, sino toda su familia. y existe la tendencia correlativa a proporcionar servicios sobre una base familiar y no simplemente al individuo que presenta problemas. (Ingalls, 1985).

En realidad hasta hace muy poco tiempo se dió alguna atención a los problemas de los padres y en especial a la ayuda que se les debe dar no solo por lo que nace a sus propias reacciones invadidas emocionalmente ante el problema de tener en la familia un hijo retrasado, sino muy particularmente para ayudarlos a proporcionar atención y capacitación apropiada al individuo retardado. (Hutt, Gwyn; 1988).

Es por este hecho que consideramos necesario hablar un poco mas ampliamente acerca de la familia de los retardados, por ser ésta, el núcleo de la sociedad que influye de una manera importante y directa en el desarrollo del individuo.

Así es, la presencia de un niño retardado mental en el seno de una unidad familiar tiene efectos de gran alcance. Los efectos causados por el trastorno del niño pueden ser en verdad

catastróficos si no se les da alguna solución ya que los padres pueden llegar a ser absorbidos por un proceso victimario y contarán con pocas energías para ocuparse de las necesidades reales de su hijo, es por esto, que es importante que se les tome en cuenta / se les preste la atención debida en oien de los mismos y de sus hijos. (Antunez, Reyes; 1980).

Debemos afirmar categóricamente que los padres de niños retardados mentales mostrarán con toda probabilidad reacciones emocionales significativas ante el hecho de tener un hijo retrasado. Tales reacciones varían en grado y calidad de un padre a otro, dependiendo de una multiplicidad de intrincados factores estrechamente entretegidos. (Hutt, Gwyn; Ob. Cit).

La realidad es que la pareja no está preparada para aceptar y vivir con un hijo retardado ya que se le preparo para formar una familia tradicional, entendiendo por este término, una familia compuesta por ellos dos y por sus descendientes a quienes ellos habian programado perfectos, así es, antes de que nazca el bebe, la mujer embarazada, el próximo padre y demás familiares y amigos desarrollan una imagen del niño que va a nacer. Esta imagen que incluye expectativas propias a los estereotipos culturales del niño "ideal", aquel con atributos de belleza y perfección. Aún antes de nacer, se piensa que será un niño sano, fuerte, así, inteligente etc.... es decir, lleno de "virtudes" ensaiadas por una cultura como la nuestra: en la que el significado de la

paternidad es influenciada grandemente por los valores sociales y las expectativas que los padres tienen de sus hijos.

Llega el momento del parto y, en caso de diagnosticarse de inmediato el retardo en el desarrollo (p.e. un síndrome de Down), los padres, escuela, vecinos, amigos y demás sienten el impacto de la noticia y todos aquellos ideales se desvanecen para dar paso a una realidad diferente, muchas veces insegura y desconocida. (Malagon, 1988).

Cuando el hijo retardado es el primogénito, parece ser que el efecto crítico es mayor que cuando ocupa cualquier otro lugar en la familia, muchas veces ésto limita a la pareja por mucho tiempo y en ocasiones nunca hay otro embarazo. Si el hijo retardado llega después de que ya se ha tenido uno o mas descendientes "normales", es muy común que no vuelvan a tener mas hijos, quedando el deficiente como el menor. (Vergara, 1988).

Otros padres, comienzan a darse cuenta del problema cuando advierten que el desarrollo del niño es diferente o mas lento que el de otros niños de la misma familia, y pueden atribuir esa lentitud a cantidad de razones y pueden expresar preocupación por su insuficiencia o sentir que su lentitud no tiene mucha importancia en ese momento, ya que las exigencias respecto al niño no son grandes. Generalmente las sospechas se confirman cuando el niño empieza a ir a la escuela y no puede competir con otros niños de su edad. Es entonces cuando se realizan estudios

psicológicos para verificar otros testimonios que sugieran la existencia de un retardo en el desarrollo.

El reconocimiento de la condición del niño es seguido por un esfuerzo para descubrir la causa del problema, en tal caso los padres más cultos recurren a fuentes profesionales en busca de una respuesta; los menos cultos buscan la causa en factores ambientales como enfermedades, accidentes, soprosalitos emocionales o en rasgos familiares. Los padres no aceptan que el niño pueda ser retardado, gastan mucho tiempo y dinero en una desesperada búsqueda de la causa del fracaso del niño.

Segal (1950) realizó algunas investigaciones en donde se encontró que el problema de la aceptación era menos grave entre los padres inteligentes, con posibilidades económicas y emocionalmente maduros que entre los padres menos competentes. (Barbarens: Ob. Cit).

Smith plantea posibles significados del nacimiento de un bebé: puede representar la máxima realización por parte de una mujer, puede significar la salvación para un matrimonio inestable etc... Sin embargo, cualquiera que sea el significado, lo cierto es que el impacto de dar a luz un "ser anormal" es algo que rompe con los proyectos. Incluso, los mitos y tradiciones en juego y la idea de castigo divino (entre otras) se presenta junto con todos sus problemas.

La inseguridad por parte de los padres es algo que hace el

nacimiento de su hijo retardado les acompañará constantemente. Desconociendo la causa real de todo ello, suelen recurrir a explicaciones cargadas de ignorancia y emociones destructivas. Quizás intenten encontrar la respuesta en conductas ilícitas o vergonzosas que hicieron en el pasado. En el momento en que lo asocian con lo ilícito, lo ilegal o con la enfermedad, es muy probable que evoquen toda clase de sentimientos. (Malagón: Ub. Cit).

Para la mayoría de los padres, saber que su hijo es retardado, constituye una experiencia casi traumática. Los padres generalmente reaccionan con incredulidad, conmoción, miedo, frustración etc... (Antunez y Reyes: Ob. Cit).

4.2 EL IMPACTO SOBRE LOS PADRES.

Ingalls (1985) parte del impacto que el niño retardado provoca sobre los padres y plantea que prácticamente todos los padres reaccionan con una emoción y tristeza profunda a la noticia de que su hijo es un retardado.

Monoscino (1967) y Wolfensberger (1967) citados ambos en Ingalls opinan que hay tres tipos de crisis que se precipitan sobre los padres, éstas son:

- 1.- La crisis de lo inesperado: Es aquella que resulta de un cambio substancial y no previsto en la propia vida y en el concepto que se tiene de sí mismo.

Casi todos los padres tienen grandes planes y perspectivas

para sus hijos; esperan con ansia el momento en que los puedan contemplar dando sus primeros pasos, pronunciando sus primeras palabras, obteniendo buenas notas en la escuela, entrando al bachillerato y, porque no, llegando a la presidencia de la República. Parece que todos los padres dan por supuesto que su niño va a ser el más inteligente, el más bonito y el de mejor conducta en todo el barrio. Con éstas expectativas, es fácil imaginar el profundo choque y desilusión que experimentan los padres ante la noticia de que su niño no solamente no va a ser presidente, sino que ni siquiera va a ser autosuficiente. Esto es como si alguien viniera y te dijera que tu hijo de nombre Maslowitz, 1959; citado en Ingalls: Op. Cit).

2.- La crisis de valores personales: Prácticamente todos los padres viven en un ambiente social en el que crece la idea de que tienen que amar, acariciar y proteger a su niño, sin que importen los caracteres del niño. Es muy raro el caso de una madre que admita, inclusive en su propio interior, que algunas veces no siente ningún cariño por sus niños y que le desea haberlos tenido. Por otro lado, el niño a quién están obligados a amar, algunas veces no se presenta como objeto digno de amar, por lo menos según los valores tradicionales. En lugar de ser inteligente y despierto, ingenioso y divertido como lo son la mayoría de los niños normales, su hijo, además de ser muy lento, es físicamente poco atractivo, al mismo tiempo puede ser un serio

problema de conducta. El concepto de retraso mental es totalmente inaceptable para algunas personas, en consecuencia abrigan sentimientos ambivalentes hacia su hijo retrasado. Por un lado aman al niño porque es su hijo, pero por otro lado lo rechazan debido a su retraso mental.

Se dan varias reacciones características a esta ambivalencia. Algunas de estas reacciones son señales de una adaptación deficiente, por ejemplo, la culpa o dolor excesivos, el uso exagerado de mecanismos de defensa como la negación o la protección exagerada de las cuales nos liberamos posteriormente.

7.- La crisis de la realidad: Al mismo tiempo que los padres de un niño impedido se ven obligados a afrontar los sentimientos ambivalentes producidos por valores en conflicto, también tienen que afrontar otras realidades más concretas. La primera de estas es de tipo económico: muchos niños retrasados tienen problemas de salud que requieren de tratamiento y a no ser que estas complicaciones estén cubiertas por algún tipo de seguro médico, pueden dar lugar a tremendas erogaciones; además se tienen que afrontar los gastos de educación y capacitación privada. Otras preocupaciones muy realistas de los padres incluyen el modo como los parientes y vecinos van a actuar al niño.

4.3 SENTIMIENTOS AMBIVALENTES Y PAUTAS DE REACCION CARACTERISTICAS.

Ahora bien, retomando el punto mencionado anteriormente sobre las formas en que los padres reaccionan ante el hecho de tener un hijo retardado son múltiples y muy diferentes. Los padres aman y aceptan a sus hijos pero también los rechazan y les fastidian.

Es inevitable que los componentes negativos de esta ambivalencia se acentuen cuando el niño es un discapacitado. Estas reacciones negativas van desde desear conscientemente, abiertamente que el niño se muera o que nunca hubiese nacido, hasta la hostilidad y el rechazo reprimidos, no reconocidos, velados y simbólicos. En cualquier caso los sentimientos ambivalentes originan reacciones de culpa que pueden a menudo resultar en sobreprotección, demasiada atención y una vida de martirio que constituye un intento de negar o compensar los sentimientos hostiles de los cuales se avergüenza la persona. En continuación hablaremos de algunas de las pautas de reacción más comunes:

1.- Culpa, vergüenza y depresión. El sentido de culpa y el sentimiento de vergüenza que lo acompaña, es la sensación que se experimenta cuando se ha hecho algo mal. De aquí que la primera pregunta que se hacen muchos padres es "¿Porque me sucede esto a mí.", un número sorprendente de padres ven al niño retrasado como un castigo de Dios por alguna falta cometida en el pasado. Esta

reacción de culpa suele ser especialmente más intensa cuando no deseaban al niño que ahora ha resultado ser retrasado. (Ingalls, Op. Cit.).

Los padres se sienten responsables y se culpan por el problema del niño: "Si sólo hubiera tomado las vitaminas que me dio el doctor", "Si hubiera sido más cuidadosa".

El siguiente paso es transferir la culpa a alguien. Dicen: "Ya no puedo más con esta situación, tiene que haber sido tu culpa. Deberías sentirte tan desdichado como yo". Culpan al médico, al conyuge, a otros miembros de la familia etc...

La culpa es una emoción muy singular, es la base de la sobreprotección y ésta impide el progreso del niño. (Rinn, Marilla, 1989).

Otros padres se sienten culpables no por tener un niño retardado, sino por las reacciones que sienten hacia él. Un padre que tiene dificultades para resolver este conflicto de valores y que alguna vez siente cierto resentimiento hacia el niño o se enoja con él, suele sentirse profundamente culpable de sentir emociones negativas tan intensas hacia un individuo tan indefenso.

Un síntoma manifiesto de vergüenza y de culpa es que los padres muchas veces hablan del retraso de su niño, ni entre ellos mismos ni con sus vecinos y parientes. Kramm (1963) citado en Ingalls (1982), descubrió muchas familias en las que el esposo y la esposa nunca hablaban del niño por las emociones tan intensas

que estaban de por medio. Como un ejemplo extremo de esta conducta, antiguamente era costumbre que las familias internaran al niño retrasado en alguna institución y luego decir a las demás gentes que el niño había muerto.

La vergüenza en el sentido en que usamos el término aquí, se refiere a la reacción de "¿Que irán a pensar y decir los demás?". Mientras que la culpa se refiere a los sentimientos de autorreproche o autocondenación del individuo. La vergüenza se orienta más hacia la otra gente; la culpa, más hacia el propio individuo. La vergüenza incluye la expectativa del ridículo o de la crítica, mientras que la culpa incluye la autoacusación, recordamiento y un sentimiento de disminución en la valía personal. La vergüenza y la culpa incluyen ansiedad, los sentimientos de culpa o autoacusación con su ansiedad acompañante, por otra parte, pueden proteger el concepto que el individuo tiene de sí mismo dirigiendo la hostilidad hacia los demás. (Ingaile: Ob. Cit).

La anticipación del rechazo social, el ridículo y la pérdida de prestigio, cuando son extremos, pueden resultar en una solución inmediata y drástica del problema. Para evitar disgustos sociales algunos padres tratan de retirarse del contacto social. Otros asumen el papel de mártires con el fin de aliviar toda sospecha de falta de interés personal o de inadecuación en el rol parental como posible causa del defecto del niño. Ni dedicar la vida entera al cuidado del niño el padre le dice al mundo: "Miren

que padre más dedicado y devoto soy. ¿Cómo puede alguien pensar que las dificultades del niño surgen de mi descuido o inadecuación?

La preocupación, la atención, el cuidado esmero y la protección son formas en las cuales el padre o la madre pueden asegurarse a sí mismos que son buenos padres.

Los sentimientos depresivos son experiencias frecuentes, sea de la gente motivada por la vergüenza o de la gente motivada por la culpa. (Ingalis: Ob. Cit).

2.- La negación. Hay fuerzas poderosas sociales o personales que motivan al padre a negar la evidencia del problema de su hijo. El estereotipo cultural del niño ideal, las expectativas de los padres de que el niño va a alcanzar o sobrepasar sus propios logros; contribuyen a la reacción tan común de "no puede ser posible", cuando el niño parece ser defectuoso. (Ingalis: Ob. Cit).

La negación se presenta mediante manifestaciones de escape que algunos padres experimentan cuando no quieren aceptar que su hijo tiene una incapacidad. Niegan que exista algún problema porque no pueden afrontar que su hijo no sea perfecto. (Kinn. Martin: 1967).

Esta negación toma muy diversas formas, una versión relativamente inocente es hablar del hijo o de la hija como de un niño de lento aprendizaje, inclusive con una lesión cerebral o autista, pero no retrasado mental.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Muchos padres superan el estado inicial de aceptación parcial. Pueden aceptar el diagnóstico pero rechazan sus implicaciones de pronóstico. Este es un tipo de negación más seria. Consiste en la renuencia a admitir que el trastorno de su hijo muy probablemente no tiene remedio y que el niño nunca será autosuficiente. Una manifestación clásica de esto es el andar de un especialista a otro, en busca de un diagnóstico más preciso o de algún remedio. ¿Qué pensar de las drogas milagrosas, de una nueva operación, de un nuevo tipo de psicoterapia o de la acción de cantidades ilimitadas de amor paterno?

La forma extrema de la negación es sencillamente negarse a admitir que el niño es de alguna manera diferente a los demás.

Estos padres insisten en creer que su hijo va a crecer normalmente y que va a ser un adulto competente, capaz de cursar el bachillerato y convertirse en un profesionista, o de continuar con el negocio de la familia. (Ingalls: Ob. Cit).

No es conveniente que esta actitud se prolonge: cuanto más tiempo se niegue que existe el problema, el niño tardará más en recibir el cuidado adecuado. (Rinn, Markle: Ob. Cit).

3.- Protección excesiva. Cuando el padre invierte una gran parte de esfuerzos que se manifiestan en aspectos emocionales y materiales en el cuidado del niño disminuido, es fácil que se desarrolle una condición de dependencia circular. El niño sea por medio de sus necesidades reales o de la exageración paterna de

estas necesidades, se vuelvo dependiente del padre o de la madre. Estos, a su vez, necesitan el cuidado excesivo y la dependencia del niño para probar su adecuación como padres.

Algunos padres, por lo general la madre, dedican todo su tiempo a su niño retrasado hasta olvidarse casi totalmente de sus demás hijos y del consorte. Constantemente tratan al niño como si estuviera más incapacitado de lo que realmente está.

Una interpretación de esta conducta es que es un tipo de formación reactiva. La formación reactiva es un mecanismo de defensa en el que se niega un impulso inaceptable poniendo mucho énfasis en su contrario. Así, la madre parece estar diciendo "Ven ustedes cuanto amo a mi hijo retrasado. Lo estoy sacrificando todo por él", pero en realidad la madre está procurando ocultar a sí misma y a los demás que inconscientemente el niño le disgusta y que está resentida de él. Admitir esto sería muy doloroso, y por consiguiente acentúa lo contrario. Es necesario evitar la confusión entre afecto y sobreprotección dado que esta última genera perturbaciones psicológicas y sociales contrarias a la autorealización que se percibe en el niño, esta actitud puede convertirlos en seres inútiles e incapaces de desenvolverse por sí mismos. (García, 1986).

4.- Pena. Olshansky (1962) citado en Ingalls (1982), da por supuesto que casi todos los padres que tienen un niño retrasado padecen una pena crónica en un grado o en otro. Averte

Claramente que esta pena de ninguna manera es una reacción neurótica, sino una reacción plenamente natural y normal, aunque muchos padres procuran ocultar en público su depresión y dolor.

4.4 LA ACEPTACIÓN.

Esta es muy importante, es de lamentar que mucho de lo que se ha escrito acerca de las reacciones de los padres al hecho de tener un niño impedido, hagan tanto hincapié en los aspectos negativos. Aunque es verdad que muchos padres sí apelan a comportamientos de mal adaptación en un momento u otro de su vida, también es verdad que se suelen pasar por alto los procesos más positivos de aceptación y adaptación que se dan en muchos padres.

Este proceso de aceptación incluye muchas características:

1.- El padre que acepta es capaz de percibir con toda precisión las aptitudes del niño y su potencial, estando plenamente consciente tanto de las debilidades como de los recursos.

2.- El padre que admite es capaz de afrontar el retraso del niño en una forma realista, reconociendo que algunas veces resulta incomodo para la familia; no se deja abrumar por la compasión hacia sí mismo, ni por la pena ni por el sentimiento de culpa.

3.- El padre que comprende suele proporcionar al enfermo los mejores servicios posibles en orden médico, educativo y

recreativo; dentro de sus recursos, sin buscar neuróticamente una cura milagrosa.

4.- El padre que tolera, suele dar al niño retrasado el mismo amor que les muestra a todos los demás hijos, no lo rechaza pero tampoco lo ama exageradamente, no lo ahoga con tanto amor que el niño no logre la independencia de que se desea. El padre que acepta no debe dedicar tanto tiempo y atención que dedique a los demás hijos, al consorte. (Ingalls: Ob. Cit.).

La aceptación del retardo del niño no constituye una respuesta automática al diagnóstico, es todo un proceso que debe completarse en bien del niño y del padre mismo.

Rosen (1955), citado en Barbarena (1985): afirma que la aceptación del individuo retardado es un proceso evolutivo y se cumple a través de cinco etapas que define de la siguiente forma:

- 1.- Darse cuenta del problema.
- 2.- Reconocerlo.
- 3.- Buscar su causa.
- 4.- Buscar una solución.
- 5.- Aceptarlo.

4.5 CONCLUSIONES.

Ingalls (1985) propone que el modo en que los padres aceptan al niño retardado esta relacionado con el conocimiento que tienen sobre la naturaleza del retardo. Los padres que conocen las causas no suelen sentirse culpables o con vergüenza. Así mismo,

tal vez el determinante individual más importante de la reacción de los padres a su hijo retardado sea el nivel de adaptación de los mismos padres. Se ha dicho incluso, que la presencia de un hijo retardado no genera nuevos problemas para la integración de la familia, sino que sólo agrava los problemas ya existentes.

Al principio, los padres se estremecen ante la presencia inesperada de un niño retrasado. Las familias pueden sentir desgarramiento consiguiente por un tiempo, si bien muchos padres pueden reaccionar racional, madura y constructivamente si se les da tiempo y sobre todo si se les da información, guía y respaldo apropiados en el manejo del problema. Aunque es verdad que con frecuencia los padres se valen de la negación como defensa contra la angustia cuando se topan con el hecho de tener un niño retrasado, esta negación sólo puede operar durante un cierto tiempo, hasta que los padres aprendan a adaptarse a la situación.

En este proceso de adaptación los padres necesitan contar con información exacta sobre la naturaleza de las limitaciones de su hijo, cuales son las perspectivas inmediatas en cuanto al desarrollo del niño; información, apoyo y capacitación en su relación con este y planeación amplia en cuanto a las necesidades inmediatas, educativas y medicas del menor. Una guía importante para los padres al respecto educativo puede ser el enseñarles a conocer el desarrollo evolutivo del niño con el fin de que puedan reconocer las áreas en las cuales existen deficiencias y

solventarlas así, mediante el trabajo con sus hijos a través de una adecuada asesoría, existen esquemas de desarrollo evolutivo muy precisos y relativamente fáciles de utilizar, tales como los que maneja el proyecto portage (Eluma S., Shearer H. Fronmen., Hilliard J. 1978) o bien, Gesell y Amatruda (1985), con los cuales es posible determinar incluso, las más lasa desviaciones en el desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, comprendiendo diferentes áreas del crecimiento (Gesell, 1985; y 1950), con los que es posible realizar una planeación educativa en bien del menor.

Finalmente es importante que los padres aprendan a exteriorizar sus sentimientos, a mantener comunicación entre todos los miembros de la familia y que puedan tomar decisiones por sí mismos que afecten al bienestar del niño, así mismo es necesario involucrarlos en el trabajo con ellos de manera que contribuyan al desarrollo máximo de sus capacidades.

CAPÍTULO V
METODOLOGÍA

Planteamiento del problema:

¿Pueden los padres modificar conductas en sus hijos después de recibir un entrenamiento en técnicas de reforzamiento?

Hipótesis nula:

Los padres no pueden modificar conductas en sus hijos después de recibir un entrenamiento en técnicas de reforzamiento.

Hipótesis alterna:

Los padres pueden modificar conductas en sus hijos después de recibir un entrenamiento en técnicas de reforzamiento.

Método Fase 1. Entrenamiento a Padres

Variable independiente:

Curso de entrenamiento en técnicas de modificación conductual.

Variable dependiente:

Describir los procedimientos sobre técnicas de modificación conductual.

Variables extrañas:

Escolaridad.

Diseño experimental:

Diseño de un solo grupo con pre-test y posttest.

Sujetos:

Una madre de 35 años de edad con una escolaridad de primaria.

Una madre de 41 años de edad con estudios de comercio.

Una madre de 22 años de edad con una escolaridad de primaria.

Una madre de 29 años de edad con una escolaridad de primaria.

Una madre de 28 años de edad con una escolaridad de segundo año de primaria.

Una madre de 24 años de edad con una escolaridad de primaria.

Situación experimental:

El entrenamiento a padres se llevó a cabo en un salón de usos múltiples del Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México, Plantel Lomas verdes con dimensiones aproximadas de 8 x 4 mts.

Procedimiento General:

Aproximadamente dos meses antes de la fecha de inicio del trabajo se comenzó a realizar la selección de los sujetos.

A través del Servicio de Educación Especial del C.E.D.H se obtuvo una lista de padres que probablemente podrían cumplir con los criterios requeridos, los cuales fueron:

- 1) En el caso de los padres, que como mínimo supieran leer y escribir.
- 2) En el caso de los niños (por grupo de dos), que estuviesen diagnosticados de la misma forma y que tuviesen una conducta en común a trabajar.

Posteriormente de acuerdo con dicha lista obtenida se buscó en los expedientes correspondientes la escolaridad de las madres o en su defecto se les preguntó si sabían leer y escribir. Así mismo se buscó el diagnóstico que tenían sus hijos.

De esta forma se descartó a aquellas madres que no cumplieron con el criterio, el resto de ellas se dejaron inscritas en una lista nueva como posibles candidatas ya que entonces debían seleccionarse en función del cumplimiento de los criterios establecidos para sus hijos, para lo cual, así mismo, se descartó a aquellos niños que no formaran pares en cuanto a diagnóstico; con el resto de los niños se programaron citas en las cuales se aplicó la Guía Portage para seleccionar conductas específicas y concretas con las cuales se pudiese trabajar, de esta forma, se realizó una nueva selección.

A manera de breviarlo, la Guía Portage surgió de un proyecto subvencionado por el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica que se pensó utilizar con niños desde el nacimiento hasta los seis años de edad, este instrumento sigue la secuencia normal del desarrollo del niño por lo cual puede ser utilizado tanto con niños normales como anormales, comprende 5 áreas del desarrollo más una sección de como estimular al bebé, estas áreas son: Socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y Desarrollo motriz. (Bluma S., Shearer H. Fronman., Hilliard J. Op. Cit).

Retomando el proceso de selección, finalmente se obtuvo un grupo de seis madres las cuales como mínimo sabían leer y escribir. Dos de dichas madres tenían un hijo con Síndrome de Down los cuales no tenían la conducta de trazar una línea horizontal, dos de ellas tenían un hijo con problemas de aprendizaje los cuales no discriminaban las letras "b" y "d"; dos de ellas tenían un hijo con problemas de retardo en el desarrollo los cuales no podían colorear círculos sin salirse de la circunferencia.

De esta forma, de acuerdo con las necesidades se realizó el programa de entrenamiento a padres y se construyeron tres programas de trabajo, uno para cada grupo de niños.

Cabe señalar que el trabajo total tuvo una duración aproximada de 6 meses, de los cuales se ocuparon 2 semanas (dos sesiones por semana, seis sesiones en total) para cada grupo de madres, en las cuales se les entrenó en técnicas de modificación conductual antes de iniciar el trabajo en cubículo con sus hijos, el cual, tuvo una duración aproximada de dos meses para cada grupo de niños (dos sesiones por semana, 10 en total), así mismo, se entreno primero solamente a un grupo de madres, al cual se introdujo al trabajo en cubículo, se entreno al segundo grupo una vez que iba finalizando el trabajo del primero y así sucesivamente hasta terminar con el trabajo en cubículo del tercer grupo.

Procedimiento Fase 1: Entrenamiento a Padres.

Sesión 1: En esta sesión fué aplicado el cuestionario pre-test. se les dijo a las madres que se les daría un cuestionario para conocer que tanto sabían acerca del tema, así nosotras determinaríamos a que nivel dar el curso.

Sesión 2: En esta sesión se les presentó escritas en hojas de rotafolio, la definición de manejo conductual, posteriormente se les pidió que la leyeran cuidadosamente, se les explicó y ejemplificó, aclarandose dudas.

Una vez realizado esto se les presentó, así mismo, la definición de reforzamiento positivo, se les pidió igualmente que la leyeran con cuidado, se les explicó y ejemplificó, posteriormente se les pidió que escribieran un ejemplo del concepto aplicado a sus hijos y lo explicaran, se realizaron las aclaraciones pertinentes. Finalmente se les dejó traer por escrito un ejemplo del concepto para la siguiente sesión.

Esta misma mecánica fué seguida al revisar cada uno de los tipos de reforzadores y cada uno de los principios de reforzamiento.

Al final de la sesión se les preguntó nuevamente sobre las dudas que tenían las cuales se les esclarecieron, no se finalizó la sesión hasta que cada madre manifestaba el hecho de haber entendido por completo cada uno de los conceptos revisados.

Sesión 3: Al comienzo de la sesión pedimos a cada una de las madres dieran los ejemplos que habían hecho y los explicaran. Posteriormente se les hicieron preguntas nuevamente sobre cada uno de los conceptos tratados en la sesión pasada para asegurarnos que quedaban entendidos por completo, de no ser así se les volvían a explicar y ejemplificar hasta que ellas mismas lo explicaran bien con sus palabras y pudiesen ejemplificarlos por sí mismas.

Una vez hecho esto se les presentaron nuevamente escritas en hojas de rotafolio los siguientes conceptos: proceso vicario, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, instigación, desvanecimiento e imitación, siguiendo la misma mecánica que en la sesión dos para cada concepto.

Sesión 4: En esta sesión se les pidió a las madres expusieran sus ejemplos, nuevamente se esclarecieron dudas y se les hicieron preguntas acerca de los conocimientos tratados desde el principio del entrenamiento, se les pidió intercaladamente ejemplos y si existían dudas se les iban aclarando, hasta que las madres manifestaron el hecho de haber entendido todo.

Sesión 5: Durante esta sesión se les mostró y explicó a cada una de las madres el programa que trabajarían con sus hijos en el cubículo y se les hicieron preguntas sobre la aplicación del mismo, de como podrían aplicar lo que aprendieron al programa, se aclararon dudas.

Sesión 31: Se les informó a las madres que era la última sesión y se les pidió contestaran nuevamente el cuestionario (posttest) que se les aplicó en un principio. Se les informó su fecha de inicio de trabajo en cubículo con sus niños y se les retroalimentó sobre su desempeño.

Instrumentos utilizados:

Un cuestionario pre-test y post-test sobre modificación conductual.

Material:

Hojas de portafolio, pizarrón, gis, borrador, papel y lápiz.

Método fase 2, trabajo en Cubículo.

Variable independiente:

Técnicas de modificación conductual aplicadas por los padres.

Reforzamiento positivo: Los reforzamientos que se utilizaron fueron aplausos, hablarles, sonreírles, caricias, etc.

Aprendizaje Vicario: Se utilizó un títere como modelo a imitar en las conductas.

Moldeamiento por aproximaciones sucesivas: Se reforzó positivamente cada una de las conductas adecuadas.

Instigación: Se reforzó la emisión de las respuestas tanto física como verbalmente.

Imitación: Se tomó a la madre como modelo a seguir en la realización de las respuestas adecuadas.

Variable dependiente:

Conducta A: Trazar una línea horizontal sin ayuda.

Conducta B: Trazar una línea horizontal con ayuda.

Conducta C: Discriminar las letras "b" y "d".

Conducta D: Discriminar las letras "b" y "d".

Conducta E: Colorear un círculo de 3 cm de diámetro sin salirse de la circunferencia.

Conducta F: Colorear un círculo de 3 cm de diámetro sin salirse de la circunferencia.

Variables extrañas:

Inasistencias, enfermedad, inatención.

Diseño experimental:

Para cada grupo se utilizó el diseño de línea base múltiple: dos personas, una misma conducta, la misma situación física, dos momentos en tiempo.

Sujetos:

Una niña de 4 años 10 meses con Síndrome de Down.

Un niño de 4 años 5 meses con Síndrome de Down.

Una niña de 7 años 9 meses con Problemas de aprendizaje.

Una niña de 10 años 6 meses con Problemas de aprendizaje.

Un niño de 8 años 8 meses con problemas de Retardo en el desarrollo.

Un niño de 5 años 8 meses con problemas de Retardo en el desarrollo.

Los seis niños asisten al Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México Plantel Lomas Verdes.

Situación experimental:

El trabajo se llevó a cabo en cubículos del C.E.D.H. con dimensiones aproximadas de 1.5 x 1.5 mts.

Procedimiento Fase 2: Trabajo en Cubículo:

Del sujeto A: Con este sujeto se planearon 16 sesiones de 10 min cada una, una de las cuales no asistió.

Sesión 1. Se introdujo a la sujeta en el cubículo sentandola en una silla frente a una mesa en donde se encontraba una hoja y un lápiz pidiendole que hiciera una línea horizontal con el fin de registrar la línea base de dicha conducta.

Sesión 2. Se inició con la primera actividad citada en el programa #1 la cual consistió en hacer una línea horizontal a través de una plantilla con instigación para lo cual la madre tomó la mano de la niña y le indicó la manera de realizar la tarea. Así mismo dicha instigación fué desvaneciendose gradualmente. Cabe mencionar que durante la sesión la madre utilizó un reforzamiento social de tipo continuo.

Sesión 3. Al principio de la sesión se continuó trabajando con la actividad anterior y en base a los resultados obtenidos se basó a la siguiente actividad la cual consistió en realizar la línea horizontal siguiendo una plantilla sin instigación. Cada

intento realizado correctamente por la niña era reforzado continuamente por la madre.

Sesión 4. Durante esta sesión se trabajaron las mismas actividades que en la sesión anterior con la variante de que la madre cambió a un reforzamiento de tipo intermitente.

Sesión 5. En dicha sesión se continuo trabajando con la segunda actividad ya mencionada y se inició con el trabajo de la actividad 3 la cual consistió en que la niña trazara una línea horizontal siguiendo una serie de diez puntos con instigación, para lo cual la madre inicia nuevamente un reforzamiento de tipo continuo.

Sesión 6. Esta sesión no se pudo trabajar debido a que el sujeto no asistió por enfermedad.

Sesión 7. Se siguió trabajando con la actividad 3 y se implemento la 4, la cual, consistió en que la niña trazara la línea horizontal siguiendo diez puntos sin instigación manteniendose el reforzamiento continuo.

Sesión 8, 9, 10 y 11. Se trabajaron las mismas actividades que en la sesión anterior, no obstante, la madre utilizó un reforzamiento intermitente en vez de continuo.

Sesión 12. Se trabajo totalmente con la actividad 4 reforzando intermitentemente.

Sesión 13. Se redujo la actividad 4 y se inició el trabajo de actividad 5, la cual, consistió en trazar una línea horizontal

con cinco puntos sin instigación utilizando nuevamente un reforzamiento continuo.

Sesión 14. Se continuó con el trabajo de la actividad 5 reforzando continuamente.

Sesión 15 y 16. La madre reforzó intermitentemente la conducta de trazar una línea horizontal con cinco puntos sin instigación.

Del Sujeto B: Se planearon las sesiones de 10 min cada una, dos de las cuales faltó el sujeto.

Sesión 1. Se introdujo al sujeto al cubículo sentándolo en una silla frente a una mesa en donde se encontraban hojas de papel y lápiz con el objeto de registrar la línea base de la conducta pertinente. Posteriormente se le pidió que trazara una línea horizontal.

Sesión 2. Se inició con el trabajo de la primera actividad correspondiente al programa #1, la cual consistió en que el niño trazara una línea horizontal a través de una plantilla utilizando la instigación para lo cual la madre tomó la mano del niño y lo guió indicando además la forma correcta de hacerla, así mismo reforzó continuamente, realizó desvanecimiento e introdujo un títere, el cual, trazó la línea a través de la plantilla y reforzó continuamente.

Sesión 3. En esta se instigó sólo al principio y se introdujo la segunda actividad la cual consistió en que el niño

trazara la línea horizontal sin instigación. La madre siguió utilizando la técnica de proceso vicario mediante un títere descrita anteriormente. La madre reforzó continuamente.

Sesión 4. Aquí la madre no instigo en ningún momento, prosiguió con la segunda actividad y trabajo nuevamente con la técnica de proceso vicario, reforzó intermitentemente; al final de la sesión se introdujo la tercera actividad consistente en que el niño trazara una línea horizontal sobre diez puntos con instigación.

Sesión 5. La madre trabajo con la tercera actividad reforzando continuamente.

Sesión 6. Se trabajo con la tercera actividad solo que esta vez reforzó intermitentemente.

Sesión 7, 8, 9 y 10. Se trabajo con la tercera actividad desvaneciendo gradualmente la instigación, se reforzó intermitentemente.

Sesión 11 y 12. Faltó el niño por enfermedad.

Sesión 13. Se trabajo nuevamente con la tercera actividad desvaneciendo la instigación, se reforzó continuamente.

Sesión 14. Se trabajo solo en un principio con instigación, la madre implemento durante el resto de la sesión la cuarta actividad, se reforzó intermitentemente.

Sesión 15. Se reforzó intermitentemente la ejecución del niño en la cuarta actividad.

Sesión 12. Se trabajó con la cuarta actividad reforzando intermitentemente, se introdujo al final de la sesión la quinta actividad, se reforzó continuamente.

Del Sujeto C: Se planearon 12 sesiones de 30 min cada una, de las cuales se trabajaron 12.

Sesión 1. Se introdujo a la niña en el cubículo y se sentó frente a la mesa de trabajo, dandosele una hoja la cual contenía las diferentes letras del abecedario en desorden entre las cuales se incluían 20 letras "b" y 20 "d", posteriormente se le enseñó un cartón en el cual estaba escrita la letra "b" y se le pidió que se fijara bien en la letra escrita ahí, se le dejó el cartón a la vista por espacio de 5 seg. entonces se le pidió que marcara con una x todas las letras iguales a la del cartón, finalmente, se siguió la misma mecánica con la letra "d", dichas actividades tuvieron como objeto el registrar la línea base de la conducta.

Sesión 2, 3 y 4: Se le dió nuevamente a la sujeto una planilla que contenía las letras del abecedario en desorden incluyendo 20 letras "b" y 20 letras "d", posteriormente se le mostró el cartón que tenía escrita la letra "b" y se le pidió que marcara con una x las que fueran iguales a esa, el cartón se le dejó a la vista hasta que terminó la tarde; en caso de que marcara una "d" se le mostraba comparativamente el cartón de dicha letra y se le pidió que observara cuidadosamente ambos

cartones y que dijera si era la letra que se le podía o no, de forma tal que llevara a cabo la discriminación. Se siguió con la misma mecánica para la letra "d" (Actividades 1 y 2). Se retroalimentó su ejecución y la madre reforzó continuamente.

Sesión 5, 6 y 7. Se llevaron a cabo las mismas actividades que en las sesiones anteriores con la variante de la aplicación de un reforzamiento de tipo intermitente en vez de continuo.

Sesión 8. Durante esta sesión se inició el trabajo con la tercera actividad, la cual consistió en presentar a la sujeta una serie de palabras en las que estaban incluidas 20 letras "b" y 20 letras "d", se le pidió inicialmente que tachara todas las letras "b" que encontrara y posteriormente todas las letras "d", (actividad 4) cada letra con diferente color. Cabe señalar que en esta sesión ya no se utilizó ningún estímulo para que la niña discriminara las letras, utilizando la madre reforzamiento continuo.

Sesión 9. Se trabajó con la misma mecánica que en la sesión anterior.

Sesión 10, 11 y 12. Se trabajaron las mismas actividades que en las dos sesiones anteriores cambiando a un reforzamiento de tipo intermitente.

Sesión 13. se trabajó con la quinta actividad, la cual consistió en darle a la niña un párrafo en el que estaban incluidas igualmente 20 letras "b" y 20 letras "d"; se le pidió

inicialmente que marcara todas las "b" que encontrara y posteriormente las "d" (actividad a) cada cual con un color diferente; la madre reforzó cada una de las veces que la niña dió una respuesta correcta.

Sesión 14. Se trabajaron las mismas actividades que en la sesión anterior.

Sesión 15 y 16. Se siguió la misma mecánica que en las dos sesiones anteriores solo que la madre utilizó un reforzamiento de tipo intermitente en vez de continuo.

Del Sujeto D: Se planearon 16 sesiones de 30 min cada una de las cuales se trabajaron 16.

Sesión 1. Se introdujo a la niña al cubículo y se sentó frente a la mesa de trabajo dandosele una hoja la cual contenía las diferentes letras del abecedario en desorden, 20 letras "b" y 20 letras "d"; posteriormente se le enseñó a la niña un cartón en el cual estaba escrita la letra "b" y se le pidió que se fijara bien en la letra escrita ahí. se le dejó el cartón a la vista por espacio de 5 seg, entonces se le pidió que marcara con una x todas las letras que fueran iguales a la del cartón, finalmente, se siguió la misma mecánica con la letra "d", dichas actividades tuvieron como objeto registrar la línea base de la conducta.

Sesión 2 a 7. Se le dió nuevamente a la sujeto una planilla que contenía las letras del abecedario en desorden incluyendo 20 letras "b" y 20 letras "d", posteriormente se le mostró el cartón

que tenía escrita la letra "b" y se le pidió que marcara con una X las que fueren iguales a esa, el cartón se le dejó a la vista hasta que terminó la tarea; en caso de que marcara una "d" se le mostraron comparativamente el cartón de dicha letra y se le pidió que conservara cuidadosamente ambos cartones y que dijera si era la letra que se le pedía o no, de forma tal que llevara a cabo la discriminación. Se siguió con la misma mecánica para la letra "d". La madre reforzó continuamente.

Sesión 8, 9 y 10. En estas sesiones se trabajó con las mismas actividades cambiando únicamente el tipo de reforzamiento de continuo a intermitente.

Sesión 11. Durante esta sesión se inició el trabajo con la tercera actividad, la cual consistió en presentar a la niña una serie de palabras en las que estaban incluidas 20 letras "b" y 20 letras "d" pidiéndole primero que marcara todas las letras "b" que encontrara y posteriormente todas las "d" (actividad 4), cada cual con diferente color, esta vez sin presentar ningún estímulo que ayudara a la discriminación de las letras, utilizando únicamente el reforzamiento continuo aplicado por la madre.

Sesión 12. Se siguió con la misma mecánica que la sesión anterior.

Sesión 13 y 14. Se trabajaron las mismas actividades cambiando de reforzamiento continuo a intermitente.

Sesión 15. En esta sesión se inició el trabajo con la quinta actividad, la cual consistió en enseñarle a la niña un parruto en el que estaban incluidas igualmente 10 letras "b" y 10 letras "d" pidiéndole inicialmente que marcara todas las letras "b" que encontrara y posteriormente todas las "d" (actividad 5). Cada cual con diferente color. La madre reforzó continuamente cada respuesta correcta dada por la niña.

Sesión 16. Se trabajaron las mismas actividades que en la sesión anterior.

Del Sujeto Et Se planearon 16 sesiones de 30 min cada una de las cuales se trabajaron 16.

Sesión 1. Se introdujo a la sujeto al cubículo sentandola en una silla frente a una mesa en donde se encontraba una hoja con 10 círculos impresos de 3 cms de diametro y se le pidió que los coloreara con el fin de registrar la línea base de la conducta pertinente.

Sesión 2. Se inició la primera actividad citada en el programa #3, la cual consistió en que la madre mediante un títere (proceso vicario) indicó a la niña la forma de colorear los círculos. Posteriormente se inició la segunda actividad la cual consistió en que mediante instigación coloreara los 10 círculos, manteniendose un reforzamiento de tipo continuo.

Sesión 3, 4, y 5. se continuó trabajando con la actividad dos, procurando la madre ir desvaneciendo la instigación y reforzando continuamente.

Sesión 6 y 7. Mediante un títere y con su propia hoja impresa con 10 círculos, la madre inició al niño como colorearlos al mismo tiempo que reforzó cada ejecución correcta del títere mientras que el niño coloreó su propia planilla de círculos. Se le reforzó intermitentemente, en muy pocas ocasiones se le instigo.

Sesión 8. La madre dejó al niño realizar la tarea sin instigación correspondiendo esto a la tercera actividad. Se le reforzó continuamente.

Sesión 9. Se reforzó intermitentemente, retroalimentó la ejecución del niño, ocasionalmente se le instigo.

Sesión 10, 11 y 12. Se reforzó intermitentemente y retroalimentó su ejecución, en estas sesiones no se le instigo ninguna vez.

Sesión 13, 14 y 15. Se reforzó intermitentemente la ejecución de un títere al colorear correctamente los círculos mientras que el niño coloreó su propia planilla de círculos reforzándolo de igual forma intermitentemente.

Sesión 16. Se reforzó intermitentemente la ejecución de la tarea.

Del Sujeto F: Se planearon 16 sesiones de 30 min cada una, una de las cuales no asistió.

Sesión 1. Se introdujo al sujeto al cubículo sentándolo en una silla frente a una mesa en donde se encontraba una hoja con

10 círculos impresos de 3 cms de diámetro y se le pidió que los coloreara con el fin de registrar la línea base de la conducta en cuestión.

Sesión 2. Se inició la primera actividad citada en el programa #2, la cual consistió en que la madre mediante un títere (proceso lúdico) indicó al niño la forma de colorear los círculos. Posteriormente se inició la segunda actividad en la cual mediante instigación el niño debía colorear los círculos, la madre reforzó continuamente.

Sesión 3. Se continuó trabajando con la segunda actividad reforzando continuamente.

Sesión 4. Se trabajó nuevamente con la segunda actividad desvaneciendo gradualmente la instigación y reforzando continuamente.

Sesión 5 y 6. Se reforzó intermitentemente la ejecución del sujeto y se instigó ocasionalmente.

Sesión 7. Mediante un títere la madre coloreo una planilla con círculos reforzándolo continuamente, a su vez el niño coloreo su propia planilla reforzándolo de igual forma continuamente y retroalimentándole su ejecución, ocasionalmente se le instigó.

Sesión 8. No se presentó el sujeto.

Sesión 9 y 10. La madre reforzó continuamente la ejecución del sujeto y le retroalimentó, durante esta sesión no instigó en ningún momento pasando a la tercera actividad del programa.

Sesión 11 y 12. Se continuó con la tercera actividad del programa reforzando intermitentemente.

Sesión 13, 14 y 15. Mediante un títere la madre coloreo círculos y lo reforzó intermitentemente al mismo tiempo que el niño coloreo su planilla y se le reforzó igualmente de forma intermitente.

Sesión 16. Se reforzó intermitentemente y retroalimentó la ejecución del niño correspondiendo esto a la tercera actividad del programa.

Cabe señalar que después de terminada cada sesión con cada niño se retroalimentaba a las madres sobre su ejecución.

Instrumentos utilizados:

Hojas de registro de frecuencias.

Materiales:

Sillas, mesas, lápices, colores, hojas de papel, plantillas, revistas, planillas de letras, planillas de círculos y cartones con las letras "b y d" impresas.

CAPITULO VI

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

FASE I. ENTRENAMIENTO A PADRES

En la gráfica 1 se observa a nivel pre-test que cinco de las seis madres no tenían ningún conocimiento acerca de las técnicas y procedimientos sobre modificación conductual que estaban planeadas para su entrenamiento, una de las madres tuvo conocimiento acerca de lo que es el reforzamiento positivo y en que consiste la imitación. (sujeto 1)

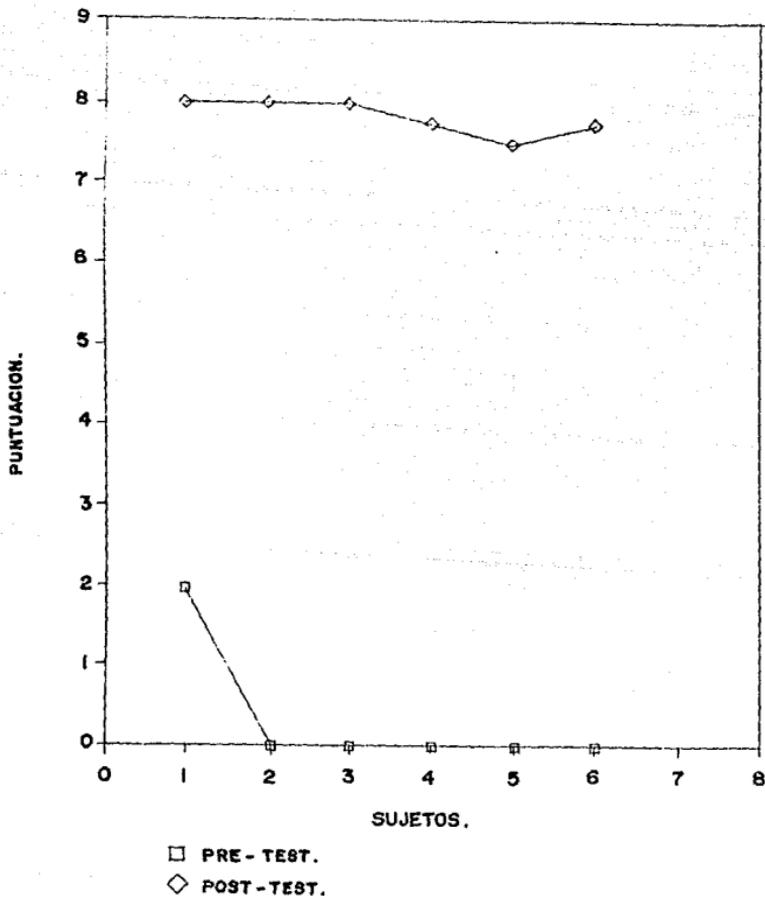
A nivel posttest se observa un incremento en los conocimientos sobre dicho entrenamiento en las seis madres, tres de ellas (sujetos 1, 2 y 3) tuvieron un incremento del 100%, dos de ellas (sujetos 4 y 6) tuvieron un incremento del 90.9%, finalmente una de ellas (sujeto 5) tuvo un incremento de 93.8%.

Los conocimientos que tenía el sujeto 1 se debía a que había tomado previamente algunos de los cursos impartidos en el Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México al cual asiste.

En el posttest se pudo observar que dos de las madres (sujetos 4 y 6) no describieron uno de los tipos de reforzadores (retroalimentación informativa) probablemente debido a una dificultad para relacionar el significado con el nombre de este, el cual, al decir de ellas se les hacía complicado de recordar; así mismo, una de las madres (sujeto 5) no logró recordar uno de

los principios de reforzamiento y un tipo de reforzador (retroalimentación informativa) debido probablemente a que la señora estaba mas limitada por su baja escolaridad (2do de primaria).

GRAFICA 1.
PRE-TEST Y POST-TEST.



A continuación presentamos las tablas de resultados obtenidos por cada sujeto durante el trabajo en cubículo.

Tabla 1. Resultados del sujeto A. Frecuencia de cada actividad por sesión.

Sesiones	Actividades				
	Línea horizontal con plantilla -- con instigación.	Línea horizontal con plantilla -- sin instigación.	Línea horizontal- siguiendo 10 pto con instigación.	Línea horizontal- siguiendo 10 pto sin instigación.	Línea horizontal siguiendo 5 puntos.
Sesión 1	0				
Sesión 2	17	6			
Sesión 3	3	30			
Sesión 4	4	35			
Sesión 5		39	3		
Sesión 6		xx	xx		
Sesión 7			21	2	
Sesión 8			35	9	
Sesión 9			44	5	
Sesión 10			19	17	
Sesión 11			1	24	
Sesión 12				20	
Sesión 13				13	7
Sesión 14					21
Sesión 15					25
Sesión 16					27

Tabla 2. Resultados del sujeto E. Frecuencia de cada actividad por sesión.

Sesiones	Actividades					
	Línea horizontal con plantilla con investigación.	Línea horizontal con plantilla sin investigación.	Línea horizontal con plantilla con proceso vicario.	Línea horizontal siguiendo 18 puntos con investigación.	Línea horizontal siguiendo 18 puntos sin investigación.	Línea horizontal siguiendo 5 puntos.
Sesión 1	0					
Sesión 2	10	9	3			
Sesión 3	6	25	9			
Sesión 4		27	16	1		
Sesión 5				22		
Sesión 6				31	2	
Sesión 7				19	3	
Sesión 8				25	5	
Sesión 9				17	14	
Sesión 10				23	15	
Sesión 11				xx	xx	
Sesión 12				xx	xx	
Sesión 13				14	9	
Sesión 14				6	16	
Sesión 15					26	
Sesión 16					14	8

Tabla 3. Resultados del sujeto C. Frecuencia de cada actividad por sesión.

Sesiones	Actividades					
	Discriminar las letras "b" de las 20 incluidas en una plaza de letras.	Discriminar las letras "d" de las 20 incluidas en una plaza de letras.	Discriminar las letras "s" de las 20 incluidas en varias palabras.	Discriminar las letras "d" de las 20 incluidas en varias palabras.	Discriminar las letras "c" de las 20 incluidas en un párrafo.	Discriminar las letras "o" de las 20 incluidas en un párrafo.
Sesión 1	4	3				
Sesión 2		6				
Sesión 3	12	15				
Sesión 4	12	13				
Sesión 5	16	15				
Sesión 6	18	20				
Sesión 7	20	20				
Sesión 8			15	16		
Sesión 9			17	19		
Sesión 10			19	20		
Sesión 11			20	20		
Sesión 12			20	20		
Sesión 13					17	15
Sesión 14					20	19
Sesión 15					20	20
Sesión 16					20	20

Tabla 4. Resultados del sujeto D. Frecuencia de cada actividad por sesión.

Sujetos	Actividades					
	Discriminar la letra "b" de las 20 incluidas en una plana de letras.	Discriminar la letra "d" de las 20 incluidas en una plana de letras.	Discriminar la letra "b" de las 20 incluidas en varias palabras.	Discriminar la letra "d" de las 20 incluidas en varias palabras.	Discriminar la letra "r" de las 20 incluidas en un párrafo.	Discriminar la letra "o" de las 20 incluidas en un párrafo.
Sesión 1	2	4				
Sesión 2	4	6				
Sesión 3	4	5				
Sesión 4	6	7				
Sesión 5	8	10				
Sesión 6	7	8				
Sesión 7	13	12				
Sesión 8	16	15				
Sesión 9	20	16				
Sesión 10	20	20				
Sesión 11			14	16		
Sesión 12			17	19		
Sesión 13			18	20		
Sesión 14			20	20		
Sesión 15					17	19
Sesión 16					17	18

Tablas 5 y 6. Resultados de los sujetos E y F. Frecuencia de errores por sesión.

Sesión	Errores cometidos al colorear 10 círculos.
Sesión 1	35
Sesión 2	26
Sesión 3	13
Sesión 4	9
Sesión 5	9
Sesión 6	11
Sesión 7	10
Sesión 8	14
Sesión 9	9
Sesión 10	6
Sesión 11	5
Sesión 12	4
Sesión 13	5
Sesión 14	5
Sesión 15	6
Sesión 16	4

Sesión	Errores cometidos al colorear 10 círculos.
Sesión 1	47
Sesión 2	24
Sesión 3	23
Sesión 4	20
Sesión 5	17
Sesión 6	14
Sesión 7	21
Sesión 8	xx
Sesión 9	16
Sesión 10	11
Sesión 11	13
Sesión 12	12
Sesión 13	9
Sesión 14	7
Sesión 15	7
Sesión 16	6

FASE II. TRABAJO EN CUBICULO

GRUPO 1

En las gráficas A y B. sesión 2 se observa que a partir de la línea base se da un incremento considerable en la conducta debido a que las madres utilizaron la instigación física y a que en sí la plantilla constituía un apoyo para la realización de dichas conductas.

Así mismo se observan, en general, una serie de incrementos y decrementos los cuales se debieron a que conforme se iban estableciendo ciertas conductas otras nuevas se iban implementando.

Del Sujeto A:

En la gráfica A. sesión 6, no se registra ninguna conducta debido a que la niña no se presentó por enfermedad, no obstante, éste hecho no interfirió con la evolución del programa ya que no se presentó ningún retroceso en la conducta.

En la última sesión se observa que en la niña se implementó la conducta de trazar una línea horizontal siguiendo 5 puntos sin instigación, sin embargo, esta actividad no constituía el fin último del programa, ya que la niña debía finalmente trazar la línea horizontal por sí sola, consideramos que éste objetivo no se cumplió debido a que el programa era muy ambicioso en función del poco tiempo con que se contaba para realizarlo.

Del Sujeto B:

Con este sujeto en las sesiones 1, 2 y 4 se conserva la introducción de la técnica de proceso vicario el cual fué utilizado por la madre por iniciativa propia.

En general podemos observar que se requirió de un mayor lapso de tiempo para trabajar con la tercera y cuarta actividad debido a que la atención del niño era muy dispersa y se inquietaba fácilmente, por otro lado, se observa en la sesión 13 que hubo un decremento en la conducta debido a que en las dos sesiones anteriores no asistió y por lo mismo no se graficó ninguna conducta.

Debido a éstas circunstancias lo último que se logró fué iniciar el trabajo con la quinta actividad, (trazar una línea horizontal siguiendo 5 puntos) existiendo un mayor retraso en relación al sujeto A.

GRUPO 2

En las gráficas C y D se observa que hay un mayor número de sesiones dedicadas a las dos primeras actividades debido a que en ésta etapa las niñas empezaban a reconocer las letras "b" y "d" a través de los cartoncillos en los cuales estaban inscritas dichas letras, que se les ponían de muestra por lo cual se requirió de mayor tiempo para que lograsen discriminar las 20 "d" y las 20 "b" incluidas en las planas de letras.

Por otra parte se puede observar que a partir de la tercera

actividad las frecuencias obtenidas no fueron menores de 14 aciertos ya que en estas etapas las niñas empezaban a discriminar dichas letras sin la necesidad de apoyo de la muestra aunque aún no lograban del todo discriminar las 20 letras incluidas en las palabras y en los párrafos.

Del Sujeto C:

Se observa que la niña fue incrementando en número de letras encontradas actividades 1 y 2 debido al reforzamiento continuo utilizado por la madre e. cual se fue haciendo intermitente conforme se mantenía la conducta.

En la sesión 8, se observa un decremento en la frecuencia de aciertos debido a que se iniciaba una nueva actividad y lo fue siendo más difícil encontrar las letras dentro de las palabras.

Así mismo, en la sesión 17 podemos ver otro decremento de la conducta el cual se debió de igual forma al cambio de actividad al tener que discriminar las 20 letras de cada una dentro de un párrafo.

No obstante, se puede observar que la niña logró cumplir con el criterio establecido encontrando todas las letras "b" y "d" incluidas en los párrafos. (Gráfica C)

Del Sujeto D:

En la gráfica D se observa que con esta sujeto fue necesario utilizar un mayor número de sesiones para lograr que cumpliera con las dos primeras actividades probablemente debido a que la

madre no dió un reforzamiento continuo al inicio de la conducta ya que en ocasiones se lo dividaba, sin embargo, la niña poco a poco fué discriminando las 20 letras de cada una contenidas en las planes.

Al igual que con el sujeto anterior en la sesión 10 se puede observar un decremento debido al cambio de actividad al tener que discriminar las letras dentro de palabras.

Debido a que se dedicó mayor tiempo a las primeras 4 actividades solo fué posible iniciar el trabajo con la quinta y sexta actividad por lo que no se pudo cumplir totalmente con las actividades establecidas en el programa.

GRUPO 3

En las gráficas E y F sesión 2, se observa que hay un decremento brusco en la frecuencia de errores, esto se debe a que la madre instigó físicamente al niño.

Del Sujeto E:

En las sesiones 3, 4 y 5 se decrementó la frecuencia de errores debido al apoyo físico dado por la madre, no obstante se trató de desvanecerlo gradualmente.

En las sesiones 6 y 7 se observa un ligero incremento en la frecuencia debido a que el trabajo se basó en la utilización de un títere como modelo y la instigación física fué casi nula.

En la sesión 8 se observa un incremento considerable en la frecuencia debido a que se mostraba sumamente inquieto sin causa aparente, así mismo, en ésta sesión la madre no utilizó ningún apoyo.

En la sesión 2 se observa que el niño emitió una baja frecuencia de errores (4).

Del Sujeto F:

En las sesiones 4, 5 y 6 se observa al igual que en el sujeto anterior un decremento de errores debido al apoyo mediante instigación física que se le dió.

En la sesión 7 se observa un considerable incremento en la frecuencia de errores debido a que venía enfermo y su atención era dispersa, por la misma razón falta a la sesión 8 y por lo tanto no se gráfica ninguna conducta.

En las sesiones 9, 10, 11 y 12 se observa todavía una elevada frecuencia de errores debido a que en estas la madre no brindó ningún apoyo al niño en la realización de la tarea.

En la última sesión se observa la emisión de una baja frecuencia de errores (6).

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa, según el caso, incrementos o decrementos importantes en las conductas tratadas por los padres durante dos meses de trabajo confirmándose la hipótesis autónoma de que los padres después de recibir un entrenamiento conductual modifican conductas en sus hijos a través de técnicas de reforzamiento. Encuentrándose al evaluar los programas un incremento en la conducta de trazar una línea horizontal de 21.5% en los sujetos H y S, de 85% en la discriminación de la letra "b" y 70% para la discriminación de la

letra "d" en el sujeto C y 100% en la discriminación de ambas letras para el sujeto D. así mismo se obtuvo un decremento en la frecuencia de errores al colorear círculos en un 85.2% y 87.2% en los sujetos E y F respectivamente.

Cabe señalar que las diferencias encontradas en los porcentajes de las conductas puede deberse a la diferente naturaleza de sí mismas, al manejo de cada padre y por supuesto a que el avance de cada niño aún cuando estén diagnosticados de igual forma es netamente individual.

LIMITACIONES Y DIFICULTADES

Como se ha venido mencionando, una limitación importante en este trabajo fué el tiempo del cual se disponía para trabajar con cada niño, por lo cual, no se logró una ejecución del 100% de las conductas meta en todos los sujetos; así mismo afectaron por una parte la escolaridad de las madres que de alguna manera dificultó el entrenamiento y por otra el ausentismo que se dio en ocasiones por los sujetos.

Una dificultad que se presentó durante el trabajo fué en un inicio la falta de disposición o interés por parte de los padres por trabajar directamente con sus hijos hasta que finalmente logramos encontrar a personas dispuestas a realizar esta tarea.

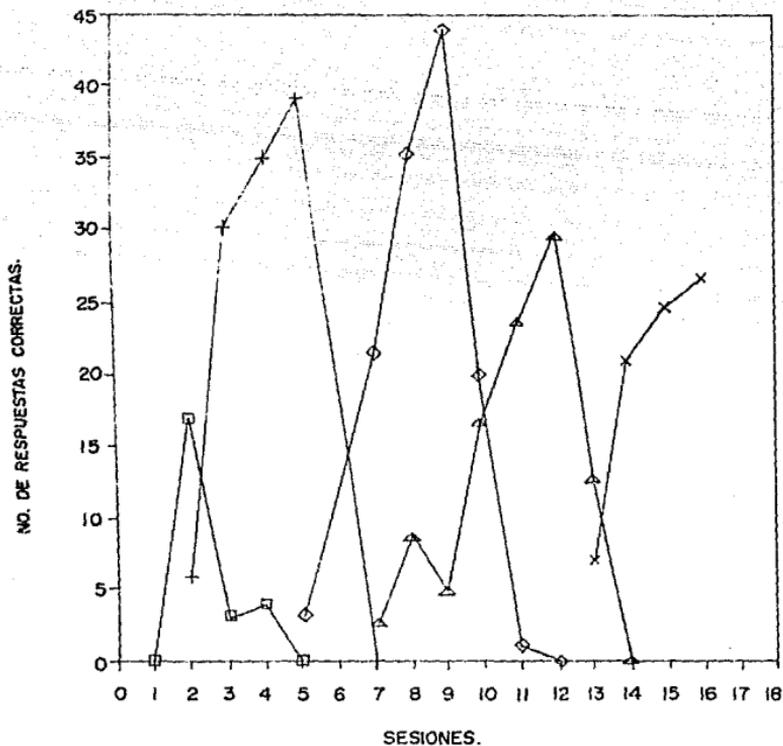
Así mismo, una vez que encontramos los sujetos fué difícil lograr su permanencia durante los meses de trabajo puesto que

anteriormente al presente estudio se llevó a cabo una selección, entrenamiento a padres y aún un periodo de trabajo en cubículo sólo que al paso del tiempo contábamos únicamente con dos personas, por lo cual, se tuvo que reiniciar un nuevo estudio con todos los pasos establecidos.

Metodológicamente hablando fué difícil encontrar un diseño experimental que se adecuara a nuestras necesidades puesto que la población en el Centro de Educación y Desarrollo Humano ya estaba establecida.

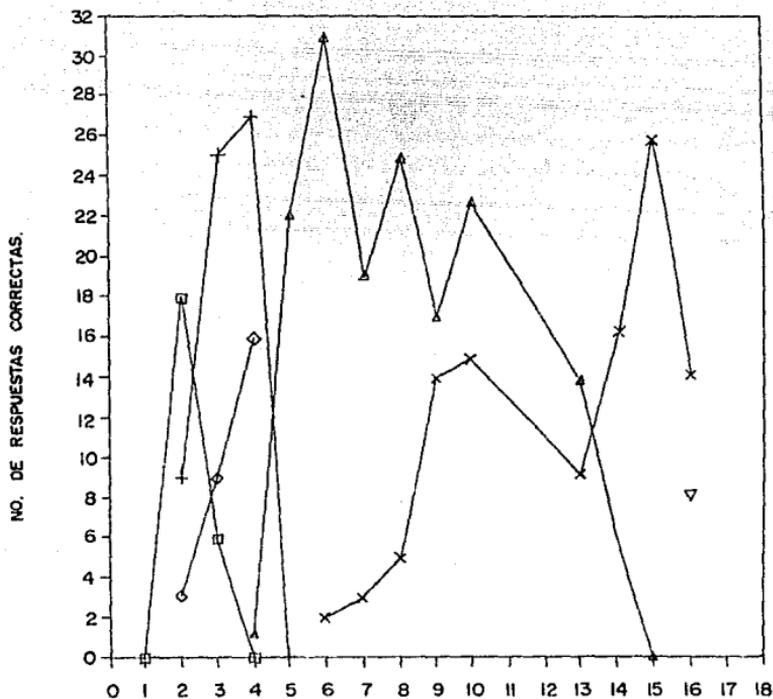
Finalmente, otra limitación importante fue el apartar únicamente dos dimensiones de las seis que plantea Murrah para un entrenamiento a padres, es decir, hablamos de las capacidades del niño y del procedimiento de tratamiento que se seguiría con él, pero no se tocaron puntos sobre la etiología del problema de estos ni aspectos emocionales tanto en los padres como en los niños, tampoco se trató sobre las relaciones familiares y sociales que, aunque no fueron objeto de estudio no deben dejarse de lado en investigaciones posteriores, de forma tal, que se llegue a una forma integral de tratamiento.

GRAFICA A.



- LINEA HORIZONTAL CON INSTIGACION CON PLANTILLA.
- + LINEA HORIZONTAL SIN INSTIGACION CON PLANTILLA.
- ◇ LINEA HORIZONTAL CON 10 PUNTOS CON INSTIGACION.
- △ LINEA HORIZONTAL CON 10 PUNTOS SIN INSTIGACION.
- × LINEA HORIZONTAL CON 5 PUNTOS SIN INSTIGACION.

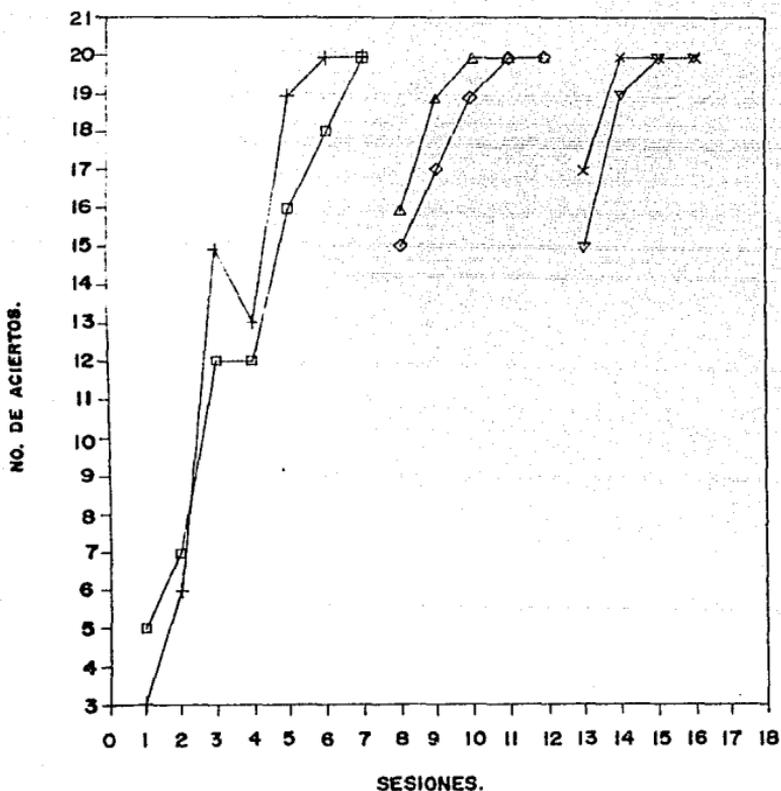
GRAFICA B.



SESIONES.

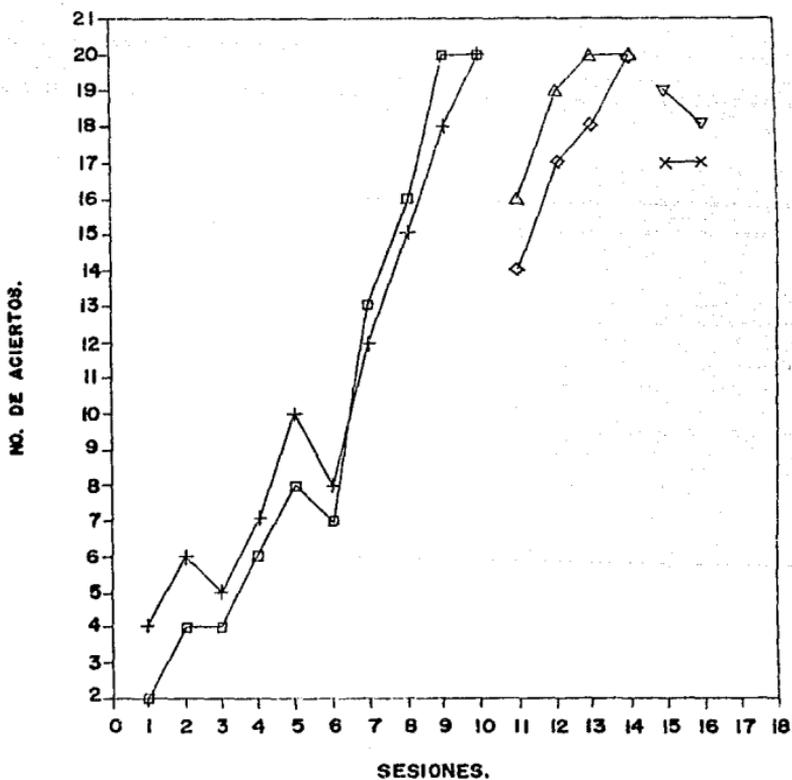
- LINEA HORIZONTAL CON INSTIGACION CON PLANTILLA.
- + LINEA HORIZONTAL SIN INSTIGACION CON PLANTILLA.
- ◇ LINEA HORIZONTAL CON PROCESO VICARIO.
- △ LINEA HORIZONTAL CON 10 PUNTOS CON INSTIGACION.
- × LINEA HORIZONTAL CON 10 PUNTOS SIN INSTIGACION.
- ▽ LINEA HORIZONTAL CON 5 PUNTOS SIN INSTIGACION.

GRAFICA C.



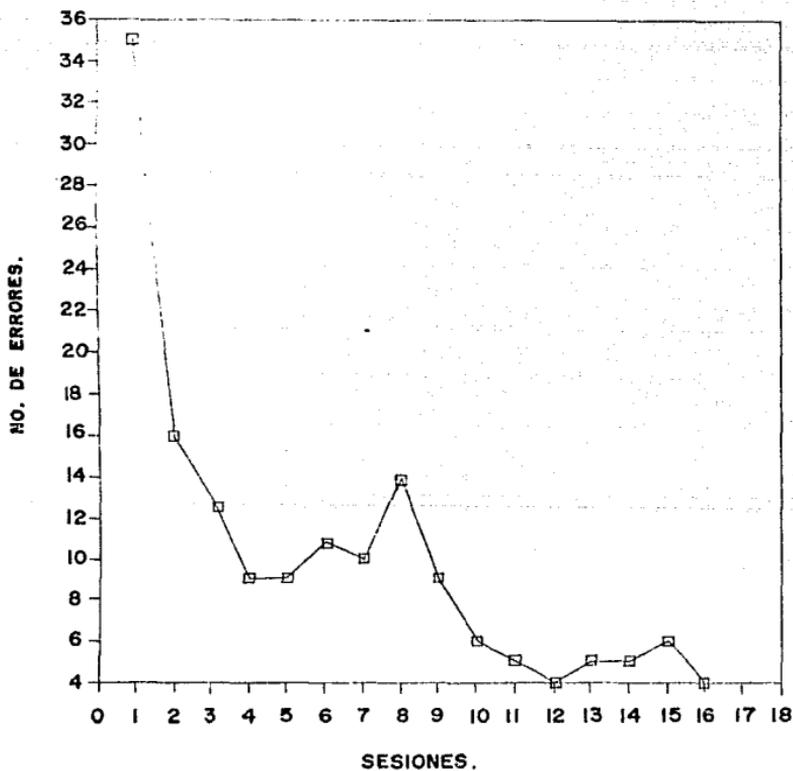
- DISCRIMINAR LETRA "b" DENTRO DE UNA PLANA DE LETRAS.
- + DISCRIMINAR LETRA "d" DENTRO DE UNA PLANA DE LETRAS.
- ◇ DISCRIMINAR LETRA "b" DENTRO DE VARIAS PALABRAS.
- △ DISCRIMINAR LETRA "d" DENTRO DE VARIAS PALABRAS.
- × DISCRIMINAR LETRA "b" DENTRO DE UN PARRAFO.
- ▽ DISCRIMINAR LETRA "d" DENTRO DE UN PARRAFO.

GRAFICA D.



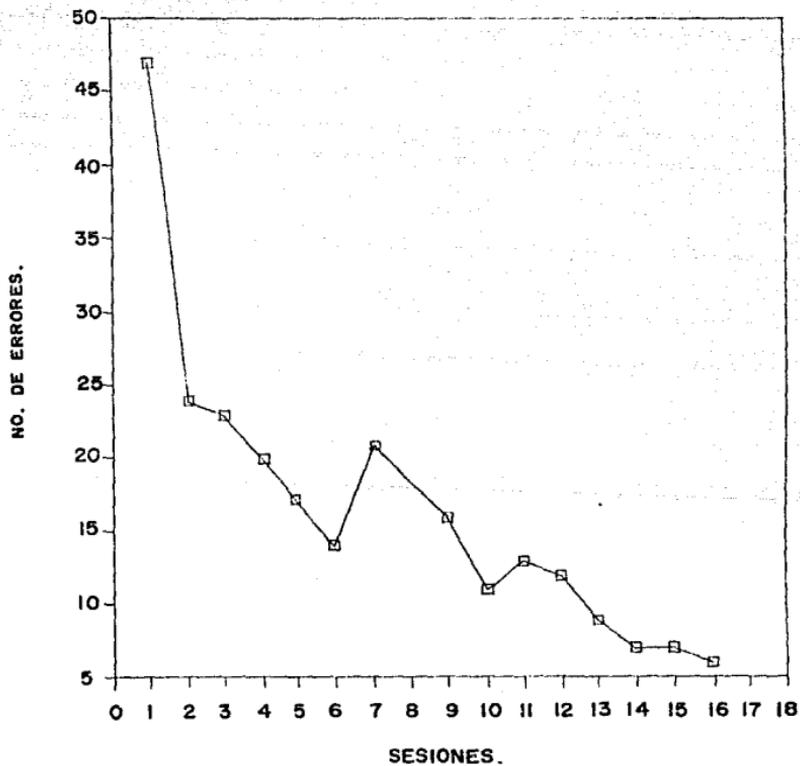
- DISCRIMINAR LETRA "b" DENTRO DE UNA PLANA DE LETRAS.
- + DISCRIMINAR LETRA "d" DENTRO DE UNA PLANA DE LETRAS.
- ◇ DISCRIMINAR LETRA "b" DENTRO DE VARIAS PALABRAS.
- △ DISCRIMINAR LETRA "d" DENTRO DE VARIAS PALABRAS.
- × DISCRIMINAR LETRA "b" DENTRO DE UN PARRAFO.
- ▽ DISCRIMINAR LETRA "d" DENTRO DE UN PARRAFO.

GRAFICA E.



□ ERRORES COMETIDOS AL COLOREAR 10 CIRCULOS.

GRAFICA F.



□ ERRORES COMETIDOS AL COLOREAR 10 CIRCULOS.

CONCLUSIONES

Existen indicadores básicos tales como la alimentación, la vivienda, la educación y la salud cuyas necesidades aún no están cubiertas en nuestro país por lo que es de esperarse que en la educación especial existan deficiencias aún más grandes en todos los sentidos (Frawda, 1985) razón por la cual se hace necesario auxiliarla con todo recurso que este a nuestro alcance. Uno de ellos puede ser el entrenamiento de personas ajenas en las labores educativas, lo que se dice la desprofesionalización, mediante la cual, es posible enseñar a los padres técnicas conductuales para el manejo de los problemas que presentan sus hijos atípicos y puedan funcionar así como terapeutas continuos, cumpliéndose como plantea Damian (1987) no sólo la función correctiva, de mantenimiento y/o generalización de los programas ya existentes sino también la función preventiva, por la cual, los padres al conocer ciertas determinantes de la conducta pueden mantenerse alertas a pautas inadecuadas que pudiesen presentar no sólo su hijo retardado sino todos los demás hijos y aún los externos a la familia: vecinos, parientes, amigos etc...

Así mismo, al involucrar a los padres como principales terapeutas de sus hijos (Hinojosa y Galindo, 1984) se ofrece la posibilidad de atender a un número mayor de individuos retardados que el que pudiera atenderse a través de los servicios tradicionales institucionales. Además de que representan un

aporte en gran medida a la estructura dinámica del desarrollo psicológico del niño.

Las relaciones familiares son los vínculos que más fuerte enlazan al educando con el exterior y es esta la que sirve de base para la adaptación (Mauri, 1984) es por esto que se debe llevar a la práctica el entrenamiento a padres de forma tal que contribuyamos realmente a la formación de estos como agentes de cambio.

Iguamente es importante el manejo de los sentimientos de los padres hacia su hijo atípico para que estos no interfieran en su desarrollo educativo, pues tal como Ingalls (1985) refiere, antes de llegar a la aceptación es probable que se presenten sentimientos ambivalentes y pautas de reacción características, las cuales, pueden minar no sólo al niño sino también a la propia familia. Es importante al nacer el hijo deficiente romper con la imagen del niño ideal que han desarrollado los padres debido a los valores inculcados en una cultura como la nuestra dando paso a la realidad, de manera que puedan percibir con toda claridad las aptitudes del niño, su potencial, sus limitaciones y dificultades que se presentaran e involucrarlos activamente en el trabajo con ellos.

Otro aspecto más a considerar es que el tiempo del presente trabajo se limitó a ocho meses aproximadamente en el manejo de seis niños, en el cual, el seguimiento con cada uno fué de

ocasionalmente dos meses, no obstante, en este poco tiempo se obtuvieron importantes incrementos o decrementos según el caso, en la habilitación de ciertas conductas; es por esto que no se puede dejar de advertir el beneficio mayor que se produciría al llevar el seguimiento de un trabajo más prolongado.

Es verdad que la escolaridad de los padres influye en la adquisición de conocimientos durante el entrenamiento conductual puesto que a menor escolaridad más se dificulta la tarea, más también es cierto que esta no se hace imposible, nosotros podemos enseñarles el manejo conductual a un nivel sumamente concreto sin perder el significado esencial del mismo, de forma tal, que puedan comprenderlo y aplicarlo mediante una asesoría y retroalimentación constante.

Es necesario hacer hincapié en esta tarea como vehículo ductor de la desprofesionalización puesto que trabajos realizados, Williams (1959), Whaler, Winkel, Peterson y Morrison (1964) y Hawkins, Peterson, Schewed y Bijou (1966) demostraron que los padres son capaces de aplicar los principios del aprendizaje de manera sistemática.

Los resultados evidencian el poder potencial de los padres como modificadores de conductas, pudiendo decrementar las conductas problemas e incrementar las conductas pro-sociales.

Finalmente, si nos basamos en la apreciación de Lindsay (1984) en la cual expresó que los niños no eran retrasados sino

Únicamente su conducta en el medio ambiente promedio era la que a veces se presentaba como retrasada, podemos considerar que el entrenamiento a padres contribuye en la creación de ambientes convenientes para el niño con lo cual el principio de normalización planteado por la SEF-QUEE (1984) se va haciendo vigente cada vez más ayudando al individuo a realizarse como una persona autónoma, posibilitándose su integración y participación en su medio social para que pueda disfrutar de una vida plena.

A N E X O S

PRETEST Y POSTEST

Nombre: _____ Fecha: _____

- 1.- Que es el manejo conductual.
- 2.- Explique que es el reforzamiento positivo.
- 3.- Explique los tipos de reforzadores.
- 4.- Explique los principios de reforzamiento.
- 5.- Explique en que consiste el reforzamiento vicario.
- 6.- Que es el moldeamiento.
- 7.- En que consiste la instigación.
- 8.- En que consiste el desvanecimiento.
- 9.- Explique en que consiste la imitación.

HOJA DE REGISTRO

Nombre: _____

Fecha: _____ Programa # _____ Sesión # _____

Actividades	Frecuencia	Observaciones

PROGRAMA A PADES.

Objetivo General 1. Los padres describirán los procedimientos y las técnicas sobre modificación conductual establecidos por los entrenadores.

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluación
1.1 Los padres describirán la definición de manejo conductual.	1.1.1 Se -- les presentará la definición de manejo conductual escrita en hojas de rotafolio.	vis. pizarra, hojas de rotafolio, papel, lápiz, plumones.	100%
	1.1.2 Se -- les pedirá que lean -- cuidadosamente la definición.		
	1.1.3 Se -- les explicará la definición.		
	1.1.4 Se -- les ejemplificará la -- definición.		
	1.2.1 Se -- les presentará escrita en hojas de rotafolio la definición de -- reforzamiento positivo.		
1.2 Los sujetos describirán la definición de reforzamiento positivo.	1.2.2 Se -- les pedirá que lean -- cuidadosamente la definición.		
	1.2.3 Se -- les explicará.		
	1.2.4 Se -- les ejemplificará.		
	1.2.5 Se -- les pedirá que escriban un ejemplo del reforzamiento positivo aplicado en sus hijos.		

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluacion
	<p>1.2.6 Se -- les pedirá -- que escri-- ban un -- ejemplo.</p> <p>1.2.7 Se -- les pedirá -- que mani-- esten ver-- balmente -- sus dudas -- sobre el -- concepto.</p> <p>1.2.8 Se -- les pedirá -- trazar por -- escrito un -- ejemplo so-- bre dicho -- concepto pa-- ra la proxi-- ma sesión.</p>		
<p>1.3 Los padres des- cribirán los tipos de reforzadores.</p>	<p>1.3.1 Se -- les presen-- tarán los -- tipos de re-- forzadores -- escritos en -- hojas de ro-- tfolio.</p> <p>1.3.2 Se -- les pedirá -- los leer -- cuidadosa-- mente uno a -- la vez.</p> <p>1.3.3 Se -- les explica-- rán cada -- uno de ellos.</p> <p>1.3.4 Se -- les ejempli-- ficarán.</p> <p>1.3.5 Se -- les pedirá -- que escri-- ban un ejem-- plo de cada -- uno.</p> <p>1.3.6 Se -- les pedirá -- que expli-- quen sus -- ejemplos.</p> <p>1.3.7 Se -- les pedirá -- que mani-- esten ver-- balmente -- sus dudas.</p>		

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluacion
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.3.8 Se les pedirá traer por escrito un ejemplo de cada uno de los tipos de reforzadores.		
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.4.1 Se les presentarán escritos en hojas de rota folio los principios del reforzamiento.		
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.4.2 Se les pedirá los lean cuidadosamente.		
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.4.3 Se les explicaran cada uno de ellos.		
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.4.4 Se les ejemplificarán.		
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.4.5 Se les pedirá que escriban un ejemplo de cada uno.		
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.4.6 Se les pedirá que expliquen sus ejemplos.		
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.4.7 Se les pedirá que manifiesten verbalmente sus dudas.		
1.4 Los padres describirán los principios de reforzamiento.	1.4.8 Se les pedirá traer un ejemplo explicado del procedimiento de cada principio de reforzamiento.		

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluacion
1.5 Los padres describiran los conceptos revisados.	1.5.1 Los entrenadores preguntaran los conceptos a los revisados en la sesion pasada.	ninguno.	
1.6 Los padres ejemplificaran los conceptos revisados.	1.6.1 Los entrenadores pediran ejemplos de los conceptos revisados en la sesion pasada.	Papel y lápiz.	
1.7 Los sujetos describiran el concepto de proceso vicario.	<p>1.7.1 Se les presentara la definicion de proceso vicario escrita en hojas de rotatorio.</p> <p>1.7.2 Se les pedira la lean cuidadosamente.</p> <p>1.7.3 Se les explicara.</p> <p>1.7.4 Se les ejemplificara.</p> <p>1.7.5 Se les pedira escriban un ejemplo del concepto aplicado en sus hijos.</p> <p>1.7.6 Se les pedira que lo expliquen.</p> <p>1.7.7 Se les pedira que manifiesten sus dudas verbalmente.</p> <p>1.7.8 Se les pedira un ejemplo por escrito para la proxima sesion.</p>	<p>dis. pizarra, hojas de rotatorio, papel y lápiz.</p>	

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluación
<p>1.8 Los padres describirán el concepto de moldeamiento por aproximaciones sucesivas.</p>	<p>1.8.1 Se -- les presentará la definición de moldeamiento por APO aproximaciones sucesivas -- escritas en hojas de 70 folios.</p> <p>1.8.2 Se -- les pedirá -- la lean cuidadosamente</p> <p>1.8.3 Se -- les explicará.</p> <p>1.8.4 Se -- les ejemplificará.</p> <p>1.8.5 Se -- les pedirá -- que escriban un ejemplo del concepto.</p> <p>1.8.6 Se -- les pedirá -- que lo expliquen.</p> <p>1.8.7 Se -- les pedirá -- que muestren verbalmente -- sus dudas.</p> <p>1.8.8 Se -- les pedirá -- traer un -- ejemplo escrito para la próxima sesión.</p>		
<p>1.9 Los padres describirán el concepto de instrucción.</p>	<p>1.9.1 Se -- les presentará escrito el concepto en hojas de 70 folios.</p> <p>1.9.2 Se -- les pedirá -- lo lean cuidadosamente</p> <p>1.9.3 Se -- les explicará.</p>		

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluacion
	<p>1.9.4 Se -- les ejemplos claros.</p> <p>1.9.5 se -- les pediran que manifiesten un ejemplo de aplicacion de sus conocimientos.</p> <p>1.9.6 Se -- les pediran que lo expliquen.</p> <p>1.9.7 Se -- les pediran que manifiesten verbalmente -- sus dudas.</p> <p>1.9.8 Se -- les pediran traer un ejemplo del concepto para la siguiente sesion.</p>		
<p>1.10 Los padres describiran el concepto de desvanecimiento.</p>	<p>1.10.1 Se -- les presentara el concepto escrito en hojas de rotalio.</p> <p>1.10.2 Se -- les pediran lo lean cuidadosamente</p> <p>1.10.3 Se -- les explicara.</p> <p>1.10.4 Se -- les ejemplificara.</p> <p>1.10.5 Se -- les pediran que escriban un ejemplo.</p> <p>1.10.6 Se -- les pediran que lo expliquen.</p> <p>1.10.7 Se -- les pediran manifiesten sus dudas.</p>		

Objetivo Especifico	Actividades	Averia.	Evaluacion
1.11 Los padres describiran el concepto de imitacion.	<p>1.10.2 Se les pedira traer escrito un ejemplo del concepto para la proxima sesion.</p> <p>1.11.1 Se les presentara escrito en hojas de relacion el concepto de imitacion.</p> <p>1.11.2 Se les pedira lo lean cuidadosamente</p> <p>1.11.3 Se les explicara.</p> <p>1.11.4 Se les ejemplificara.</p> <p>1.11.5 Se les pedira que escriban un ejemplo.</p> <p>1.11.6 Se les pedira lo expliquen.</p> <p>1.11.7 Se les pedira manifiesten sus dudas.</p> <p>1.11.8 Se les pedira traer escrito un ejemplo para la siguiente sesion.</p>		
1.12 los padres describiran los conceptos revisados en las dos sesiones pasadas.	1.12.1 Los entrenadores preguntaran sobre los conceptos revisados.	Ninguno.	

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluacion
1.11 Los padres e- mplificaran los conceptos revisados	1.11.1 Los entrenado- res con su ejemplos de bre los con- ceptos (ver tabla).	hojas de pape. y lápiz.	

Programa 2. Sujetos C y D.

Objetivo General 1. El niño discriminará la letra b de la d.

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluación
1.1 El niño discriminará la letra "b" dentro de una plana de letras.	1.1.1 El niño marcará las letras "b" con una X.	Plana de letras bicolor.	90%
1.2 El niño discriminará la letra "d" dentro de una plana de letras.	1.2.1 El niño marcará las letras "d" con una X.	-	
1.3 El niño discriminará la letra "b" dentro de varias palabras.	1.3.1 Marca rá las letras "b" con una X.	Palabras que contengan la letra "b", bicolor.	
1.4 El niño discriminará la letra "d" dentro de varias palabras.	1.4.1 Marca rá las letras "d" con una X.	Palabras que contengan la letra "d", bicolor.	
1.5 El niño discriminará la letra "b" dentro de un párrafo.	1.5.1 Marca rá las letras "b" con una X.	Párrafo que contenga la letra "b".	
1.6 El niño discriminará la letra "d" dentro de un párrafo.	1.6.1 Marca rá las letras "d" con una X.	Párrafo que contenga la letra "d".	
1.7 El niño discriminará la letra "b" de la "d" en un párrafo.	1.7.1 Marca rá las letras "b" con un color y las letras "d" con otro color con una X.	Párrafo que contenga las letras "b" y "d".	

Programa 3. Sujetos E y F.

Objetivo General 1. El niño coloreara círculos sin salirse de los bordes.

Objetivo Especifico	Actividades	Material	Evaluacion
1.1 El niño coloreara 10 círculos de 3 cms de diámetro.	1.1.1 Me--- dante un - titere y pro- ceso vicar- rio la ma- dre indica- ra al niño la forma de colorear -- los círculos	Planilla con 10 - círculos impresos y colo- res.	80%
	1.1.2 Me--- dante ins- tiguación co- loreará los círculos.	"	
	1.1.3 El ni- ño colorear- á 10 círcu- los sin ins- tiguación.	"	
	1.1.4 Se re- forzará ca- da vez que el niño co- loreará sin errores.	"	

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Amauri Villedesca y Clavel Agustin. Análisis e los programas de educación especial en México. Tesis profesional U.N.A.M. México, 1984. Cap I y pp 65 a 73.
- 2.- Antunez Bernard Ma. Eugenia., Reyes Romero Georgina. La familia del niño deficiente mental. Tesis profesional U.N.A.M. México, 1980. pp 6 a 9 y 19 a 25.
- 3.- Barbarena F. Ma. Eugenia. Implementación de un programa pre-laboral en Centro de Rehabilitación para niños con retardo en el desarrollo involucrando a padres de familia como supervisores. Tesis profesional U.N.A.M. México, 1985. pp 18 a 20 y cap III.
- 4.- Bluma S., Shearer A. Frohman., Hilliard J. Proyecto Portage, CESA 12 (Cooperative Education Service Agency) Box 564, Portage Wisconsin 53901 E.E.U.U. 1978.
- 5.- Castro Luis. Diseño Experimental sin Estadística. Ed. Trillas. México, 1984. pp 33 a 42 y 120 a 122.
- 6.- Catania Charles A. Investigación Contemporánea en Conducta Operante. Ed. Trillas. México, 1982. pp 11 a 13.
- 7.- Cervera P. Graciela., Castillo H. Ma. de los Angeles. Análisis del contexto familiar del niño con retardo en el desarrollo y su alcance en los objetivos de generalización y

mantenimiento de los Entrenamientos a Padres. tesis profesional
U.N.A.M. Itzacala. México, 1984. Cap 11.

8.- Constitución Política Mexicana. Ediciones Andrade, S.A. 1982

9.- Damian D. Ma. Gpe. Evaluación de un texto de principios de
modificación de conducta con los padres. tesis profesional
U.N.A.M. Itzacala. México, 1987. Cap 1. 11 y 111.

10.- Fernández B. Fernanda., Liopis F. Ana Maria., Fabio de Riego
Carmen. Fichas de Recuperación de la Dislexia 4. Nivel Escolar.
CEPE .S.A. (Ciencias de Educación Pre escolar y Especial)
Ediciones Prisma S.A. 1981.

11.- Galindo .E., Hinojosa .G., Faracena .E., Bernal .f.,
Galquera .M.l., Padilla .F. Modificación de Conducta en la
Educación Especial. Ed. Trillas. México, 1984. pp 21 a 24.

12.- Galquera I., Hinojosa G y Galindo E. El Retardo en el
Desarrollo. Ed. Trillas. México, 1988. pp 270 a 273.

13.- García Escamilla Sylvia. El niño con Síndrome de Down. Ed.
Diana. México, 1986. pp 50 a 59.

14.- Gesell Arnold y Amatruda Catherine. Diagnóstico del
desarrollo normal y anormal del niño. Ed. Paidós. México, 1985.

15.- Gesell A. El niño de 1 a 4 años. Ed. Paidós. México, 1985a.

- 16.- Gesell A. El niño de 5 y 6 años. Ed. Paidós. México, 1985b.
- 17.- González Carlos. Escuela de Padres como Modalidad en la Educación Especial. Ministerio de Educación. Dirección de Educación Especial. República de Venezuela, 1982. pp 1 a 15.
- 18.- Hawkins R., Peterson K., Schweid E. y Bijou S. (1966). La terapia de la conducta en el hogar, mejoramiento de las relaciones entre los padres y el hijo con el padre desempeñando un papel terapéutico. En Ulrich R., Stachnik I. y Mabry J. Control de la Conducta Humana. Vol 2 Ed. Trillas. México, 1974.
- 19.- Hinojosa .G. y Galindo .E. La enseñanza de los niños impedidos. Ed. Trillas. México. 1984. pp 65 a 74.
- 20.- Hutt L. Max y Gwyn G. Robert. Los niños con retardos mentales, desarrollo, aprendizaje y educación. Fondo de Cultura Económica. México, 1988. Cap X.
- 21.- Ingalls P. Robert. Retraso mental, la nueva perspectiva. Ed. Manual Moderno. México, 1985. pp 288 a 295 y 305,306, y Cap 17.
- 22.- Kazdin E. Alan. Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Ed. Manual Moderno. México, 1985. pp 12 a 14, 24 a 26 y 122 a 145.
- 23.- Lillie D.L., Trchanis P.L., Gein K.W. Los padres aprenden a enseñar. Ediciones Paralelas. Buenos Aires, Argentina. 1978.

24.- Malaqón Chevarría Alejandra. La actitud de los padres hacia sus hijos retardados. Tesis profesional U.N.A.M. Itzacala. México, 1988. pp 6 a 11 y 45 a 52.

25.- Mc. Millan Donald L. Behavior Modification in Education. New York, 1971.

26.- Ferrera Mezquida Fernando. La educación especial en el futuro. Presente y futuro de una realidad: El deficiente mental. s.a.

27.- Frawda Juan. Teoría y Praxis de la planeación educativa en México. Ed. Grijalbo. México, 1985.

28.- Ribes Inesta Emilio. Técnicas de Modificación de Conducta. Ed. Trillas. México. 1984. pp 13 a 16, 28 a 33, 44 a 49 y 65.

29.- Rinn C. Roger y Markie Allan. Faternidad Positiva. Ed. Trillas. México. 1989. pp 11 a 15.

30.- SEP-DGEE. Guía Curricular Preescolar y Primaria Especial. México, 1984. pp 11, 27 y 28.

31.- SEP-DGEE. La Educación Especial en México. México, 1985a. pp 7 a 10.

32.- SEP-DGEE. Bases para una Política de Educación Especial. Gpo. Editorial Mexicano S.A. 1985b. pp 16.

- 33.- SEP-DGEE. "Alumnos e instituciones por Proyecto Educativo y Sostenimiento". Centro de Información y Documentación. México, 1989.
- 34.- Uribe F. Ana María. Importaciones a la Educación Especial. México, 1987. Cap 1.
- 35.- Vergara Osorio y G. Rosaiba. La integración del retardado en la familia. Tesis profesional. U.N.A.M. Iztacala. México, 1988. pp 36 a 44.
- 36.- Vidal J. Entrenamiento a padres de principios básicos de modificación de conducta para rehabilitación de sus propios hijos en una comunidad de bajos recursos. Tesis profesional U.N.A.M. México, 1984. pp 47 a 69.
- 37.- Wahler R. G., Winkel G. H., Peterson R. F., Morrison D. C. Mothers as behavior therapists for their own children. Behavior Research and Therapy. 1965, 3. pp 113-124.
- 38.- Walker J. E., Shea F. M. Manejo Conductual. Ed. Manual Moderno. México, 1987. pp 3 y 4, 20 a 22.
- 39.- Williams C. (1959): La eliminación del berrinche mediante procedimientos de extinción. En Bijou S. y Baer D. Psicología del Desarrollo Infantil. Lecturas en el Análisis Experimental. Ed. Frillas. México, 1975.

40.- wolf M. M., Risley T. R., Nees H. Application of operant
condition procedures to the behavior problems of an autistic
child. Behavior Research and Therapy, 1964, 1, 304-312.