

320825



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

10
39

ESTABLECIMIENTO DE REPERTORIOS CONDUCTUALES EN UN NIÑO CON RETRASO MENTAL SEVERO: ESTUDIO DE UN CASO

TESIS PROFESIONAL

QUE PRESENTAN:

MARIA	CASTRO	LOPEZ
ALICIA	MEDINA	MENDEZ
MARIA	ESTHER	MEDINA
		RULE

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Asesor de Tesis: Lic. Eduardo Espinola Esparza

México, D. F.



1992



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.

C O N T E N I D O

CAPITULO		PAGINA
I	INTRODUCCION	1
II	JUSTIFICACION	3
III	ANTECEDENTES	6
IV	FUNDAMENTO	21
V	MARCO TEORICO	37
VI	METODOLOGIA	51
VI.1	Aspectos Metodológicos Generales	51
VI.2	Método de Investigación	59
VI.3	Presentación de los resultados	66
VII	RESULTADOS	67
VIII	DISCUSION Y CONCLUSIONES	82
	GRAFICAS Y TABLAS	99
	ANEXOS	132
	. Programas	132
	BIBLIOGRAFIA	156

CAPITULO I

INTRODUCCION

Desde hace mucho tiempo el estudio de la Salud Mental ha sido de gran importancia dentro del campo de la Psicología, esto ha llevado a las personas a interesarse en identificar los factores que determinan la Deficiencia Mental, para lograr una divulgación que determine métodos efectivos para un diagnóstico y tratamiento temprano de niños con algún tipo de deficiencia mental como son: Síndrome de Down, Retraso Mental Leve, Retraso Mental Severo, Retraso Mental Profundo, Parálisis Cerebral, entre otros. Lo principal de estos estudios es que se ha demostrado que estos sujetos pueden aprender eficazmente, mediante la utilización de métodos de rehabilitación, como son los programas de educación especial, identificados de acuerdo a las características del niño con problemas y que se ha visto que cuando son llevados a cabo cuidadosamente se pueden lograr resultados positivos.

El presente estudio se basa en la Teoría Conductual, específicamente en el "Análisis Experimental de la Conducta", cuyos objetivos son incrementar, eliminar o mantener conductas, a través de técnicas y programas elaborados para tales fines. Como muestra de estos programas están los de repertorios básicos, entre los que se encuentran la imitación, la atención,

etc.; los de habilidades sociales y adaptación como son los programas de cuidado personal, control de esfínteres, motricidad, etc.; programas de eliminación de conductas problemáticas como son la conducta autodestructiva, la agresividad, berrinches, mencionando sólo algunos y; programas académicos como son discriminación de formas, de colores, lectura y escritura, etc. (Galindo, 1984). En su aplicación no solamente han participado especialistas, sino también gente interesada y familiares de la persona que tiene el problema.

En este trabajo se trata de ayudar a un niño con retraso mental severo, el cual se eligió de una población de sujetos con problemas de retardo en el desarrollo, entre los que se encuentran: Alteraciones cerebrales, retraso mental, autismo, Síndrome de Down, entre otros. A este niño se le aplicarán tres programas conductuales, estos programas son: Eliminación de Conducta Autodestructiva, Caminar sin Detenerse y Uso del Retrete; los cuales serán aplicados en dos escenarios diferentes, el hogar del niño y las instalaciones del Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano (C.E.E.D.H.) de la Universidad del Valle de México. Además, también se toma en cuenta que los programas se pueden aplicar con diferentes entrenadores, en este caso son: La madre del niño, practicantes del C.E.E.D.H. de la Universidad del Valle de México y las investigadoras del presente estudio.

CAPITULO II

JUSTIFICACION

La Deficiencia Mental ha sido un problema universal que se ha estudiado por mucho tiempo y al cual se ha tratado de encontrar soluciones a través de diferentes manejos de técnicas que han dado resultados tanto positivos como negativos. Una de estas técnicas ha sido el Análisis Experimental de la Conducta, siendo ésta de las más utilizadas en la Educación Especial, aplicado a sujetos con deficiencia mental.

Se ha visto que en cuanto a las investigaciones que se han hecho referentes al estudio de la modificación de conducta en niños con deficiencia mental, los resultados en su mayoría, han sido buenos y esto ha motivado a demostrar la eficacia de la aplicación de programas en Educación Especial, ya que éstos han ayudado a lograr un mejor desarrollo en ellos.

Es por eso que en la presente investigación, se considera que es muy importante ayudar a que estos sujetos con Deficiencia Mental se adapten a nuestra sociedad, ya que son seres humanos que viven y se desarrollan en ésta. Por lo tanto, en este estudio se toman en cuenta las siguientes situaciones:

- La aplicación de programas conductuales, por considerarse que el Análisis Experimental de la Conducta es una de las técnicas que más resultados satisfactorios ha logrado en sujetos con Deficiencia Mental. Teniendo como ventaja la

la atención individual de los sujetos, como es el caso de este estudio.

- La intervención de diferentes entrenadores. Entre ellos, la madre, ya que juega un papel importante en la rehabilitación del niño.
- Distintos escenarios, para que el sujeto logre desenvolverse de acuerdo a las conductas deseadas en los ambientes naturales en donde el sujeto lleva a cabo sus actividades.

De acuerdo a lo anterior, en este estudio, la utilización de programas también es primordial para la reducción de conductas inadecuadas y que dañan al sujeto, entre los cuales están A) Eliminación de conductas autodestructivas, cuyo objetivo es eliminar en el sujeto la conducta de dañarse a si mismo (pellizcarse la cara y jalarse los cabellos), provocándole heridas y perjudicándolo socialmente, ya que esto hace que las demás personas no se le acerquen. B) Caminar sin Detenerse, el objetivo de este programa es lograr que el sujeto tenga un buen desplazamiento al caminar, sin que se detenga constantemente, ya que el sujeto se para y no avanza, siendo ésta una conducta inadecuada, y C) Uso del Retrete, la utilización de este programa ayudará al sujeto a saber usar el retrete, cuando sienta la necesidad de defecar u orinar; esta conducta ayudará a que el sujeto logre una autosuficiencia que

lo hará sentir bien (seco y limpio) así como para la gente que lo rodea.

El alcance que se ha trazado en este estudio, es el de ayudar a dar un mejor tratamiento a personas que sufren de Deficiencia Mental, para que puedan enfrentarse a la vida, sean personas útiles y puedan llegar a ser productivas en la medida de sus posibilidades dentro de la sociedad. Es por eso que en este estudio se pretende contribuir en el tratado de la rehabilitación de personas con incapacidades para la adaptación de las mismas, y aportar un criterio más que contribuya a la Psicología en su lucha incansable en la solución de los problemas de Salud Mental.

CAPITULO III

ANTECEDENTES

Desde tiempos remotos han existido personas que se preocupan por la Salud Mental y los factores que determinan sus trastornos. Tanto la Psicología, la Psiquiatría como la Medicina en General han aportado investigaciones para identificar los diferentes tipos de trastornos mentales, así como su tratamiento adecuado para su rehabilitación.

Clarke (1982), en su amplia reseña histórica proporciona datos acerca de estudios sobre la Deficiencia Mental. En un importante trabajo realizado en Inglaterra, se comparan resultados de algunos estudios realizados entre 1920 y 1960. Estos resultados sugieren que la incidencia de la Deficiencia Mental de un Coeficiente Intelectual inferior de 50 ha descendido aproximadamente un tercio; este descenso enmascara en las cifras de prevalencia, debido al aumento de la esperanza de la vida de otros dos tercios y, en particular, del Síndrome de Down, conocido también como Mongólisto debido al parecido que tienen los afectados con la raza mongólica. Es un estado de retraso mental debido a una anomalía cromosomática (Ey., H., P. Bernard y Ch. Brisset. 1978). En este sentido, los progresos sociales y sanitarios que no tienen por único objetivo reducir la Deficiencia Mental, han conseguido un impacto considerable.

Entre éstos, se encuentran: La divulgación de métodos de inmunización contra enfermedades infantiles que pueden tener repercusiones neurológicas, el diagnóstico temprano de casos en los que pueden corregir trastornos de metabolismo, una mejor asistencia pre y post natal, el aumento del número de partos que tienen lugar en centros sanitarios y, por consiguiente, una mejor asistencia médica, consejo genético y planificación familiar, una mejor salud pública, la menor edad de las madres, sobre este punto hay que tener en cuenta también que "si la edad de la madre primeriza es cada vez más baja, podemos caer en el peligro de que aumenten algunos factores que desencadenen algunas deficiencias en el niño (pág. 2). Probablemente desde el punto de vista biomédico, el hecho más importante tuvo lugar en 1959 al descubrirse las aberraciones cromosomáticas. Desde entonces, los descubrimientos en este campo han sido numerosos y se han conseguido identificar más de cien alteraciones cromosomáticas. El Síndrome de Down es, por supuesto, el más común, abarcando aproximadamente entre la cuarta y tercera parte de todos los casos con C.I. inferiores a 50. También se han descubierto, principalmente por técnicas bioquímicas, otros síndromes como el Jarabe de Arce en la orina y la homocistinuria que han contribuido a la diferenciación de los distintos tipos de Deficiencia Mental. En 1951, se llevaron a

cabo en Inglaterra y en Holanda dos estudios independientes entre sí, uno estrictamente experimental y el otro realizado en centros educativos; los dos llegaron a la misma conclusión, es decir, que en determinadas circunstancias, los sujetos retrasados mentales moderados y los sujetos retrasados mentales severos podían aprender eficazmente, retener lo que habían aprendido e incluso transferir sus nuevas capacidades a otras tareas. Cada vez se hizo más patente la idea de que un programa educativo adecuado, así como estímulos apropiados podrían transformar la destreza de los sujetos retrasados severos. La modificación de conducta, es decir, intervenciones diseñadas para cambiar el comportamiento de una manera comprobable, como sistema formalizado, se desarrolló rápidamente en la década de los 60, también con las mismas implicaciones generales, pero esta vez enfocada principalmente a los sujetos retrasados profundos. Como técnica de aprendizaje, sus implicaciones van, por supuesto, más allá de la Deficiencia Mental. Es considerable la eficacia para los sujetos retrasados mentales cuyo principal problema radica en las dificultades de aprendizaje y éstos explican la rápida divulgación de estas técnicas, así, es de gran ayuda también la estimulación temprana llevada a cabo por los padres en casa.

Por otro lado Bandura (1961) y Grossberg (1964) dan a conocer gran número de intentos sistemáticos en el sentido de aplicar los principios de la teoría del aprendizaje a la psicoterapia. Apparently, muchos investigadores que trabajan dentro del marco de referencia conceptual del aprendizaje respondiente y operante han producido cambios en la conducta indeseable tanto de adultos como de niños.

También Ribes (1975) habla del retardo generalizado, describiéndolo como un retardo en el desarrollo global que toca formas de conducta diferentes cuantitativa y cualitativamente de una manera general, sobre todo las formas más complejas, como son los casos de retardo profundo, severo y el Síndrome de Down entre otros, menciona también que el retardo puede afectar sólo un área del desarrollo, esto es, sólo a ciertas formas de conductas, como por ejemplo las deficiencias del lenguaje y las deficiencias típicas de los ciegos, sordos y paralíticos.

En la década de los 80, se sigue hablando de la Educación Especial. Martínez (1981), menciona los principales tipos de incapacidad en función de los objetivos de la Educación Especial, los cuales son los siguientes: "Problema Mental Leve ó Severo y/o déficits en el aprendizaje. Problemas visuales parciales ó totales. Problemas de audición y de lenguaje.

Problemas motores. Problemas de conducta: inadaptados ó psicóticos e incapacidades múltiples". (p. 47). Se mencionan también los propósitos para el año 2000 en relación a la Educación Especial que son: "El procurar la integración social de los deficientes y el cambio en los comportamientos culturales de nuestras sociedades". (p. 48). Por último, manifiesta que los desafíos para la década de los 80', según el Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura (CIECC) son: "Superar el déficit que sufre la educación rural; Renovación curricular; Cambios en la formación y actualización docente; Impulsar programas de investigación; Acción simultánea de modalidades formales y no formales y Educación para la población de 0 a 6 años. (p. 49).

En relación con estos problemas se han hecho varias investigaciones como la de Rusell (1984), quien dice que existen varios factores que contribuyen a una incapacidad oral, identificando 5 categorías: 1. Cognitivo: Retardo Mental; 2. Sensorial: sordera, ceguera, sordomudos; 3. Neurológico: parálisis cerebral; 4. Emocional: autismo, mutismo selectivo y 5. Estructural: laringectomía. La incapacidad oral ha sido estudiada y se ha tratado de darle solución. En la actualidad, se cuentan con los avances tecnológicos de sistemas de comunicación que han sido diseñados aun para niños con severos

daños físicos. Estos sistemas se integran por un equipo de intervención formado por el niño, los padres, terapeuta físico, especialista del lenguaje, maestro, psicólogo y entre otros, la medicina, ingeniería, audiológica y trabajador social.

Por otro lado, Escalona (1984) en un estudio realizado con niños de bajo peso al nacer, indica que es importante conocer datos demográficos, ver el desarrollo cognitivo y obtener información de la estructura familiar, estilo de vida y actitudes, ya que este tipo de niños tienen más alto riesgo de poseer alguna deficiencia.

En la Deficiencia Mental coexisten diversas deficiencias, de las cuales para el presente estudio se tomarán en cuenta tres de ellas como son: El no control de esfínteres, problemas de motricidad y conducta autoagresiva. Sobre éstas se han llevado a cabo ya algunas investigaciones de las cuales se mencionarán las siguientes:

Dayan (1964), trató a 25 deficientes mentales graves, sentándolos en el inodoro cada dos horas, con elogio verbal como recompensa por la eliminación; y supresión de atención como consecuencia del no eliminar, comparó los cambios en el grupo de tratamiento con los cambios en un grupo de control comparable no tratado en el mismo periodo y encontró una diferencia muy significativa.

Por otra parte, Hundziak y colaboradores (1965), dividieron un grupo de muchachos severamente retardados en tres grupos de tratamiento. El grupo experimental recibía entrenamiento en recompensa operante utilizando como reforzadores dulces, una luz y un tono. Un segundo grupo recibía el tratamiento convencional (recompensa verbal y reprimenda por ensuciarse), mientras que el tercero formaba un grupo de control no tratado. El entrenamiento se hizo durante siete días. La evaluación posterior al entrenamiento, la hacían observadores que no sabían a cual de los tres grupos pertenecía cada niño. Se encontró que el grupo operante mostró un significativo aumento en el uso de las facilidades del baño tanto en micción como en defecación, el grupo no tratado lo mostró únicamente en micción y el convencionalmente tratado no mostró cambio en ninguno de los dos.

Azrin, Bugle y O'Brien (1971), llevaron a cabo procesos de entrenamiento con la ayuda de un aparato que señala inmediatamente en el momento en que el sujeto evacúa, de manera que el instructor pueda reaccionar y actuar de inmediato. Para este propósito, se empleó un par de mecanismos: Una silla que reporta el uso adecuado del retrete y un instrumento portátil de alarma que indica el humedecimiento en los pantaloncillos. Cuatro niñas con retraso mental profundo de 3 a 6 años de edad

se les proporcionaba reforzadores (dulces y carifos) cuando evacuaban correctamente en la silla de entrenamiento y se les proporcionaban nalgaditas y no se tenia contacto alguno con ellas durante 10 minutos, cuando la alarma indicaba que se mojaban en los pantaloncillos. Los resultados demostraron la efectividad del programa y el uso de los dos mecanismos arriba mencionados, ya que las niñas se mojaban sus pantaloncillos de 4 a 6 veces al día y lo redujeron hasta casi cero veces.

Por otro lado. De Quiroz (1982), establece una relación entre actividad motora y aprendizaje, haciendo un análisis histórico de la relación entre estos dos conceptos y llega a la conclusión de que el movimiento puede ser auxiliado en el aprendizaje y que por ejemplo, éste puede desarrollar el lenguaje. Así, para apoyar estas conclusiones, sugiere que ambos elementos han sido empleados en pruebas clinicas en condiciones de rehabilitación aplicada.

Un ejemplo de esto, puede ser el trabajo de Azrin, Schaeffer y Wesolowsky (1971), quienes trabajaron con 7 adultos severamente retardados para generar los repertorios que les permitieran vestirse por si mismos. El entrenamiento duró un promedio de 12 horas, distribuidas en 3 ó 4 días, éste consistió en un constante asesoramiento manual graduado, motivación oral y elogios, utilización de prendas de diferentes

tallas y un particular énfasis en los reforzadores naturales cuando se vestían solos.

En otra investigación, Butterfield (1986), se interesó en resumir y describir la motricidad gruesa de niños sordos entre los 3 y 14 años de edad, interesándose en especial en la relación entre el género y la etiología de la sordera con los descubrimientos sobre la habilidad motora. Participaron 75 niñas y 57 niños con problemas de audición, se les evaluó con la Escala de Motricidad Gruesa de la Universidad de Ohio. Los descubrimientos del análisis del nivel de etiología no fueron significativos, Se concluyó que la sordera no afecta los patrones de motricidad.

También Di Pietro (1986), habla de estudios relacionados con el control inhibitorio motor. Recomienda el uso de actividades físicas para la reducción de conductas hiperactivas, las cuales son consideradas como un control inadecuado inhibitorio motor. Se obtuvieron resultados positivos acerca de que la estimulación física facilitaba aspectos de inhibición motora voluntaria. En esta investigación participaron niños de 9.2 años de edad, los instrumentos utilizados fueron el Test de Inhibición Motora, Juego Portátil Simmon, el Test de Selección de Figuras Familiares y un equipo de canastas de waterpolo y pelotas. Los resultados generales

fueron: En las medidas de inhibición motora hubo una correlación positiva, y entre la actividad de inhibición motora y figuras familiares hubo una correlación positivamente insignificante. Por otro lado, los resultados de Simmon y Figuras Familiares fueron negativamente correlacionados. En todos los tests no hubo diferencia significativa por los sexos, ni en la longitud de tiempos. Con referencia al Test de Inhibición, se reflejan incrementos promedio de 30% al 63%, lo cual indica que la estimulación física puede facilitar algunos aspectos de la inhibición motora.

De acuerdo con esto, se puede tomar otro estudio de control inhibitorio motor, el realizado por Whaley y Tough (1974), a un niño de 6 años con Síndrome de Down, se le aplicó un programa de supresión y evitación de conductas autoagresivas (golpes en la cabeza y oídos), utilizando choques eléctricos. En la Línea Base, la respuesta autodestructiva varió entre 60 y 95 veces por minuto con un promedio de 79.3 veces. Cuando se implantó la contingencia de choque, se hizo evidente una reducción drástica e inmediata de las respuestas dañinas. En la última sesión de choques de un total de 130 minutos, la respuesta autodestructiva se suprimió completamente.

Por otra parte, Fils (1982), sugiere el consejo y orientación a padres de niños y adolescentes con trastornos en

el desarrollo y establece los siguientes puntos para el personal que funcione como consejero: Interés sincero en el ramo; Estabilidad del personal; Autoaceptación de sus limitaciones para proyectarles a los padres; Creer en la dignidad, valor y respeto al ser humano; Paciencia y habilidad para establecer relaciones calurosas y cómodas para con los padres; Habilidad en tomar decisiones en la formulación de planes y programas con la participación íntima de los padres; No sentirse como juez o como que todo lo sabe; Y la aceptación del niño con retardo mental. Otras sugerencias para los consejeros son que hay gran variedad de reacciones de cada pareja que dá a luz un niño con retardo mental. No hay que estereotipar los problemas, ni la personalidad de los padres. Cada pareja es única y así debe tratarse. El consejero tratará sólo de ayudar a los padres para que puedan aceptar mejor al niño. El golpe que sufren los padres al saber que su hijo es retrasado mental es natural. La manera de trato y actitud de los profesionales hacia el niño, lleva a los padres a una actitud positiva o negativa, según lo sientan los padres. En cada etapa del desarrollo del niño, se confrontan diferentes problemas, por lo que los padres necesitan apoyo y consejo en cada etapa: Nacimiento, etapa escolar, vocacional, etc. Esto nos puede ayudar a que la aceptación permita en los padres el

ubicar a su hijo en el lugar que le corresponde y así ayudarlo a mejorar en tanto que pueda existir un porvenir que los ayude a ser más útiles y productivos de acuerdo a sus posibilidades en nuestra sociedad.

Puede decirse que el entrenamiento de padres es el proceso mediante el cual estos 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. Durante las décadas de 1960 y 1970, se incrementó considerablemente el número de estudios que aportaban pruebas de que los padres pueden fungir como terapeutas de sus hijos.

Bernard, Christophersen y Wolf (1976) nos dicen, por ejemplo, que en los entrenamientos de padres han sido aplicadas técnicas como: Conferencias, Instrucciones, Lecturas, Presentaciones Audiovisuales, Modelamiento y Representación de Papeles.

En otro estudio Johnson (1972) nos dice que, las diferentes maneras de proceder para adiestrar ó capacitar a los padres en la resolución de problemas conductuales de sus hijos, ha llevado a distinguir y agrupar a los entrenamientos de padres de diversas formas. Johnson, ha clasificado a dichos entrenamientos en dos grandes grupos: uno de ellos, lo

constituyen las Instrucciones sean estas verbales, vocales o escritas; y el otro lo forman la Retroalimentación inmediata o demorada, es decir, el uso de señales auditivas, visuales, etc.; el contrato conductual y la asesoría del entrenador.

Otras técnicas implícitas en algunas de las que se han descrito hasta ahora, pero que en ciertos estudios son expresamente mencionadas como parte del procedimiento son: retroalimentación, reforzamiento social, reforzamiento tangible y economía de fichas. Koegel, Glahn y Nieminen (1978) muestran que el uso de un paquete de técnicas en las que se encuentran instrucciones, moldeamiento y representación de papeles, por lo menos, es más efectivo que el uso de cualquiera de ellas aisladamente, debido a que se facilita la aplicación de lo requerido y se hace más probable la generalización y el mantenimiento de los resultados del entrenamiento.

Los padres han sido partícipes en el mantenimiento y la generalización de las conductas tratadas.

Un ejemplo es en el cual se reporta el tratamiento de la conducta de berrinche de un niño autista. Wolf, Risley y Mess (1964). El procedimiento consistió en la utilización de Tiempo Fuera contingente a los berrinches y reforzamiento de las conductas sociales adecuadas. Cuando se obtuvo un progreso considerable en el niño, es decir, la reducción de la

frecuencia y duración de los berrinches sus padres fueron entrenados dentro de la clínica en el manejo y procedimientos de Tiempo Fuera y reforzamiento. Tal entrenamiento consistió en la realización de una serie de demostraciones de los procedimientos, la aplicación de éstos por los padres, supervisados por el entrenador, así como ciertas instrucciones para llevar a cabo los procedimientos en el hogar. Después del entrenamiento, se trasladó al niño a su casa, y a los padres se les sugirió seguir con el tratamiento. Los resultados muestran que las conductas de berrinche se mantuvieron en un nivel significativamente bajo, al menos durante 6 meses, periodo que duró el seguimiento realizado por los entrenadores.

Como se puede observar, desde hace algún tiempo ha existido un gran interés en el estudio del fenómeno llamado Deficiencia Mental. Dicho fenómeno ha sido identificado por una gran variedad de factores, tanto de índole biológica, como de índole psicológica y social. Sin embargo, también se ha podido observar que ninguno de estos factores tiene un mayor peso sobre la Deficiencia Mental. Pues como se muestra, las investigaciones han abarcado factores como: Mediambientales, de motricidad, cromosomáticas, aspectos genéticos, de integración a la comunidad, de la familia, de la actitud de los padres, de la desnutrición o bajo peso al nacer, los cuales si no se toman

en cuenta pueden tener consecuencias de retraso en el desarrollo global como son los casos de retardo profundo, severo y síndrome de Down ó un retraso en el desarrollo en determinada área como son los casos de deficiencias del lenguaje, ciegos, sordos y paralíticos. No obstante, la solución de la problemática que un individuo presenta, a través de la intervención terapéutica en algunos de estos factores, nos conlleva a la solución de la deficiencia mental, ya que el problema involucra también cuestiones de índole educativa, en donde también y de manera eficiente han proporcionado alternativas y consideraciones que deben ser tomadas en cuenta, tanto a nivel de la estructura educativa como a nivel del maestro mismo, de tal manera, que si bien no se unifican todos los factores que generan el fenómeno, se puede tratar de enfrentar la solución a través de la mayor cantidad de aspectos que han sido investigados y que permiten en el deficiente mental, el establecimiento de habilidades para un mejor manejo social, a través de la intervención de personas interesadas en participar en esta tarea, que como se observó en las investigaciones descritas en este apartado, son desde profesionistas especializados, hasta la intervención de los padres con previa preparación recibida por parte de los terapeutas involucrados en el área.

CAPITULO IV

FUNDAMENTO

Varios estudios demuestran ampliamente la importancia de los primeros años de vida, y la manera en que éstos sientan bases para el desarrollo posterior. Existen grandes diferencias en la capacidad de crecimiento y adaptación. Al niño con alteraciones en el desarrollo le es más difícil la adaptación a su ambiente, enfrentarse a las exigencias del medio y aprovechar estas experiencias.

Lo anterior, lo fundamentan algunos autores, como los que a continuación se mencionan:

Levin, M. (1945) dice que en estudios experimentales se ha demostrado que la falta de estimulación en edades tempranas o periodos críticos de la infancia son causa de muchos trastornos en el desarrollo.

De la Fuente (1980) explica que "la meta más ambiciosa de la salud mental es crear las condiciones más adecuadas para promover el desarrollo óptimo de las capacidades humanas". Dice que en cuanto a la salud mental en los niños, juegan un papel muy importante la nutrición y la estimulación temprana oportuna en el desarrollo y los efectos persistentes de las formas de autoridad y disciplina a las cuales se les somete. Manifiesta que en los servicios de salud mental, en los centros de salud y

hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. el 40% de los sujetos que se presentan en la consulta externa son niños y que entre los problemas más frecuentes que se presentan se encuentra la Deficiencia Mental en grados diversos. Por último indica que en México, las necesidades más urgentes en el campo de la salud mental en niños, se relaciona con lo siguiente: a) Solamente algunos sujetos tienen acceso a los servicios, b) El personal adiestrado es escaso, c) Se requiere mayor conocimiento y d) Los recursos existentes deben ser coordinados.

Por otra parte, Solis Camara (1982) dice "que la conducta adaptativa se refiere a la capacidad del individuo para enfrentarse con las demandas que le exige la sociedad, este concepto de enfrentamiento se basa en tres facetas: 1) Funcionamiento independiente: Que el individuo lleve a cabo exitosamente las tareas o actividades que le demanda la comunidad de acuerdo a su edad. 2) Responsabilidad social: Aceptar una responsabilidad como miembro de un grupo que se refleja en los niveles de conformismo, creatividad social, ajuste social y madurez emocional. 3) Responsabilidad personal: Capacidad de tomar decisiones y elegir conductas. Estas facetas de enfrentamiento abarcan desde la infancia hasta la edad adulta. En el caso del deficiente mental, las exigencias han

sido divididas según la etapa de desarrollo del individuo y el grupo cultural al cual pertenece. El criterio para determinar si hay o no retardo mental consiste por lo tanto, en observar demoras en la adquisición de habilidades y/o conductas esperadas en un determinado individuo. También indica que por desgracia se olvida frecuentemente que el objetivo al determinar estos retardos, es ofrecer los servicios adecuados para ayudarlos y no por una simple selección, ya que muchas veces la etiqueta de "Deficiencia Mental" los recluye y los perjudica más que ayudarlos".

Bijou (1963) considera al retardo como una desviación en el desarrollo psicológico, utilizando el término de retardo en el desarrollo en lugar de retardo mental, definiendo al primero como el comportamiento que evoluciona a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían de la normalidad en grados extremos.

También Leland y Smith (1981) proponen el concepto de "visibilidad contra invisibilidad", donde la primera se relaciona con la creatividad y supervivencia; esto es cuando a la persona le conviene ser visible ante los demás por poseer habilidades y poder realizar algún trabajo y de esa manera poder sobrevivir. Invisibilidad, en cambio, es cuando no poseen ninguna creatividad, ni habilidad y esto en lugar de ayudarlos,

les hace notar más su deficiencia, les conviene hasta cierto punto ser invisibles. Manifiesta que no es tanto la etiqueta de deficiente mental lo que hace daño al individuo sino la pérdida o acceso a ciertos beneficios que ofrece la comunidad.

Anderson, Greer y Dietrich (1976) mencionan que las definiciones tradicionales de retraso mental se han enfocado sobre capacidades de aprender, el nivel de conocimiento, la adaptación social o el ajuste personal y están de acuerdo en que la prognosis para el tratamiento de estos casos de retraso mental, está asociada a factores tales como condiciones motivacionales, tratamiento y oportunidades de entrenamiento en el sujeto, más que en el retardo en sí mismo.

Por último, Kantor (1959) y Skinner (1953) definen el retardo psicológico o conductual en términos de la interacción de un organismo que se comporta como un sistema unificado dentro de un contexto inseparable de eventos ambientales.

Por lo anterior, es evidente que la Deficiencia Mental es un problema que debe tratarse, y una de las maneras en que se puede ayudar a un niño con deficiencia mental es aplicando la teoría conductual; esto se fundamentará con una de las técnicas específicas empleadas para identificar, diagnosticar y tratar las condiciones incapacitantes en niños con deficiencia mental, como lo es el Análisis Experimental de la Conducta, el cual se

toma como base para realizar el presente estudio, de acuerdo a las razones expuestas por los siguientes autores:

Primeramente Ribes (1984) dice que "su principal característica es que considera a la conducta como el objeto de estudio de la Psicología y utiliza una metodología científica rigurosa, tanto para experimentar como para teorizar".

Craighead (1976) menciona la importancia de la observación directa y registro de la conducta, dice que son "la columna vertebral del análisis conductual aplicado porque incluye las técnicas que se utilizan para obtener datos objetivos útiles para el desarrollo de metas y estrategias tendentes al cambio conductual.

Mayer (1962) indica que "la claridad y utilidad de las metas están aseguradas al refinarlas, convirtiéndolas en objetivos conductuales. Un objetivo conductual esclarece una meta al especificar la Respuesta deseada, la situación en la que debe ocurrir y los criterios para evaluar si el objetivo ha sido satisfecho".

El Análisis Experimental de la Conducta, de acuerdo con G. S. Reynolds (1973), reditúa conocimientos que pueden ser aplicados con certeza en la predicción y en el control de la conducta de los organismos individuales. El Análisis Experimental de la Conducta significa que la investigación en

el condicionamiento operante trata de encontrar los cambios exactos, reales y específicos en el medio que realmente producen cambios exactos reales y específicos en la conducta de los organismos. Cuando los individuos difieren, el Análisis Experimental procura demostrar exactamente cuales son los factores históricos o los factores actualmente presentes en el medio de cada organismo, responsables de esa diferencia.

Diaz (1984), menciona que el fundamento del Análisis Experimental de la Conducta es que "la conducta resulta de la acción del medio sobre el sujeto; en esta interacción es el medio el que tiene la clave para producir la respuesta del individuo". Por lo anterior, deduce que "la conducta se puede fragmentar en unidades de tipo estímulo-respuesta".

Yates (1982), por su parte, menciona que la validez esencial de la Terapia del Comportamiento está determinada por las operaciones experimentales a las que se someta el paciente individual, es decir, que la validez de la Terapia del Comportamiento no es una función de si mejora, empeora o sigue igual, en relación a algún criterio externo arbitrario, sino más bien si se puede demostrar que los cambios en su comportamiento están relacionados válidamente con las operaciones experimentales que pretendían producirlos.

Lo anterior es reforzado por lo expuesto por Galindo

(1984), quien afirma que "el Análisis Experimental de la Conducta es la estructuración sistemática de las condiciones ambientales para cambiar la conducta del sujeto, es decir, para establecer, mantener, transformar o eliminar repertorios conductuales. Dice que por lo anterior, la modificación de conducta es, entonces, un procedimiento de enseñanza". (p.22).

Por otro lado, Sulzer y Colaboradores (1985) dicen que "el Análisis Conductual Aplicado, es la rama aplicada del campo conocido como Condicionamiento Operante, o como el Análisis Experimental de la Conducta, que es una área del conocimiento con base en el laboratorio. También manifiestan que un principio de la conducta es una regla que describe la relación entre lo que hace un individuo (moverse de un lugar a otro, decir palabras en voz baja o alta, etc.) y las condiciones específicas (la expresión de otros individuos de aprobación o desaprobación, la presencia o el retiro de alimentos, etc.) Explican que una aplicación de los principios de la conducta para producir un cambio del comportamiento se denomina procedimiento conductual. Los padres, maestros y jóvenes que deseen cambiar deliberadamente la conducta disponen condiciones con la esperanza de que ocasionen los resultados deseados. Exponen que los principios del Análisis son: 1) Está basado en el rendimiento. Se interesa por lo que la gente hace, cómo

responden a los aspectos del medio ambiente. El Análisis Conductual traduce los sucesos internos en fenómenos observables y medibles. 2) El Análisis Conductual Aplicado utiliza los principios de la conducta, éstos están incorporados en procedimientos de cambio de la conducta. 3) El Análisis Conductual es analítico, utiliza mediciones directas y repetidas de la conducta y sistemas particulares, denominados diseños de análisis experimental, para evaluar la efectividad del procedimiento que se aplica. 4) Por último, el Análisis Conductual Aplicado se preocupa por el mejoramiento de las conductas socialmente importantes. Los programas del Análisis Conductual Aplicado ayudan a los sujetos a mejorar conductas que habrán de promover su propio desarrollo personal y social. Concluyen que "solo cuando los procedimientos conductuales se combinan con la medición y la evaluación sistemáticas se les denominará a la actividad, un programa de Análisis Conductual Aplicado y que si el Analisis Conductual Aplicado se practica de una manera éticamente responsable, debiera conducir al mejoramiento de los individuos y de la sociedad".

También Wolpe (1976) indica que "la Terapia Conductual es la aplicación de principios de aprendizaje establecidos experimentalmente y de fenómenos relacionados con el propósito de superar hábitos que son inadaptables, cada maniobra implica

el uso deliberado de conocimientos referente al proceso de aprendizaje con objeto de atenuar y eliminar hábitos inadaptables, para establecer otros que sean adaptables o ambas cosas".

Tomando en cuenta lo mencionado por estos investigadores, se puede ver que el Análisis Experimental de la Conducta es aplicable a niños con Deficiencia Mental, ya que éstos presentan determinadas conductas que pueden ser manejadas mediante este Análisis lo cual es importante, ya que esto da una buena oportunidad para que los sujetos que presenten estas alteraciones puedan avanzar en su desarrollo de acuerdo a sus posibilidades. Esto se puede afirmar debido a que se han realizado estudios que lo comprueban.

Galindo (1984) hace una reseña de estudios enfocados en la aplicación de la modificación de conducta a la rehabilitación del retardado y dice que "se iniciaron en la década de 1950 con trabajos de investigadores como Bijou, Ellis, Gerardeu y otros, quienes utilizaron los principios del condicionamiento operante para establecer diferentes conductas en retardados o para estudiar las características del retardo. Estos estudios demostraron que el condicionamiento operante es un instrumento poderoso, 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 ha habido muchas publicaciones sobre el tema, en donde los objetivos han sido diversos, se han empleado diferentes procedimientos, se han estudiado todo tipo de sujetos retardados, se han realizado en todos los ambientes en los que es posible trabajar con estos sujetos (hogar, escuela, etc.) y se han entrenado a menudo a las personas que rodean al afectado (maestros, familiares, etc.) para que colaboren en la rehabilitación o se hagan cargo de ella. Los problemas abordados son también numerosos. Se ha trabajado en las áreas que conciernen a la rehabilitación del retardado, como son los repertorios básicos, el cuidado personal, las conductas problemáticas, el lenguaje, las conductas académicas, el comportamiento social, el control muscular y el entrenamiento vocacional". (p. 22 a 24).

Otro estudio con bases empíricas y teóricas operantes, es el llevado a cabo por Bijou, S. W (1966) que se ha interesado en el problema de la Deficiencia Mental. Acepta que el Deficiente Mental puede sufrir de estructura anatómica anormal, pero desde el punto de vista psicológico, la importancia de dichos defectos es que el niño tiende a aislarse.

Más adelante, Barrett y Lidsley (1962) emplearon programas para niños deficientes para lograr investigar la adquisición de

la diferenciación de respuesta, la discriminación del estímulo y el nivel de respuesta, la discriminación del estímulo y nivel motivacional. Así la diferenciación de respuestas, se adquiriría después del entrenamiento. (p. 376).

Bonnett S.A (1975) llevó a cabo el estudio de un caso de un niño de 5 años, cuya conducta a eliminar fué la de "berrinches", siempre que se le pedía que hiciera algo que no quería realizar, ya fuese una tarea ó algo relacionado con su higiene. Estos berrinches consistían en patear, llorar, sacudir la cabeza y arrojar objetos. El procedimiento consistió en: Al niño se le decía "Ya no lo hagas" y no lo dejaba de hacer, se aplicó Tiempo Fuera (se le llevaba a un cuarto sin hacerle comentarios y se cerraba con llave a fin de que no se saliera. No se le abría la puerta hasta que se quedaba en silencio durante 2 minutos). En seguida se le regresaba a la actividad sin ningún comentario y después de 2 o 3 minutos de actividad apropiada se le reforzaba por jugar adecuadamente con elogios de tipo social y un abrazo ó caricia. Los resultados fueron: Línea Base de 5 a 7 berrinches diarios (en 2 horas). Cuando inició el entrenamiento aumentaron a 10 el primer día y a lo largo de un periodo de 21 días se redujo a 0 berrinches durante los últimos 4 días.

Guevara, Yolanda (1980) realizó un estudio con una niña

con retardo profundo en el desarrollo, que permanecía todo el día reclinada en una carreta, no tenía control de su cabeza, ni del tronco, no hablaba, sólo emitía balbuceos, no ingería alimentos sólidos, ya que no masticaba y no tenía control de esfínteres. Sus músculos estaban atrofiados por estar siempre acostada. Por lo anterior, el objetivo específico fue establecer la conducta de sentarse, y la Respuesta se definió como permanecer sentada sin apoyo durante un mínimo de 60 segundos. El diseño utilizado fue un A, B, C, D, E, F mediante un registro de ensayo y en todas las fases a la niña se sentó sobre una colchoneta con las piernas hacia adelante, las manos sobre las piernas y la cabeza inclinada. Se utilizó como reforzador una cajita de música que permanecía abierta tocando una melodía, durante todo el tiempo que la niña permanecía sentada sin ayuda. La instigación física, que se utilizó en las fases B y C, se empezó a desvanecer en la fase D, esta instigación consistía en que el instructor apoyaba dos de sus dedos en la espalda de la niña. Y un Tiempo Fuera Parcial que consistió en que una vez que la pequeña caía no se le prestaba atención ni se le movía durante 20 segundos., con objeto de no reforzarle la caída. Se realizaron 8 sesiones de línea base, en la fase B 19 sesiones, fase C 4 sesiones, fase D 11 sesiones, fase E 4 sesiones y la fase F 3 sesiones. Los resultados

fueron, en tiempo promedio, en minutos por cada sesión. En la línea base la niña no llegó a permanecer sentada sin apoyo ni siquiera 2 segundos; En la fase B, se incrementó notablemente la Respuesta y en la sesión 2 alcanzó a permanecer sentada por más de 5 minutos, pero sin apoyo. En la fase C decremto a 50 segundos., en esta fase se retiró la cajita musical, solo duro 4 sesiones porque no se quiso perjudicar a la niña. En la fase D se volvió a presentar la música en forma continua y en 3 sesiones la niña volvió a mantenerse sentada por más de 5 minutos. Después se procedió a desvanecer el apoyo físico y desde la sesión 40 permaneció sentada sin apoyo hasta por 11 minutos. Algo importante fue que desde la sesión 18 levantó por sí sola su tronco, logrando incorporarse. Otro detalle fué que uno de los observadores alzó una cajita para cambiarla por otra, la pequeña se incorporó siguiendo visualmente el objeto. Por esta razón cuando la niña estaba por caerse se levantaba la cajita para ayudarla a ejercitar el control del tronco y así lograr que estuviera sentada. En la fase E se sustituyó la cajita por otros objetos musicales. La ejecución de la pequeña se mantuvo con un promedio aceptable de tiempo. En la fase F en las 3 sesiones de seguimiento se vió que la niña seguía siendo capaz de sentarse sin apoyo hasta por 9 minutos. Cabe señalar que la respuesta se daba sólo si se le proporcionaba música.

Los Estímulos sociales no tuvieron mucho efecto en la Respuesta de sentarse. Sin embargo se siguieron dando para no cambiar la situación de trabajo.

Posteriormente, Dorsey y colaboradores (1982) evaluaron el uso de un equipo protector en el tratamiento de conductas autodestructivas, con la utilización de tiempo fuera y reforzadores sociales, con tres sujetos deficientes mentales. Se llevaron a cabo dos experimentos, en el primero, el objetivo fue medir la efectividad del equipo protector combinado con reforzamiento diferencial, en la reducción de conductas autodestructivas con personal especializado, el segundo experimento, el objetivo fue evaluar los efectos del tratamiento implementado en condiciones más naturales y realizado por personal no especializado en instituciones. Los resultados fueron: Línea Base inicial, primer sujeto fue de 81.8%, reduciendo a 13.1%; el segundo sujeto Línea Base 87.7%, reduciendo a 33.6% y el tercer sujeto Línea Base 92% reduciendo a 4.2%. Se concluye que el equipo de protección contingente y el reforzamiento diferencial pueden ser efectivos en conductas crónicas.

En términos generales, de acuerdo con las investigaciones anteriores, se puede decir que una de las metas de la Salud Mental es crear un buen ambiente para que haya un adecuado

desarrollo de las capacidades humanas. Algunas de las causas que inducen a lograr este propósito son la falta de nutrición, la falta de estimulación temprana en niños y un medio ambiente desfavorable. Además se observa que en nuestro país en los centros de salud, existe un alto grado de asistencia de niños, siendo la Deficiencia Mental, uno de los problemas más frecuentes. Aunado a esto, se ha visto la detección de deficiencias en el campo de la Salud Mental como: Personal adiestrado escaso, la inaccesibilidad de los sujetos a los centros de salud, y la falta de investigaciones sobre el tema. Sin embargo, si la prevención de las alteraciones en el desarrollo no se puede y ya existe el problema, lo importante no es saber que está, sino tratar de ayudar a quien lo tiene. Siendo como se ha dicho, la Deficiencia Mental, una de las alteraciones que más frecuentemente se presenta, es necesario decir que las demoras en la adquisición de habilidades y conductas que se van dando, de acuerdo al desarrollo del niño, como son (gatear, caminar, hablar, etc.), es un criterio para determinar la Deficiencia Mental. Una vez que se identifica el problema de la Deficiencia Mental es muy común etiquetarlos como tales y esto trae como consecuencia que sean relegados por la sociedad. No obstante, existen personas que realmente se interesan por este tipo de sujetos, y una de las maneras que se

utilizan para su tratamiento es la técnica del Análisis Experimental de la Conducta, mediante el cual se puede establecer, mantener, transformar o eliminar repertorios conductuales. Por otro lado, con esta técnica se puede utilizar la ayuda de los padres, maestros y jóvenes que deseen ayudar al restablecimiento de este tipo de sujetos. Además, por medio de programas conductuales, los sujetos pueden mejorar conductas que ayudan a promover su desarrollo personal y social. Esta técnica también puede ser utilizada en cualquier lugar (hogar, centro de educación, parque, etc.). Es por eso que en la presente investigación, se tomará en cuenta esta técnica, por considerarse la más adecuada para lograr el objetivo de ésta.

CAPITULO V

MARCO TEORICO

Basados en el Analisis Experimental de la Conducta se han elaborado técnicas de intervención, con el propósito de modificar conductas en niños con retraso en el desarrollo, es decir, demora ó retraso en la adquisición de habilidades con el desarrollo del niño, éste puede abarcar aspectos como: retraso: afectivo, madurativo del lenguaje, escolar, aprendizaje concreto, motor, mental, etc., sujetos con deficiencias tanto físicas como mentales, todo esto de acuerdo con la definición de la Enciclopedia de la Psicología Oceano (1985). Estas técnicas las han llevado a la práctica especialistas en el ramo, personal interesado y entrenado y la participación también, en muchas ocasiones de los padres de los sujetos, obteniendo valiosos resultados.

Dentro de las investigaciones que se han llevado a cabo se encuentra un estudio realizado por Beckman (1984), en donde habla sobre las percepciones de los padres acerca de la conducta y desarrollo de sus hijos con impedimentos. Dice que los padres juegan un papel muy importante en un programa de intervención, ya que ellos se encuentran en contacto diario con sus hijos y que muchas veces, el tomar exclusivamente en cuenta la observación profesional, acarrea ciertas limitaciones en el

conocimiento que se tiene del niño. Para comprobar estas aseveraciones, se llevó a cabo una investigación para determinar la similitud de las estimaciones maternas acerca de las características de sus hijos, con estimaciones hechas por profesionales, cuando ambas partes usan mecanismos parecidos en la realización de sus apreciaciones. Participaron 31 madres entre 19-39 años de edad, clase media y sus hijos entre 6.6-36.6 meses de edad, cuya condición de éstos últimos se basaba en un tipo orgánico (Síndrome de Down, Espina Bífida, Parálisis Cerebral, entendiéndose está última como: una afectación de capacidades motoras. El grado de parálisis es variable yendo desde una discreta espasticidad que apenas entorpece la deambulación hasta grandes contracturas que hacen así imposible toda motricidad. Ajuriaquerria de J. y Marcelli D. (1984)), 9 de sexo femenino y 22 masculino. Las madres fueron informadas acerca de lo que iban a hacer. Se usó un instrumento llamado CRIB (Record Carolina of Individual Behavior), el cual está diseñado para medir aspectos de desarrollo en niños (niños impedidos especialmente). Los temas incluyen: Obediencia, orientación social y nivel de actividad (con 8 áreas cada una, en total 24 temas). Las madres y maestros completaron además dos índices relacionados con el niño, la primera sobre el cuidado ofrecido, diseñado por el investigador para identificar

las demandas de cuidado y posteriormente se les pidió respondieran a preguntas relacionadas con el desarrollo infantil, por medio de un instrumento llamado Alpern Boll, que incluye 5 áreas: Física, de ayuda propia, social, académica y comunicación. Los resultados obtenidos estuvieron correlacionados significativamente: CRIB 19 de 24 temas; se obtuvieron coeficientes de correlación en las áreas de desarrollo de Alpern Boll; relacionados con las demandas de cuidado, se encontró correlación en 8 de 11 temas. Como se puede observar, los resultados de este estudio demuestran que las madres no sobreestiman el desarrollo de sus hijos, sino al contrario, que ellas pueden ser consistentes, facilitando las estrategias para valorarlos.

También se han revisado evaluaciones experimentales tanto de lectura como de relaciones afectivas, en las cuales éstas mejoraban en un programa de enseñanza en casa llevado a cabo por los padres del niño. En un estudio realizado con 41 estudiantes con disturbios emocionales y retraso mental, cuyo rango de edad fue de 5-9 años, coeficiente intelectual media de 82.4, algunos asignados al grupo control y otros al experimental. Se lograron óptimos resultados en el aprendizaje de palabras, con la participación de sus padres en un programa llevado a cabo en casa. A los estudiantes se les dió material

de enseñanza para que llevaran a sus padres, junto con una carta que les indicaba que dicho material lo recibirían cada dos semanas. Cumpliéndose estas dos semanas de haber recibido los padres este material, a todos los estudiantes tanto experimentales como de control, se les hizo un test de reconocimiento de palabras. Posteriormente se entregó material de enseñanza para llevar a casa, en el cual los padres recibían instrucciones al respecto. Los resultados fueron buenos, ya que los niños con un C.I. más alto, aprendieron de 4 a 6 palabras y los niños con un C.I. más bajo, aprendieron de 2 a 3 palabras, durante las dos semanas de entrenamiento. Con los resultados obtenidos en el estudio anterior, se demuestra una vez más que la intervención de los padres es de gran ayuda, y sobre todo cuando se les dan instrucciones sobre el trabajo a realizar en cualquier programa de intervención. También se observó que cuando el material de enseñanza es construido por los padres se logra una mayor participación por parte de ellos. Concluyendo que la intervención de (educador-padre) podría ser un buen equipo de trabajo para participar en los programas de intervención con niños con retraso mental. Rusell, M. (1984).

O'Brien (1986) llevó a cabo una investigación sobre el entrenamiento de ir al baño y evacuar en la basinica. Se trata de un diseño de Línea Base Múltiple, mediante el tratamiento de

catarsis (uso de supositorios) y tiempo fuera. Participaron 4 niños, el primero de 4 años, retraso mental moderado, aún sentado en la basínica no defecaba, con problemas de constipación. El segundo niño, 4 años de edad, presentaba movimientos intestinales mayores provocados por los padres, lo sentaban en el baño durante 15 minutos cada dos horas, presentaba constipación. El tercer niño de 4 años de edad, no presentaba constipación, por lo que se le aplicó un tiempo fuera, no obedecía las peticiones de sus padres. El cuarto niño de 5 años de edad, con infrecuentes movimientos intestinales por constipación. El procedimiento consistió en lo siguiente: 1) se usaron enemas pediátricos (prescripción médica) el primer día de trabajo. 2) Se implantó una rutina de 5 minutos de sentarse en el baño cada tarde, seguido de la inserción de un supositorio en caso de no defecar. 3) Los padres checaban los pañales por intervalos de hora y media en 4 tardes; en caso de accidentes (ensuciarse), al niño se le pedía que lavara su ropa y tomara un baño rápido. 4) Al niño se le daban 15 minutos de actividad libre por cada movimiento intestinal adecuado. 5) Recomendaciones dietéticas para incrementar los alimentos grosos y duros y disminuir el consumo de alimentos blandos. Los supositorios se disminuyeron poco a poco después de que el niño no se ensuciaba durante 2 semanas consecutivas. Se efectuó una

etapa de seguimiento en caso de que el niño cumpliera 2 semanas sin uso de catarsis (uso de supositorios) o por lo menos 4 semanas sin ensuciarse. Los resultados para los dos primeros niños (retraso mental moderado y el niño con movimientos intestinales provocados por los padres sentándolo en el baño), eliminaron su encopresis de 8 a 11 semanas con el tratamiento de catarsis y tiempo fuera. Los resultados de los últimos dos niños continuaron con la encopresis después de 19 y 28 semanas con el método de catarsis y tiempo fuera, por lo que se utilizó el castigo (tiempo fuera, práctica de 10 actividades y las horas sentados en el baño), más la inserción semanal de supositorios, lográndose la eliminación de la encopresis en 13 y 11 semanas adicionales respectivamente. Los resultados finales de este programa sugieren que los podemos tomar en consideración, ya que a pesar de que se logró implantar la conducta en tiempos diferentes, se alcanzó el objetivo principal de eliminar la encopresis.

Respecto a niños con problemas de conductas autodestructivas, Luiselli (1986), llevó a cabo una investigación con un joven de 16 años de edad, sordo y ciego, diagnosticado médicamente como "Síndrome de Rubeola Maternal", (Ey, H. P. Bernard y Ch. Brisset (1978) definen este síndrome como un retraso mental debido a una rubeola materna aparecida en los

primeros tres meses de embarazo. Además se pueden presentar lesiones oculares y cardiacas y malformaciones craneoencefálicas); quien presentaba conductas autodafinas como (golpear su cabeza, garganta o extremidades, con sus manos cerradas y abiertas, golpeaba su cabeza contra cualquier superficie fija como pared, piso, mesa). Se aplicó un programa en dos situaciones: En su salón de clases y en su casa. El programa consistió en el uso de un equipo protector que consta de un casco de futbol y guantes, mediante reforzamiento diferencial y un tiempo fuera. El diseño utilizado ABAB y un registro de frecuencias. Los resultados de la fase inicial Línea Base fue un promedio de 7.9 respuestas autodafinas por hora, una vez implementado el procedimiento del equipo protector, reforzamiento diferencial y tiempo fuera obtuvo un promedio de 2.2 respuestas por hora. En la etapa reversiva de Línea Base obtuvo un promedio de 9.0 diferencial (B) disminuyó a 1.4 respuestas por hora, siendo éste el resultado final. En esta investigación se demostró que el uso del tiempo fuera y el reforzamiento diferencial pueden suprimir rápidamente las conductas autodafinas en jóvenes y niños retrasados mentales, como es el caso del estudio que estamos realizando.

Continuando el tema de conductas autodafinas, Horner (1980), realizó una investigación con cinco niñas retrasadas

mentales profundas, cuyas conductas eran arañarse brazos, cara, golpear a sus compañeras, se negaban a ponerse los zapatos, mordían a sus compañeras, se lastimaban hacia si mismas y no obedecían a los demás. En este estudio se determinaron los efectos de dos ambientes, uno austero y uno enriquecido con juguetes, muñecos y objetos. El ambiente austero sirvió como Línea Base y el ambiente enriquecido fue acompañado de reforzamiento diferencial de conductas adaptativas (el no presentar las conductas autodafinas), mientras que las conductas no adaptativas son las autodafinas. El diseño experimental utilizado fue de tipo ABAB con 10 fases, las primeras cuatro compararon los efectos de las condiciones del medio ambiente austero y enriquecido. A partir de la quinta fase, consistió en mantener el medio ambiente enriquecido con reforzamiento diferencial de las conductas adaptativas. Previo a las 10 fases se llevó a cabo un procedimiento de observación de los 2 tipos de conducta, que consistió en anotar su ocurrencia durante 15 segundos en periodos de 5 minutos. Los resultados finales fueron: En la Fase 9 que consistió en el medio ambiente enriquecido con reforzamiento contingente, se obtuvo un 88% de conductas adaptativas y un 42% en conductas no adaptativas; en la fase 10 se tomó seguimiento, terminando con un 94% de conductas adaptativas.

Otro estudio realizado por Rolider y Houten (1985), fue el de ver los efectos que tenía la eliminación de movimientos o verbalización, cuando el sujeto estaba en el área de tiempo fuera (un cuarto). Esto se realizó a través de 4 experimentos. El primero, llevado a cabo con un niño psicótico de 10 años de edad, en el cual se examinaron los efectos de un procedimiento de reforzamiento diferencial en la supresión de conductas autodestructivas en tres situaciones. a) Casa (con los padres); b) Salón de clases (con maestros y orientadores) y c) En la escuela vespertina para niños con disturbios mentales (con maestros y orientadores). Los resultados finales fueron: En la casa, Línea Base 1.07 terminando con un 0.004 veces por hora al concluir el entrenamiento. En el salón de clases Línea Base de 0.77 a 0.003 veces por hora y en la escuela vespertina Línea Base 0.95 a 0.002 veces por hora. En el segundo experimento se volvió a demostrar la eficacia de la supresión de movimientos con un sujeto de 9 años de edad que presentaba dos conductas peligrosas, morderse los brazos y meterse objetos en la boca. Los resultados fueron: Línea Base 11 veces en sesiones de 2 horas y al final del entrenamiento se redujeron las conductas casi al mínimo. El Tercer experimento se realizó con un sujeto de 17 años de edad con retardo mental moderado, a quien se aplicó la supresión de movimientos más el reforzamiento

diferencial y la restricción contingente en la reducción de conductas de pellizcarse, llevado a cabo en dos situaciones: en su casa y en el centro de rehabilitación. Los resultados fueron: el procedimiento de supresión de movimientos eliminó la conducta de pellizcarse, mientras que las restricciones contingentes tuvieron poco efecto. En el cuarto experimento con tres sujetos retrasados mentales, uno de 21 y dos de 17 años de edad, el objetivo fue determinar si la supresión de movimientos produce efecto en la reducción de conductas autoestimulatorias (balanceos del cuerpo y masturbación) y comparar este procedimiento con los tiempos fuera tradicionales (solo y en el rincón). Los resultados fueron: para el primer sujeto en Línea Base 86% y con el tiempo fuera se redujo a un 36% y con la supresión de movimientos fue de 8%; para el segundo sujeto en Línea Base 100% y con supresión de movimientos y tiempo fuera se redujo a un 21%. Para el tercer sujeto en Línea Base 74%, con tiempo fuera 33%, con supresión de movimiento y tiempo fuera 16%. Con estos resultados podemos ver que el uso del tiempo fuera combinado con la supresión de movimientos más el reforzamiento diferencial operante, se logra suprimir eficazmente las conductas mal adaptadas en jóvenes y niños psicóticos. Además, se comprobó que es más efectivo que la restricción contingente de conductas.

Meyerson y colaboradores (1963) realizaron un estudio con una niña de 9 años de edad, clasificada como "retardada mental congénita", no caminaba, no hablaba y no tenía control de esfínteres. La conducta a establecer fué: mantenerse de pie sin apoyo y que caminará sola, inicialmente cuando se lo dijera el experimentador en el cuarto experimental y después, en respuesta a las contingencias naturalmente reforzantes del pabellón. Se utilizaron comestibles ya que eran altamente reforzantes para la niña (palomitas de maíz, pasas, galletas, nueces y helados). Las sesiones experimentales se realizaban dos veces a la semana, las cuales, generalmente duraban de 20 a 45 minutos. Durante la fase 1, que duró una sesión, se quitaba el apoyo a la niña y se le daba un reforzador mientras se mantenía de pie. Gradualmente, se le fué quitando el apoyo. Al principio, cuando la niña se mantenía de pie, aunque solo fuera un segundo, se le reforzaba con comestible, después se modificaron las contingencias para que la niña se mantuviera en pie durante períodos más largos, al final de la primera sesión se mantuvo en pie de 5 a 15 segundos cada vez. Durante la segunda fase se colocaron sillas separadas a 75 cm aproximadamente, respaldo contra respaldo. La niña era colocada en el piso entre las sillas y los experimentadores se ponían atrás de cada una de las sillas. Se le explicó como ponerse de

pie deteniéndose del respaldo de una de las sillas, voltearse y cogerse del respaldo de la otra silla, primero con una mano y después con las dos. Cuando la niña se ponía de pie el experimentador que se encontraba atrás de ella le decía "Mary, ven acá". Si la niña obedecía, se reforzaba con un comestible; si no lo hacía, o si se caía y se arrastraba no se le reforzaba. Una vez que aprendió la instrucción de pasar de una silla a otra se incremento la distancia entre las sillas, inicialmente tenía que dar un paso sin apoyo y más tarde varios, antes de ser reforzada. Durante la fase 3 un experimentador sostenía a la niña por las manos, mientras el otro, un poco alejado, le extendía un reforzador. Cuando la niña daba pasos en dirección hacia el reforzador, el primer experimentador la soltaba y el segundo se alejaba. Al principio "Mary" recibía un reforzador después de dar tres o cuatro pasos, pero gradualmente se fué incrementando el requisito. El número de pasos dados era registrado como "pasos iniciados en el punto de partida con apoyo". Para mantener la conducta de caminar se le daban reforzamientos adicionales a medida que el experimentador se apartaba de ella. Los pasos dados en esta condición se registraron como "pasos iniciados en un punto de partida sin apoyo". Durante las sesiones 13, 14 y 15 hubo modificaciones. El segundo experimentador, en vez de ayudarla a

dar los primeros pasos, se hallaba en el otro lado del cuarto. La niña tenía que caminar todo el cuarto sin dejarse caer al piso, cuando se le llamaba, solo así recibía un reforzador. Si se sentaba, la regresaban al punto de partida y se comenzaba de nuevo. Los resultados aportan que hubo un cambio gradual pero consistente. Al final de la sesión 8 de la fase 2, "Mary" había dado 28 pasos sin apoyo en una sesión. También se pudo observar un número cada vez mayor de pasos por reforzador, de seis pasos en la sesión 9 a 40 consecutivos en la sesión 15. Al final de la última sesión, el personal de la institución reportó que "Mary" daba pasos, sin apoyo, dentro del pabellón. Después de seis meses "Mary" caminaba libre y por todo el edificio.

Como se puede observar, se ha demostrado a través de las diversas investigaciones mencionadas en este apartado, que los padres con hijos deficientes mentales, pueden participar en la aplicación de programas de intervención, con un adecuado entrenamiento por parte de los especialistas, y que esto se ve favorecido aún mas, si los padres construyen el material de enseñanza utilizado en los programas, ya que esto permite una comunicación estrecha entre padre-hijo. Por otro lado, se observa que cuando los programas de intervención se llevan a cabo en casa y en el medio en que se desenvuelve el sujeto, llegan a ser de gran ayuda al facilitar la integración a su

grupo social, que es una de las metas del presente estudio. Las conductas objeto de estudio en las investigaciones anteriores han sido variadas, como por ejemplo, la conducta de autodestrucción, obediencia, motricidad, entrenamiento para ir al baño, encopresis, relaciones afectivas, lectura, orientación sexual, nivel de actividad, etc. Indudablemente las apreciaciones que se pueden advertir, son que la mayoría de los resultados fueron favorables, siendo utilizados los programas conductuales en sus diferentes modalidades de acuerdo a las metas fijadas en cada uno de ellos. Los investigadores participantes en estos estudios, como se puede ver, confirman la utilidad del Análisis Conductual en este tipo de solución de problemas con niños con retraso en el desarrollo, que como se dijo anteriormente, nuestro estudio intenta confirmar de alguna manera, la eficacia de estas técnicas y sobre todo el ayudar a que un niño con retraso mental profundo pueda lograr integrarse al grupo social que le rodea.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

VI.1 Aspectos Metodológicos Generales

1. Problema

Cuáles son los efectos de la aplicación de diferentes programas, entrenadores y escenarios en un niño con retraso mental severo?

2. Objetivo General

Identificar los efectos de la aplicación de diferentes programas, entrenadores y escenarios en un niño con retraso mental severo.

3. Objetivos específicos

1. Identificar los efectos de la aplicación de diferentes programas en un niño con retraso mental severo.
2. Identificar los efectos de diferentes entrenadores en un niño con retraso mental severo.
3. Identificar los efectos de diferentes escenarios en un niño con retraso mental severo.

4. Hipótesis

1. H Si se aplica un programa de eliminación de conducta autodestructiva en un niño con retraso mental severo se incrementará el tiempo que transcurra sin autodestrucción.
2. H Si se aplica un programa de caminar sin detenerse en un niño con retraso mental severo se incrementará la conducta de desplazamiento.
3. H Si se aplica un programa de uso del retrete en un niño con retraso mental severo se incrementará la frecuencia del uso del retrete.
4. H Si se utiliza como entrenador a la madre de un niño con retraso mental severo se incrementará la ejecución de las conductas adecuadas en los programas aplicados por la misma.
5. H Si se utiliza como entrenador a los practicantes de un niño con retraso mental severo se incrementará la ejecución de las conductas adecuadas en los programas aplicados por los mismos.

6. H Si se utiliza como entrenador a los investigadores de un niño con retraso mental severo se incrementará la ejecución de las conductas adecuadas en los programas aplicados por los mismos.
7. H La utilización de dos escenarios en la aplicación de diferentes programas, con diferentes entrenadores incrementará la conducta de ambos.
8. H El efecto de la aplicación de un programa utilizado por la madre será menor que el efecto de la aplicación de un programa utilizado por las practicantes.
9. H El efecto de la aplicación de un programa utilizado por los practicantes será menor que el efecto de la aplicación de un programa utilizado por los investigadores.
10. H El efecto de la aplicación de un programa utilizado por los investigadores será mayor que el efecto de la aplicación de un programa utilizado por la madre.
11. H Existirá una diferencia mínima en los efectos de ejecución del sujeto en cada uno de los programas aplicados por cada uno de los entrenadores.

12. H Existirá una mayor ejecución del sujeto en la aplicación de los tres programas, en dos escenarios, por los tres entrenadores que si se aplica de manera independiente con cada uno de ellos.

13. H No existirán diferencias en la ejecución del sujeto con la aplicación de los tres programas, en dos escenarios por los tres entrenadores distintos.

5. Definición de términos

a) Conducta autodestructiva

Todo tipo de conducta observable que el sujeto emita hacia si mismo provocándose daño físico (Ver Anexo 1).

b) Caminar sin detenerse

Movimiento de las piernas alternadamente una tras la otra, hacia adelante, sin interrumpir el paso (Ver Anexo 2).

c) Uso del Retrete

Que el niño se siente en el retrete a defecar u orinar, cuando tenga la necesidad de hacer (Ver Anexo 3).

d) Retraso mental severo

Sujetos que en su desarrollo preescolar, en edades de 0 a 5 años, tienen poco desarrollo motor, generalmente son incapaces de aprovechar el adiestramiento, al cuidado personal y tienen pocas aptitudes comunicativas. En edad escolar de 6 a 20 años pueden hablar o aprender a comunicarse; pueden ser adiestrados a los hábitos sanitarios elementales y se benefician del adiestramiento sistemático a los hábitos. En la edad adulta de 21 años en adelante pueden contribuir parcialmente a su mantenimiento bajo una supervisión completa; pueden desarrollar una capacidad de autoprotección hasta el nivel útil mínimo dentro de un ambiente controlado (Freedman y Col. 1982).

6. Definición o características de la población de la cual fué elegido el sujeto de estudio

El sujeto de estudio fué elegido entre una población de niños con alteraciones genéticas; retraso mental; alteraciones cerebrales como parálisis cerebral, daño cerebral difuso y epilepsia; autismo; bajo rendimiento escolar; dislexia, disartría y alteraciones emocionales. Apareciendo con mayor proporción las alteraciones genéticas y alteraciones cerebrales. El 40% de los sujetos son de clase media y el restante son de clase social baja. El 40% de los sujetos

cuentan con la presencia de padre y madre, el 23% solo con la presencia de alguno de los dos y el 7% viven con un tutor o algún familiar. Todos los sujetos reciben el servicio gratuito, siendo obligación de los padres o responsables de los mismos, participar en la recaudación de fondos. Los sujetos asisten a uno de los dos turnos en los que se imparte el servicio, el matutino en un horario de 9 a 13 horas y el vespertino en un horario de 16 a 20 horas.

7. Definición o características del sujeto

Es un sujeto de 15 años de edad, segundo hijo en una familia de cuatro hijos. De acuerdo a la entrevista, la madre reporta que "se usaron forceps en su nacimiento". Presentó cuadro hipertemio de 39°C al mes de nacido y bronconeumonía, por lo cual fue internado. Posteriormente presentó diarreas y vómitos frecuentes al año y medio, siendo hospitalizado de nuevo. Según reporte de la madre a los seis años manifestó "afecto y reconocimiento por la misma". En esta edad presentó problemas tales como "nerviosismo y jalones de cabellos", siendo esto reportado en la entrevista. A los seis y medio años asistió al Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.) en donde fue diagnosticado con un cuadro de Parálisis Cerebral al mismo instituto asistió durante cinco años a terapia. Según reporta la madre "a los siete años logra

incorporarse por sí mismo". En este mismo período ingresa al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) en donde fue diagnosticado como Deficiente Mental, asistiendo a este lugar por un período de dos años. En abril de 1983 cuando el sujeto cuenta con once años de edad, ingresa al Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano (C.E.E.D.H.), en el turno matutino. En este lugar se le ha aplicado en dos ocasiones la Guía Portage para Educación Preescolar. La primera ocasión en Agosto de 1984 y la segunda en Junio de 1985 con los siguientes resultados: Socialización: 0 años, Lenguaje: 0 años, Autoayuda: 0 a 1 año, Cognición: 0 años, Desarrollo Motor: 0 a 1 año. A partir de estos resultados se concluyó que era recomendable la aplicación de determinados programas de intervención. A partir del año de 1985 se le han aplicado los siguientes programas: Eliminación de babeo, imitación, seguimiento de instrucciones, fijación visual de objetos y contacto ojo a ojo. Actualmente se encuentra inscrito en el mismo centro. Es importante mencionar que el padre del sujeto ha sido internado en dos ocasiones en el hospital psiquiátrico por presentar cuadro esquizofrénico, siendo esto a los 28 y a los 30 años de edad.

8. Definición de instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron son los siguientes:

- a. Programa de Eliminación de Conducta Autodestructiva (Ver Anexo 1).
- b. Programa de Caminar sin Detenerse (Ver Anexo 2).
- c. Programa de Uso del Retrete (Ver Anexo 3).

9. Definición del personal

El personal que intervino en esta investigación fué el siguiente:

1. Madre del sujeto: Señora de 38 años de edad, dedicada al hogar, estudió hasta la mitad de la carrera de contador privado, presenta un buen estado de salud aparente, no presenta alcoholismo, tabaquismo ni toxicomanías, con buena disposición para trabajar en la presente investigación, según lo reportó verbalmente; el trabajo que desarrolló fué llevado a cabo en el hogar del sujeto.

2. Practicantes del Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano: Estudiantes de las carreras de Psicología y Pedagogía de la Universidad del Valle de México, que trabajaron de 9 a 12 A.M. en el C.E.E.D.H.

3. Investigadoras. Pasantes de la Carrera de Psicología, egresadas de la Universidad del Valle de México, quienes trabajaron en un horario vespertino en el C.E.E.D.H.

VI.2 Método de Investigación

1. Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño conductual Línea Base Múltiple de situaciones y conductas porque:

a) Este diseño es una alternativa cuando la reversión en una conducta es indeseable. b) Es eficaz porque se pueden estudiar varias respuestas simultáneamente y c) Este tipo de diseño requiere que registre la misma Línea Base del mismo sujeto en diferentes situaciones (distintos escenarios, horarios, personas, etc.). Por otra parte las desventajas de este diseño son las siguientes: a) La generalización de la respuesta, porque la respuesta se puede producir a pesar de que las respuestas bajo estudio sean aparentemente independientes. 2) Otra desventaja es que cuando se utilizan varios sujetos y se altera la conducta de uno de ellos se puede afectar la ejecución de los demás, a pesar de que todavía estén en Línea Base y 3) Finalmente, es necesario indicar que el diseño de Línea Base Múltiple en general, demanda mayores recursos por ejemplo, humanos. (Castro, 1982).

Por otro lado se eligió este tipo de diseño ya que, Baer (1962), Wolf y Risley (1968) dicen que un diseño de Línea Base Múltiple demuestra la relación causal entre tratamiento y conducta al introducir el primero en diferentes puntos del tiempo y describen tres tipos de estrategia que son:

1. Línea Base Múltiple a través de la conducta.

Incluye 2 o más conductas simultáneamente, una vez reunidos los datos de base, el tratamiento es suministrado para una conducta mientras que las demás permanecen sin tratar. Cuando la conducta tratada cambia, entonces se extiende a la segunda y así sucesivamente.

2. Línea Base Múltiple a través de individuos.

Se reúnen datos sobre un comportamiento en particular para 2 o más personas. El tratamiento se aplica a una de ellas en tanto que las otras prosiguen en una tasa de base. Si la conducta de la primera cambia se extiende a la otra persona y así sucesivamente.

3. Línea Base Múltiple a través de situaciones.

Incluye una conducta a cualquier número de individuos y diversas situaciones. En una situación se emplea un tratamiento y con un determinado número de individuos y se registra su conducta. Mientras que en otra situación no se proporciona ningún reforzamiento. Después de cierto periodo, el reforzamiento es introducido en la segunda situación con una aceleración predecible en el logro.

Con relación a estos diseños de Línea Base Múltiple, (Buell, Stoddard, Harris y Baer, 1968) mencionan que existen indicios de que el reforzamiento de una conducta afecta indirectamente el desempeño de otras y por consiguiente, es

confusa la evidencia de que el reforzamiento por si solo motivó sus logros mejorados. Por lo tanto, se concluye que el efecto del reforzamiento es mucho más complejo de lo que parece ser, ya que los individuos pueden iniciar patrones de autoreforzamiento que son más influyentes que las variables externas controladas o manipuladas por el encargo de la intervención y el hecho de que los efectos del reforzador directo pueden difundirse a las conductas o situaciones de una misma persona a otras es un beneficio positivo importante en el tratamiento.

PARADIGMA

Diseño Experimental Línea Base Múltiple de situaciones y conductas.

Es1	L.B.-En.1.-P.1	L.B.-En.1.-P.2	L.B.-En.1.-P.3
Es2	L.B.-En.2.-P.2	L.B.-En.2.-P.3	L.B.-En.2.-P.1
	L.B.-En.3.-P.3	L.B.-En.3.-P.1	L.B.-En.3.-P.2

REPRESENTACION GRAFICA DEL PARADIGMA

P 1			P 2			P 3			
Fase A			Fase B			Fase C			
L. B.			ENT.			S			
ES 1	L. B.	ENT.	S	L. B.	ENT.	S	L. B.	ENT.	S
	70 % ó MAS DE PRESENCIA DE LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	UNA TASA DE OCURRENCIA MENOR AL 20% ó 7 SESIONES CONSECUTIVAS SIN PRESENTAR LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA SE PASARA A LA SIGUIENTE FASE.	S	SI SE DETIENE EN 10 DE 15 ENSAYOS SEGUIDOS EN LAS 5 SESIONES SE PASARA A LA SIGUIENTE FASE	CAMINAR SIN DETENERSE POR LO MENOS 10 DE 15 ENSAYOS SEGUIDOS EN UNA SESION PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	S	MAS DE 70% DE RESPUESTAS NEGATIVAS PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	70% MENOS 20% ó MAS DE RESPUESTAS POSITIVAS PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	S

P 2			P 3			P 1			
Fase A			Fase B			Fase C			
L. B.			ENT.			S			
ES 2	L. B.	ENT.	S	L. B.	ENT.	S	L. B.	ENT.	S
	SI SE DETIENE EN 10 DE 15 ENSAYOS SEGUIDOS EN LAS 5 SESIONES, SE PASARA A LA SIGUIENTE FASE	CAMINAR SIN DETENERSE POR LO MENOS 10 DE 15 ENSAYOS SEGUIDOS EN UNA SESION PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	S	MAS DE 70% DE RESPUESTAS NEGATIVAS PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	B 1 ó B 2 70% MENOS 20% ó MAS DE RESPUESTAS POSITIVAS PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	S	70% ó MAS DE PRESENCIA DE LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	UNA TASA DE OCURRENCIA MENOR AL 20% ó 7 SESIONES CONSECUTIVAS SIN PRESENTAR LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA SE PASARA A LA SIGUIENTE FASE	S

P 3			P 1			P 2			
Fase A			Fase B			Fase C			
L. B.			ENT.			S			
ES 3	L. B.	ENT.	S	L. B.	ENT.	S	L. B.	ENT.	S
	MAS DE 70% DE RESPUESTAS NEGATIVAS PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	B 1 ó B 2 70% MENOS 20% ó MAS DE RESPUESTAS POSITIVAS PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	S	70% ó MAS DE PRESENCIA DE LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	UNA TASA DE OCURRENCIA MENOR AL 20% ó 7 SESIONES CONSECUTIVAS SIN PRESENTAR LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA SE PASARA A LA SIGUIENTE FASE	S	SI SE DETIENE EN 10 DE 15 ENSAYOS SEGUIDOS EN LAS 5 SESIONES SE PASARA A LA SIGUIENTE FASE	CAMINAR SIN DETENERSE POR LO MENOS 10 DE 15 ENSAYOS SEGUIDOS EN UNA SESION PARA PASAR A LA SIGUIENTE FASE	S

Nota: Ver simbología en la siguiente página.

En donde:

Es1	=	Escenario 1	Hogar
Es2	=	Escenario 2	C.E.E.D.H.
En1	=	Entrenador 1	Madre
En2	=	Entrenador 2	Practicantes
En3	=	Entrenador 3	Investigadoras
P1	=	Programa 1	Eliminación de Conducta Autodestructiva.
P2	=	Programa 2	Caminar sin Detenerse.
P3	=	Programa 3	Uso del Retrete.
L.B		Línea Base	
Ent.		Entrenamiento	
S		Seguimiento	
R		Respuesta	
TF		Tasa de Frecuencia	

2. Definición de variables

Variable dependiente. (V.D.): De acuerdo a Bruno, S.F., (1988) suele ser la situación que intentamos explicar. Por ejemplo la variable dependiente más común en educación es el aprovechamiento o aprendizaje. Deseamos entender el aprovechamiento y para ello disponemos de un gran número de posibles variables de donde escoger.

Para el presente estudio la variable dependiente fué la ejecución del sujeto en la aplicación de los programas, siendo esta las conductas del caminar sin detenerse del niño, el uso del retrete consistente en las conductas de jalarse el pantalón, sentarse en la taza, vocalizaciones y orinar y defecar, y por otro lado las conductas de no jalarse los cabellos y no pellizcarse la cara.

Variable independiente (V.I.): Fué: A) La aplicación de tres programas: 1) Eliminación de Conducta Autodestructiva, 2) Caminar sin detenerse y 3) El Uso del Retrete. B) El uso de dos escenarios: 1) Hogar del niño y 2) El Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano. C) La instrumentación de los programas por tres diferentes entrenadores: 1) Madre del sujeto 2) Practicantes e 3) Investigadoras.

Variabes controladas. (V.C.): 1) Nivel de comprensión de los programas. 2) El horario, que fué siempre el mismo y 3) Entrega inmediata del reporte de ejecución del sujeto.

3. Condiciones experimentales o ambientales

Fueron las siguientes:

a) El hogar del niño: Departamento que consta de estancia, tres recámaras, sala-comedor, cocina, patio de servicio y un baño que mide aproximadamente 2 1/2 metros de largo por un metro de ancho, tiene lavabo, taza y regadera.

b) Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano: Se encuentra ubicado en la Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan, en el primer piso del Edificio 3. Cuenta con 13 cubículos, una cámara de Gesell, un pasillo de 25 m. de largo por 3 de ancho aproximadamente y un baño para niños, ubicado en el entrepiso de la planta baja y el primer piso.

4. Procedimiento

Se llevó a cabo de la siguiente manera:

a) Las investigadoras explicaron verbalmente los contenidos de los tres programas a los demás miembros del personal, es decir, a la madre del niño y a los practicantes de la U.V.M., para que los aplicaran de manera adecuada.

b) Después de la explicación, las investigadoras les dieron una demostración de práctica de la manera en que se deberían de llevar a cabo los tres programas.

c) Posteriormente, las investigadoras resolvieron las dudas que se presentaron y pidieron a los demás entrenadores que realizaran una práctica con el niño para evaluar si lo hacían correctamente o no, una vez que se observó que lo realizaban adecuadamente se continuó con el siguiente paso.

d) Todo el personal aplicó los programas conductuales, habiendo una supervisión azarosa por parte de las

investigadoras en cada una de las fases de los programas, a los demás miembros del personal, además de que en cada sesión entregaron una hoja de reporte.

e) Finalmente se recopilaron los resultados y se analizaron para dar conclusiones.

VI.3 Presentación de los Resultados

1. Presentación de los resultados

Los resultados de la presente investigación se muestran de la siguiente manera:

1.1 Mediante gráficas de las llamadas polígonos de frecuencia, las cuales están comprendidas en: a) Gráficas por separado, de cada uno de los programas con relación a cada uno de los entrenadores. b) Todos los programas aplicados por cada uno de los entrenadores. c) Todos los programas aplicados por cada uno de los instructores, diferenciándolos en base al escenario y d) Cada uno de los entrenadores en cada uno de los escenarios, que permite comparar la ejecución con cada uno de ellos.

1.2 Tablas que muestran los porcentajes promedios, los rangos de distribución de cada uno de los programas en cada uno de los escenarios para cada uno de los entrenadores, en relación a las fases.

CAPITULO VII

RESULTADOS

ELIMINACION DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Se pueden observar los resultados obtenidos por las investigadoras en el Programa de Eliminación de Conducta Autodestructiva. En Línea Base el niño emitió la conducta en un promedio de frecuencia de 43 veces en 2 sesiones, presentando la conducta hasta 49 veces en la segunda sesión de Línea Base. Posteriormente, en el Entrenamiento nos damos cuenta que en las sesiones 7, 12, 14, 17 y 22 no se emitió la conducta; en las sesiones 3, 4 y 8 presentó la conducta 20, 12 y 15 veces respectivamente, después en las sesiones 5, 6, 9, 15 y 18 tuvo un decremento pues sólo 5, 6 y 7 veces presentó la conducta. Se llegó a un promedio de frecuencia de 5 veces en 20 sesiones de entrenamiento. (Ver Gráfica # 1).

Se presentan los resultados del Programa de Eliminación de Conducta Autodestructiva obtenidos por la madre del niño. Se observa que la madre no realizó Línea Base. En el entrenamiento observamos que en las sesiones 6, 7 y 14 el niño no emitió la conducta y en las sesiones 25 y 26 el niño emitió la conducta 5 veces, en las sesiones restantes la presencia varió de 1 a 4 veces. Se llegó a un promedio de frecuencia de 2 veces en 24 sesiones de entrenamiento. (Ver Gráfica # 2).

Los datos obtenidos por los practicantes en la aplicación de este programa fueron los siguientes: En Línea Base el niño emitió la conducta de autodestrucción en un promedio de frecuencia de 15 veces en 2 sesiones, emitiendo 20 veces la conducta en la segunda sesión. En el Entrenamiento en la sesión en que emitió en menor frecuencia la conducta fueron la 7 y la 11, 2 y 3 veces respectivamente. En la sesión 4 la conducta se emitió 15 veces y en las sesiones 5, 6 y 8; 13 y 11 veces. Se llegó a un promedio de frecuencia de 8 veces en 9 sesiones. (Ver Gráfica # 3).

Se presentan los resultados comparativos entre la madre y las investigadoras. Durante la Línea Base se observa que la madre no la realizó y las investigadoras tuvieron 2 sesiones en las que la emisión fue de 36 y 49 veces respectivamente con un promedio de 43 veces en 2 sesiones. En el entrenamiento en las sesiones 7 y 14 coinciden en la no emisión de conducta; en la sesión 3 con la madre, emitió solo una vez la conducta y con las investigadoras 20 veces; también en la sesión 8 con las investigadoras se presentó 15 veces y con la madre sólo 2. En la sesión 15 con la madre una vez y con las investigadoras 5 y en las sesiones 18 y 19 con la madre una vez y con las investigadoras 6 y 5 veces. Durante el entrenamiento el promedio de frecuencia de emisión de conducta con la madre fue

de 2 veces en 24 sesiones y con las investigadoras fue de 5 veces en 20 sesiones. (Ver Gráfica # 4).

Se observa la comparación de los resultados de la madre con los practicantes. En la Línea Base la madre no la realizó y los practicantes tuvieron 2 sesiones con una emisión de conducta de 10 y 20 veces respectivamente y un promedio de frecuencia de 15 veces en 2 sesiones. Ya en el entrenamiento en las sesiones 3, 4, 5 y 6 los practicantes registran que el niño emitió la conducta 9, 15 y 13 veces; en cambio la madre tiene como resultados, 1, 0 y 2 veces. En la sesión 8 con los practicantes, el niño emitió la conducta 11 veces, mientras que con la madre sólo 2 veces. La madre llegó a un promedio de frecuencia de 2 veces en 24 sesiones y los practicantes a 8 veces en 9 sesiones (Ver Gráfica # 5).

Se muestran los resultados obtenidos por los practicantes comparados con los de las investigadoras. Se observa que en Línea Base el promedio de frecuencia de respuestas es en los practicantes 15 veces en 2 sesiones y con las investigadoras 43 veces en 2 sesiones, con los practicantes su emisión fue de 10 y 20 veces en la primera y la segunda sesión respectivamente y con las investigadoras 36 y 49 veces en la primera y segunda sesión. Después en el entrenamiento se observa que en la sesión 7 con los practicantes emitió 2 veces la conducta y con las

investigadoras no la emitió. En las sesiones 5 y 6 con las investigadoras su frecuencia fue de 5 y 6 veces respectivamente y con los practicantes fue de 13 veces en cada una. En la sesión 8 se observa un ascenso en la frecuencia de 15 veces con las investigadoras y 11 veces con los practicantes. Las investigadoras llegaron a un promedio de 5 veces en 20 sesiones y los practicantes a un promedio de 8 veces en 9 sesiones. (Ver Gráfica # 6).

Se presentan los resultados comparativos de los 3 entrenadores Madre, practicantes e investigadoras. En la Línea Base se observa que la madre no la realizó, con las investigadoras la conducta se emitió hasta 49 veces en la segunda sesión con un promedio de 43 veces en dos sesiones y con los practicantes 20 veces en la segunda sesión con un promedio de 15 veces en dos sesiones. Durante el entrenamiento se observa que con la madre es con quien se emitió menos la conducta; siendo en las sesiones 6, 7 y 14 cuando no emitió la conducta, mientras para las investigadoras en las sesiones 7, 12, 17 y 22 es cuando no se emitió, siendo para los practicantes en la sesión 7 cuando sólo en 2 ocasiones emitió la conducta. Por otro lado, con la madre en las sesiones 25 y 26 es cuando su frecuencia es más alta y ésta es de 5 veces en ambas sesiones, con los practicantes se presentó 15 veces en la

sesión 4 y con las investigadoras en la sesión 3, 20 veces. En la sesión 8 tanto con los practicantes como con las investigadoras presenta un ascenso en la emisión de la conducta siendo para las investigadoras 15 veces y con los practicantes 11 veces. Los promedios de frecuencia fueron con la madre 2 veces en 24 sesiones, con las investigadoras 5 veces en 20 sesiones y con los practicantes 8 veces en 9 sesiones. (Ver Gráfica # 7).

CAMINAR SIN DETENERSE.

Se presentan los resultados obtenidos por las investigadoras en el Programa de Caminar Sin Detenerse: En Línea Base el niño emitió la conducta en un promedio de 20.0%. En el Entrenamiento se obtuvo un promedio general del 60%. Se puede observar que en las primeras cinco sesiones de entrenamiento, el niño alcanzó un promedio del 71.4%, sin embargo a partir de la sesión 8 a la 15 se observa un descenso en la respuesta esperada, obteniendo un promedio de 48%. En cambio a partir de la sesión 17 el niño vuelve a emitir la conducta de manera constante, alcanzando un promedio del 66% (De la sesión 16 a la 22). (Ver Gráfica # 8).

En esta gráfica se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del programa por la madre del niño. No se llevó a cabo la Línea Base. En el Entrenamiento se obtuvo un promedio

general del 52%. En las dos primeras sesiones se alcanzó un promedio del 60%, en las subsecuentes se observa un descenso, obteniendo un 43% en las sesiones 5 a la 10. Se recupera con un promedio del 63% en las sesiones 11 y 12. Posteriormente, en las sesiones 13 a la 16 se observa nuevamente un descenso alcanzando un 47%. Es en la sesión 17 cuando se observa una respuesta constante del niño alcanzando un 56.1% hasta concluir el entrenamiento. (Ver Gráfica # 9).

Los datos obtenidos por los practicantes en la aplicación de este programa fueron: En Línea Base el sujeto caminó sin detenerse en un 30%. En el entrenamiento, se alcanzó un promedio general del 28%. En la tercera sesión se obtuvo un 60%, siendo éste el más alto. En sesiones subsecuentes se logró un 26%. (Ver Gráfica # 10).

En esta gráfica aparecen los resultados obtenidos por la madre y las investigadoras. Las segundas obtuvieron un promedio general de 60% y la madre obtuvo un promedio del 52%. En las sesiones 3 y 4 de entrenamiento, el niño presentó la conducta en un promedio del 69% entre ambas entrenadoras. Correspondiendo un 79% para las investigadoras y un 65% con la madre. Sin embargo en la sesión 5 con la madre bajó la emisión de la conducta hasta la sesión 10 obteniendo un promedio del 43%, en cambio con las investigadoras permanece constante la

conducta hasta la sesión 7 con un 71%. En las sesiones 8, 9 y 10 se observa de nuevo una baja en la conducta con las investigadoras así como con la madre siendo para las primeras 50, 55 y 45% y con la madre 37, 40 y 50%. De las sesiones 11 a la 16 se puede observar un descontrol en la emisión de la conducta del niño ya que hay altas y bajas y no hay una consistencia en sus respuestas ante las investigadoras y con la madre. Es a partir de la sesión 17 hasta concluir cuando el niño camina sin detenerse hasta un 66% con las investigadoras y con la madre un 57%. (Ver Gráfica # 11).

Los resultados obtenidos en la aplicación del programa por la madre y los practicantes fueron: Con la madre se alcanzó un 52% y con las practicantes 28%. Solamente en la primera sesión de entrenamiento las dos alcanzaron un 60%, que fue la más alta obtenida por los practicantes durante el entrenamiento y con la madre 65%. (Ver Gráfica # 12).

Se puede observar en esta gráfica que existe diferencia en los resultados obtenidos por los practicantes y las investigadoras. En la Línea Base con las investigadoras se obtuvo un 20% y con las practicantes un 30%. En el Entrenamiento el promedio alcanzado por las primeras fue de 60%, en cambio con las practicantes fue de 28%. (Ver Gráfica # 13).

En esta gráfica aparecen los resultados obtenidos por los 3 entrenadores (madre, practicantes e investigadoras). En Línea Base se obtuvo un promedio del 20.0% con las investigadoras y con las practicantes 30%, la madre no llevó a cabo esta fase. En el entrenamiento las investigadoras alcanzaron un promedio general del 60%, la madre un 52% y las practicantes 28%. Se observa que en las sesiones 3 a la 16 de las investigadoras existen altas y bajas siendo la más alta en la sesión 3 con un 88%, con la madre se observa muy parecido obteniendo un promedio de avance de 65%. El promedio de avance bajó con las investigadoras hasta de 40% en la sesión 8 y con la madre ocurre lo mismo en esta sesión con un 37%. Es a partir de la sesión 17 cuando la presentación de la conducta se estabiliza hasta concluir, en el caso de las investigadoras y madre, ya que se logra un promedio de avance de 65.7% y 56% respectivamente. Con los practicantes se logró en la sesión 3 un promedio del 60%, siendo éste el más alto durante el entrenamiento. (Ver Gráfica # 14).

USO DEL RETRETE

JALARSE EL PANTALON

En esta gráfica, madre-investigadoras podemos observar que con la primera no se hizo Línea Base, en cuanto a las investigadoras la Línea Base fue de 0%. En el entrenamiento

podemos ver que en las sesiones 6, de la 9 a la 17, 19 y 20 con las investigadoras el porcentaje llegó al 100%, siendo esto que de 18 sesiones, en 12 de ellas presentó un 100%; en cambio con la madre de 19 sesiones sólo en la sesión 9 aparece con 100%. Sin embargo, con la madre aparecen en 14 sesiones el 25% de presentación de la conducta, así como con las investigadoras en las sesiones 5 y 18 se presenta la conducta en un 50% y una sesión, la 7 en un 25%, dándonos en general un promedio del 64% con las investigadoras y con la madre del 20%. (Ver Gráfica # 15).

En esta Gráfica, madre-practicantes se puede ver que con los practicantes la Línea Base fue de 0% y con la madre no hubo Línea Base, ahora bien en cuanto al entrenamiento con los practicantes sólo se presentó en la sesión 4 un 50% y en la sesión 5 un 25% de 8 sesiones de entrenamiento. En cambio con la madre en la sesión 9 da un 100% y en 14 de 19 sesiones aparece un 25%, lo cual nos da un promedio general con la madre del 20% y con los practicantes de 9.3%. (Ver Gráfica # 16).

En esta gráfica, investigadoras-practicantes. Tanto con las investigadoras como con los practicantes la Línea Base fue de 0%. En el entrenamiento los practicantes tienen en la sesión 4 un 50% y en la sesión 5 un 25% siendo éstas las únicas con presentación de la conducta de 8 sesiones de entrenamiento. En

cambio con las investigadoras se presentan 12 de 18 sesiones con el 100% y en las sesiones 5 y 18 de 50%, así como en la sesión 7 con un 25% y en las sesiones 3, 4 y 8 una baja del 0%, obteniendo un promedio general del 64% con las investigadoras y un 9.3% con los practicantes. (Ver Gráfica # 17).

En esta Gráfica con las investigadoras, madre y practicantes. se puede observar que en las Líneas Base con las investigadoras y practicantes fue de un 0%, y con la madre no se realizó. En cuanto al entrenamiento se obtuvo el promedio general con las investigadoras de un 64%, con la madre de 18% y con los practicantes un 9.3%, viendo que con las investigadoras en 12 sesiones en la 6, de la 9 a la 17, la 19 y 20 se presentó la conducta en un 100%, en la sesión 5 y 18 un 50% y en la 7 del 25%, en cambio con la madre se presentó en la sesión 9 con un 100% y 14 sesiones de la 5, 6, 8, 10 y de la 12 a la 21 con un 25%, en cambio con los practicantes la sesión 4 con un 50%, en la sesión 5 un 25% y en las sesiones 3, 7, 8, 9 y 10 de 0%, dando esto que con las investigadoras es en donde más se presentó la conducta (Ver Gráfica # 18).

VOCALIZACIONES

En esta Gráfica, madre - investigadoras, con la madre no hubo Línea Base y con las investigadoras la Línea Base fue de 0%. Con relación al entrenamiento, con las investigadoras

encontramos que en las sesiones 4, 14 y 17 tiene un 75% y en las sesiones 7, 9, 16 y 20 aparece un 50% y con un 25% en las sesiones 5, 6, 11, 12, 15, 18 y 19, dándonos un promedio general con las investigadoras del 33%, con la madre en el entrenamiento se quedó en 0%, no se presentó la conducta. (Ver Gráfica # 19).

Con esta gráfica de madre - practicantes, podemos observar que en la Línea Base con los practicantes es de 0%, con la madre no se aplicó y en el entrenamiento con los dos entrenadores se quedó en 0%. (Ver Gráfica # 20).

En esta gráfica con los practicantes e investigadoras vemos que la Línea Base fue de 0% con los dos entrenadores y en cuanto al entrenamiento vemos que con los practicantes se queda en 0%, sin embargo con las investigadoras se presentó la conducta en un 75% en 3 sesiones y con un 50% en 4 sesiones así como con un 25% en 7 sesiones en un total de 19 sesiones, lo que nos da un promedio general del 33%. (Ver Gráfica # 21).

En esta gráfica de investigadoras - madre - practicantes, vemos que la Línea Base sólo se efectuó con los practicantes y con las investigadoras presentando un 0%, en tanto que con la madre no se realizó. En el entrenamiento vemos que con las investigadoras la conducta se presentó en 3 sesiones con un 75%, en 4 sesiones con un 50%, en 7 sesiones con un 25% y en 4

con un 0% de un total de 18 sesiones, dando un promedio general del 33.3%, en tanto con la madre y los practicantes en el entrenamiento no se presentó la conducta, obteniendo con ambos un 0%. (Ver Gráfica # 22).

SENTARSE

En esta gráfica, madre - investigadoras observamos que con la madre no hubo Línea Base, con las investigadoras la Línea Base fue de 0%. En el entrenamiento con la madre hay 3 sesiones de 75% y 15 con 100% en tanto que con las investigadoras son 2 sesiones con 75% y 14 con 100% y una sesión con el 50% con esto se obtuvo un promedio general del 89% con las investigadoras y del 91% con la madre. (Ver Gráfica # 23).

En esta gráfica, madre - practicantes podemos observar que en la Línea Base con la madre no hubo, pero con los practicantes ésta fue de 0%. En cuanto al entrenamiento con la madre en las sesiones 4, 6, 8, 9, 10, 11 y de la 13 a la 21 tiene un 100% y en las sesiones 5, 7 y 12 es de 75% en tanto que con los practicantes en las sesiones 4 y de la 7 a la 10 aparece con un 50%, en cambio en las sesiones 3, 5 y 6 es de 0%, lo que nos da un promedio general con la madre de 91% y con los practicantes de 31.3%. (Ver Gráfica # 24).

En esta gráfica vemos que con los practicantes así como con las investigadoras la Línea Base fue de 0%. Por lo que

respecta al entrenamiento con los practicantes sólo aparece la conducta en un 50% en las sesiones 4 y de la 7 a la 10, en cambio con las investigadoras la conducta aparece en un 100% en las sesiones 6, 7, 8 y de la 10 a la 20, y con un 75% en las sesiones 3 y 9, así como en la sesión 5 aparece con un 50%, esto nos da como promedio general de 89% con las investigadoras y 31.3% con los practicantes. (Ver Gráfica # 25).

En esta gráfica, investigadoras - madre - practicantes, la Línea Base sólo la aplicaron practicantes e investigadoras, obteniendo 0%, y con la madre no se realizó. En cuanto al entrenamiento vemos que con las investigadoras la conducta se presentó en 14 sesiones con un 100% y en 2 sesiones con un 75%, en una sesión con un 50% y en una sesión con 0% de 18 sesiones, con la madre la conducta se presenta en 15 sesiones con un 100%, en 3 sesiones con un 75% y una en 0% de 19 sesiones, con los practicantes la conducta se presentó en 5 sesiones con 50% y en 3 con un 0% de un total de 8 sesiones. En general, los promedios que se dan son con las investigadoras 89%, con la madre 91% y con los practicantes 31.3%. (Ver Gráfica # 26).

ORINAR O DEFECAR

En esta gráfica, la madre - investigadoras la conducta se presentó en un 100% con la madre en la sesión 10 y con las investigadoras en las sesiones 16 y 20 también en un 100%, esto

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

es de 18 sesiones realizadas, en tanto que en la Línea Base vemos que aparece en un 0% con las investigadoras y con la madre no se realizó Línea Base. Esto nos da un promedio general con la madre de 5.3% y con las investigadoras del 11.1%. (Ver Gráfica # 27).

En esta gráfica con madre - practicantes. Aquí vemos que en la Línea Base con los practicantes fue de 0% en tanto que con la madre no se realizó, pero en cambio podemos observar que en el entrenamiento con la madre la conducta se presenta en un 100% en la sesión 10 y con los practicantes la conducta no se presentó en 8 sesiones de entrenamiento, por lo que esto nos da un promedio general de 0% con los practicantes y de un 5.3% con la madre. (Ver Gráfica # 28).

En esta gráfica, practicantes - investigadoras observamos que la Línea Base aparece en 0% con ambos entrenadores, en tanto que en el entrenamiento con los practicantes no se presentó la conducta, en cambio con las investigadoras se presentó en las sesiones 16 y 20 en un 100%, por lo que nos da un promedio general con los practicantes de 0% y con las investigadoras del 11.1%. (Ver Gráfica # 29).

En esta gráfica, investigadoras - madre - practicantes. La Línea Base aparece en 0% con las investigadoras y practicantes, en tanto que con la madre no se realizó la Línea Base. En el

entrenamiento con las investigadoras en 2 sesiones se presentó la conducta en un 100% de 18 sesiones, con la madre aparece en una sesión la conducta en un 100%, en cambio con los practicantes no se presenta la conducta, esto nos da un promedio general de 11.1% con las investigadoras, 5.3% con la madre y 0% con los practicantes. (Ver Gráfica # 30).

CAPITULO VIII

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos obtenidos en el presente estudio, se pudo observar que las técnicas del Análisis Conductual como son el reforzamiento social, reforzamiento diferencial, reforzador comestible, reforzador verbal, instigación física y tiempo fuera parcial fueron de utilidad en la aplicación de programas de modificación de conducta. Observándose que al aplicar este tipo de programas conjuntamente especialistas, padres y personas en el área de Educación Especial, se logra efectividad en los avances de dichos programas.

El objetivo de este estudio fue identificar los efectos de tres situaciones diferentes, la primera fue en diferentes escenarios, en el hogar y el C.E.E.D.H.; la segunda fue con distintos entrenadores, la madre, los practicantes y las investigadoras; y la tercera el uso de tres programas, el de Eliminación de Conducta Autodestructiva, Caminar sin Detenerse y el de Uso del Retrete. Lo anterior, nos permitió tener elementos comparativos a diferencia de los estudios mencionados dentro de esta investigación en donde la mayoría de ellos manejó una sola situación.

Con relación a las hipótesis planteadas en este estudio, se observó que existió una mayor ejecución del sujeto en la

aplicación de los tres programas, en dos escenarios, por los tres entrenadores que si se hubiera aplicado de manera independiente cada uno de ellos.

Por otro lado, cabe mencionar que durante el desarrollo de esta investigación, se presentaron diferentes variables que no las consideramos, las cuales de cierta manera influyeron en el avance de los programas. Dichas variables fueron, la modificación del patrón conductual del niño, ya que hubo conductas que se presentaron como por ejemplo, en algunas sesiones el niño se frotaba con sus manos su pene, o se tiraba en el piso ó en un sillón de su casa para frotarse con sus manos su pene; la edad, ya que cuando se elaboraron los programas, se tomo en cuenta que era un niño de 11 años y la aplicación de éstos se efectuó cuando él tenía 15, cambiando su estatura y su fuerza; además presentó conductas como la de jalar la palanca del W.C., jalar los cabellos a otras personas y que al momento de llamarle la atención por esto, el niño se reía y lo volvía a hacer una y otra vez.

Un suceso que se consideró como otra variable, fue la participación en este estudio por parte de un grupo de practicantes, ya que se eligió entre ellos a un grupo de Cuarto Semestre de la carrera de Psicología integrado por dos personas, mujeres que oscilaban entre 18 y 23 años y que además

eran familiares (cuñadas), el estado civil de una de ellas era casada y otra soltera, presentándose la siguiente situación: al explicarles los programas de trabajo y al conocer el contenido de uno de ellos, el de Uso del Retrete y el niño con quien se iba a trabajar, hubo un rechazo de parte de la casada, exponiendo sus razones tales como, "el niño ya no es un niño, es un adolescente", "me traería problemas con mi esposo si se enterara que estoy trabajando dentro del baño", "no lo voy a limpiar, ni cambiar su ropa ya que ni a mis hijos cambio porque me da asco". Por otra parte la soltera sólo indicó que el niño le daba asco y que olía mal.

Otra variable que se presentó fue el tiempo, ya que se manejó diferente con cada uno de los entrenadores y los periodos que se utilizaron fueron, en el Programa de Eliminación de Conducta Autodestructiva con la madre 24 sesiones de entrenamiento sin Línea Base, con los practicantes 2 sesiones de Línea Base y 9 de entrenamiento, con las investigadoras 2 de Línea Base y 20 sesiones de entrenamiento, en el Programa de Caminar sin Detenerse, con la madre no se realizó Línea Base y 20 sesiones de entrenamiento, con las investigadoras 2 sesiones de Línea Base y 20 de entrenamiento, con los practicantes 2 sesiones de Línea Base y 8 de entrenamiento; en el de Uso del Retrete, con la madre no se

realizó Línea Base y fueron 19 sesiones de entrenamiento; las investigadoras 2 de Línea Base y 18 sesiones de entrenamiento y con los practicantes 2 de Línea Base y 8 de entrenamiento. Los motivos por los cuales los practicantes llevaron a cabo menos sesiones fueron, uno de ellos, el que un grupo no aceptara participar y esto implicó reducir el número de sesiones; otro, el calendario escolar, ya que el grupo que si trabajó lo hizo solamente durante el semestre escolar, en cambio la madre y las investigadoras continuaron durante un mes más.

Una variable más fue la actitud de la madre, ya que no entregaba reportes de la aplicación de los programas en su fase de Línea Base y tuvimos que excluir esta fase por no contar con datos confiables; también hubo ocasiones en que no llevaba al niño y nos vimos en la necesidad de cambiar un día del horario establecido porque la señora no podía asistir ese día. Por tal motivo, se tuvo que hablar seriamente con ella para saber si iba a participar y se pudiera llevar a cabo la investigación.

En particular, en cada uno de los programas se encontró lo siguiente:

El Programa de Eliminación de Conducta Autodestructiva consistió de 24 sesiones de entrenamiento con la madre, sin Línea Base por las razones expuestas; con las investigadoras 2 sesiones de Línea Base y 20 sesiones de entrenamiento y con los

practicantes 2 sesiones de Línea Base y 9 de entrenamiento, éstos últimos tuvieron menor tiempo de aplicación del programa, por lo ya mencionado con anterioridad. La duración de las sesiones fue de 50 minutos cada una y los escenarios fueron el hogar del niño y el C.E.E.D.H. en relación a los resultados obtenidos en este programa se puede decir que en general con los tres entrenadores, en dos escenarios distintos hubo un decremento en la emisión de la conducta autodestructiva. Los promedios de frecuencia fueron reducidos con los 3 entrenadores: El promedio de frecuencia de la madre fue de 2 veces en 24 sesiones de entrenamiento; las investigadoras bajaron de 43 veces en 2 sesiones de Línea Base a 5 veces en 20 sesiones de entrenamiento y los practicantes bajaron de 15 veces en 2 sesiones de Línea Base, a 8 veces en 9 sesiones de entrenamiento. Ahora, ya en lo específico, se observó que con quien menos emitió la conducta autodestructiva fue con la madre ya que con ella lo máximo en la frecuencia de la conducta fue de 5 veces en las sesiones 25 y 26 de entrenamiento. En relación a las otras sesiones éstas variaron de 0 a 4 veces de emisión de conducta. Siguiendo de menos a más en cuanto a los resultados obtenidos por los entrenadores continuamos con las investigadoras, ya que con ellas también hubo una disminución en la frecuencia de la emisión de la conducta autodestructiva,

pues de 49 veces de presencia de esta conducta en Línea Base, llegó a no presentarla ninguna vez en algunas sesiones del entrenamiento, aunque hubo variaciones como en la sesión 8 en donde emitió 15 veces la conducta después de que en la sesión 7 no había emitido ninguna. Por último, en los resultados de los practicantes también hubo disminución en la frecuencia, pero ésta fue menos observable. Ellos fueron de 20 veces durante una sesión de Línea Base a sólo 2 veces en una sesión de entrenamiento, aunque en otras sesiones varió, teniendo frecuencias de 15, 13, 11, 9, 5, 4 y 3 emisiones de respuesta durante sesiones de entrenamiento. Los factores que intervinieron para que los resultados se dieran así fueron los siguientes, el escenario, ya que se observó que en los cubículos del C.E.E.D.H. los cuales son lugares pequeños y cerrados, el niño emitía la conducta autodestructiva generalmente en la parte final de la sesión y al presentarla casi siempre iba hacia la puerta queriéndola abrir para salirse, también se pudo ver que cuando se terminaba la sesión y se salía del cubículo, el niño dejaba de autoagredirse; esto se reportó tanto de parte de los practicantes como de las investigadoras; en cambio con la madre como el escenario era más amplio, más abierto, esto probablemente no influía en el programa. En cuanto a los resultados de la madre, lo único que

ella reportó fue que el niño emitía la conducta porque "yo lo regaño", "lo hace para llamar la atención", "porque no lo dejo hacer su voluntad", o "es por berrinche"; todo esto nos hace ver que probablemente el niño se autoagrede cuando su madre no está de acuerdo con él, o no le hace caso. Con las investigadoras, además del escenario, otro factor fue que se le daban juguetes al niño, pero pasado un tiempo se cansaba de ellos y se aburría, ya no quería estar con ellos. De esto se puede decir que tal vez sería mejor aplicar este programa en un lugar abierto como podría ser un parque o una cancha de fútbol por ejemplo, y con diferentes materiales como una pelota o haciendo ejercicios con él. Los resultados de los practicantes se debieron al escenario y aquí cabe mencionar que en una ocasión observaron que se fue la luz y el niño comenzó a autoagredirse, lo sacaron y el niño ya no emitió la conducta, cuando regresó la luz lo volvieron a meter y empezó de nuevo a presentarla. Y otro factor fue el tiempo, ya que los practicantes no aplicaron el mismo número de sesiones que las investigadoras y la madre. En este programa podemos decir que además de haber logrado una disminución en la conducta autodestructiva, el niño tuvo otras ventajas como consecuencia de esto, fueron su aspecto físico que se vió favorecido ya que al comenzar el programa, el niño presentaba rasguños y marcas

causadas por los pellizcos que se daba y al finalizar la aplicación del programa, el niño ya casi no mostraba presencia de éstos. Por otro lado, el niño al principio del programa no ponía mucha atención a lo que se le decía, se paraba, no se estaba mucho tiempo quieto y al final de la aplicación del mismo, el niño duraba casi toda la sesión tranquilo y era más obediente en relación a las actividades que se estaban realizando. Por todo lo anterior, se puede decir que muy probablemente este tipo de conducta en este niño podrá ser tratada de una mejor manera si se aplica un programa de Eliminación de Conducta Autodestructiva en lugares abiertos y con actividades de tipo motriz.

Con relación al Programa de Caminar sin Detenerse se obtuvieron los siguientes resultados: En la gráfica 14 se puede observar que con las investigadoras y con la madre, el niño alcanzó los promedios generales más altos de 60% y 52% respectivamente, comparados con el promedio alcanzado con los practicantes que fue de un 28%. En el caso de las investigadoras inició con una Línea Base de 20% y en las primeras cinco sesiones de entrenamiento se observa un avance alto del 71.4%, el niño caminaba por el pasillo del C.E.E.D.H. y el entrenador le aplicaba la instigación física cada vez que se paraba, tocando su brazo y empujándolo hacia

adelante y se proporcionaba el reforzador verbal como -
"!Bien!", "que muchacho tan bueno"- y se le daba un reforzador
comestible cuando llegaba al final del pasillo. Cabe mencionar
que al inicio del entrenamiento, en la primera sesión, el niño
caminaba sin atender la instrucción de.. "Camina Marcos".. lo
que hacía era voltear a todos lados viendo a la gente que
estaba alrededor, y empezaba a caminar y fue hasta los ensayos
7 y 8, cuando el niño puso atención y caminaba cuando se le
daba la instrucción. Posteriormente, aparece un descenso en la
emisión de la conducta en la sesión 8 a la 15, alcanzando un
promedio del 48%. En este período de 8 sesiones es cuando el
niño empezó a caminar solo, a veces a la mitad del pasillo,
otras hasta las tres cuartas partes ó el pasillo completo,
instigándolo físicamente cuando el niño se paraba y es entonces
cuando se procedió a desvanecer la instigación física. Es
importante mencionar que en la sesión 8 se empieza a considerar
como respuesta positiva, exclusivamente si el niño caminaba
solo sin detenerse hasta el final del pasillo. También se
observó que durante el entrenamiento el niño se distraía ya que
lo saludaban y él volteaba, interrumpiendo la sesión. Llegando
a la sesión 17 se empieza a observar un aumento en la emisión
de la conducta esperada y así sucesivamente hasta llegar a
mantenerse un promedio del 66%. En este periodo el niño trabajó

tranquilo, las instrucciones que se le daban las atendía y como se puede observar alcanzó un avance considerable. Con relación a este avance, se notó que en estos días de entrenamiento no había mucha gente en el pasillo, no interrumpían al niño y trabajó contento, concluyendo de esta manera la aplicación del programa en lo que respecta a las investigadoras como entrenadores. Continuando con la aplicación de este programa participando como entrenador la madre del niño, y cuyo escenario fue el andador de la Unidad Habitacional donde vive, se logró un promedio general del 52%, la Línea Base no se llevó a cabo por las razones mencionadas al principio de este apartado. Se detectaron altas y bajas en el transcurso del entrenamiento, observándose que el promedio más alto fue el alcanzado en la sesión 11 con un 65%. De la sesión 5 a la 9 bajó, obteniendo un 43% de promedio. Es a partir de la sesión 17, al igual que con las investigadoras, cuando se estabiliza la conducta del niño, obteniendo un 57% de promedio. Sobre el desarrollo de las actividades, la madre reportó que el niño se apoyaba de su brazo cada vez que le pedía que caminara y no se quería separar de ella; y que cuando lo dejaba solo, el niño se distraía y caminaba despacio, también mencionó la madre que el niño se distraía con la gente que pasaba alrededor del andador. Con relación a la aplicación de este programa por parte de los

practicantes y cuyo escenario fue el pasillo del C.E.E.D.H. se lograron resultados totalmente diferentes a los obtenidos con las investigadoras y la madre del niño. En la Línea Base se obtuvo un promedio del 30%. En el entrenamiento el más alto porcentaje fue logrado en la tercera sesión con un 60% y en las sesiones subsecuentes se alcanzó un promedio del 23.1, haciendo un total del 28% de avance general del programa. Como se puede observar, el resultado obtenido fue bajo en comparación con la madre y las investigadoras. Por otro lado, hay que tomar en cuenta que los practicantes llevaron a cabo 10 sesiones, 2 de Línea Base y 8 sesiones de entrenamiento, la aplicación del programa se realizaba una vez por semana, mientras que los otros entrenadores intervinieron dos veces por semana. En general, podemos concluir que de acuerdo con los resultados obtenidos y de acuerdo con el desarrollo de las actividades de este programa, el niño avanzó, ya que con la madre y con las investigadoras se alcanzaron promedios generales de 60% y 52% respectivamente y con los practicantes aunque fué un promedio bajo, probablemente si se hubiera trabajado durante más sesiones se habría logrado un buen resultado. Las sugerencias que se podrían dar si se continúa con la aplicación de este programa con este tipo de niños sería: Llevarlo a cabo en un lugar donde no haya personas alrededor y así poder establecer

en un principio la conducta y posteriormente llevarlo a cabo en un ambiente con personas para que el niño discrimine la conducta en los dos ambientes. También se recomendaría que en el caso de los practicantes, se lleven a cabo más sesiones de entrenamiento.

Con relación al Programa de Uso del Retrete, éste se aplicó en dos escenarios distintos, en el baño de su casa y en el baño del C.E.E.D.H., con tres entrenadores, madre, practicantes e investigadoras, los resultados alcanzados fueron en varias conductas ya que se manejó: a) jalar el pantalón, b) sentarse, c) vocalizaciones y d) orinar o defecar. En donde encontramos que la conducta de sentarse fue en la que se obtuvieron mayores resultados, ya que se inició con una Línea Base que partió de 0%, llegándose a incrementar hasta un 100% la conducta y siguiendo una continuidad en la misma hasta por doce sesiones seguidas, en donde con las investigadoras se obtuvo el promedio más alto de 91% en comparación con la madre que fue de un 89% y con los practicantes que fue de un 31.3%. Probablemente el avance de este programa se dió ya que el niño contaba en su repertorio de conductas con la de sentarse, por lo tanto sólo se entrenó esta conducta en el retrete. En la conducta de jalar el pantalón hubo incrementos, de los cuales cabe mencionar el entrenamiento por las investigadoras, ya que

existió una continuidad en la presentación de la conducta hasta por nueve veces en 18 sesiones de entrenamiento, obteniendo un 64%, en tanto que con la madre se obtuvo un 20%, pudiendo influir el ambiente del escenario, ya que el niño se resistía a entrar en el baño de su casa, cabe mencionar que la madre comentaba que el niño no quería entrar al baño de su casa, por lo que ella lo metía a la fuerza, encerrándolo unas veces a él solo y otras con ella, mostrando enojo por parte del niño, ya que se autoagredía y gritaba. Podemos concluir que en la aplicación del programa con esta conducta en especial, el niño probablemente asocie el estar en el baño y jalarse el pantalón así como sentarse en el retrete, siendo éste uno de los objetivos de este programa. Por otro lado, en vocalizaciones, con la madre y los practicantes no hubo ningún avance, quizá por la falta de atención y dedicación en la aplicación del programa, ya que los resultados con las investigadoras, aún cuando tampoco fueron buenos, las vocalizaciones si se llegaron a dar, aunque no con la continuidad esperada. Los resultados en cuanto a esta conducta no fueron los esperados, probablemente por no tomar en cuenta los repertorios con los que el niño cuenta, ya que en este tipo de niños, su vocalización es limitada, así como la dedicación que se ponga durante el entrenamiento. En cuanto a la conducta de orinar o defecar,

existieron diversos factores de los cuales pudieron influir, que con los practicantes no se presentó la conducta, sólo en Línea Base nos comentaron que en el calzón del niño había una pequeña mancha de excremento. En cuanto a la madre, la conducta de orinar se presentó en una sesión de 19 y con las investigadoras se dió en 2 sesiones de 18. Cabe mencionar que la madre comentaba que el niño retenía la necesidad de orinar o defecar hasta por dos días seguidos. En general, en esta conducta los resultados no fueron los esperados aunque partiendo que el niño anteriormente no presentaba la conducta de orinar o defecar en el retrete, se puede decir que tal vez es un buen principio para la aplicación de futuros programas similares a éste y con este tipo de niños; siempre y cuando se tomen en cuenta las recomendaciones que a continuación se mencionan; el diagnóstico médico anticipado a la aplicación del programa de la salud del niño en cuanto a problemas digestivos, ya que de éste depende la adecuada administración de diuréticos eficaces y los cuales no afecten a la salud del niño, por lo que en nuestro caso, al niño se le dieron diuréticos para la estimulación de orinar o defecar pero éstos a pesar de ser recetados por su médico particular, le afectaron en cuanto a su salud, porque el niño empezó a tener fuertes palpitaciones, según comentarios de la madre y por lo cual se tuvo que

suspender dicho diurético por instrucciones médicas, afectando el seguimiento del programa, aún cuando al niño se le daba a tomar té, una hora antes de iniciar el entrenamiento por lo antes mencionado. También el repertorio conductual del niño es importante, se deberá tomar en cuenta en este tipo de niños, los repertorios básicos como son, seguimiento de instrucciones, atención e imitación, ya que de éste depende el entrenamiento de conductas deseadas, como ir al baño, sentarse, jalarse el pantalón, vocalizaciones, etc. En cuanto al tiempo, es preciso tomar en cuenta que en este tipo de programas y con este tipo de niños, el periodo de entrenamiento debe ser extenso, ya que es necesario la dedicación y el entrenamiento continuo para el probable éxito del mismo. En general, los logros que se obtuvieron independientemente del objetivo de este programa fueron, la eliminación de la aversión del niño hacia el baño, ya que al inicio del programa, tanto por comentarios de la madre, como de los practicantes y las investigadoras mismas, el niño se resistía a entrar al cuarto de baño y aún estando adentro de éste, mostraba enojo y en ocasiones también se autoagredía, pudiéndose ver en el transcurso de la aplicación del programa que el niño fue disminuyendo esa resistencia, llegando a entrar al cuarto de baño ya sin ningún problema. Por otro lado, también, probablemente el niño pudo asociar que al

entrar al baño, jalarse el pantalón y sentarse en el retrete podía orinar o defecar. Cabe mencionar que al niño se le estimuló echándole agua fría en su pene e imitando el ruido de la orina como shhhhh... para que asociara la conducta. También, tal vez, la práctica de algún ejercicio de motricidad como natación, correr, etc. pueden ayudar a la digestión del niño, ya que la madre mencionó que al niño lo llevó en un periodo de tres semanas a natación con un programa especial de acuacicio (ejercicio dentro del agua) coincidiendo en este periodo con una de las sesiones en que el niño orinó y defecó.

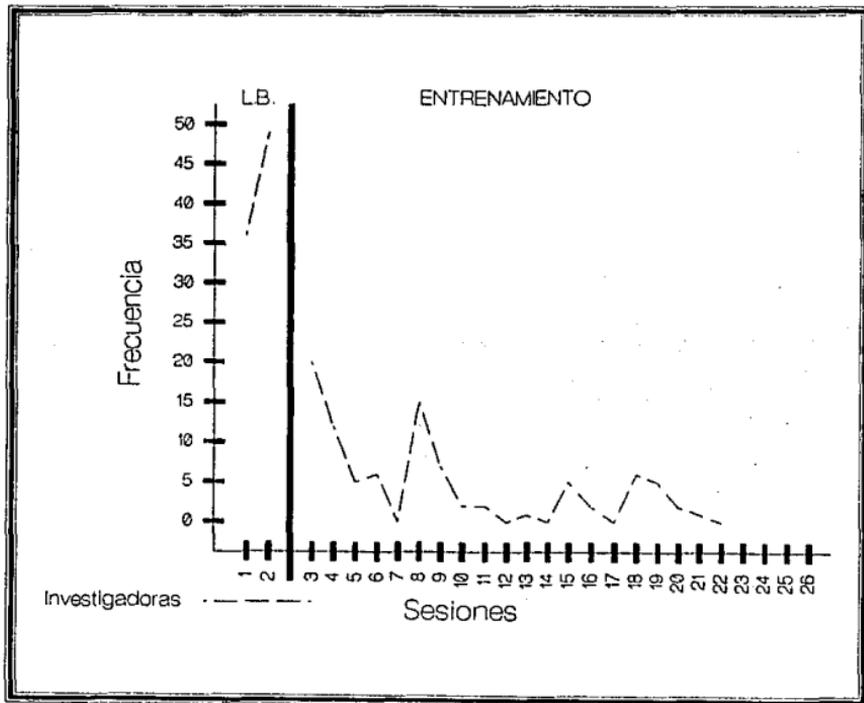
Podemos concluir que esta investigación podría ser una aportación para futuros estudios relacionados con el Análisis Experimental de la Conducta, ya que se considera que probablemente pueda servir como referencia para éstos, porque se pudo observar que dentro de ella hubo logros, como fueron los avances alcanzados en los tres programas y se puede decir que en general, los escenarios fueron adecuados a excepción de los cubículos por ser lugares cerrados y el niño presentar aversión a ellos. Por otro lado se reconoce que si se vuelven a aplicar estos programas con el mismo niño, se deberán hacer cambios dentro de los mismos, adecuarlos más al repertorio conductual del niño para un mejor avance en la adquisición o disminución de las conductas deseadas, así como evitar la

utilización de lugares cerrados, lugares con gente y elegir a personas que de antemano tengan disposición para trabajar. Todo lo mencionado anteriormente se considera de importancia ya que a medida que se sigan aportando este tipo de estudios, será mayor la posibilidad de que niños con este tipo de problemas puedan lograr una adaptación al medio que los rodea, siendo ésta última la finalidad de nuestra investigación.

GRAFICAS Y TABLAS

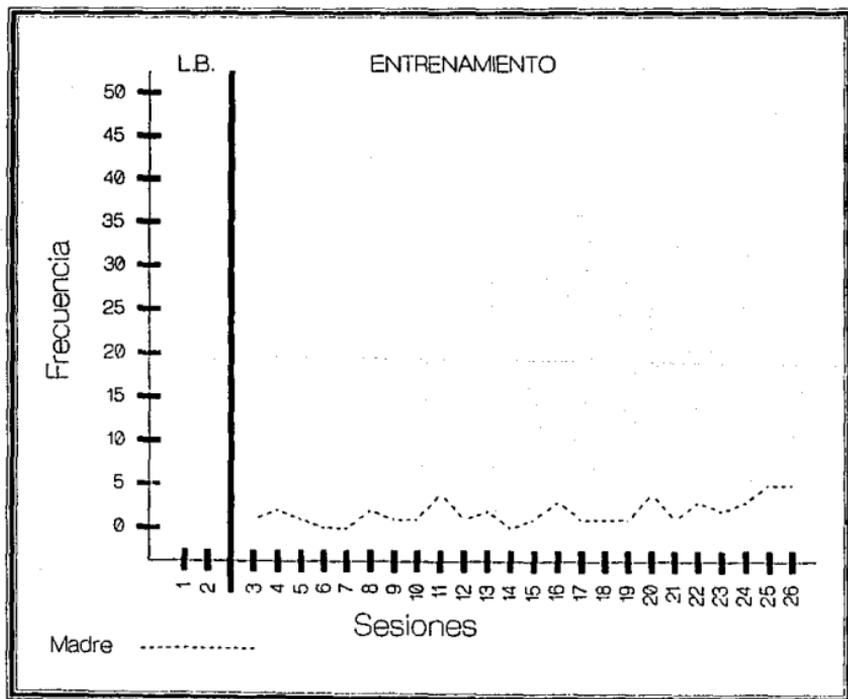
ELIMINACIÓN DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Investigadoras



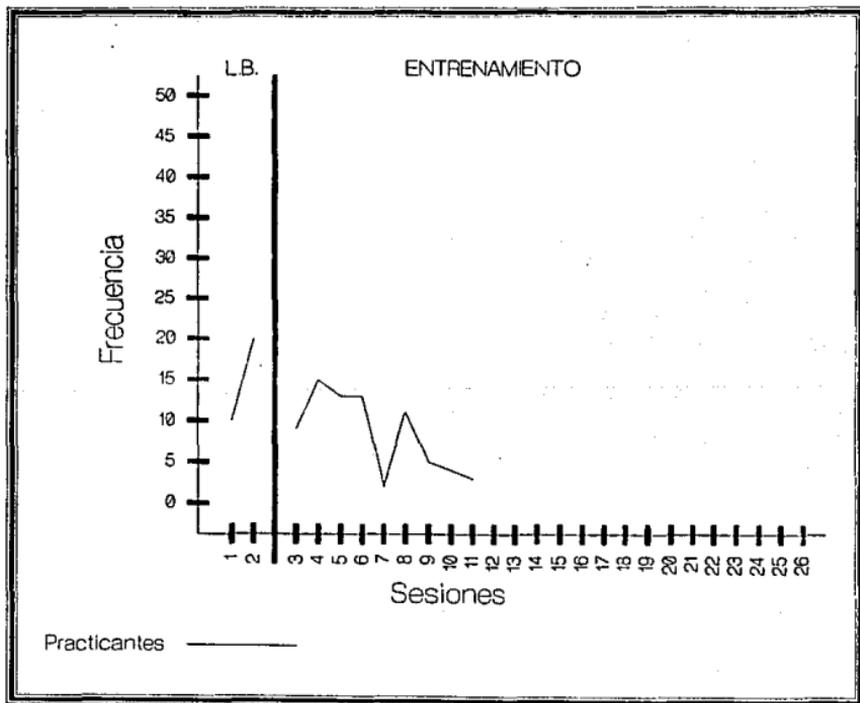
ELIMINACIÓN DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Madre



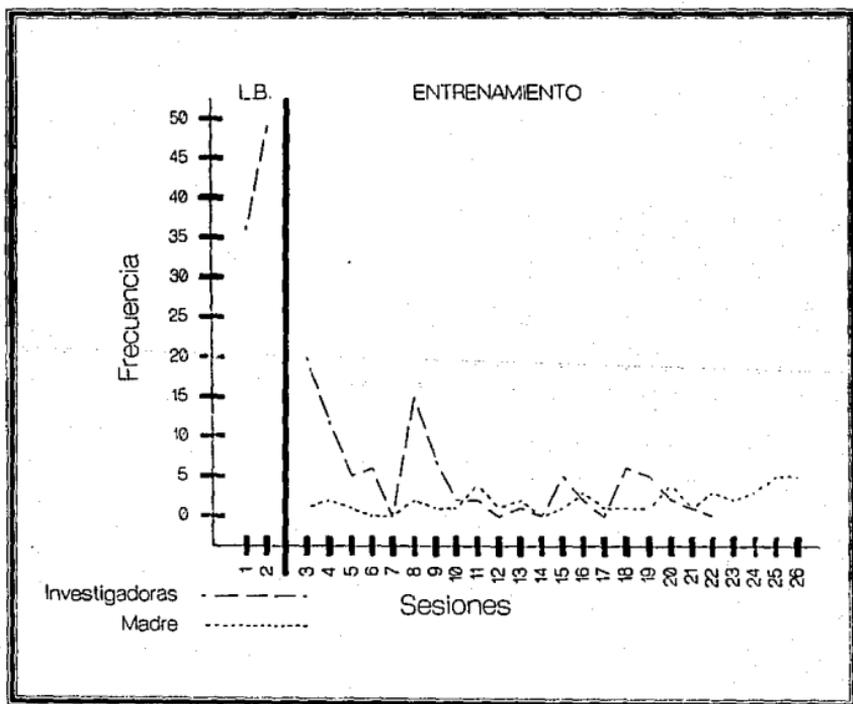
ELIMINACIÓN DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Practicantes



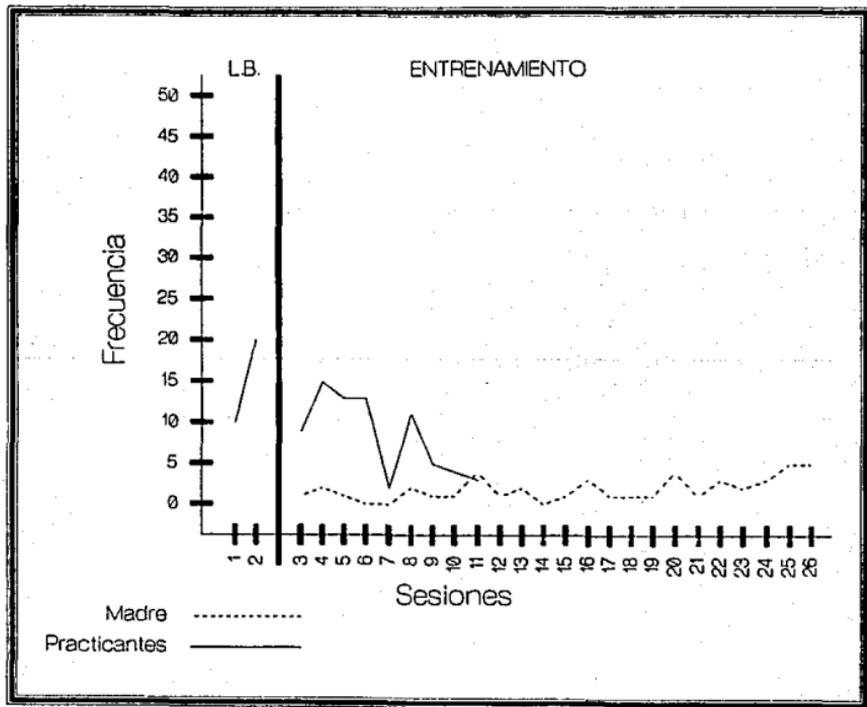
ELIMINACIÓN DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Investigadoras,
Madre



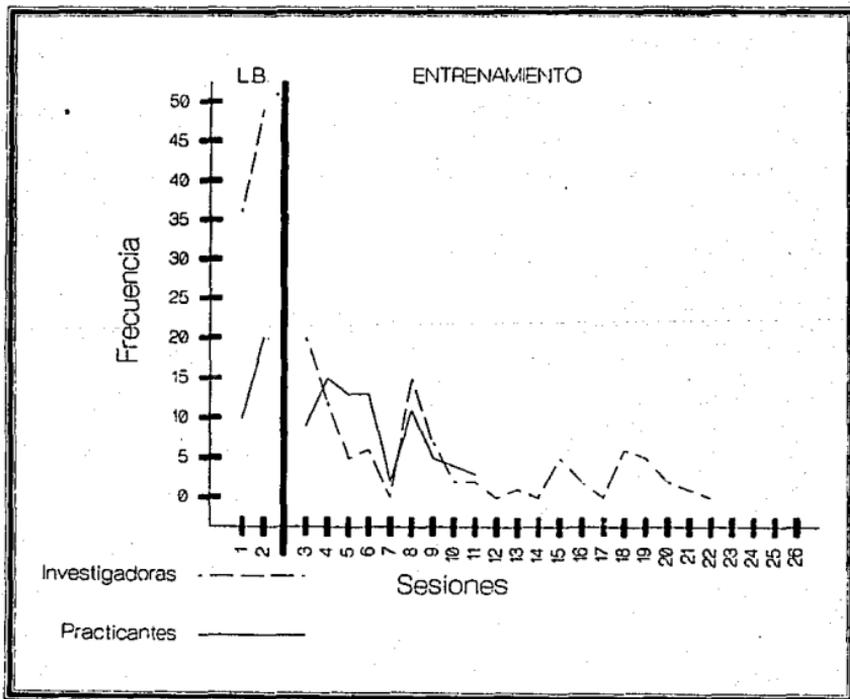
ELIMINACIÓN DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Madre,
Practicantes



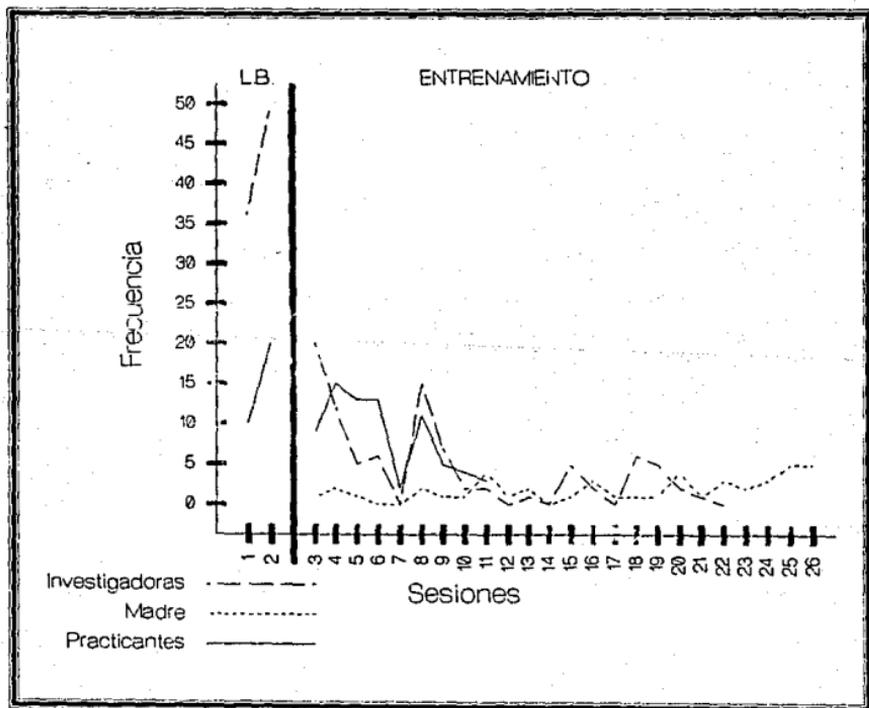
ELIMINACIÓN DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Investigadoras,
Practicantes



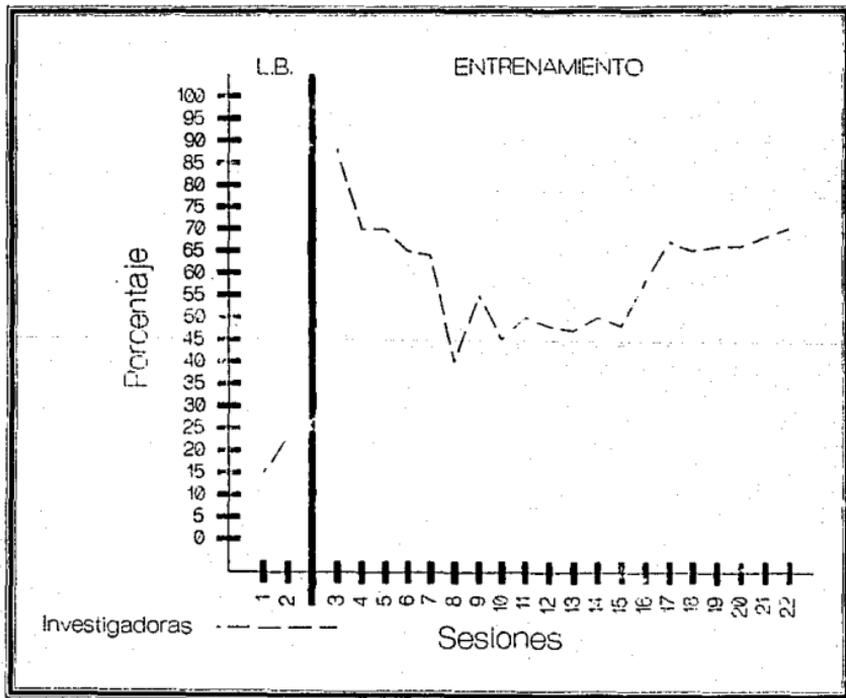
ELIMINACIÓN DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Investigadoras,
Madre,
Practicantes



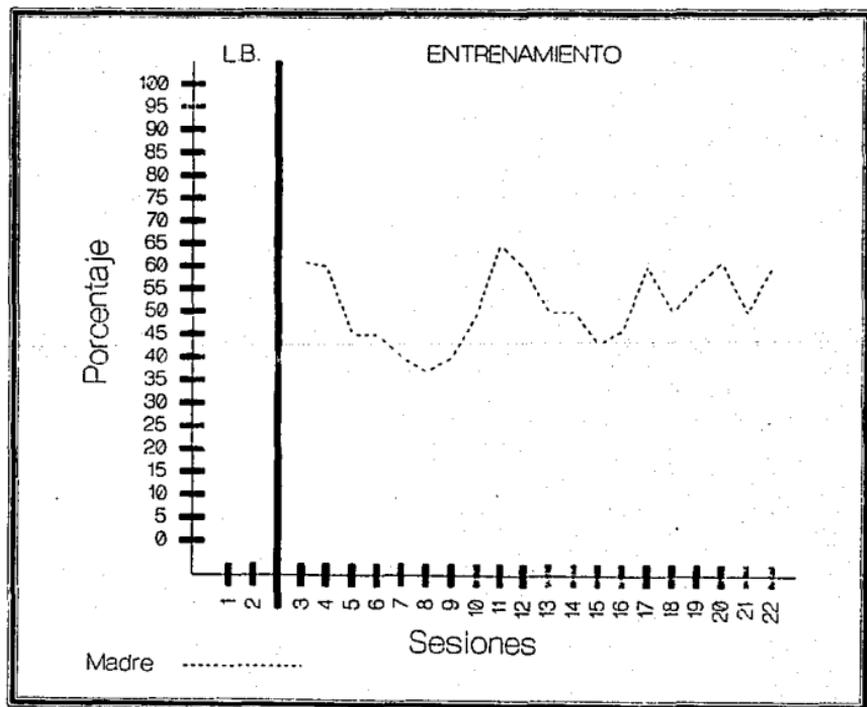
CAMINAR SIN DETENERSE

Investigadoras



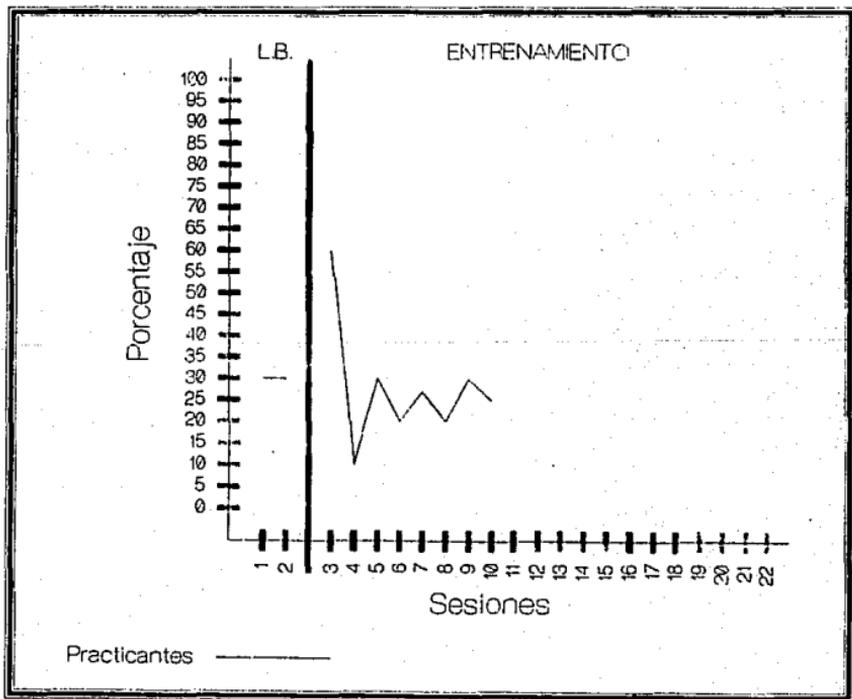
CAMINAR SIN DETENERSE

Madre



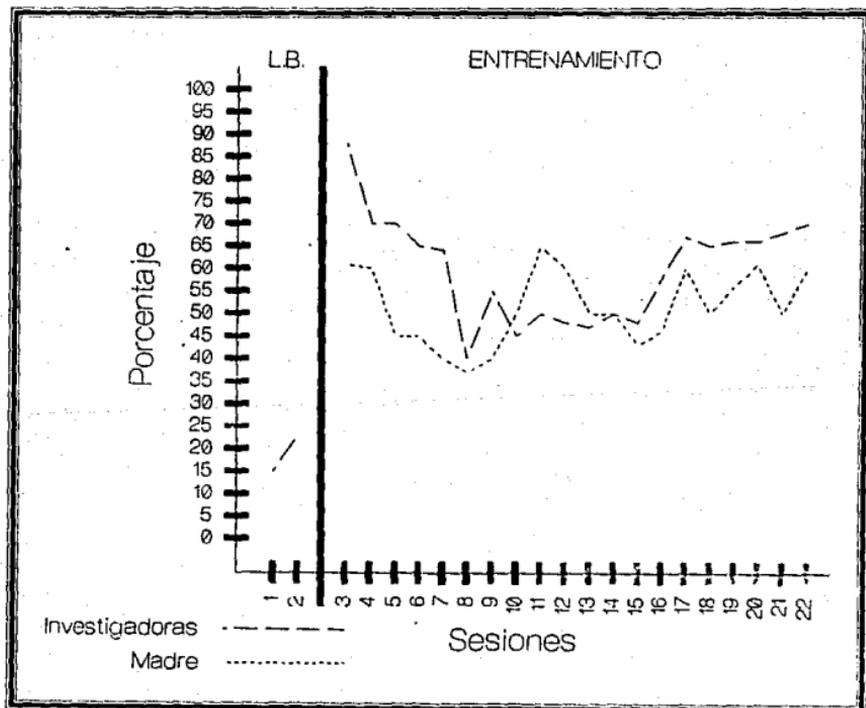
CAMINAR SIN DETENERSE

Practicantes



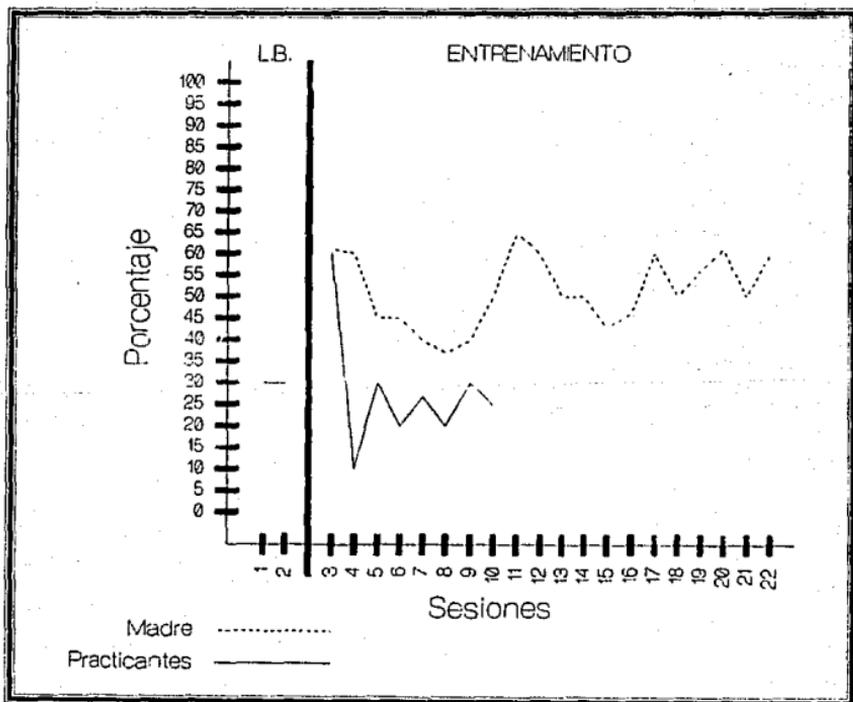
CAMINAR SIN DETENERSE

Investigadoras,
Madre



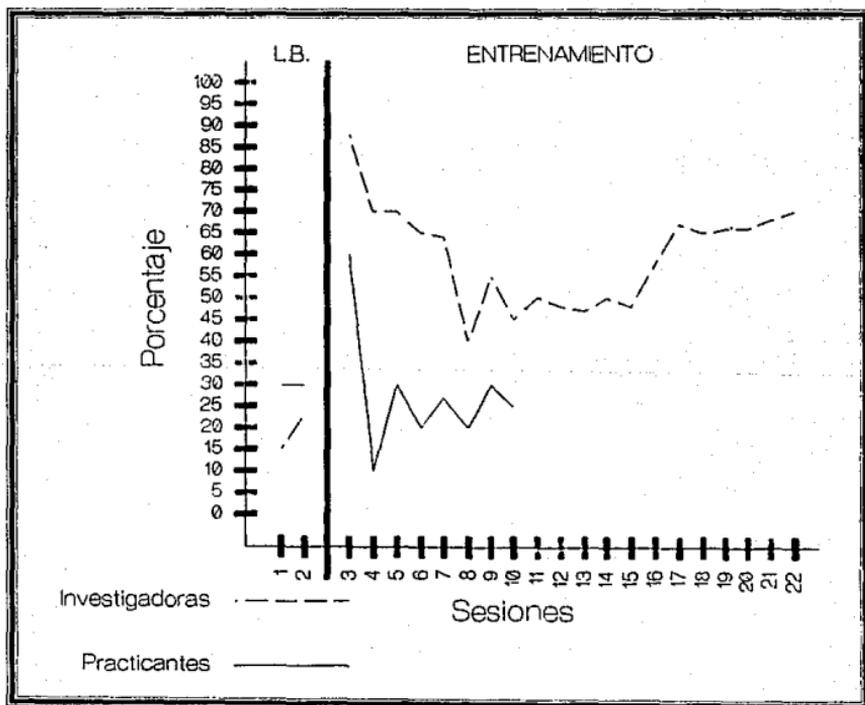
CAMINAR SIN DETENERSE

Madre,
Practicantes



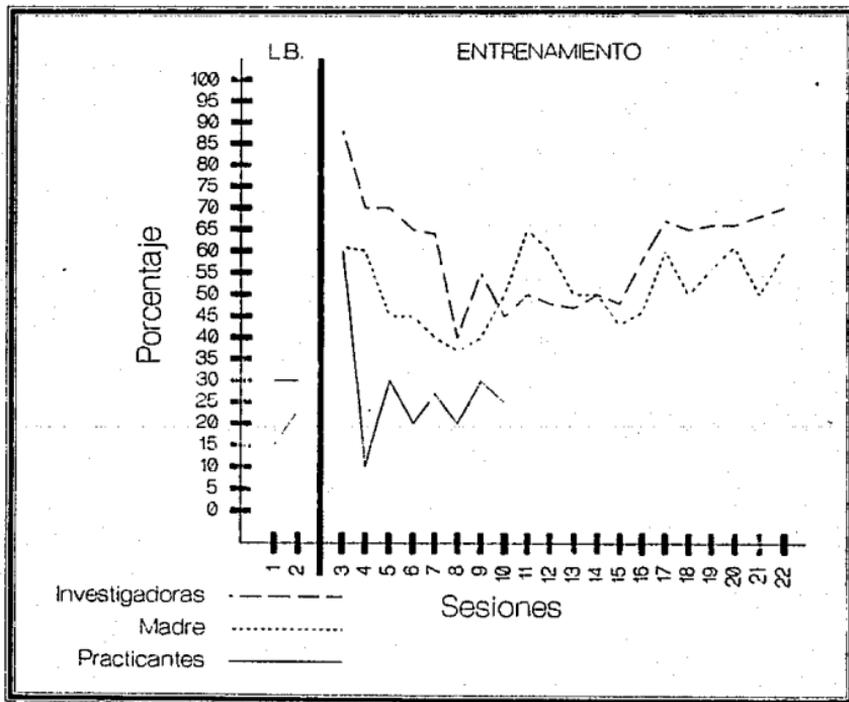
CAMINAR SIN DETENERSE

Investigadoras,
Practicantes



CAMINAR SIN DETENERSE

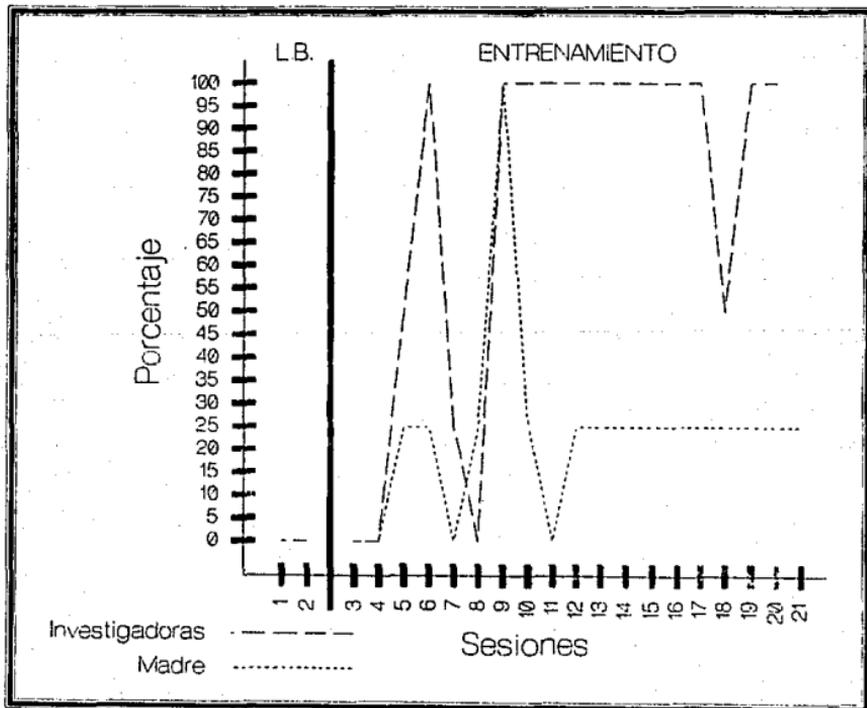
Investigadoras,
Madre,
Practicantes



USO DE RETRETE

JALARSE EL PANTALÓN

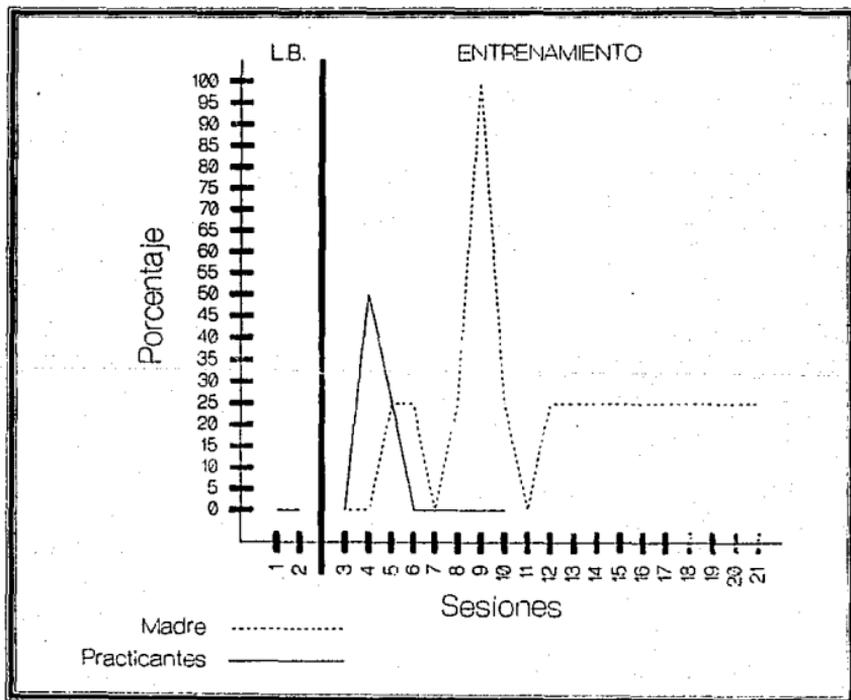
Investigadoras,
Madre



USO DE RETRETE

JALARSE EL PANTALÓN

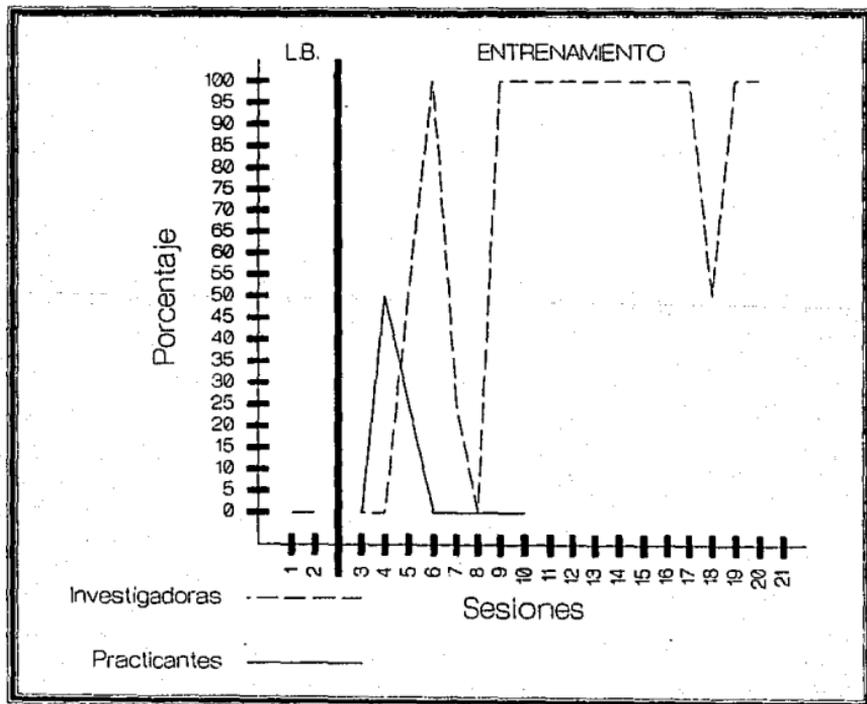
Madre,
Practicantes



USO DE RETRETE

JALARSE EL PANTALÓN

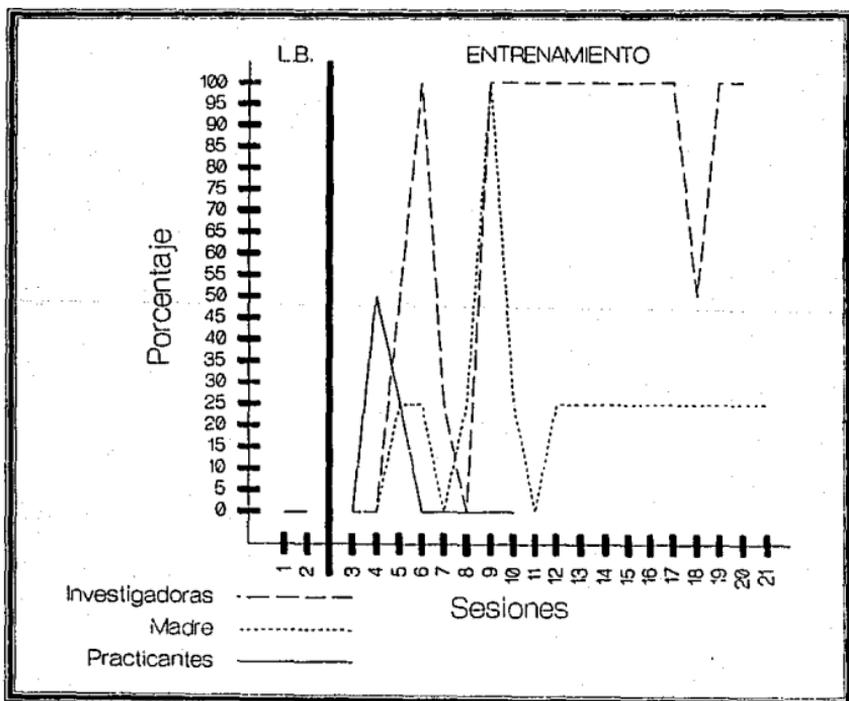
Investigadoras,
Practicantes



USO DE RETRETE

JALARSE EL PANTALÓN

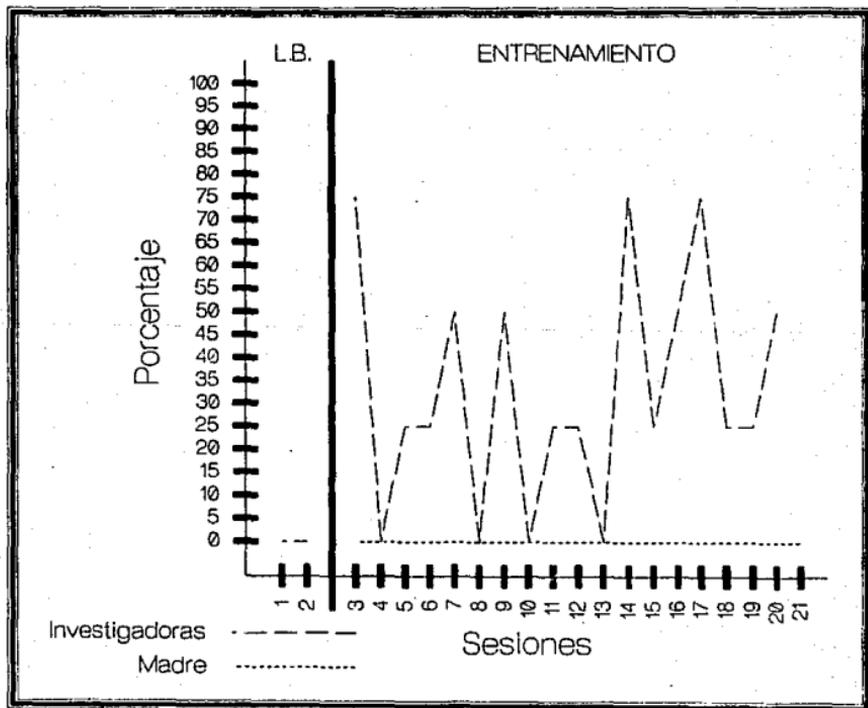
Investigadoras,
Madre,
Practicantes



USO DE RETRETE

VOCALIZACIONES

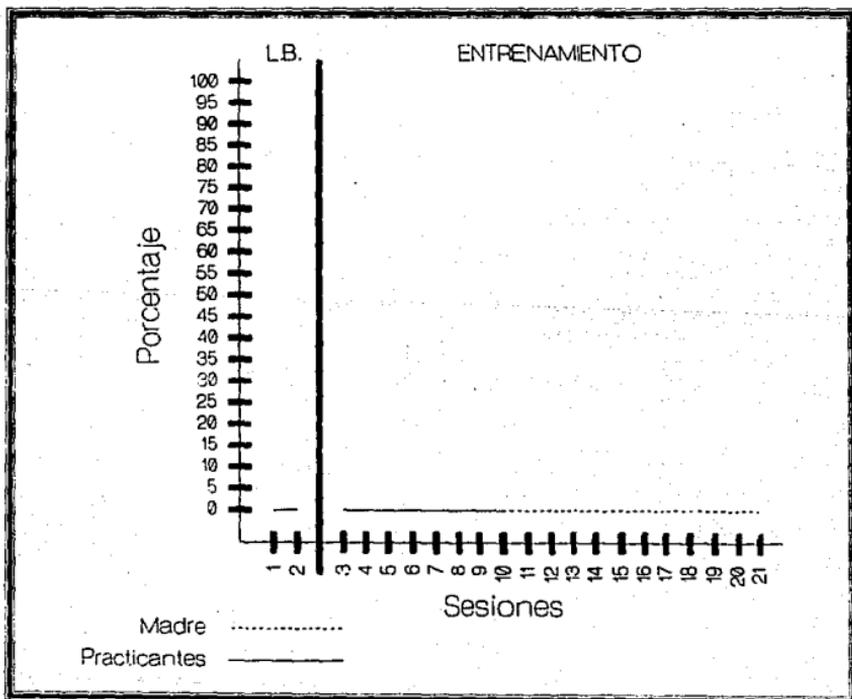
Investigadoras,
Madre



USO DE RETRETE

VOCALIZACIONES

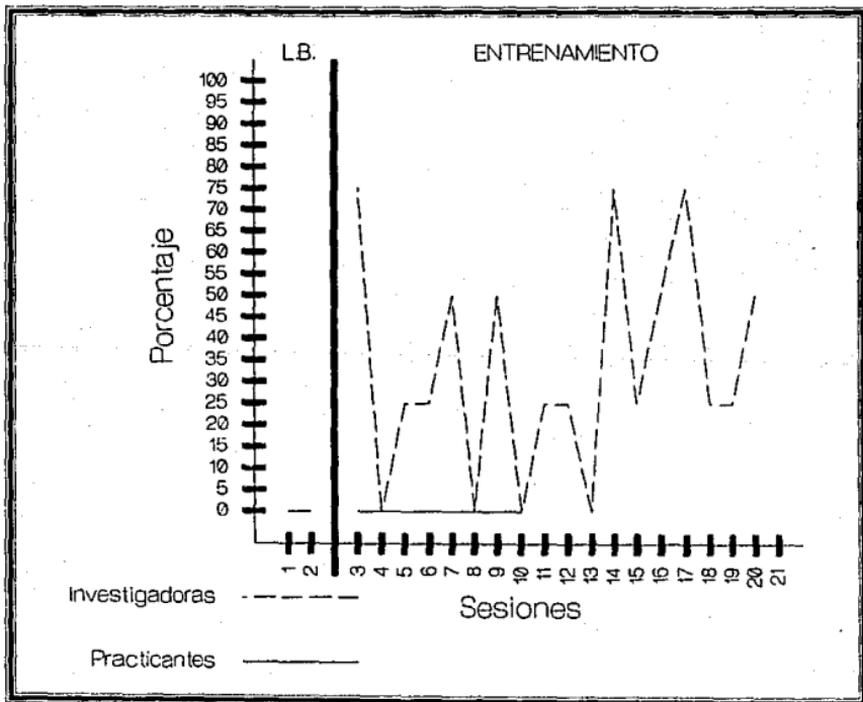
Madre,
Practicantes



USO DE RETRETE

VOCALIZACIONES

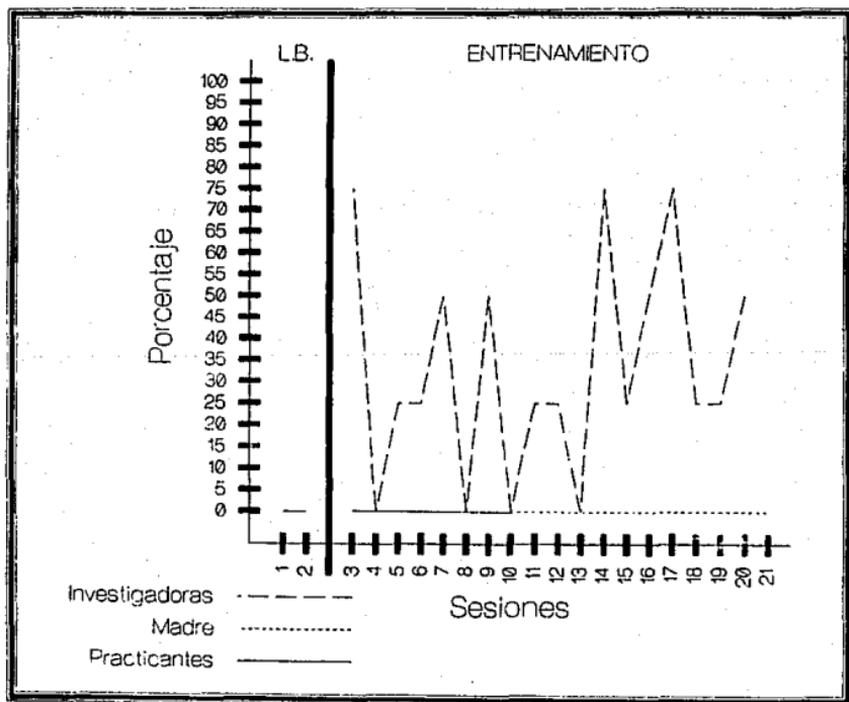
Investigadoras,
Practicantes



USO DE RETRETE

VOCALIZACIONES

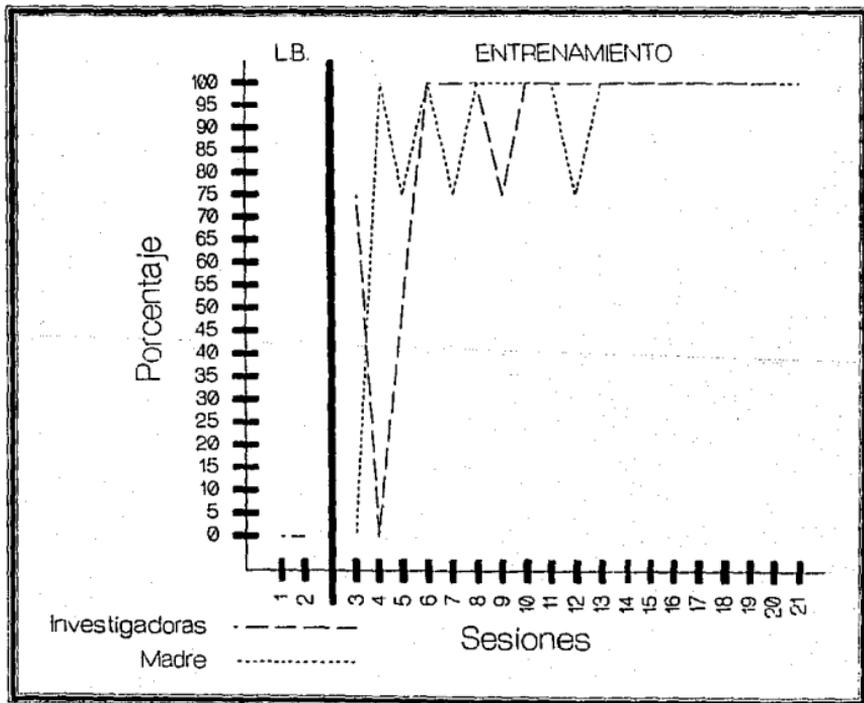
Investigadoras,
Madre,
Practicantes



USO DE RETRETE

SENTARSE

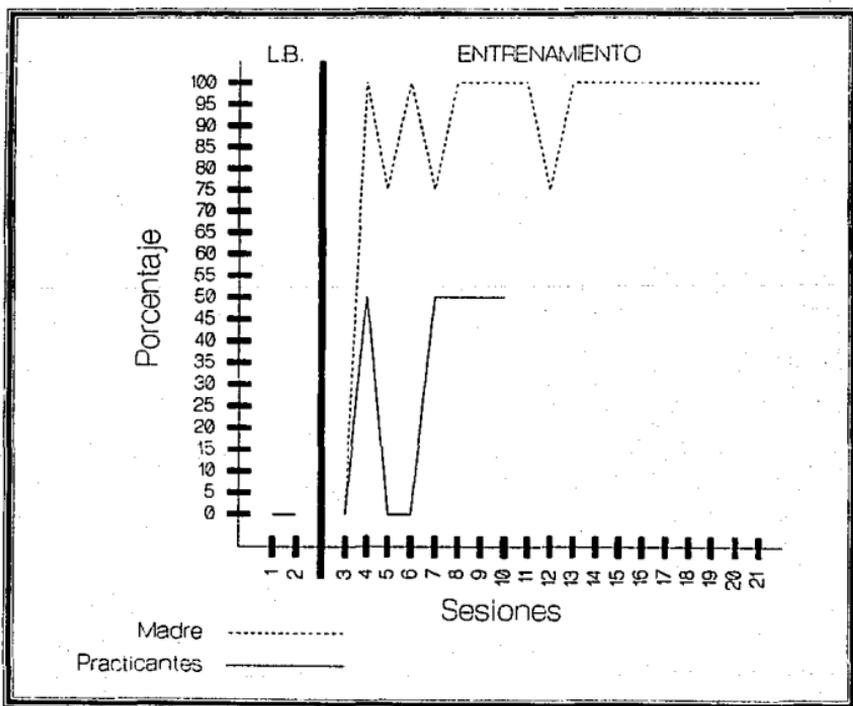
Investigadoras,
Madre



USO DE RETRETE

SENTARSE

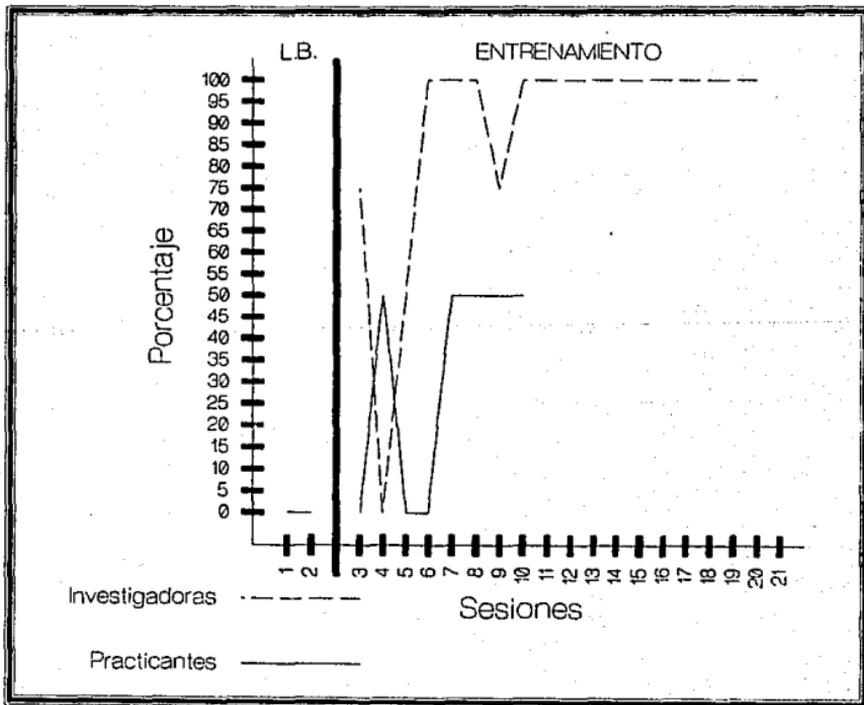
Madre,
Practicantes



USO DE RETRETE

SENTARSE

Investigadoras,
Practicantes

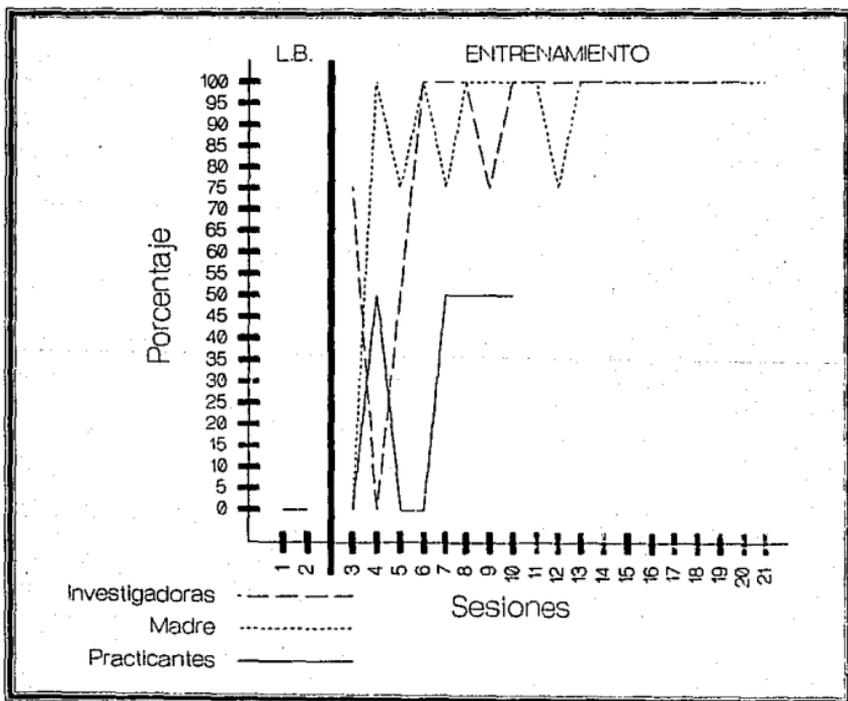


GRAFICA # 26

USO DE RETRETE

SENTARSE

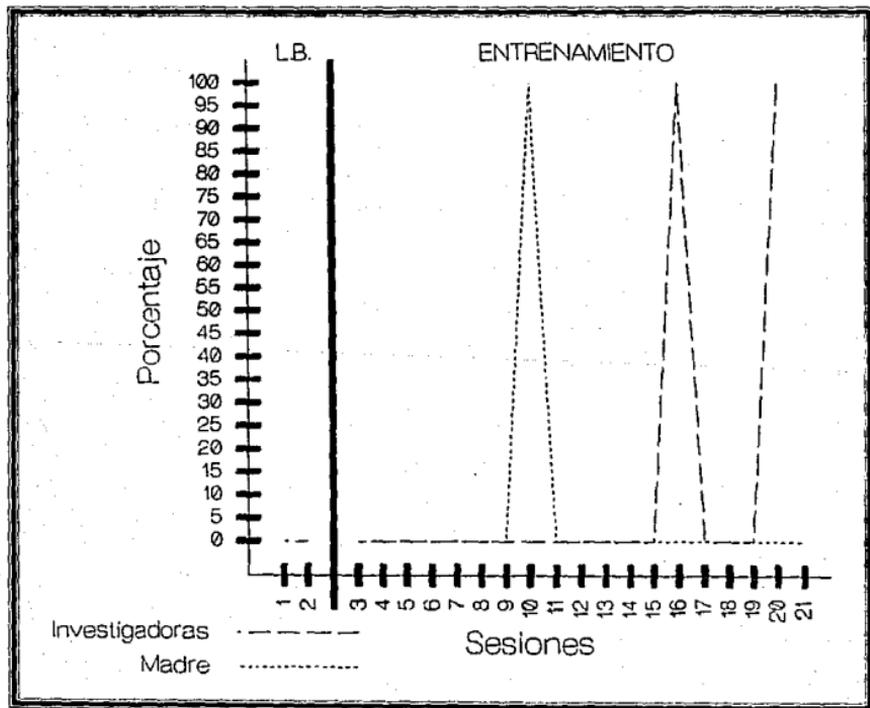
Investigadoras,
Madre,
Practicantes



USO DE RETRETE

ORINAR O DEFECAR

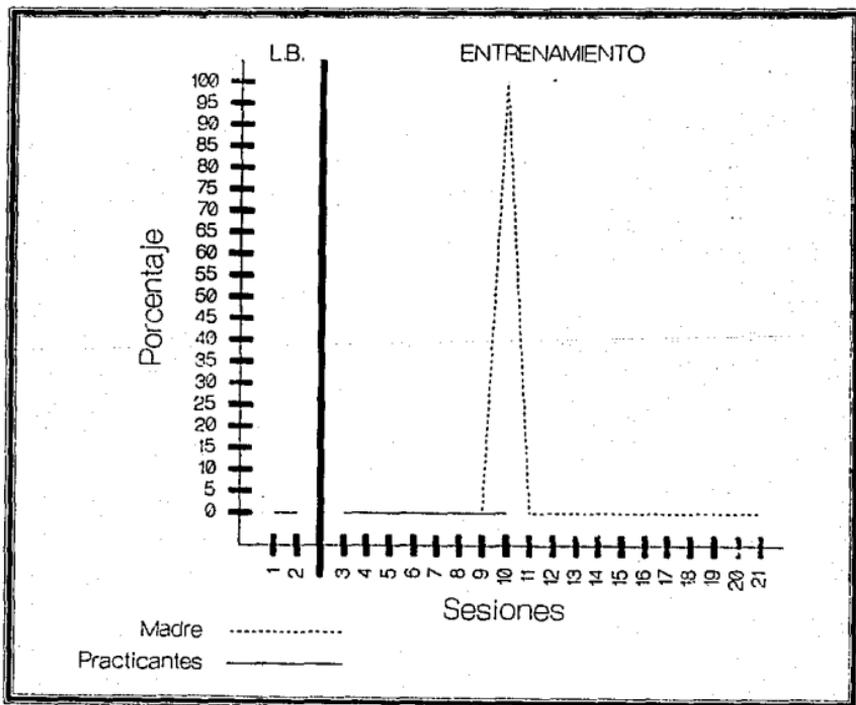
Investigadoras,
Madre



USO DE RETRETE

ORINAR O DEFECAR

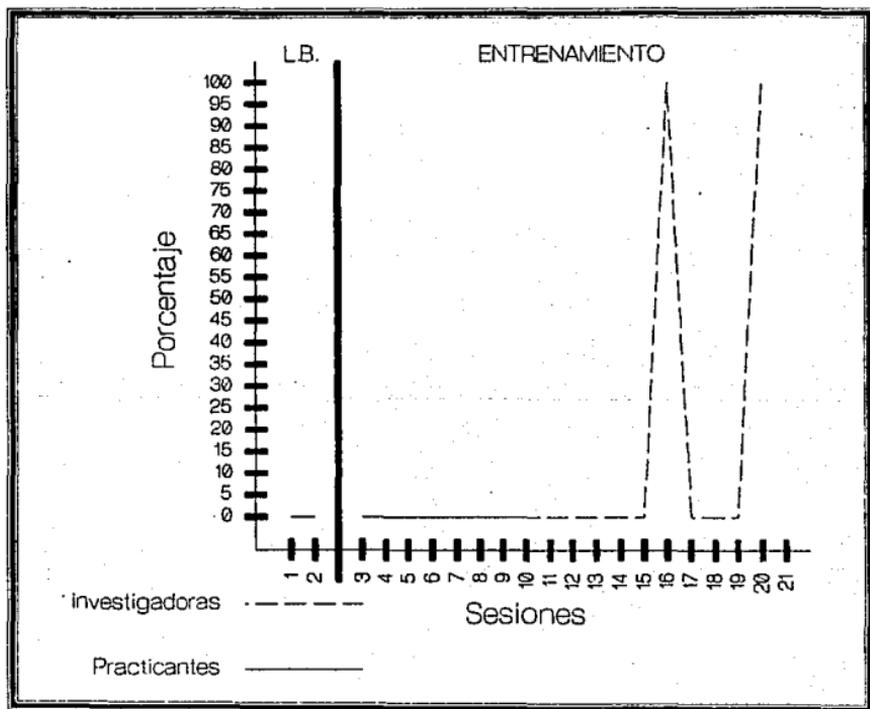
Madre,
Practicantes



USO DE RETRETE

ORINAR O DEFECAR

Investigadoras,
Practicantes



GRAFICA # 30

USO DE RETRETE

ORINAR O DEFECAR

Investigadoras,
Madre,
Practicantes

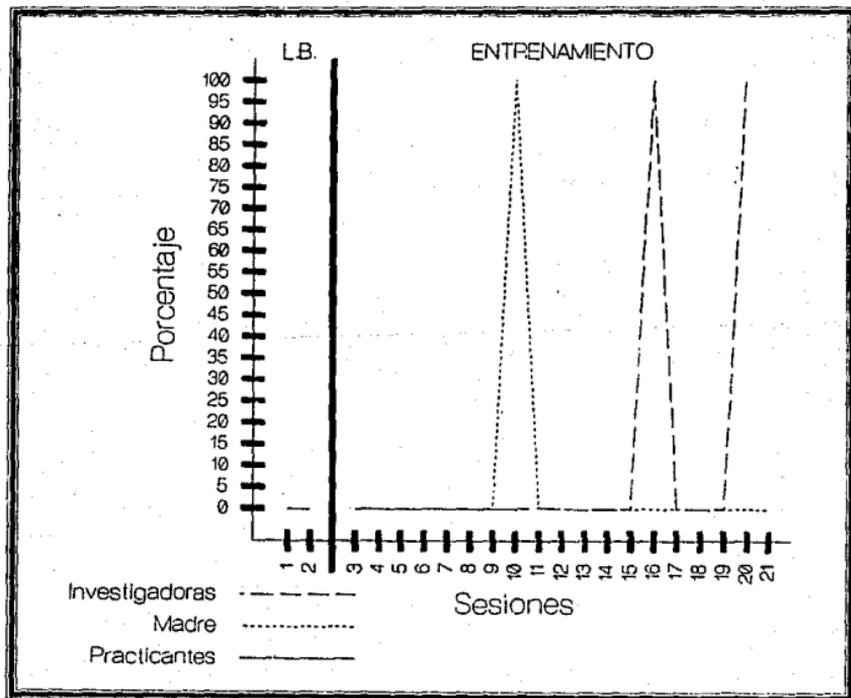


TABLA 1**PROGRAMA: ELIMINACION DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA**

ENTRENADOR	ESCENARIO	LINEA BASE	ENTRE- NAMIENTO	SEGUI- MIENTO
			F R E C U E N C I A (PROMEDIO)	
Madre	Hogar	-	2	-
Practicantes	C.E.E.D.H.	15	8	-
Investigadoras	C.E.E.D.H.	43	5	-

TABLA 2**PROGRAMA: CAMINAR SIN DETENERSE**

ENTRENADOR	ESCENARIO	LINEA BASE	ENTRE- NAMIENTO	SEGUI- MIENTO
Madre	Hogar	-	52%	-
Practicantes	C.E.E.D.H	30%	28%	-
Investigadoras	C.E.E.D.H	15.6%	60%	-

TABLE 3**PROGRAMA: USO DEL RETRETE**
Conducta de Jalarse el Pantalón

ENTRENADOR	ESCENARIO	LINEA BASE	ENTRE- NAMIENTO	SEGUI- MIENTO
Madre	Hogar	0%	20.0%	-
Practicantes	C.E.E.D.H	0%	9.3%	-
Investigadoras	C.E.E.D.H	0%	64.0%	-

Conducta de Vocalizaciones

ENTRENADOR	ESCENARIO	LINEA BASE	ENTRE- NAMIENTO	SEGUI- MIENTO
Madre	Hogar	0%	0%	-
Practicantes	C.E.E.D.H	0%	0%	-
Investigadoras	C.E.E.D.H	0%	33.3%	-

Continua Cuadro 3...

Conducta de Sentarse en el Retrete

ENTRENADOR	ESCENARIO	LINEA BASE	ENTRE- NAMIENTO	SEGUI- MIENTO
Madre	Hogar	0%	91.0%	-
Practicantes	C.E.E.D.H	0%	31.3%	-
Investigadoras	C.E.E.D.H	0%	89.0%	-

Conducta de Orinar o Defecar

ENTRENADOR	ESCENARIO	LINEA BASE	ENTRE- NAMIENTO	SEGUI- MIENTO
Madre	Hogar	0%	5.3%	-
Practicantes	C.E.E.D.H	0%	0%	-
Investigadoras	C.E.E.D.H	0%	11.1%	-

ANEXOS

ANEXO 1
PROGRAMA DE
ELIMINACION DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

ANEXO 1

ELIMINACION DE CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Objetivo

Al término del programa el sujeto dejará de pellizcarse la cara y jalarse los cabellos, a través de una técnica de tiempo fuera parcial y reforzador diferencial.

Materiales

1. Hojas de registro
2. Material didáctico
3. Lápices

Escenario

Cubiculo del Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México y casa del niño.

Definición de variables

V.I. Será el uso del reforzador contingente a la respuesta adecuada, el castigo verbal negativo, la instigación física y el tiempo fuera.

V.D. Será la eliminación de la conducta de autodestrucción.

Definición de Términos

Para el presente estudio, Conducta Autodestructiva serán las conductas de pellizcarse y jalarse los cabellos que consisten en:

- Pellizcarse** Llevar las manos a la cara y presionar la piel con las uñas o las yemas de los dedos, produciéndose enrojecimiento, moretón o sangrado.
- Jalarse los cabellos** Llevar las manos a la cabeza con los dedos, tomar cabellos cerrando las manos y tirando con fuerza en sentido opuesto a la raíz del pelo.
- Castigo** En forma general se dice que el castigo es un procedimiento mediante el cual aplicamos un estímulo (punitivo) como consecuencia de una conducta; el efecto que persigue es la supresión de dicha conducta por reducción de su probabilidad futura. Freds, Keller y Ribes (1982).
Es un estímulo que provoca dolor o por lo general, es un incentivo negativo que se aplica con la finalidad de modificar o eliminar una conducta dada. Alberto L.Merani (1986).

En la presente investigación el castigo será el decirle al niño en forma verbal negativa "No lo hagas" cuando el niño presente la conducta autodestructiva.

**Reforzamiento
Diferencial**

De acuerdo con White. D. R. (1971), es un procedimiento en el que la ocurrencia de una clase particular de respuestas pospone la administración del reforzamiento. Así, el individuo recibe un reforzamiento programado excepto cuando se entregue al comportamiento especificado. Este procedimiento suele dar lugar a una disminución del comportamiento especificado. Asimismo, es el reforzamiento, de una respuesta, bajo una condición de estímulo mientras que las otras respuestas se refuerzan bajo condiciones diferentes de estímulo.

Registro

Se utilizará un registro de frecuencia que consiste en registrar la cantidad de conducta emitida por el sujeto y que nos permite obtener medidas de cantidad por unidad de tiempo (tasa de respuesta).

El tipo de registro de frecuencia es total con una duración por sesión de 50 minutos, siguiendo los pasos que a continuación se describen:

a) Asignación de la abreviatura para la conducta de interés "ECA" (Eliminación de conducta autodestructiva).

b) Se anotará en la hoja de registro el escenario, las condiciones, la hora y la fecha en que se llevará a cabo el registro.

c) Se anotará en la hoja de registro cada ocurrencia de la respuesta de interés con un signo positivo o negativo según se presente.

Confiabilidad

La confiabilidad se obtendrá mediante dos observadores independientes, utilizando la fórmula:

$$\frac{\text{No. Menor}}{\text{No. Mayor}} * 100$$

Para esta investigación el nivel de confiabilidad será de un 80% mínimo.

PROCEDIMIENTO

FASE A LINEA BASE

1. Las personas que trabajen con el niño deberán anotar en la hoja de registro, el número de veces que el niño emita la conducta de autodestrucción.

2. No deberán dar ningún tipo de instrucción.

3. El registro de estas conductas se llevará a cabo durante un periodo de 2 sesiones.

4. Se pasará a la siguiente fase si el niño presenta un 70% ó más de conductas autodestructivas.

FASE B ENTRENAMIENTO

1. Las personas que trabajen con el niño deberán anotar en la hoja de registro el número de veces que el niño emita la conducta de autodestrucción.

2. Cuando el niño emita la conducta de autodestrucción, la persona que lo observe realizará los siguientes pasos:

- a) Deberán castigar al niño inmediatamente en una forma verbal negativa, diciéndole: "No lo hagas".

- b) Se utilizará instigación física, quitándole las manos de donde se agrede.
- c) Se aplicará un tiempo fuera parcial. La persona deberá apagar la luz del cubículo, quedándose ahí con él hasta que el niño deje de emitir la conducta no deseada.
- d) Una vez que el niño deje de agredirse, se encenderá la luz, se le reforzará con un comestible (galletas de bombón o bombones, exclusivamente) y se le reforzará verbalmente en forma positiva, diciéndole "Muy Bien Marcos".
- e) Esta fase se llevará a cabo hasta que el sujeto muestre una tasa de ocurrencia menor al 20% o no presente la conducta autodestructiva en 7 sesiones consecutivas.

3. Desvanecimiento

- a) Se empezará a desvanecer la instigación física, utilizando únicamente el castigo, el tiempo fuera parcial y el reforzador comestible.
- b) Se procederá a desvanecer el tiempo fuera parcial, utilizando únicamente el castigo y el reforzador comestible.
- c) Se eliminará el reforzador comestible, utilizando únicamente el castigo.

- d) Se desvanecerá el castigo.
- e) Esta fase se llevará a cabo hasta que el sujeto muestre una tasa de ocurrencia menor al 20% o no presente la conducta autodestructiva en 7 sesiones consecutivas.

FASE C SEGUIMIENTO

Este periodo se llevará a cabo durante 30 días, en los cuales, se realizarán dos observaciones una a los 15 días y la segunda a los 30 días. Se anotará en la hoja de registro el número de veces que el niño emita la conducta de autodestrucción.

ANEXO 2
PROGRAMA DE
CAMINAR SIN DETENERSE

ANEXO 2

PROGRAMA DE: CAMINAR SIN DETENERSE

Objetivo

Al término del programa el niño caminará sin detenerse una distancia de 18 metros aproximadamente, por lo menos 10 de 15 ensayos seguidos en una sesión de 50 minutos, cada vez que se le indique.

Material

1. Hojas de registro 2. Lápiz 3. Cronómetro 4. Pelota, aro, etc.

Escenario

Andador de la Unidad Habitacional donde vive el niño y el pasillo del Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México. La distancia del pasillo es aproximadamente de 18 metros.

Definición de variables

V.I. Variable Independiente

Será el entrenamiento mediante:

1. La instrucción verbal dada por el entrenador diciendo "Camina Marcos".

2. El reforzador comestible y social proporcionado al niño de manera inmediata a la respuesta de caminar.

3. La instigación física inmediata a la respuesta inadecuada de no caminar.

V.D. Variable Dependiente

Será la conducta de caminar sin detenerse.

Definición de términos

Caminar sin detenerse Movimiento de las piernas alternadamente una tras la otra hacia adelante, sin interrumpir el paso.

Reforzador Comestible Será un pedazo de galleta de bombón de nombre Arco Iris de la marca Gamesa, entregada inmediatamente después de la conducta de caminar sin detenerse.

Reforzador Social Definición general. Es cuando un sujeto recibe reforzamiento por mediación de otro miembro de un grupo social, con base a las conveniencias que dicho grupo establece para esa conducta en particular. Ejemplos: prestar atención, voltear a ver a alguien, palmaditas, sonreír, muestras de afecto. Ribes

Iñesta E. (1984).

Para este programa, será todo tipo de alabanzas (por ejemplo: "Muy bien Marcos", "Bravo", cariños y toda muestra de afecto como son: Abrazos, aplausos, etc., en cuanto se presente la respuesta de caminar sin detenerse.

Instigación
física

El entrenador se colocará a un paso atrás del niño y lo tomará de la parte media de la cintura por la espalda, presionando los músculos con el dedo pulgar y medio, impulsándolo hacia adelante.

Registro

Se utilizará un registro de ensayo modificado el cual consistirá en:

1. Anotar si la respuesta inició en los primeros cinco segundos.
2. Anotar la distancia aproximada de la conducta de caminar sin detenerse.
3. Anotar la duración de la conducta de caminar sin detenerse.

Confiabilidad

Se obtendrá mediante el registro de dos observadores independientes, utilizando la fórmula:

$$\frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos}} * 100 = \text{Porcentaje de confiabilidad para cada uno de los criterios que se indican en el apartado de registro.}$$

Procedimiento

Fase A Línea Base

1. El niño se colocará al inicio y en medio del pasillo.
2. El entrenador se colocará a la mitad del pasillo de lado, viendo de frente al niño y le dirá "Ven Marcos".
3. Si el entrenador observa que el niño se dirige hacia él emitiendo la respuesta correcta, el entrenador retrocederá hasta llegar al otro extremo del pasillo.
4. Los observadores se colocarán al otro extremo, cada uno en una esquina viendo de frente al niño.

Los observadores registrarán la ocurrencia o no ocurrencia de la conducta de caminar sin detenerse en periodos de 30 segundos por cada ensayo. Después de 5 ensayos, se dará un receso de 2.5 minutos, en donde se llevarán a cabo actividades libres de juego.

5. No se reforzará ni se instigará, solamente se registrará la ocurrencia o no ocurrencia de la respuesta.

6. Se pasará a la Fase de entrenamiento si el niño se detiene en 10 de 15 ensayos seguidos, en 5 sesiones de Línea Base, respetando los 2.5 minutos de actividad libre de juego entre cada 5 ensayos.

Fase B Entrenamiento

1. El niño se colocará al inicio y en medio del pasillo.

2. El entrenador se colocará a un lado del niño y lo tomará de la parte media de la cintura por un costado y le dirá "Camina Marcos.."

3. Si el entrenador observa que el niño empieza a caminar sin detenerse, los dos caminarán juntos hasta el otro extremo.

4. Si el niño se detiene, se le instigará físicamente, y en caso de que el niño camine sin detenerse, se le reforzará socialmente de manera inmediata al llegar al final del pasillo y se le dará un reforzador comestible.

5. Se procederá a desvanecer la instigación física cuando se presente la respuesta adecuada, ayudándolo sólo primero hasta las tres cuartas partes del pasillo, después hasta la mitad y así sucesivamente, hasta lograr que camine por sí solo todo el pasillo, con solo llamarlo. Se reforzará con un comestible al llegar hasta el final del pasillo, así como se seguirá usando el reforzador social durante cada ensayo.

6. Después se irá desvaneciendo el reforzador comestible, dándole solamente primero en 14 de cada 15 ensayos, después en 13 de cada 15 y así sucesivamente, restándole uno hasta llegar a no darle reforzador comestible.

7. Por último se desvanecerá el reforzador social reforzándolo solamente primero en 14 de 15 ensayos, después 13 y así sucesivamente restándole uno, hasta llegar a no reforzarlo socialmente.

8. Se pasará a la siguiente fase si el niño camina sin detenerse por lo menos en 10 de cada 15 ensayos seguidos en una sesión.

Fase C Seguimiento.

1. El niño se colocará al inicio y en medio del pasillo.
2. El entrenador se colocará a un paso atrás del niño y le dirá "Camina Marcos.."

3. Si el entrenador observa que el niño camina sin detenerse, el entrenador caminará junto con él hasta llegar al otro extremo del pasillo sin instigarlo ni reforzarlo.

4. Los observadores se colocarán al otro extremo, cada uno en una esquina viendo de frente al niño.

Los observadores registrarán la ocurrencia o no ocurrencia de la conducta de caminar sin detenerse en periodos de 30 segundos por cada ensayo. Después de 5 ensayos se dará un receso de 2.5 minutos en donde se llevarán a cabo actividades libres de juego.

5. No se reforzará ni se instigará, solamente se registrará la ocurrencia o no ocurrencia de la respuesta.

6. Las observaciones se llevarán a cabo primeramente cinco días seguidos, es decir cinco sesiones en una semana. Después, solamente dos sesiones al azar cada semana durante un mes.

Estas observaciones se realizarán una semana posterior al entrenamiento.

ANEXO 2.1

PROGRAMA: CAMINAR SIN DETENERSE			
ESCENARIO: _____		FECHA _____	
SUJETO: _____			
OBSERVADOR 1 _____			
OBSERVADOR 2 _____			
HORA INICIAL _____		HORA FINAL _____	
SESION _____		FASE _____	
CONFIABILIDAD _____			
ENSAYO	RESPUESTA (+) (-)	DISTANCIA	DURACION
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
OBSERVACIONES			

ANEXO 3

PROGRAMA DE

USO DEL RETRETE

ANEXO 3
USO DEL RETRETE

Objetivo

Que al término del programa, el niño indique deseos de ir al baño y use el retrete sin ensuciarse su ropa ni su persona.

Material

1. Hojas de registro
2. Retrete o taza de baño
3. Diurético
4. Ropa del niño para mudarse en caso de que se moje o ensucie.

Escenario

1. Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano (Baño de niños).
2. Casa del niño (baño).

Definición de variables

V.I. Variable Independiente.

Será el uso del reforzador contingente a la respuesta adecuada, el reforzamiento verbal negativo y la instigación

física.

V.D. Variable Dependiente.

Será la conducta de indicar deseos de ir al baño y el uso adecuado del retrete.

Definición de Respuestas

Indicación de deseos de ir al baño: Para el presente estudio la indicación de deseos de ir al baño será la conducta de jalarse el pantalón o balbuceos que consisten en:

Jalarse el
pantalón (J)

Que el niño lleve sus manos
o una mano, a cualquier
parte del pantalón jalando
hacia abajo.

Vocalizaciones (V)

Será la emisión de la
silaba "pi" ó la palabra
"pipi".

Orinar y defecar
(O/D)

Que el niño, sentado en el
retrete defeque u orine
cuando tenga deseos de
hacerlo.

Sentarse en el retrete
(S)

Que el niño estando de pie, y de espaldas en dirección al retrete flexione sus rodillas hasta que sus nalgas queden encima de la taza del retrete.

Registro

Se utilizará un registro de frecuencia, que consistirá en registrar la presencia o no de la conducta.

1. Se anotará en la hoja de registro el escenario, la hora y la fecha en que se llevará a cabo el registro.

2. Se anotará en la hoja de registro si se presenta o no la conducta esperada con un signo (+) ó (-) según sea el caso.

Confiabilidad

Se obtendrá mediante dos observadores independientes utilizando la fórmula:

No. Menor

_____ x 100 = Coeficiente de % confiabilidad

No. mayor

Para esta investigación el nivel de confiabilidad será de un 70% como mínimo.

Procedimiento

El presente estudio se llevará a cabo en 4 fases A-B1-B2-C.

FASE A

1. Se le dará al niño un diurético (3 ó 4 vasos de té de manzanilla), una hora antes de iniciar esta fase.

2. Después de esto, se registrarán las veces que el niño orine o defeque en sus ropas; revisando cada 15 minutos para ver si está seco o mojado, en éste último caso, se le cambiará de ropas.

3. Se aplicarán 2 sesiones de Línea Base por cada entrenador (madre, practicantes e investigadoras), siendo un total de 6.

4. Se pasará a la siguiente fase si el niño presenta menos del 70% de respuestas positivas.

FASE B1

1. Una hora antes de iniciar el entrenamiento se le dará al niño tres o cuatro vasos de té de manzanilla (que funcionará como diurético).

2. El entrenador, los observadores y el niño permanecerán en el baño durante el entrenamiento.

3. Cada 15 minutos durante la sesión se llevará al niño a la taza de baño o retrete y estando el niño y el entrenador en el retrete, el entrenador instigará al niño, tomándolo de una de sus manos y llevándolo a cualquier parte superior del pantalón, jalándolo hacia abajo un mínimo de 10 cm. aproximadamente, simultáneo a esto se le reforzará verbalmente diciéndole: "pi" o la palabra "pipi".

4. Se sentará al niño en la taza de baño ó retrete, y se le instigará al niño para que orine ó defaque ó ambas, con sonidos como shhhhh. También se le arrojará agua en su pene para de esa manera también estimularlo, dejándolo sentado un mínimo de 5 minutos.

5. Si se presenta la conducta de orinar o defecar, se dejará al niño ahí hasta que termine de hacerlo.

6. Después de que termine de orinar o defecar se le aplaudirá y se le dirá, ¡Bravo Marcos!, simultáneamente se le dará un reforzador comestible, bombón ó galleta de bombón.

7. Cuando el niño haya terminado de orinar ó defecar, el entrenador lo limpiará y cambiará sus ropas.

8. Se pasará a la siguiente fase si el niño cubre un

mínimo de 70% de respuestas adecuadas.

FASE B2

En esta fase el niño se entrenará de la siguiente manera:

1. Se llevará al niño al retrete cada 15 minutos y si da la respuesta correcta, se le reforzará con comestible, sino lo hace, se le instigará, llevando una de sus manos a cualquier parte superior del pantalón y jalándolo hacia abajo un mínimo de 10 cm. aproximadamente, simultáneo a esto se le reforzará sólo verbalmente.

2. Enseguida se dejará al niño solo, si da la respuesta se le reforzará verbalmente, sino lo hace, se le instigará sentándolo en el retrete y solamente se reforzará verbalmente.

3. Si el niño da las respuestas correctas se le reforzará verbalmente y poco a poco se irá desvaneciendo el reforzador hasta que logre hacerlo sin reforzarlo, por ejemplo de 3 sesiones a la semana en 3 semanas se reforzará 2 después en la cuarta y quinta sesión se reforzará 1 y después se le dejará sin reforzar.

4. Se pasará a la siguiente fase si el niño cumple con un 80% de respuestas adecuadas.

FASE C

Esta fase se llevará a cabo una semana después del entrenamiento.

1. Una hora antes se le dará al niño a beber (3 ó 4 vasos de té de manzanilla).

2. Al niño se le revisará cada 15 minutos, anotando si está mojado o no.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, M. R., Greer, G. J. and Dietrich, L. W.-
Overview and Perspectives.- Educating Severely and Profoundly Retarded.- University Park Press.-Copyright, 1976 (2), 746.
- Azrin, N.H., Bugle, C. and O'Brien, F.- Behavioral Engineering: Two Apparatuses for Toilet Training Retarded Children. Journal of Applied Behavior Analysis. 1971, 4, 249-253.
- Azrin, N.H., Schaeffer, R. and Wesolowski, M.- A Rapid Method of Dressing Training for Institutional Severe Retarded Adults. Journal of Applied Behavior Analysis. 1971, 4, 89, 99.
- Baer, D.- Laboratory control of thumbsucking by withdrawal and representation of reinforcement.- Journal of Experimental Analysis of Behavior. 1962, 5, 525-528.
- Bandura, A.- Psychotherapy as learning process.- Psychol. Bull. 1961, 58, 143-149.
- Barrett, B. H. y Lindsley, O R.- Deficits in acquisition of operant discrimination and differentiation shown by institutionalized retarded children.- American Journal of Mental Deficiency. 1962, 67, 424-436.
- Beckman, P.J.- Perception of Young Children with Handicaps. A comparison of Mothers and Program Staff.- Mental Retardation. 1984, Vol. 22-4, 176, 181.

- Bernard, D. J., Christophersen R.E. y Wolf. M.M.- Parent-Mediated Treatment of Children's self injurious behavior.- Journal of Pediatric Psychology, 1976, 1-56-61.
- Bijou, S. W.- Theory and Research in Mental (Developmental) Retardation.- The Psychological Record, 1963, 13, 93-110.
- Bijou, S. W.- A functional analysis of retarded developmental.- International Review of Research in Mental Retardation, 1966, 1, 1-19.
- Bonnett. S.A.- The Elimination of Tantrum Behavior by Extinction Procedures.- Journal of Abnormal and Social Psychology, 1975, 59, 269.
- Bruno, J.F.- Diccionario de Terapias Psicológicas Fundamentales.- Ediciones Paidós, España, 1988, 109.
- Buell, J., Stoddard, P., Harris, F., y Baer, D.- Collateral social developmental accompanying reinforcement of outdoor play in a preschool child.- Journal of Applied Behavior Analysis, 1968, 1, 167-173.
- Butterfield, S.A.- Gross Motor Profiles of Deaf Children. Perceptual and Motor Skills. 1986, 62, 68-80.
- Castro, L.- Diseño Experimental Sin Estadística.- Usos y Restricciones en su aplicación a las Ciencias de la Conducta.- Editorial Trillas, México, 1982, 120-122.

- Clarke, D.B.- El niño Deficiente Mental, Moderado, Severo y Profundo.- Revista Psicología Educativa.- No. 29, 1982, 2-6.
- Craighead, W, Kazdin, A, y Mahoney, M.- Behavior Modification. Ed. Houghton Mifflin. Boston 1976.
- Dayan, M.- Toiled training retarded children in a state residential institution.- Mental Retardation, 1964, 2, 116-117.
- De Quiroz, B.J.- Actividad Motora y Aprendizaje.- Revista Psicología Educativa. No. 27, 1982, 24-31.
- De la Fuente, R.- La Prevención y la Intervención Temprana en los Desórdenes Mentales de los niños en los Programas de Salud Mental.- Salud Mental.- Vol. 3, No. 3, 1980, 2-5.
- Diaz, J.L.- Estructura del Comportamiento y de la Dinámica Social.- Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, D.F. 1984, 76-79.
- Di Pietro, A.J.- Effects of Physical Stimulation on Motor Inhibition in Children.- Perceptual and Motor Skills. 1986, 63, 207-214.
- Dorsey, F., Brian, A.- Reid, H. and Davis, P.- Protective Continuous and Contingent Application in the Treatment.- Journal of Applied Analysis. 1982, 2, 217-230.

- Enciclopedia de la Psicología.- Ed. Océano, Barcelona, España, 1985, Tomo 6, 215.
- Escalona, K.S.- Social and Other Environmental Influences on the Cognitive and Personality Developmental of Low Birthweigh Infants.- American Journal of Mental Deficiency. 1984, Vol. 88, No. 5, 508-511.
- Ey. H.P. Bernard y Ch. Brisset.- Tratado de Psiquiatría, Ed. Masson, México, 1978. 583.
- Fils, H.D.- Consejo y Orientación a Padres de Niños y Adolescentes con Trastornos en el Desarrollo.- Revista Psicología Educativa. No. 29, 1982, 10.
- Freedman, A., Kaplan, H. y Sadock, B.- Compendio de Psiquiatría. Editores Salvat, S.A., Barcelona, 1982, 387.
- Galindo, E., Bernal, T., Hinojoza, G., Galguera, M., Tarecena, E. y Padilla, F.- Modificación de Conducta en la Educación Especial. Diagnóstico y Programas.- Ed. Trillas, México, 1984, 15, 38-39, 142-143, 168-171.
- Grossberg, J.N.- Behavior Theraphys a review.- Psychol. Bull, 1964, 62, 73-88.
- Guevara, Yolanda.- Una alternativa con Bases Conductuales para la Implementación de la Terapia Física en México.- tesis Profesional Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. U.N.A.M.- México, 1980.

- Horner, D.R.- The Effect of an Environmental Enrichment Program on the Behavior of Institutionalized Profoundly Children.- Retarded Children. 1980, 18, 473-491.
- Hundziak, M, Maurer, R.A y Watson, L.S.- Operant conditioning in toilet training of severely mentally retarded boys.- American Journal of Mental Deficiency.- 1965, 170, 120-124.
- J. de Ajuriaguerra, D. Marcelli.- Psicopatología del Niño.- Ed. Masson.- México.- 1984.
- Johnson, M. Operant.- Techniques in Parent Training: A Critical Review.- Department of Human Development, University of Kansas.- 1972.
- Kantor, J.R. Interbehavioral psychology.- Ed. Principia Press.- Bloomington, Indiana.- 1959.
- Koegel, R. Glahn y Mieminen, G.- Generalization of parent training results.- Journal of Applied Behavior Analysis.- 1978, 11-95-109.
- L. Merani Alberto.- Diccionario de Psicología.- Ed. Grijalbo.- 3a. Edición.- México, D.F.- 1986.- 365.
- Leland H. Smith D.E.- Mental Retardation: Present and Future Perspectives.- Charles A. Jones Publishing.- Ohio.- 1981.
- Levine, M.- Intelligence of Parents of Autistic Children.- Journal of Abnormal Psychology.- 1965.- 73, 215-217.

- Luiselly, J.K.- Modification of Self-Injurious Behavior. An Analysis of the Use Contingently Applied Protective Equipment. Behavior Modification.- 1986.- Vol. 10, No. 2.- 191-204.
- Martinez, María L.- Educación Especial en las Américas: Metas para el año 2000 y Desafíos para la Década de los 80'. Revista Latinoamericana.- Vol. 10, 8, 1981, 46-53.
- Mayer, R.- Preparing instructional objectives.- Ed. Fearon.- Palo Alto.- 1962.
- Meyerson L, Michael, J.L., Mowrer G.H. Osgood, C.E y Staats, A.W.- Learning Behavior and Rehabilitation.- Psychological Research on Rehabilitation. American Psychological Association.- Washington, D.C.- 1963.
- O'Brien, S. Ross, L. and Christophersen, E.- Primary Encopresis Evaluation and Treatment.- Journal of Applied Behavior Analysis.- 1986.- Vol. 2, 137-145.
- Ribes, I.E.- Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo.- Memorias del II Congreso Interamericano de Retardo Mental.- Panamá.- 1975.
- Ribes, I.E.- Técnicas de Modificación de Conducta.- Ed. Trillas, México, 1984.
- Reynold, G.S.- Compendio de Condicionamiento Operante.- Ed. Ciencia de la Conducta, S.A.- México, 1973.

- Roldier, A. and Houten, R.- Movement Suppression Time Out for Undesirable Behavior in Psychotic and Severely Developmentally Delay Children.- Journal of Applied Behavior Children.- 1985, 18, 27, 5-83.
- Rusell, M.- Assesment and Intervention Issue with the Nonspeaking Child. Exceptional Children.- 1984, Vol. 51, 61-71.
- S. Keller Fred y Ribes Ifresta Emilio.- Modificación de Conducta Aplicaciones a la Educación.- Biblioteca Técnica de Psicología.- Ed. Trillas.- México.- 1982.- 115.
- Skinner, B.F.- Ciencia y Conducta Humana.- Barcelona, España.- Ed. Fontanella.- 1953.
- Solis-Cámara, P.- Importancia de la Conducta Adaptativa del Retardo Mental.- Salud Mental.- 1982.- Vol. 5, 5, 4-6.
- Sulzer-Azzaroff, B. y Mayer, G.- Procedimiento del Análisis Conductual Aplicado con Niños y Jóvenes.- Ed. Trillas.- México.- 1985, 15-52.
- Whaley, D.L. y Tough, J.- El Tratamiento de un Mongoloide Autodestructor por medio de Supresión y Evitación Producidas por Choques. En: Ulrich, R., Satchnik, T. y Mabry, J.- Control de la Conducta Humana.- Vol. 2, Ed. Trillas, México, 1974, 238-240.

- White, O.R.- A Glossary of Behavioral Terminology.-
Champaign, III.- Research Press.- 1971.
- Wolf, M, y Risley, T.,- Some current dimensions of
Applied Behavior Analysis.- Journal of Applied Behavior
Analysis.- 1968, I, 91-97.
- Wolf, M. Risley y Mees, H.- Aplicacion of Operant
Conditioning Procedures to the Behavior problems of an
Autistic Child.- Behavior Research and Therapy.- 1975.
- Wolpe, J.- A behavior therapy casebook.- Nueva York.-
Pergamon.- 1976.
- Yates, A.J.- Terapia del Comportamiento.-Ed. Trillas.-
México, 1982.