



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia**

**“PSICOEDUCACIÓN EN PRINCIPIOS Y TÉCNICAS
CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE
LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN
INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON
MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES
DIFERENTES”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Aleida Isela Rubiños Martínez

Director: Lic. Omar Moreno Almazán.



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mi madre y padre:

Ella siempre trabajadora y ejemplo fiel de poder salir adelante a pesar de cualquier adversidad, él ejemplo de trabajo arduo, imparable y ser un luchador. Ambos me formaron y sentaron las bases para que yo fuese una persona que cree en sí misma, me dieron oportunidades y me dejaron volar.

Los amo.

A mi hijo Carlos:

*Niño-joven fuerte, amoroso y el mejor hijo que una madre puede tener, que me acompañó y tuvo paciencia, me apoyó y me honra al decir que "su mamá es la que más ocupa las neuronas". Te amo mi vida!!
Muchas gracias por todo lo que me ayudas, eres formidable y ejemplar.*

A mi amado esposo Carlos:

*Fiel compañero, amigo y amante.
Quien con su paciencia, comprensión, y apoyo diario en todo momento me dio la oportunidad de continuar con este sueño.
Gracias flaco, te adopto y sé que por dentro tu también llevas la sangre azul y la piel dorada.
Te amo, y nunca es tarde....*

A mis hermanos:

*Jorge, ejemplo de trabajo constante y que si se quiere, se puede!.
Tania, mujer creativa, trabajadora y siempre positiva, los amo.*

Comadre Lucy y querida Fernanda:

Sigamos siendo siempre mujeres que luchan por lo que sueñan, las quiero.

A mi Adrián:

Mi niño, sin tu existencia quizá yo no hubiera descubierto lo que vine a hacer a este mundo. Tal vez no leas estas palabras pero se mi hijo que con tu corazón y tu alma comprendes el amor que te tengo. Quiero un mundo mejor para tu futuro y el de muchos niños y familias que afrontan las capacidades diferentes. Te amo.

AGRADECIMIENTOS

A todos mis tutores del SUAyED:

Ejemplo de grandes personalidades que brindan sus conocimientos y apoyo constante, quienes sin importar la distancia y el tiempo me ayudaron a crearme y “creerme” una identidad UNAM; porque en todo momento me dieron palabras de aliento, me corrigieron cuando fue necesario dándome la oportunidad de saber que yo podía lograrlo y sobre todo exigieron calidad.

Estimado Daniel Mendoza:

Usted fue quien me dio la pauta el día que comentó que yo podría hacer algo por mi comunidad, el aprendizaje adquirido en los módulos que cursé bajo su tutoría contribuyeron en gran medida a la elaboración de esta Tesis.

Aprecio, agradezco y valoro su guía, exigencia y sus conocimientos pero sobre todo, gracias por su interés y profesionalismo en las Necesidades Educativas Especiales.

Querida Ely Montecillos:

Gracias por tu amistad, sabiduría y porque me enseñaste a analizar, fue el principio para que cada semestre yo recordara lo que se hace con los conocimientos adquiridos y hasta la revisión de esta Tesis me impulsaste para encontrar nuevas ideas.

Tutores David Negrete y Ricardo Sánchez:

Gracias por sus conocimientos y por ser tan exigentes, con ustedes aprendí a darle valor a la metodología e investigación y sobre todo, le “tomé el gusto”.

Maestra Gabriela Méndez:

Tutora ejemplo de responsabilidad y sencillez, admiro tus conocimientos en todos los sentidos; gracias por tus sabias palabras.

Dra. Ofelia Contreras:

Sabia mujer inteligente y trabajadora que me inspiró para continuar con otros proyectos y demostró confianza en mí, muchas gracias.

Tutores Ma. Eugenia Espinosa, Thalía Rebeca y Gustavo Montalvo,:

Gracias por su tiempo y dedicación, por sus retroalimentaciones.

A mis últimos tutores de la licenciatura Lic. Omar Moreno y Dra.

Paty Landa:

El que Ustedes compartan sus conocimientos y además brindaran su apoyo, guía y colaboración permitieron que este sea un trabajo de calidad pero sobre todo, un trabajo que pienso –y quiero- refleje el espíritu UNAM.

Me siento honrada que hayan sido mi Asesor de Tesis y mi tutora de la práctica de intervención.

GRACIAS por la disposición , orientación y paciencia Lic. Omar!!

A mis queridas compañeras y amigos que vienen en el camino:

Miriam Chincoya, Laura Parada, Paty Ramírez, Ricardo de la Rosa, Nayely Ramos, Inti Echeverría, Mariana Libertad, ¡adelante chicos, se acercan a la meta!

Su apoyo, cariño y comentarios me dieron aliento y energía cuando me sentía cansada.

A mis amigas y compañeras egresadas

que me brindaron orientación, Sol Olazo, Cruz Elena, Laura Pérez, Eva Ortiz.

A mi querida amiga y compañera de generación Mónica López:

¡Lo logramos! Vamos para adelante y éxito

***Gracias a todos por apoyarnos mutuamente
en nuestro aprendizaje
“a distancia”.***

A todos aquellos que lean esta Tesis, me gustaría dejar algo en

Ustedes...

“Por mi raza hablará el espíritu”

(José Vasconcelos, 1920)

INDICE

1. ANTECEDENTES	22
1.1. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA Y CONDUCTA HUMANA.....	22
1.1.1. <i>La experimentación en Psicofisiología y Psicofísica</i>	25
1.1.2. <i>Enfoque cognitivo-conductual y modificación de conducta</i>	30
1.2. ANTECEDENTES DEL APRENDIZAJE.....	34
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	36
2.1. DESARROLLO HUMANO	36
2.2. APRENDIZAJE Y CONDUCTA	38
2.3. PSICOEDUCACIÓN.....	40
2.4. LA CONDUCTA ANORMAL	42
2.5. DISCAPACIDAD O CAPACIDADES DIFERENTES	44
2.5.1. <i>Datos estadísticos y tipos de discapacidades según INEGI</i>	46
2.5.2. <i>Terminología importante a considerar en materia de discapacidad</i>	52
2.5.3. <i>Factores y causas que originan algunos tipos de capacidades diferentes</i>	54
2.5.4. <i>Familia y Capacidades Diferentes</i>	57
2.5.4.1. <i>Las expectativas y el duelo.</i>	57
2.5.4.2. <i>El rol del cuidador</i>	60
2.5.4.3. <i>Funcionalidad y algunos factores que favorecen al menor con capacidades diferentes.</i>	61
2.6. LA IMPORTANCIA DE LA PLASTICIDAD CEREBRAL	65
2.7. ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL	67
2.8. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEE)	70
2.8.1. <i>Concepto y Definición</i>	70
2.8.2. <i>La Educación Especial en México</i>	72
2.8.3. <i>El reto: la Inclusión Educativa</i>	74

2.8.4. <i>Normatividad vigente en materia de Discapacidad, Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales</i>	76
2.9. IMPORTANCIA DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN REHABILITACIÓN INTEGRAL Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.....	82
2.9.1. <i>Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en el estado de Oaxaca</i>	82
2.9.1.1. <i>Terapeutas ocupacionales y de lenguaje</i>	83
2.9.2. <i>USAER y CAM</i>	85
2.9.2.1. <i>Profesores de Educación Especial</i>	86
2.9.2.2. <i>Posturas del profesorado hacia las Necesidades Educativas Especiales</i>	87
2.10. EL PSICÓLOGO, ACTIVIDADES QUE REALIZA Y SU ÁMBITO LABORAL.....	89
2.11. MODELOS DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	91
2.12. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA HACIA MENORES CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y CAPACIDADES DIFERENTES.....	95
2.13. CONDICIONAMIENTO OPERANTE	98
2.13.1. <i>La Evaluación conductual</i>	98
2.13.2. <i>Análisis Conductual Aplicado</i>	100
2.13.3. <i>Análisis Funcional Aplicado</i>	101
2.14. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE	103
2.15. TÉCNICAS OPERANTES PARA EL DESARROLLO DE CONDUCTAS.....	105
2.16. MÉTODO DE AUTOCONTROL	107
2.17. APLICACIÓN DE PRINCIPIOS Y TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN CAPACIDADES DIFERENTES Y/O NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.....	111
2.17.1. <i>Programa para modificación de conductas en menores con Capacidades diferentes</i>	113
3. OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	118
4. MÉTODO.....	120

4.1. PARTICIPANTES.....	120
4.1.1. <i>Criterios de inclusión</i>	120
4.1.2. <i>Criterios de exclusión</i>	121
4.2. CONTEXTO.....	121
4.3. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	123
4.4. PROCEDIMIENTO.....	125
5. RESULTADOS.....	130
5.1. DESCRIPCIÓN.....	130
5.2. EVALUACIÓN DEL TALLER	216
5.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS	227
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	236
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS1	
ANEXOS	

TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1. Tipo de limitación por edad del Censo de Población y Vivienda 2010.....	36
TABLA 2. Concepto y definiciones utilizados en la metodología del Censo de Población y Vivienda 2010.....	37
Figura 1. Metodología y procedimiento a seguir durante el taller en Psicoeducación.....	115
Figura 2. Datos sociodemográficos. Porcentajes en cuanto a género de asistentes.....	119
Figura 3. Datos sociodemográficos. Intervalo de edad de asistentes.....	119
Figura 4. Datos sociodemográficos. Profesión u ocupación de participantes.....	120
Figura 5. Datos sociodemográficos. Institución en que laboran los asistentes.	121
Figura 6. Datos sociodemográficos. Tiempo laborando con menores con capacidades diferentes.....	122
Figura 7. Datos sociodemográficos. Área en que laboran los asistentes... ..	123
Figura 8. Datos sociodemográficos. Personas a quienes atienden los profesionales en su ámbito de trabajo.....	124
Figura 9. Juego “coro de animales”.	126
Figura 10. Selección de opciones por equipos del caso hipotético Lupita (taller 1).....	129
Figura 11. Selección de opciones por equipos del caso hipotético Lupita (taller 2).	133
Figura 12. Previo a intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de establecer línea base partiendo de preguntar al cuidador principal sobre lo que realiza un alumno o paciente en casa.....	134
Figura 13. Después de intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de establecer línea base partiendo de preguntar al cuidador principal sobre lo que realiza un alumno o paciente en casa.....	135

Figura 14. Dinámica “La telaraña”	137
Figura 15. Previo a intervención. Opinión de participantes acerca de registrar la frecuencia con que una conducta se presenta para modificarla o mantenerla.....	142
Figura 16. Después de intervención. Opinión de participantes acerca de registrar la frecuencia con que una conducta se presenta para modificarla o mantenerla.....	143
Figura 17. Previo a intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de tomar en cuenta antecedentes biológicos y factores contextuales para establecer un programa de modificación conductual.....	144
Figura 18. Después de intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de tomar en cuenta antecedentes biológicos y factores contextuales para establecer un programa de modificación conductual.....	145
Figura 19. Previo a intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de la creencia de que los padres o cuidadores principales le faciliten las cosas a sus hijos con capacidades diferentes, ya que no podrán realizarlas por si mismos.....	150
Figura 20. Después de intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de la creencia de que los padres o cuidadores principales le faciliten las cosas a sus hijos con capacidades diferentes, ya que no podrán realizarlas por si mismos.....	151
Figura 21. Ejemplo de técnica de Reforzamiento positivo.....	153
Figura 22. Ejemplo sobre cómo continuar con el proceso para el Reforzamiento positivo y disminución de reforzadores primarios.....	153
Figura 23. Previo a intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de la utilización del castigo cuando un alumno o paciente presenta alguna conducta que no favorece la rehabilitación o el proceso de enseñanza aprendizaje.....	154
Figura 24. Después de intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de la utilización del castigo cuando un alumno o paciente presenta alguna conducta que no favorece la rehabilitación o el proceso de	

enseñanza aprendizaje.....	155
Figura 25. Previo a intervención. Creencia en relación a aplicar el mismo tratamiento con todos los pacientes o alumnos.....	162
Figura 26. Después de intervención. Creencia en relación a aplicar el mismo tratamiento con todos los pacientes o alumnos.....	163
Figura 27. Elaboración de casos por equipos para utilización de Técnicas de modificación de conducta.....	158
Figura 28. Participación por equipos en narrar y representar casos utilizando Técnicas de modificación de conducta.....	161
Figura 29. Previo a intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de la percepción sobre dar igual cualquier premio (reforzador) que se le proporciona a un paciente o alumno, ya que será lo mismo para todos un dulce o un aplauso.....	164
Figura 30. Después de intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de la percepción sobre dar igual cualquier premio (reforzador) que se le proporcione a un paciente o alumno, ya que será lo mismo para todos un dulce o un aplauso.....	165
Figura 31. Proceso para instaurar un programa de modificación conductual exitoso.....	167
Elaboración propia	
Figura 32. Generalización de la conducta.....	
Fuente: Elaboración propia	168
Figura 33. Ejercicio por equipos sobre Moldeamiento y Encadenamiento...	174
Figura 34. Previo a intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de utilización de pasos o aproximaciones para lograr conductas finales.....	178
Figura 35. Después de intervención. Frecuencia de afirmaciones acerca de utilización de pasos o aproximaciones para lograr conductas finales....	179
Figura 36. Previo a intervención. Creencia acerca de involucrar en el programa de modificación de conducta a los cuidadores principales para favorecer la adherencia terapéutica.....	180

Figura 37. Después de intervención. Creencia acerca de involucrar en el programa de modificación de conducta a los cuidadores principales para favorecer la adherencia terapéutica.....	181
Figura 38. Previo a intervención. Disposición para implementar técnicas conductuales aunadas a las estrategias de intervención que los profesionales utilizan con sus pacientes y/o alumnos.....	186
Figura 39. Después de intervención. Disposición para implementar técnicas conductuales aunadas a las estrategias de intervención que los profesionales utilizan con sus pacientes y/o alumnos.....	187
Figura 40. Economía de fichas.....	194
Figura 41. Gráficas de registro de Autocontrol de los participantes.....	192
Figura 42. Previo a intervención. Disposición para enseñar a los cuidadores principales las técnicas conductuales.....	195
Figura 43. Después de intervención. Disposición para enseñar a los cuidadores principales las técnicas conductuales.....	196
Figura 44. Previo a intervención. Creencia sobre generalización de habilidades aprendidas y desarrolladas (conducta) a otros contextos.....	197
Figura 45. Después de intervención. Creencia sobre generalización de habilidades aprendidas y desarrolladas (conducta) a otros contextos.....	198
Figura 46. Evaluación al taller 1 acerca de haber recibido información sobre el desarrollo del taller y haberla respetado.....	199
Figura 47. Evaluación al taller 1 acerca de haber comprendido la información del contenido, y que este fuese relevante para el trabajo de los profesionales.....	200
Figura 48. Evaluación al taller 1 en relación a calidad de dinámicas y material utilizado.....	201
Figura 49. Evaluación al taller 1 acerca de la percepción sobre la utilidad práctica de los conocimientos adquiridos.....	202
Figura 50. Evaluación al taller 1 en relación a interacción y oportunidad de expresarse.....	202
Figura 51. Evaluación al taller 1 en relación a conocimientos del	

facilitador.....	203
Figura 52. Evaluación al taller 1 sobre dudas.....	203
Figura 53. Evaluación al taller 2 sobre recibir información.....	204
Figura 54. Evaluación al taller 2 sobre comprensión del contenido y relevancia en su trabajo.....	204
Figura 55. Evaluación al taller 2 sobre calidad de dinámicas y material.....	205
Figura 56. Evaluación al taller 2 sobre duración del mismo.....	205
Figura 57. Evaluación al taller 2 sobre interacción y conocimientos del facilitador.....	206
Figura 58. Evaluación al taller 2 acerca de dudas sin resolver.....	207

“PSICOEDUCACIÓN EN PRINCIPIOS Y TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES”

A través del tiempo y en todas las culturas, la gente ha intentado entender, definir, explicar o modificar la personalidad o conducta humana, más aún cuando esa conducta es fuera de lo que los demás pudiesen conocer o interpretar como normal. Los filósofos de la antigua Grecia trataban de explicar la conducta diaria de las personas utilizando conceptos como motivación e inteligencia, conducta desequilibrada o psicótica (la cual era un castigo por ofender a los dioses); lo notable desde entonces es que ellos consideraban una relación entre el cuerpo y la mente, involucrando lo biológico, las percepciones y el funcionamiento de la psique. Durante la Edad Media las personas le atribuían explicaciones a fuerzas sobrenaturales y mágicas porque el cuerpo de esos individuos no trabajaba de manera correcta por algún defecto orgánico o biológico. Actualmente dichas explicaciones han cambiado, y ahora el comportamiento humano es estudiado bajo diversos modelos de evaluación entre los que se encuentran el diagnóstico-psiquiátrico y clínico para el diagnóstico de las psicopatologías y medido mediante sus respectivos instrumentos; por otro lado el modelo conductual utiliza instrumentos de registro, se realiza el análisis de conducta y se determina la técnica a utilizar para la modificación de la misma.

Además la intervención por parte del psicólogo se puede llevar a cabo desde diversos enfoques, entre ellos se encuentran la perspectiva tradicional (la personalidad es un sistema de constructos subyacentes que median la conducta) o la perspectiva conductual (la personalidad es un conjunto de capacidades o habilidades que transmiten la esencia de la persona). (Phares, 1999) Ahora bien, las bases teórico metodológicas para la conformación tanto de la Psicología clínica como del enfoque cognitivo-conductual se han sentado por conocimientos adquiridos a lo largo de décadas de experimentación e investigación de diversos

científicos, cuyas contribuciones pueden proporcionar herramientas y métodos susceptibles de utilizar en diversos contextos e individuos, como el que atañe en esta propuesta, el ámbito de la Rehabilitación Integral en capacidades diferentes y la Educación Especial.

Respecto a la conducta de la persona -en el contexto de este trabajo englobando en el vocablo "menores" a niños y niñas- está fuera de lo que se conoce como normalidad debido a desviaciones en su desarrollo que disminuyen su funcionamiento adaptativo, les provoca algún malestar o disminución en sus habilidades y capacidades, además están aunadas a un deterioro biológico y posteriormente les impide acceder al sistema escolarizado regular, se estará incursionando tanto en el ámbito de las capacidades diferentes como de la Educación Especial. En lo que corresponde a la discapacidad desde el punto de vista médico y en el ámbito de la rehabilitación, hasta hace poco tiempo se orientaba hacia la cura o habilitación física principalmente; hoy día se propugna porque el tratamiento sea integral mediante un proceso diseñado para beneficio del menor que la presenta, con miras a que alcance y mantenga un desempeño óptimo en la interacción con su entorno.

Es necesario mencionar que aunque este trabajo se realizó en el ámbito de la Rehabilitación y Educación Especial, también a los menores que presentan capacidades diferentes se les debería incorporar, aceptar y escolarizar en el ámbito de la escuela regular, de esta forma podrían recibir la atención desde la metodología de las Necesidades Educativas Especiales (NEE). En este sentido se focalizaría la atención en aquellos aprendizajes que el menor no puede obtener como sus iguales en edad, en la influencia del contexto que les rodea y en los hábitos de estudio que interfieren en su buen aprovechamiento escolar; pero sobre todo serían necesarias adaptaciones y modificaciones tanto en el aspecto físico de la escuela como en los contenidos curriculares, además las actitudes que la población escolar en general, profesorado y padres de familia deberían ser incluyentes, de tal manera que realmente se favoreciera el aprendizaje de todos los alumnos.

En relación con la Rehabilitación, son varios los especialistas que contribuyen con sus conocimientos hacia el desarrollo de los niños que presentan capacidades diferentes, entre los cuales se encuentran Médicos, Terapeutas, Psicólogos y Trabajadores Sociales; por otro lado, cuando el menor adquiere la edad cronológica para ser escolarizado se necesitará también de Profesores, pudiendo ser éstos de educación regular capacitados y actualizados en NEE, o los que ya están formados dentro de la educación especial, así como también aquellos que puedan contribuir con estrategias, adaptaciones y modificaciones al currículo y actividades escolares en general; sin olvidar que serán imprescindibles desde un principio el apoyo, acompañamiento y sobre todo la colaboración para el tratamiento y atención en general por parte de los padres de familia.

Además, los objetivos deberán estar centrados en las necesidades del desarrollo físico, psicosocial de los menores y su estimulación global, la adaptación ante la adversidad, la potenciación de sus capacidades, habilidades y autonomía, así como toma de decisiones en la adolescencia, las relaciones con familiares y sus iguales en edad y género; pero sobre todo, pensando siempre en que tienen derecho a estar integrados e incluidos en cualquier ámbito social, económico, cultural, deportivo, escolar, recreativo y en general convivir y desarrollarse como cualquier ser humano.

Pero, ¿Qué sucede con las personas que tienen un hijo (a) con alguna capacidad diferente? una vez superado el duelo por la pérdida de un hijo “sano” esperado ¿Asumirán la responsabilidad de proporcionarle los medios necesarios para una rehabilitación y escolarización? Sobre todo, ¿estarán preparados para entrenar hijos autosuficientes en la medida de sus capacidades y habilidades? Le permitirán, a ese hijo con “discapacidad” la oportunidad de tener poder de decisión, de prepararle para el futuro, de esforzarse cada día y superar sus propios déficits, desarrollando y mejorando sus habilidades y capacidades? O, el miedo, la incertidumbre, la ignorancia, la impaciencia ¿predominarán bajo lo que se conoce como sobreprotección?.

Por lo anterior, se convierte en necesidad prioritaria que tanto el modelo médico y psicológico converjan en un modelo biopsicosocial que fomente en los individuos una cultura de inclusión, pero sobre todo de apertura de oportunidades para toda aquella persona que presenta algún tipo de capacidad diferente. Más aún en beneficio de los menores que las presenten, en quienes se pensó al realizar este trabajo con base en teoría y analizando a detalle los diversos factores que pueden influir en su rehabilitación y proceso de enseñanza-aprendizaje.

Ahora bien, cuando el menor acude a su rehabilitación y al ámbito escolar, mantiene una relación estrecha con el especialista que en ese momento le esté proporcionando la terapia o clase, la tarea para los padres de familia o cuidadores principales consiste en aprender y continuar apoyándole tanto con los ejercicios y técnicas en el hogar; en el caso de la terapia ocupacional, de lenguaje y Educación Especial se proporcionarán niveles de apoyo para ejecutar diversas acciones, desarrollar habilidades y aprendizajes, o realizar adaptaciones curriculares necesarias según los objetivos trazados para cada paciente o alumno. Estas relaciones, apoyo, búsqueda e implementación de estrategias y actividades curriculares deberán ser llevadas a cabo por los profesores en colaboración también con padres de familia. Como botón de muestra Martínez, en Espinosa, Parada & Rubiños (2009) menciona que entre los problemas psicológicos más recurrentes en niños y adolescentes se encuentran problemas de conducta y depresión, así como dentro de sus objetivos principales para la intervención *“desarrollar habilidades cognitivas en los niños, brindarles apoyo en el área afectiva y social, adaptándose a cada circunstancia”* (p.7). Por otro lado, Díaz, en Espinosa et al. (2009) señala que en el sistema del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) en Oaxaca: *“Las psicólogas encargadas de los padres de familia brindan atención personalizada de psicoterapia, manejo de duelo, manejo de pérdidas, talleres, dinámicas familiares.”* Asimismo hace hincapié: *“en los padres, se ve lo que son procesos de duelo patológicos, depresión, agresividad y sobreprotección”*. (p. 11)

Considerando entonces un proceso de duelo por parte de los padres de familia por tener un hijo con capacidades diferentes, la sobreprotección ante el temor o ignorancia y diversos factores contextuales propios de cada entorno socio familiar, ¿cómo coadyuvar a que el padre de familia o cuidador principal se involucre y continúe con el tratamiento y propuestas de adaptaciones curriculares indicadas por los profesionales? ¿Tendrán el conocimiento o comprensión suficiente del porqué y para qué, así como las ventajas de continuar con la estimulación temprana, rehabilitación, actividades o utilización de diversas técnicas en casa? Cuando ha pasado el tiempo, y las expectativas que probablemente tenían como padres no se han cumplido, ¿continuarán con la alianza o adherencia terapéutica?.

Como se puede apreciar, al hablar de capacidades diferentes, Rehabilitación, Educación Especial, Necesidades Educativas Especiales, se involucra no solo al menor, sino también a su familia y a los diversos especialistas que interactúan con ellos; en consecuencia, se torna necesario intervenir desde distintos niveles, por lo cual se diseñó este trabajo con la intención de tener un primer acercamiento hacia los especialistas, de tal manera que se les apoye en la labor diaria que realizan con sus pacientes y alumnos, a su vez éstos involucren a los padres de familia. Así, para integrar y relacionar cada una de las diversas temáticas que se han ido mencionado, capturar el significado de los resultados obtenidos y así poder dar una respuesta a la interrogante: ¿Se podrán incrementar conductas de autocuidado o reducir conductas inadecuadas en los menores con capacidades diferentes mediante técnicas conductuales como herramienta de apoyo? Se elaboró esta intervención con una metodología cualitativa desde un marco interpretativo de la teoría fundamentada, para Thomas Schwandt en Álvarez-Gayou & Nunally (1970) *“los marcos interpretativos comparten desde postulados originales la necesidad de comprender el significado de los fenómenos sociales (...)”* p. 42 en consecuencia fue necesario recurrir a la teoría existente, recolectar datos en diferentes momentos y con quienes en su momento se espera apliquen e implementen las técnicas conductuales de manera profesional en el ámbito de la Rehabilitación y Educación Especial. En otras palabras, se utilizaron

como estrategias para asegurar el rigor de la intervención: la responsabilidad e interés de la autora, la verificación de la coherencia metodológica, el muestreo, el análisis de los datos y pensar teóricamente. (Mayan, 2001)

Para cumplir con los criterios de ser verificable en intervenciones o investigaciones actuales o futuras, ser fácilmente comprensible, (Glaser y Strauss en Álvarez-Gayou, 1970) se recurrió al diseño emergente, en el cual “(...) se efectúa la codificación abierta y de ésta emergen las categorías que son conectadas entre sí para construir teoría.” (Hernández, Fernández & Baptista 2010, p.497). En relación al rigor de la intervención, para la validez interna las conclusiones se apoyaron en las técnicas de recolección utilizadas, como las anotaciones de observación directa, interpretativas y temáticas, asimismo la reactividad de los participantes; para la descripción se utilizó la triangulación de métodos de los documentos elaborados, además de la triangulación de datos de contenido. Para demostrar la consistencia de los resultados se duplicó la muestra; y en cuanto a la validez externa o transferencia, los procedimientos descritos son susceptibles de aplicarse o adecuarse a grupos similares. (Hernández, et al. 2010, Mayan 2001)

Para obtener una visión holística se describirá el proceso de intervención, el cual que también fue diseñado bajo la metodología cualitativa y se utilizaron diversas perspectivas para su planeación y desarrollo: bajo el enfoque Educacional-constructivista de la Psicología Educativa (Monereo & Solé, 1996, en González, Núñez & Valle, 2000) se guió a los participantes desde sus conocimientos previos hasta niveles cada vez más elevados de abstracción y autonomía; desde la dimensión tecnológica-proyectiva (González et al. 2000) se ajustó y contextualizó el conocimiento teórico de la Psicología con enfoque Conductual al ámbito de la Rehabilitación y la Educación Especial; desde la dimensión técnico-práctica (González et al. 2000) los participantes dirigieron tanto el aprendizaje como conocimientos obtenidos hacia el desarrollo de habilidades y capacidades en los menores que intervienen como pacientes o alumnos. Por último, desde el punto de vista de la Psicología Clínica se utilizó el enfoque de

proceso general del condicionamiento y aprendizaje (Domjan, 1999) en la enseñanza de los principios y técnicas correspondientes al Modelo cognitivo-conductual.

Así, el Objetivo General de la intervención Psicoeducativa fue: capacitar mediante un taller a profesionales que laboran en los ámbitos de Rehabilitación infantil así como Educación Especial en principios, técnicas conductuales operantes y sistemas de organización de contingencias; orientado hacia la motivación y reforzamiento de conductas positivas y reducción de conductas inadecuadas que les impidan avanzar en su desarrollo mediante un programa diseñado de acuerdo a las necesidades de cada paciente o alumno. En consecuencia las emplearán y generalizarán como parte de la enseñanza y desarrollo terapéutico que brindan hacia los cuidadores principales. Con respecto al contexto físico, social y humano de la intervención, se llevó a cabo en dos talleres, el primero de ellos los participantes laboran en su mayoría en el ámbito de las Necesidades Educativas Especiales en diferentes centros educativos de Educación Especial (Instituto Estatal de Educación Pública de Oaxaca) y el segundo en el ámbito de la Rehabilitación Integral, quienes laboran en la misma institución (Centro de Rehabilitación y Educación Especial).

Finalmente, en esta intervención se consideraron en todo momento las normas de conducta del Código Ético del Psicólogo, por lo que atendiendo al principio del cuidado responsable el diseño fue realizado de acuerdo a los conocimientos hasta el momento obtenidos en el transcurso de los nueve semestres cursados de la licenciatura en Psicología de la que suscribe, con la mejor calidad hacia la enseñanza y las intervenciones realizadas, utilizando información actual, técnicas apropiadas y las interpretaciones han sido sustentadas con los resultados de la intervención.

Las decisiones tomadas en relación a la intervención de modificación de conducta por autocontrol fueron analizadas previamente, respetando en todo momento la confidencialidad de las personas que participaron en dicha dinámica y solicitándoles el consentimiento informado para los resultados generales aquí

mencionados. Atendiendo al artículo 32 *De la calidad en las intervenciones psicológicas*, en un caso en que la técnica no era aplicable se hicieron las recomendaciones necesarias.

De acuerdo al artículo 24 *De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo*, en el que se menciona sobre el psicólogo que ofrece valoración o procedimientos de calificación a otros profesionales, se les describió con precisión el propósito de la intervención y las aplicaciones que tendrían los procedimientos. En relación a la *calidad de la enseñanza/supervisión e investigación*, como menciona el artículo 40 se enseñó y entrenó a los participantes de este proyecto para que adquirieran conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes, así como herramientas y materiales que garantizan su buen desempeño profesional.

De acuerdo al artículo 67 *De los resultados del trabajo del psicólogo y la confidencialidad*, se solicitó el consentimiento informado por escrito para fines estadísticos sociodemográficos y para identificación de los talleres. Y aunque si se mencionan las instituciones se obtuvo previamente la aprobación por parte de las mismas al entregar y ser aceptado el protocolo; por lo tanto en el curso de este trabajo en la información que se proporciona no se revelan datos que permitan la identificación de los participantes; así como también para la elaboración de ejercicios y los programas conductuales por parte de los participantes se anticipó y recomendó no revelaran su identidad, por lo que los nombres de pacientes o alumnos fueron cambiados aún que los casos fueran reales, y sobre todo que no exhibieran el expediente en caso de contar con éste. Por último y no menos importante toda la información personal obtenida y/o almacenada de los participantes queda estrictamente bajo el control de la autora. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2012).

1. ANTECEDENTES

1.1. Antecedentes de la psicología y conducta humana

En este apartado se abordarán algunos de los antecedentes históricos acerca de cómo se fueron descubriendo, diferenciando e interrelacionando las funciones del cerebro, conducta y aprendizaje del ser humano a través del avance, progreso y utilización de los métodos de investigación, la observación y experimentación fisiológica; mismos que sentaron las bases para fundamentar las intervenciones tanto en Psicología como en la Educación y por ende en las Necesidades Educativas Especiales. Como preámbulo, es importante señalar que el estudio de la Psicología tiene raíces en la filosofía, y comenzó por la admiración del hombre, el mundo y su conciencia, los temas de debate para los filósofos griegos eran el pensamiento (ideas, sentimientos), el conocimiento, la verdad, las sensaciones, la moral y cómo estaban hechas las cosas, el universo y la naturaleza; aunque no existía una metodología científica ni se contaba con paradigmas.

El estudio de la mente se remonta a los filósofos de la antigua Grecia del siglo V a.C., para quienes la cualidad principal del ser humano era la *psyche*, Tales de Mileto (585 a.C.) proponía que el agua era el componente esencial de todas las cosas y su elemento la *physis*; para Pitágoras de Samos (530 a.C.) el alma podía existir sin el cuerpo; Alcmeón de Crotona (500 a.C.) practicó las primeras disecciones y opinaba que la sensación y el pensamiento se producían en el cerebro. Entre los filósofos griegos clásicos se encuentran Sócrates (470-399 a.C.) quien buscaba el conocimiento a partir de cuestionamientos que ayudaran al saber emergiendo de la propia persona, su mejor discípulo, Platón (428-348 a. C.) señalaba que la base del conocimiento eran los procesos de razonamiento sobre las sensaciones y que las personas tenían capacidades, habilidades, talentos y aptitudes diferentes entre sí, e insistía en que la sociedad debía reconocer estas diferencias. Para Platón la percepción suministraba una imagen sumamente

imperfecta y relativa de un mundo de objetos en permanente cambio, una imagen que no podía llamarse conocimiento, sino todo conocimiento humano era innato, es decir, existente desde el nacimiento; sentó las bases de la teoría asociacionista. Para Platón el propósito de la educación era ayudar al alma racional a conseguir control del cuerpo y de las otras partes del alma. (Leahey, 1993)

Contrario a Platón, para Aristóteles (384-322 a.C.) el conocimiento verdadero se adquiría por deducciones lógicas entre el pensamiento racional y un nuevo objeto de conocimiento, la experiencia del mundo físico determinaba las ideas. Sus métodos para el estudio eran la observación, la inducción, causalidad, deducción y el orden; tenía una concepción naturalista del problema mente-cuerpo en la que el alma era inseparable del cuerpo. Para él la Psicología era una ciencia empírica que formaba parte de la Biología y consideraba que la información recibida por los sentidos se procesaba y almacenaba para desarrollar el conocimiento, resolver problemas y tomar decisiones; Aristóteles fue el último gran filósofo de la Edad Clásica, después el pensamiento tomó nuevas direcciones y los filósofos se dedicaron a buscar “recetas” para la felicidad humana. (Leahey, 1993)

Aunque la psicología tuvo su origen en los temas filosóficos antes mencionados, también influyeron y actualmente continúan tomándose en cuenta aportaciones de la medicina. Por ejemplo, para Hipócrates (460-370 a.C. aprox.) las enfermedades eran el resultado de un desequilibrio corporal en que de acuerdo a los elementos básicos del que están formadas las cosas del Universo se formaban cuatro humores en el cuerpo, y cada uno estaba asociado a un temperamento o personalidad particular. Además, Galeno de Pérgamo (129-199 d.C.) describiría un método para la curación de “todas las enfermedades del alma” a través del autoconocimiento y la necesidad de que se contara con un mentor que le ayudara a confrontarse consigo mismo. Posteriormente Roma constituye un gran imperio, mismo que comienza a declinar después de que uno de sus emperadores, Constantino, se convirtió al cristianismo. Para San Agustín de

Hipona (354-430 d.C.) el hombre puede descubrir la verdad por medio de la introspección, el alma es un representante de dios en el interior y el cuerpo es un sostén pasajero, fue el último filósofo clásico y el primero cristiano. A partir de la caída de Roma en el 476 d. C. “todas las formas de cultura, arte, filosofía y ciencia entraron en franca decadencia”. (Leahey, 1993)

Ahora bien, durante la Edad Media se intensificó el atribuirle explicaciones demonológicas o divinas a todo tipo de sucesos inesperados o anormales; así como también la iglesia controló la práctica de la medicina, evitando el progreso. Aunque en Inglaterra la Corona tenía el derecho y el deber de proteger a los enfermos mentales, a quienes dividían en tontos naturales (persona con retraso mental) y personas *non compos mentis* (frase en latín para describir: “no en su sano juicio”). Para el siglo XV la frase “*non compos mentis*” fue reemplazada por “lunático”, e “idiota” tomó el lugar de “tonto natural”. En la etapa del Renacimiento se incrementó el humanismo, la curiosidad por la naturaleza y el interés por el saber, aun así la persecución de las personas que no agradaban a la sociedad continuó, Johann Weyer (1515-1576) puso en relieve el conflicto psicológico y las relaciones interpersonales desequilibradas como causas de trastornos mentales que debían ser tratados mediante la medicina y no a través de la teología. Durante la Edad de la Razón (s. XVII) y la Ilustración (s. XVIII) se realizaron diversos avances científicos que más adelante contribuirían al estudio de la Psicología y fisiología, Baruch Spinoza (1632-1677) arguyó que la mente y el cuerpo son inseparables; Gall (1758-1828) estudió el cerebro de varias personas y relacionaba su tamaño con el desarrollo mental; Mesmer (1734-1815) aseguraba curar por fuerzas magnéticas de líquidos corporales, y la gente sugestionada creía firmemente en él. (Sarason & Sarason 1996)

Durante el movimiento de Reforma aumenta una actitud científica hacia los trastornos mentales, en Francia el médico Philippe Pinel (1745-1826) creía firmemente que los “dementes” necesitaban cuidados humanos y tratamiento, además debían ser tratados con compasión y comprensión. A principios del siglo XIX Pinel pedía por escrito la aplicación de principios científicos en lugar de

conjeturas para el tratamiento de la conducta trastornada, y realizaba clasificaciones de acuerdo a las características observables de sus pacientes. En este periodo se crearon en Europa instituciones para niños con problemas psicológicos. En 1796, se creó el Retiro York, a partir de entonces se comenzó a brindar el “tratamiento moral” en el que el trato hacia los pacientes era compasivo y considerado, aunque tuvo que abandonarse en la segunda mitad del s. XIX, debido a que los hospitales psiquiátricos no podían brindar atención individualizada, además los médicos estaban más interesados en los aspectos biológicos de los padecimientos. (Sarason & Sarason 1996)

1.1.1. La experimentación en Psicofisiología y Psicofísica

En lo que se refiere al sistema nervioso y el cerebro, antes del siglo XIX se trataba de explicar la corriente nerviosa, la sensación y el movimiento, se creía que los nervios eran iguales en su forma y con la misma función. No se separaba aún la sensación (psicología) del movimiento (fisiología). Entre los descubrimientos científicos más importantes realizados por diversos médicos y fisiólogos poco a poco se fueron descubriendo las diferentes funciones y estructuras del sistema nervioso: Charles Bell (1774-1842) y Francois Magendie (1783-1855) distinguieron la estructura y función de los nervios motores y sensitivos, con ellos se da el primer paso para la investigación experimental de la sensación y del movimiento como funciones fisiológicas y psicológicas separadas; Weber (1795-1878) experimentó sobre las sensaciones táctiles, quería determinar los límites de la sensibilidad absoluta del ser humano y su capacidad de distinción; Hall, en 1833, aclaró las relaciones entre las acciones reflejas ó movimientos involuntarios y la conciencia, siendo éstos automáticos y mecánicos; con el descubrimiento de la naturaleza eléctrica del impulso nervioso de E. Du Bois-Reymond (1848) se posibilitó la investigación científica de los procesos de sensación y el movimiento. (Tortosa, 1998)

En 1850, Helmholtz dio a conocer su hallazgo en la medición de los tiempos de reacción nerviosa en animales y hombres, descubriendo así el hecho de que la mente era susceptible de control experimental. Con la frenología de Gall (1758-1828), se posibilitó el estudio científico sobre la estructura y funciones del cerebro humano; Flourens (1794-1867) investigó acerca de las funciones del sistema nervioso, al cual dividió en seis unidades o estructuras anatómicas naturales, sus conclusiones eran que cada unidad del sistema nervioso tenía propiedades específicas y funciones propias. En 1830 se descubrió la naturaleza celular de los tejidos nerviosos (Lister, Remak, Ehrenberg) y condujo, en la década de los cincuenta, a considerar el sistema nervioso como un conjunto de células conectadas por fibras (Waller, Gerlach). Así, entre 1850 y 1870 los fisiólogos llegarían a saber que el cerebro estaba constituido por millones de centros celulares unidos por fibras diminutas. (Tortosa, 1998). Es por eso que a partir de 1860, se considera el inicio de la Psicofisiología, la Psicofísica y la Reflexología cerebral.

En relación con la Psicofísica, G. Th. Fechner (1801-1887) fue quien hizo un estudio más preciso sobre lo psicológico, con base en la experimentación intentó demostrar la identidad de lo psíquico y lo físico (de la mente y la materia); durante su periodo psicofísico (1850-1860) quería encontrar una ecuación matemática exacta para los sucesos conscientes con el cerebro y el sistema nervioso. Mencionó dos tipos de psicofísica: externa (relaciones entre sensación y estimulación que se pueden medir) e interna (relaciones directas entre sensibilidad y sistema nervioso); siendo la externa la aplicable a la psicofísica y por medio de la experimentación se podrían dar valores cuantitativos al estímulo que las provoca y establecer una escala de valores intensivos del mismo, así, el experimentador podría establecer series correlativas de intensidades de una y otra; trabajó con promedios estadísticos para establecer la relación exacta entre cada cambio de intensidad sensorial y su correspondiente en la intensidad del estímulo. Antes de Fechner, los fisiólogos en su mayoría suponían que la mente no podía ser objeto de experimentación ni de escrutinio matemático. (Tortosa, 1998)

La era de la estimulación eléctrica del cerebro y la localización cerebral puntual de las funciones sensoriales y motoras da inicio en 1870; como antecedentes, Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) investigó sobre el sistema nervioso y demostró que cada célula es independiente de otra en su nutrición y reconstitución, y se relacionan entre sí por contigüidad. En 1860, Paul Broca (1824-1880) descubrió que al lesionarse sectores posteriores de la circunvalación frontal inferior del hemisferio izquierdo cerebral se desintegraban las “imágenes motrices de las palabras” afectando el lenguaje hablado, más adelante Karl Wernicke (1848-1905) observó que con la lesión en sectores posteriores de la región temporal superior se afectaba la capacidad de distinguir y entender palabras. (García, Moya & Rodríguez 1992) Por su parte Gustav Fritsch y Eduard Hitzig demostraron que el cerebro es excitable y sensible, iniciaron un estudio sistemático de la corteza cerebral, la distribuyeron en zonas motrices (que mueven determinados músculos) y zonas sensoriales (que no desencadenan movimiento alguno). En 1876, Ferrier definió las zonas corticales motrices, dejando en claro que el sistema nervioso central constituye el sustrato físico de la actividad mental. (García et. al. 1992, Tortosa 1998)

Por otro lado hay que resaltar el impulso y fuerza que comienzan a tomar las ideas evolucionistas de Charles Darwin (1809-1882) quien escribió sobre la lucha por la existencia, la selección natural, la herencia, la selección acumulativa, el perfeccionamiento progresivo de cada ser, aspectos que pertenecerían ya al estudio científico del campo de la biología, aunque cabe señalar que fue hasta Gregor Mendel (1822-1884) que se realizaron las investigaciones correspondientes sobre la herencia, sentando las bases para la genética moderna. En relación a la adaptación de los organismos al ambiente para sobrevivir formaría parte del interés del campo de estudio de la psicología, tomando en cuenta principalmente los factores observables del comportamiento y del medio, subsecuentemente tomó importancia la psicología del aprendizaje, primero en la psicología animal y después en la psicología humana. (Leahey 1993, Tortosa 1998)

Como se puede ver hasta aquí, para el estudio y explicación de la conducta humana se ha contado tanto con puntos de vista psicológicos como biológicos, dependiendo de la orientación y profesión de cada científico y lo que en el momento histórico se considerara importante. En lo que se refiere al enfoque psicológico, la reacción romántica contra el punto de vista de los filósofos y científicos llevó a que los clínicos consideraran los conflictos internos como causa de infelicidad personal y un fracaso para la adaptación en el aspecto social; se establecieron así las bases para los escritos de Sigmund Freud a principios del siglo XX. Por otro lado, el psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger (1817-1868) se inclinó por la búsqueda de las causas orgánicas, para él la causa de los trastornos mentales era por influencia directa o indirecta de alteraciones en el funcionamiento cerebral. (Sarason & Sarason, 1996) Recapitulando, durante la década de 1850, apenas se estaba formando la psicología, la cual anteriormente se encontraba dentro de la filosofía; la psicología comenzó a diseñarse a imagen de las ciencias naturales y en ese entonces su estudio lo comprendían diversos campos científicos, y aún no se resolvía si se debía utilizar el método experimental en su estudio.

En la psicología nacida del evolucionismo la conciencia es tomada como un mediador entre el organismo y el medio, y concretamente un factor biológico que colabora con el cuerpo en la “solución de los problemas”. Herbert Spencer (1820-1903), decidió aplicar la hipótesis de la evolución a la explicación científica de la mente humana, afirmaba que si la mente evolucionaba con el sistema nervioso y el cerebro, su estudio dependía del conocimiento de la evolución de éste. Integró la fisiología sensomotriz de la función cerebral, instauró el estudio de las formas de actividad mental y sus utilidades biológicas. Concibió la vida como un proceso adaptativo, en la cual la herencia y la acumulación progresiva de los caracteres adquiridos completaban la explicación del lento proceso de la evolución biológica hacia formas orgánicas más diferenciadas, más elevadas y perfectas. (García, et. al., 1992) Con la investigación volcada en el origen y desarrollo de las funciones psicológicas se hizo presente la necesidad de una psicología del aprendizaje y de la herencia; los psicólogos comenzaron a tener en cuenta las posibles

aplicaciones de los conocimientos y técnicas psicológicos a la mejora individual y social.

El nacimiento de la Psicología académica moderna se dio durante el siglo XIX y principios del XX, según Tortosa (1998) este acontecimiento se encuentra asociado con los trabajos de Wilhelm Wundt (1832-1920) y la fundación del Laboratorio de Psicología Experimental de la Universidad de Leipzig en 1879; aunque de acuerdo con Sarason & Sarason (1996) Wundt es un psicólogo de la “vieja escuela” (asociacionismo) por considerar todavía a la filosofía, es decir, no separarla totalmente del campo psicológico, para él el objeto de estudio era la conciencia y su método de investigación la introspección. Así, la psicología experimental se ha desarrollado fundamentalmente en el seno de tres enfoques: primero el mentalista en la psicología de Wundt; segundo el conductista, en el que John Broadus Watson (1878-1958) incorporó la investigación animal estudiando patrones conductuales simples y complejos en ambientes naturales y condiciones experimentales, definiendo objetivamente los términos que utilizaba, y sugiriendo en el estudio del ser humano tomar en cuenta la madurez psíquica en relación con las experiencias de aprendizaje; a partir de entonces, los métodos e hipótesis de la psicología experimental comenzaron a modificarse basándose en observación sistemática de las conductas y la afirmación de Watson sobre el aprendizaje como ensayo y error. Para él, el objeto de estudio de la psicología es la actividad humana y la conducta, la respuesta condicionada su unidad. (Tortosa 1998) Por último, el enfoque cognitivo o del procesamiento de la información está basado en la atención, percepción, memoria, inteligencia, lenguaje, pensamiento a través de códigos de representación, en el que se utiliza la inferencia para comprender y realizar análisis deductivos sistemáticos de la conducta del sujeto, misma que estará influenciada por contingencias ambientales. (Hernández, 2000)

Así pues, a través del tiempo al recibir aportaciones de distintas ciencias y la orientación que estas tengan, se fueron conformando diversos enfoques psicológicos, por lo que dependerá de la formación del psicólogo la forma en que abordará la problemática de un paciente. Asimismo, la definición de conducta

anormal y psicopatología dependerán también del enfoque teórico y de acuerdo a este se emplearán conceptos y se decidirá el tipo de tratamiento o intervención que podría proporcionársele al mismo.

1.1.2. Enfoque cognitivo-conductual y modificación de conducta

El conductismo es una teoría psicológica moderna que surge en Estados Unidos por influencia de la filosofía, el evolucionismo biológico, el funcionalismo, la reflexología de Pávlov y la psicología animal de Thorndike; se opone al estructuralismo, admite solo la conducta o comportamiento exterior y por lo mismo rechaza la introspección. A partir del siglo XIX se comenzó la experimentación controlada con animales, se buscó que los métodos de investigación fuesen objetivos y se intentó a dejar de lado la idea de que el psicólogo solo podría obtener conocimiento sobre el paciente a través de la percepción, las sensaciones y los métodos subjetivos. Los primeros resultados de la observación comprobaron el papel del aprendizaje en la adquisición de las respuestas emocionales (neurosis experimentales), y se llegó a la conclusión de que también se podían “desaprender”. Estos primeros experimentos los realizaron Mariya Nikolayevna Yerofeyeva y Nalaliya Rudolfovna Shenger-Kreslovnikova. (Kazdin, 1983).

En relación con los trabajos de Ivan M. Sechenov (1829-1905), introdujo los métodos experimentales en la fisiología rusa, su interés era combinar la neurofisiología y la psicología para explicar la conducta voluntaria e involuntaria como resultado de los reflejos y el aprendizaje. Por su parte, Ivan P. Pavlov (1849-1936) con sus trabajos sobre las secreciones glandulares y gástricas en perros estudió los reflejos condicionados, los cuales se establecían “emparejando repetidamente un estímulo que elicita una reacción refleja (estímulo incondicionado) con un estímulo neutral (estímulo condicionado) (...) el emparejamiento del estímulo condicionado con el estímulo incondicionado se denominó reforzamiento (...)” (Kazdin, 1983, p.55) Dentro de sus contribuciones, se pueden mencionar los procesos relacionados con el desarrollo y eliminación del

reflejo condicionado, como la extinción, la generalización y la discriminación. Asimismo, otro de sus intereses fue la forma en que los procesos nerviosos superiores se relacionan con el lenguaje y el aprendizaje humano; para Pavlov el aprendizaje se basaba en la asociación de estímulos, y consideró que el ambiente influía en la explicación de los procesos psicológicos y de la conducta manifiesta.

Por otro lado, Vladimir M. Bechterev (1857-1927) afirmaba que la conducta externa era la única que se adecuaba a la investigación científica y explicó la forma en que los reflejos y su combinación eran responsables de la misma, su interés se centró en la investigación aplicada en desórdenes psiquiátricos y su tratamiento. En 1907, en Rusia, Nikolay I. Krasnogorski (1882-1961), estudió el condicionamiento en niños, incluyendo tanto niños con problemas mentales como normales, utilizó estímulos condicionados, auditivos, visuales y táctiles; notó que así como en los perros, cuando se exigía a los niños discriminaciones difíciles se ponían irritables. Por su parte, William H. Burnham (1855-1961), consideraba el condicionamiento como un medio de comprender la conducta del niño; para él el aprendizaje se daba por medio de asociaciones, reflejos condicionados y sistemas de reflejos condicionados. En Estados Unidos, Burrhus Frederick Skinner (1904-1990) analizó cómo los principios operantes funcionan en todas las conductas e instituciones sociales humanas, estudió sobre la causa y tratamiento de los trastornos psiquiátricos por lo que propuso se tomaran en cuenta como enfermedades comportamentales y en base a los comportamientos más que a las estructuras o aparatos metales perturbados, ayudar a los individuos a dirigir sus comportamientos. Skinner difería de Watson en que los fenómenos internos, como los sentimientos, debían excluirse del estudio. En 1953, con Lindsley, investigó la aplicabilidad del condicionamiento operante al análisis experimental de la conducta de pacientes psicóticos; fueron los primeros en utilizar el término “terapia de conducta”. (Kazdin, 1983, Tortosa 1998))

En 1920, John B. Watson (1878-1958) y Rosalie Rayner (1898-1935), sugirieron que el aprendizaje podía explicar las reacciones de miedo en los seres humanos. Tres años después, Mary Cover Jones, bajo la dirección de Watson,

examinó las reacciones de niños con edades entre 3 meses y 7 años al miedo, encontró que el condicionamiento directo y la imitación social tenían éxito. Su procedimiento demostró que los miedos podían descondicionarse directamente, sin necesidad de tratar estados psicodinámicos subyacentes. (Kazdin, 1983). Para Watson (quien ya tenía influencia de Bechterev), el campo de estudio de la psicología era la conducta manifiesta, por medio del estudio de los estímulos ambientales (E) y las respuestas (R) que ellos evocan, al mismo tiempo, hacía hincapié en que la introspección como método de “observación” psicológica debía abandonarse, y en su lugar el psicólogo debía evaluar la conducta casi de la misma forma en que se había hecho con animales. Él pensaba que la adquisición de respuestas nuevas se debía a una secuencia o combinación de respuestas reflejas simples, y éstas eran los reflejos condicionados. (Kazdin, 1983)

En cambio, Edward Lee Thorndike (1874-1947) investigó sobre el aprendizaje de forma distinta a la de los fisiólogos rusos, y se interesó en la adquisición de respuestas no existentes en un principio en el repertorio del organismo por medio del aprendizaje por ensayo y error; tomó en cuenta la frecuencia, la cercanía en el tiempo y la fuerza con la que se realizaba una respuesta. (Kazdin, 1983). Entre 1930 y 1950, las explicaciones de la conducta normal y anormal y de la psicoterapia fundamentadas en el aprendizaje aumentaron considerablemente. John Dollard (sociólogo) y Neal E. Miller (psicólogo experimental) intentaban unificar el aprendizaje, la psicopatología y la psicoterapia con modelos de Freud y el psicoanálisis, la psicología experimental y los trabajos de Pavlov, Thorndike y Hull, asimismo tomaban en cuenta la importancia del clima social y cultural en que se desarrollaba el individuo. Vale la pena decir que Julián Rotter consideraba la conducta como resultado de una interacción entre el individuo y su ambiente, quien debía comprender sus problemas así como aprender nuevos comportamientos para llegar a sus metas; el terapeuta para modificar la conducta a través del reforzamiento debería conocer las expectativas del cliente. (Kazdin, 1983)

La psicología clínica y experimental tuvieron un acercamiento a finales de 1940, los conceptos del aprendizaje a la psicoterapia aportaron una forma distinta a las prácticas tradicionales. A principios de 1950, comenzó la investigación sobre el condicionamiento operante de la conducta verbal. “La llegada del condicionamiento verbal fue específicamente significativa para la modificación de la conducta, puesto que proporcionó un vínculo entre los métodos operantes investigados en el laboratorio y la psicoterapia individual” (Kazdin, 1983, p.16). En Inglaterra, Hans J. Eysenck, influenciado por el alemán Herzeberg sobre sus trabajos en “graduación de tareas”, pensaba que el psicólogo debía ser fundamentalmente investigador y aplicar sus descubrimientos en la práctica clínica; se interesó también en la psicología del aprendizaje y criticaba la eficacia de la psicología tradicional; misma que también Shapiro criticaba con respecto a los tests, para él los problemas del paciente debían enfocarse desde una perspectiva científica formulando hipótesis en relación con la etiología de la conducta y su tratamiento. (Kazdin, 1983)

Recogiendo lo más importante, así como la investigación del condicionamiento se llevó a cabo ya no solo con animales sino también con seres humanos, la investigación sobre el aprendizaje sirvió para el surgimiento de conceptos en psicopatología, la personalidad y la terapia. El conductismo fundado por Watson estableció que el objeto de estudio de la psicología era la conducta y el campo de modificación de ésta se fue desarrollando a través de la experimentación y evaluación objetiva. En este sentido señala Kazdin (1983): “La modificación de conducta, se interesa por la forma en que los organismos se adaptan a su ambiente. Su interés fundamental se dirige a la forma en que se desarrollan las conductas, se mantienen y pueden modificarse, o para decirlo en otras palabras, la forma en que las conductas se aprenden.” (p.51)

1.2. Antecedentes del aprendizaje

Acerca de los antecedentes del Aprendizaje, Domjan (1999) señala que antes de René Descartes (1596-1650) no se consideraba que las acciones de las personas fueran controladas por estímulos externos, se pensaba que la conducta era resultado del libre albedrío y de manera consciente. Descartes formuló una visión conocida como dualismo cartesiano, en la que existían dos clases de conducta humana: la involuntaria o refleja y la voluntaria (elección consciente), por lo que los estímulos del ambiente externo se les consideraba la causa de toda conducta involuntaria. Para Descartes el cuerpo del ser humano era similar a una perfecta y complicada máquina en la que sólo un conjunto de nervios transmitían información de los órganos de los sentidos al cerebro y de éste a los músculos, por lo que no distinguía anatómicamente los nervios motores de los sensoriales; además para él la conducta voluntaria ocurriría independientemente de la estimulación externa. Así, surgieron dos tradiciones intelectuales: por un lado el *mentalismo* que se ocupaban de la mente y su funcionamiento y la *reflexología* que estudiaba los mecanismos de la conducta refleja.

Por otro lado, John Locke (1632-1704) creía que todas las ideas se adquirían por experiencias después del nacimiento y encontró dos fuentes de ideas: la sensación y la reflexología. Este enfoque fue aceptado durante los siglos XVII, XVIII y XIX por los empiristas británicos, para quienes en el funcionamiento de la mente estaba implícito el concepto de asociación. Por ejemplo, para Thomas Brown (1778-1820) influían en la formación de asociaciones de dos sensaciones la intensidad y frecuencia con que ambas se presentaran. Pero fue hasta Hermann Ebbinghaus (1850-1909) que se llevó a cabo el estudio de asociaciones de manera empírica utilizando listas de sílabas sin sentido que él mismo debía recordar en diversas condiciones experimentales. (Domjan, 1999) Hay que recordar que Edward Lee Thorndike ya había investigado sobre la inteligencia animal mediante el aprendizaje que tenían los animales en la resolución de algún problema que les presentaba, y observaba, ensayo tras ensayo, los logros que tenían y cómo mejoraban para lograr algún objetivo: recorriendo algún laberinto,

pisando un pedal en una caja para obtener comida o abrir una puerta para salir del encierro. Así, formuló la ley del efecto: “(...) en cualquier situación dada, la probabilidad de que ocurra una conducta está en función de las consecuencias que ésta ha tenido en esa situación en el pasado (...) la conducta está en función de sus consecuencias” (Chance, 2001, p.3)

Así pues, para estudiar los principios básicos del aprendizaje, se llevaron a cabo estudios experimentales con animales provenientes de tres fuentes principales: el interés por la cognición comparativa y evolución de la inteligencia, por la forma en que funciona el sistema nervioso (neurología funcional) y por formar modelos animales que proporcionaran información a la comprensión de la conducta humana, este planteamiento fue propuesto por Dollard y Miller (1950) y más adelante por Skinner. Siguiendo a Domjan (1999) el aprendizaje es el resultado de la experiencia previa con estímulos y respuestas que producen un cambio en los mecanismos de la conducta; difiere de la ejecución, la cual se refiere a las acciones realizadas en un momento particular.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Desarrollo Humano

Un elemento indispensable al realizar una intervención psicológica y pedagógica es la etapa del desarrollo en que se encuentre el individuo, por lo tanto desde el momento de la evaluación es necesario considerar el Desarrollo Humano, su atención está enfocada en cómo las personas cambian a lo largo de su vida y las características que permanecen estables; para su estudio se encuentran en permanente interacción: el campo biológico (el desarrollo físico del cerebro y cuerpo), el campo cognitivo (la evolución de los procesos mentales y capacidades) y el campo psicosocial (las relaciones e interacciones del individuo con su entorno). En consecuencia es un campo de interés de diversas disciplinas como la educación, medicina, psicología, sociología y genética, entre otras.

En cuanto a la Psicología del Desarrollo, Beltrán (1988) en González (2000) señala que “es aquella que estudia los cambios que se producen en la conducta humana a lo largo de todo el ciclo vital, desde la concepción hasta la edad madura” (p. 19) Al hablar del término desarrollo se interrelaciona con otros conceptos como son:

- a) *Crecimiento*. Aumento cuantitativo de las estructuras corporales en diversos momentos evolutivos; generalmente el desarrollo está en relación con el crecimiento, pero cuando un niño tiene cierta edad cronológica en que debería ejecutar determinadas habilidades y no lo hace, es cuando se asume que presenta una patología.
- b) *Maduración*. Cambios morfológicos y de pautas de conducta ocurridos en forma natural por evolución, transcurre gradualmente y está ligado a factores biológicos y hereditarios; implica modificaciones fisiológicas en el organismo que tienen como consecuencia transformaciones en lo psicológico.

- c) *Aprendizaje*. Cambio permanente en la conducta a consecuencia de la práctica por factores ambientales y socioculturales.
- d) *Desarrollo*. Incremento cualitativo en una persona en el orden físico, cognitivo, social o moral, estarán incluidos el crecimiento, la maduración y el aprendizaje, por lo que será un proceso global que involucrará a todo el organismo, en consecuencia, cuando un niño presenta retraso en el crecimiento esto podrá influir en su desarrollo. (Papalia, Wendkos & Duskin 2004; González, 2000)

En relación con el campo psicosocial, hay que destacar que tendrán influencia la herencia, también factores contextuales como la familia, la posición socioeconómica, la cultura, origen étnico y el contexto histórico. (Papalia et al. 2004) Dichos factores deberán estar presentes al realizar un planteamiento de objetivos y puesta en práctica de diversas técnicas, herramientas y estrategias que utilicen psicólogos, profesores de educación especial, terapeutas y demás especialistas que intervengan en el proceso enseñanza aprendizaje y de rehabilitación tanto con los menores como con sus familias.

2.2. Aprendizaje y Conducta

Es importante señalar que existe una distinción entre aprendizaje y ejecución, cuando hay aprendizaje existe un cambio en la conducta, se produce una nueva respuesta o se elimina una respuesta ya ocurrida anteriormente; también el aprendizaje se considerará cuando se registre un cambio en el patrón de respuestas así como en la tasa. La conducta está determinada por otros factores además del aprendizaje, como los cambios evolutivos, los estímulos antecedentes, alteraciones en el estado fisiológico o motivación del individuo, e influencias contextuales, por lo que no necesariamente un cambio en la ejecución reflejará aprendizaje; en este sentido el estudio del aprendizaje implicará las causas que alteran la conducta por medio de la experiencia previa. (Chance, 2001) Por ejemplo, un menor con déficit visual que se le está enseñando a atravesar la calle cuando el semáforo se encuentra en rojo, si el entrenamiento o los ensayos se llevan a cabo en un ambiente simulado, probablemente se utilice un sonido similar al que produce el semáforo para indicar que se puede atravesar la calle, además el menor sabrá que cuenta con el apoyo de su maestra, estará motivado por recibir una felicitación o reforzamiento social por parte de sus compañeros. Así, estos factores contribuirán para que el menor lleve a cabo la conducta de forma exitosa. Para comprobar que el aprendizaje ha sido logrado, será necesario que la conducta se ejecute en el ambiente real, donde existirán otros estímulos como el sonido de los carros, que no cuente con el acompañamiento del grupo, que el sonido del semáforo sea diferente al empleado en el ambiente simulado y que en lugar de la maestra esté su mamá, aunado a esto podrían sumarse factores como el temor o ansiedad. Si la conducta se ejecuta satisfactoriamente, quizá no en el primer intento, pero es lograda, es cuando se podrá decir que existe aprendizaje.

Para Domjan (1999) las investigaciones en procesos de aprendizaje pueden llevarse a cabo mediante dos metodologías. En la primera, *el uso exclusivo de los métodos de investigación experimentales*, el interés será la experiencia previa (experiencia de entrenamiento), comparaciones entre individuos que recibieron

anteriormente la experiencia de entrenamiento con los que no la tuvieron y la demostración de que dicha experiencia ha causado el cambio de conducta. La segunda metodología, adoptada por investigadores del condicionamiento y el aprendizaje es la utilización de un *enfoque de proceso general*, en la que los investigadores se concentran en aspectos en común, y da por hecho que existen leyes universales del aprendizaje, por lo que “(...) se pueden descubrir reglas generales estudiando cualquier especie o sistema de respuesta que exhiba aprendizaje(...)”. Además Domjan justifica el estudio del aprendizaje en un número pequeño de situaciones experimentales, y para llegar a la verificación empírica es necesario demostrarlo en muchas especies y situaciones diferentes.

Desde el punto de vista conductista, el desarrollo es el resultado del aprendizaje, el cual se puede dar mediante condicionamiento clásico y operante. Por lo que para su estudio será necesaria la descripción de la conducta, misma que se definirá en términos observables y cuantificables u operacionales; a través de la investigación o análisis se describirán, predecirán y controlarán los comportamientos. Para que exista el aprendizaje de un repertorio conductual será necesario utilizar las técnicas o procedimientos conductuales y una programación de situaciones que dirijan hacia la conducta terminal. Es decir, los profesionales deberán realizar una línea base en la cual registrarán la conducta que pretendan modificar en un menor, asimismo se tomarán en cuenta la etapa del desarrollo del mismo, las habilidades y capacidades con que cuenta, el contexto que le rodea y sobre todo que las conductas objetivo a instaurar estén dirigidas hacia su bienestar integral y la búsqueda de autosuficiencia de ser posible. Así, una vez instauradas las técnicas y procedimientos se volverá a llevar un registro, en el que se deberán observar cambios observables y cuantificables para poder afirmar que dicha conducta forma parte de un repertorio más amplio de habilidades y capacidades y sobre todo que se ha logrado un aprendizaje.

2.3. Psicoeducación

Ahora bien, tomando en cuenta que se realizó una intervención hacia los profesionales por medio de la capacitación, es necesario mencionar que la Psicología de la Educación mantiene relaciones bidireccionales e interactivas con la psicología del aprendizaje y desarrollo, ayuda a entender mejor el proceso de enseñanza-aprendizaje y a obtener una mayor eficacia de los procesos educativos; en cuanto a su naturaleza aplicada le corresponde incluir conocimientos orientados a ampliar y profundizar la dimensión teórico-conceptual, la planificación, diseño de investigaciones y la intervención educativa. Así, desde la dimensión teórico-conceptual los tres componentes básicos utilizados fueron: 1) lo que se aplica, es decir el núcleo teórico-conceptual que enmarcó los conocimientos de una forma estructurada, mismos que se están siendo expuestos en el marco teórico de este trabajo; 2) el ámbito de aplicación o prácticas educativas, los cuales se refieren a los contextos de enseñanza y aprendizaje en general, dichos ámbitos serán los correspondientes en primer lugar al de la Educación Especial y la Rehabilitación; 3) los procedimientos de ajuste que permite dicha aplicación, los cuales serán una serie de principios, reglas y diseños, que en este trabajo corresponden principalmente a la metodología conductual. (César Coll en González, Núñez & Valle 2000)

En relación a la dimensión tecnológica-proyectiva de la Psicología Educativa es posible ajustar y contextualizar el conocimiento teórico al ámbito de aplicación, así como utilizar métodos cuantitativos y cualitativos con un mismo objetivo que estará dirigido a identificar, comprender, explicar la naturaleza y las características de los procesos de cambio en las personas que participan en las prácticas educativas, asimismo los factores que facilitan, obstaculizan o impiden dichos cambios. Ahora bien, en la dimensión técnico-práctica estará dirigida hacia el desarrollo de las capacidades de las personas, los grupos e instituciones, pudiendo ser susceptible de aplicar en todos sus niveles y modalidades (sistemas reglados, no reglados, formales e informales) y durante todo el ciclo vital de la persona. En consecuencia los conocimientos psicológicos con origen en la

investigación básica y su valoración dentro de las coordenadas educativas podrán aplicarse mediante la Psicoeducación como método más adecuado para la construcción de un cuerpo de conocimiento propio. (González et al., 2000)

En otras palabras, para poder realizar esta intervención Psicoeducativa fue necesario e indispensable recurrir a un conjunto amplio de conocimientos y estrategias sobre el tema que se decidió abordar, además se eligió una perspectiva determinada que sirviera de referencia para la metodología utilizada. Desde el enfoque educacional-constructivista se consideró que el desarrollo humano se daría mediante un proceso de socialización e individuación en que los aprendices interactuarían con el agente socializador, quien debió guiarles desde sus conocimientos previos hasta niveles cada vez más elevados de abstracción y autonomía (Monereo & Solé, 1996, en González et al. 2000) para lo cual tanto objetivos como contenidos utilizados fueron socialmente relevantes, culturalmente pertinentes y personalmente significativos; una vez que el aprendizaje fue efectivo, se alcanzó el objetivo final de la intervención, que consistió en el diseño de un programa de modificación conductual.

2.4. La conducta anormal

Con relación a la conducta de los menores con capacidades diferentes ¿se considera como anormal? Davison (2003) menciona que es difícil comprender la conducta que va más allá de la normalidad, y resalta la importancia de que el psicólogo sea objetivo en el momento de evaluar, diagnosticar y brindar un tratamiento. Dicho autor propone los siguientes componentes para poder estudiar la psicopatología de la conducta anormal sin perder de vista que la naturaleza humana es cambiante y no precisamente tiene que aparecer en todas las personas diagnosticadas:

- a) *Infrecuencia estadística*. Este dato se puede ocupar cuando la medición de rasgos de personalidad, formas de comportarse y distribución de características en la población difiere significativamente de los demás o queda en los extremos.
- b) *Violación de normas*. Dependerá de las normas que rijan en cada cultura.
- c) *Aflicción personal*. No todos los trastornos generan aflicción y es difícil medir qué tanto sufre o no una persona.
- d) *Incapacidad o disfunción*. Individuo imposibilitado para alcanzar alguna meta, Wakefield (1992) en Davison (2003) sugiere que “un componente fundamental de la enfermedad o el trastorno es una disfunción perjudicial (...) alguna anomalía del funcionamiento normal de cierta estructura o mecanismo del organismo que le ocasiona daños a la persona”. (p.5)
- e) *Imprevisibilidad*. En ocasiones las respuestas esperadas a determinado estímulo pueden resultar inesperadas debido a condiciones estresantes y tornarse exageradas.

En lo que se refiere a la psicopatología infantil Marsh & Gram (2001) mencionan que desde el punto de vista de los enfoques tradicionales se han considerado habitualmente los trastornos infantiles como “desviaciones que implican una disminución del funcionamiento adaptativo, una desviación estadística, malestar o incapacidad inesperadas y/o deterioro biológico.” (p. 5) Para Wakefield (1992) en Marsh & Gram (2001) el estado de un niño deberá considerarse como trastorno solo si “provoca un deterioro o una privación de beneficios al niño, teniendo en cuenta las normas sociales y si es consecuencia del fallo de algún mecanismo interno para realizar su función natural” (p.5). Solo que, no existe consenso en cuanto a la definición válida, pero vale mencionar que para realizar una adecuada evaluación será importante considerar que ésta sea un proceso continuo en el que se tomen decisiones, dando solución a los problemas, incluyendo tanto a los niños con y sin problemas como a sus familias y grupos de iguales; tomando en cuenta información acerca de la incidencia, prevalencia, características evolutivas, factores biológicos y parámetros de sus sistemas. (Marsh & Barkley, 1996, Marsh & Terdal, 1997, en Marsh & Gram 2001).

En relación con este trabajo se empleó la explicación de Watson sobre la “enfermedad mental” como “un conflicto entre distintos sistemas de reacción innatos o adquiridos, siendo los síntomas externos conductas desajustadas adquiridas.” (Tortosa, 1998, p.10) por lo que las respuestas del paciente o alumno ante los objetos son inadecuadas, equivocadas o están ausentes en situaciones de la vida cotidiana del mismo. Con base en lo anterior, se fundamenta el empleo del conductismo en la realización de esta propuesta de intervención, en la que de acuerdo con Kazdin (1983) las conductas están regidas por los mismos principios independientemente de ser consideradas como normales o no, asumiendo que podrán ser conductas desadaptadas o inadecuadas en relación con un punto de vista social y susceptibles de modificarse.

2.5. Discapacidad o capacidades diferentes

Ahora bien, ¿qué sucede cuando existe alguna alteración en las condiciones internas del sujeto o en su ambiente social? Se pueden llegar a presentar dificultades en su proceso de aprendizaje, lo cual se llega a manifestar en distintas áreas, en distintos niveles y en diferentes etapas de su vida ocasionándole déficits, limitaciones y restricciones; lo cual genera se le ubique como hoy día llamamos: “discapacidades”.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001) menciona que, el término “discapacidad” se utiliza generalmente para tres perspectivas: corporal, individual y social; y desde el punto de vista del modelo médico se considera la discapacidad como un problema de la persona directamente ocasionado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos individualizados proporcionados por profesionales. Ahora bien, en relación al tratamiento de la discapacidad, está orientado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta.

Vale la pena decir que recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera además de las deficiencias, limitaciones y restricciones en la participación de la persona, la interacción entre sus características y las correspondientes a la sociedad en que vive; lo cual nos lleva al modelo social de la discapacidad, que considera la discapacidad “como un problema de origen social y principalmente dirigido hacia la completa integración de las personas en la sociedad”. (CIF, 2001, p.32) Así, desde el punto de vista psicológico en este trabajo, la intervención a través de los profesionales del ámbito de la rehabilitación y la educación especial no estará dirigida hacia la cura del paciente con capacidades diferentes o alumno con NEE, sino a la reducción y/o extinción de las conductas desajustadas que éste presente y el incremento de las conductas que faciliten su integración e inclusión en la sociedad, de tal manera que con esto se

colabore con los objetivos y estrategias propios de cada disciplina de las personas que hacen posible su rehabilitación y proceso de enseñanza aprendizaje.

En lo que se refiere a la República Mexicana, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), definió en el censo del año 2000 a una persona con discapacidad como “aquella que presenta alguna limitación física o mental, de manera permanente o por más de seis meses, que le impide desarrollar sus actividades” (p.25). Y se clasificaba con relación a la deficiencia que presentaba, es decir, las limitaciones para aprender, hablar, caminar u otra actividad. Como se puede apreciar, al hablar de discapacidad en el modelo médico generalmente los términos se refieren a algún impedimento o limitación que tiene una persona, la cual se puede dar en diversos grados y puede estar provocada por diferentes causas, que afectan o disminuyen la eficacia de las personas en alguna de las áreas de su vida: a nivel sensorial (vista, oído, lenguaje) a nivel motor, intelectual o conductualmente.

Resulta necesario reconocer que existe diversidad de definiciones que se le dan a una persona con capacidades diferentes, pero lo realmente importante es tomar en cuenta que es una situación presente, ante la cual se necesita de la intervención de diversos profesionales, la difusión ante la sociedad y sobre todo la creación de un cuerpo de conocimiento que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de quienes la presentan, comenzando la atención desde el momento en que se detecta o sospecha que existe en un individuo. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (2012) señala que: Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los países de ingresos bajos existe mayor prevalencia de discapacidades, siendo más común en mujeres, personas mayores y niños en condiciones de pobreza.

2.5.1. Datos estadísticos y tipos de discapacidades según INEGI

Los especialistas que atienden a menores con capacidades diferentes, deberán conocer acerca de sus características principales, mismas que les podrán brindar un marco acerca de sus habilidades, capacidades, la forma en que se comportan o aprenden; este conocimiento dará la pauta sobre cómo realizar la identificación y evaluación de un paciente o alumno y sobre todo ayudará para idear las estrategias y herramientas que se pueden utilizar para su desarrollo. En el Censo General de Población y Vivienda del año 2000 (INEGI, 2004) en México, se describían los tipos de discapacidades, en aquel entonces se mencionaba como la más frecuente la **Motriz**, la cual se puede deber a problemas músculo-esqueléticos (dificultad que enfrenta una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas, así como las limitaciones en habilidades manipulativas como agarrar o sostener objetos) y las neuromotrices (dificultan la movilidad de algún segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico, incluyendo las secuelas de traumatismos y de algunas enfermedades como la poliomielitis, las lesiones medulares y distrofia muscular).

Otro tipo de discapacidad mencionado fue la **visual**, que “considera a las personas con discapacidad visual como aquellas que presentan pérdida total de la capacidad para ver, así como debilidad visual en uno o ambos ojos.” (INEGI, 2004) En cuanto a los individuos con Necesidades Visuales Especiales, se habrá de tomar en cuenta si han socializado anteriormente, su conducta motora y verbal. En relación con su desarrollo cognitivo, también dependerá de la experiencia e información que tengan, el sentido del tacto y del oído les serán de gran ayuda. Dentro de sus características podemos encontrar que presentan menor habilidad para mantener el equilibrio, pero son capaces de distinguir entre el lado derecho e izquierdo en relación con ellos mismos, les cuesta más trabajo en relación con otros o en una imagen en el espejo. Es muy importante fomentar en ellos la adaptación social y que interactúen con otros en forma verbal. (Bauer & Shea, 2000)

El tercer tipo de discapacidad mencionado fue la **auditiva**, la cual “(...) se refiere a la falta o reducción de la habilidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del mecanismo auditivo. La pérdida de la audición puede variar desde la más superficial hasta la más profunda, a la cual comúnmente se le llama sordera”. (Alvarado, 1998, en INEGI, 2004, p. 127) Es importante considerar que, “El momento en que se obtiene tiene importantes consecuencias en la adquisición del lenguaje oral, debido a que un niño puede adquirir sordera – hipoacusia- antes de hablar (prelocutiva) o después (poslocutiva), lo que determina gran parte de su tratamiento y rehabilitación”. (Verdugo, 2002, en INEGI 2004, p. 127) Lo anteriormente mencionado podrá ser de gran ayuda para el especialista, así al encontrarse con un individuo con necesidades auditivas especiales, habrá de poner mucha atención a la expresión oral de éste, o a las dificultades que presente en cuanto a la comprensión de la información y a la repercusión que pueda tener en cuanto a su autoestima y/o aislamiento social, por lo que será necesario integrarle socialmente. (Bauer & Shea 2000)

El cuarto tipo de discapacidad encontrado fue la **mental**, cabe aclarar que la conceptualización varía de acuerdo a diversas definiciones e instituciones; en México, la definición utilizada en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 consideraba a las personas con discapacidad mental como aquellas que presentan limitación de la capacidad para el aprendizaje de nuevas habilidades; trastorno de conciencia y capacidad de las personas para conducirse o comportarse, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otros individuos.

Algunas características que se pueden encontrar en las personas con capacidad mental disminuida leve son:

- a) *Habilidades cognitivas disminuidas*: procesan la información de forma más lenta, y requieren de mayor tiempo y energía para interpretarla. Retienen

con mayor facilidad las imágenes que las palabras, pero tienen dificultades para poner atención. (Ellis & Wooldridge, 1985, en Bauer & Shea, 2000)

- b) *Lenguaje deficiente*: pueden tener dificultades para transmitir la información, mantener una conversación con varias personas. Se les puede dificultar interpretar el estado emocional de otras personas. (Beitchman & Peterson 1986, Koetting & Rice 1991, Sternina 1990, en Bauer & Shea 2000).
- c) *Socialización y emociones*: pueden presentar problemas emocionales y de conducta. Se puede presentar “desamparo aprendido” al pensar que reciben apoyo porque la tarea es muy difícil de aprender (Polloway et al. 1985, Weiss 1981, en Bauer y Shea 2000); en los adolescentes su autoimagen puede estar disminuida probablemente por autoafirmaciones negativas, aislamiento o falta de motivación. (Leahy et al. 1982 en Bauer y Shea 2000)
- d) *Interacción social*: presentan necesidad de establecer relaciones con otras personas de amistad, de pertenencia o de amor, pero les puede llegar a preocupar ser aceptados o rechazados y que los etiqueten; además buscan evitar aburrimiento, tener estimulación y novedad. (Turner 1983, en Bauer y Shea 2000)
- e) Tienen problemas para adaptarse a situaciones distintas, escenarios nuevos y desconocidos (shock de transición), presentando desorientación generalizada, regresión y tensión emocional. (Coffman y Harris 1980, en Bauer y Shea 2000)

Es importante señalar que la persona con deficiencia mental se caracteriza por el nivel de energía requerido en su proceso de entrenamiento para aprender, y no por las limitaciones con las que aprende. El nivel de funcionamiento que alcanza, está determinado por la disponibilidad de tecnología para la capacitación y la cantidad de recursos que la sociedad esté dispuesta a ofrecer y no por las limitaciones significativas en el potencial biológico. (Gold, en Bauer y Shea, 2000, p.6)

El quinto tipo de capacidad disminuida que se encontró fue **del lenguaje**; un trastorno del habla y lenguaje se relaciona con los problemas de comunicación u otras áreas, tales como las funciones motoras orales. Estos atrasos y trastornos varían desde simples sustituciones de sonido hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje o mecanismo motor-oral para el habla. Algunas causas de los trastornos del habla y lenguaje incluyen la pérdida auditiva, trastornos neurológicos, lesión cerebral, retraso mental, abuso de drogas, impedimentos tales como labio leporino y abuso o mal uso vocal. Sin embargo, con mucha frecuencia se desconoce la causa. (INEGI, 2004)

Finalmente, se encontraba el tipo denominado como **otras**, en las que se agrupaban aquellas personas que presentaban más de un tipo de discapacidades o quienes no fueron lo suficientemente especificados en algún grupo.

En la actualidad, y con base en el Censo de Población y Vivienda 2010, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en los Estados Unidos Mexicanos se obtuvieron los siguientes datos de clasificación y cantidad de personas en las edades comprendidas de 0 a 14 años, mismas que corresponden a la población infantil y adolescente:

TABLA 1.

Tipo de limitación por edad del Censo de Población y Vivienda 2010.

TIPO DE LIMITACIÓN	0-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS
Para escuchar. Personas que reconocen tener dificultad para percibir y discriminar sonidos. Incluye la pérdida total de la capacidad para oír, así como la debilidad auditiva en uno o ambos oídos, aún usando aparato auditivo.	4,231	11,880	15,592
Para hablar o comunicarse. Personas que reconocen tener dificultad para producir y transmitir mensajes a través del lenguaje oral. Incluye la pérdida o restricción del habla, así como las dificultades para mantener y comprender una conversación.	26,714	61,014	44,158
Para caminar o moverse. Personas que reconocen tener dificultad para caminar o moverse, porque tiene dificultad para desplazarse, flexionar extremidades inferiores y subir o bajar escalones, debido a la falta total o parcial de piernas o a la movilidad de las mismas	35,490	43,213	44,719
Para ver. Personas que reconocen tener dificultad para distinguir la forma, el tamaño y el color de un estímulo visual, aun usando lentes; así como la pérdida y la debilidad de la vista en un ojo o ambos.	6,807	30,026	49,044
Para poner atención o aprender. Personas que reconocen tener dificultad para atraer algo a la memoria, aprender nuevas tareas o habilidades y mantener la atención.	5,937	30,708	35,553

Fuente: INEGI. Consulta interactiva de datos.

Para realizar esta clasificación el INEGI utilizó los siguientes conceptos:

TABLA 2.

Concepto y definiciones utilizados en la metodología del Censo de Población y Vivienda 2010.

Concepto	Definición
Causa de la limitación en la actividad	Motivo principal que origina la dificultad para realizar tareas en la vida diaria de una persona. Este puede ser por: nacimiento, enfermedad, accidente o edad avanzada.
Condición de limitación en la actividad	Situación que distingue a la población según reconozca tener o no limitaciones en la actividad.
Discapacidad	Término genérico que comprende las deficiencias en las estructuras y funciones del cuerpo humano, las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria y las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno donde vive.
Limitaciones en la actividad	Dificultades que una persona puede tener en la realización de tareas de la vida diaria.
Población con limitaciones en la actividad	Personas que tienen alguna dificultad al realizar actividades básicas de la vida diaria como caminar o moverse, ver, escuchar, hablar, atender su cuidado personal, poner atención o aprender.

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Por lo que se refiere al estado de Oaxaca, en el Censo de Población y Vivienda 2010 se contabilizaron un total de 3, 801,962 habitantes, de los cuales 1, 187,395 pertenecían a la categoría de población infantil y adolescente, esto es un 31% aproximadamente. Ahora bien, respecto a la población infantil y adolescente (0 a 14 años), se contabilizaron un total de 20,215 menores con limitaciones, de los cuales un 24% presentaban limitaciones para hablar o comunicarse, 23% limitación para moverse o caminar, 14% limitación mental, 13% limitación visual, 11% limitación para poner atención o aprender, 9% limitación para escuchar y un 6% limitación para atender el cuidado personal. Asimismo, en dicho Censo 2010 se señala que la “discapacidad” puede ser causada por distintos eventos, entre los

que se encuentran: los ocasionados durante el nacimiento y congénitos, enfermedad y accidentes.

Hay que resaltar que a partir de la propuesta de este trabajo se sustituirá en la medida de lo posible el término “discapacidad” y se utilizará “**personas (menores) con capacidades diferentes**” considerándolos como personas que presentan un déficit o limitación en la actividad en el sentido psicomotor, sensorial o cognoscitivo, y no por esto ser o estar impedidos en todas las áreas en las que se puedan desempeñar y desarrollar.

2.5.2. Terminología importante a considerar en materia de discapacidad

En cuanto a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001) se proporcionan las siguientes definiciones:

- A. *Bienestar*: se refiere a todo lo que comprende la vida humana, incluyendo aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”.
- B. *Estado de salud*: es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio de salud”, el cual indica áreas de la vida saludable de un individuo.
- C. *Condición de salud*: término utilizado para designar enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Puede incluir también el embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas.
- D. *Funcionamiento*: término que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).
- E. *Discapacidad (Capacidades diferentes)*: términos que se utilizan cuando existen déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la

participación. El término “discapacidad” indica principalmente los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una *condición de salud*) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

- F. *Funciones corporales*: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas.
- G. *Estructuras corporales*: son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros, y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales.
- H. *Deficiencia*: este término refiere anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales.
- I. *Anormalidad*: se refiere únicamente a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida.
- J. *Limitaciones en la actividad*: dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades, en comparación con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.
- K. *Factores Contextuales*: constituyen en su conjunto el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los Factores Contextuales tienen dos componentes:
 - 1. *Factores Ambientales*: aspectos del mundo externo que forma el contexto de la vida de un individuo.
 - 2. *Factores Personales*: son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias vitales.
- L. *Facilitadores*: son factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad (ambiente físico accesible, disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, actitudes positivas de la población respecto a la

discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida).

- M. *Barreras*: factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad (ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida).
- N. *Capacidad*: Constructo que indica, el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado. Se mide en un ambiente/entorno uniforme o estandarizado.

2.5.3. Factores y causas que originan algunos tipos de capacidades diferentes

Tomando en cuenta el origen de las capacidades diferentes de una persona, se puede mencionar que algunas de las causas podrán remontarse a su desarrollo pre, peri y postnatal, también por defectos congénitos y/o genéticos, así como trastornos o defectos neuromusculares; los cuales repercutirán en el desarrollo conductual, cognitivo, físico y emocional de quienes que las presentan, así como también en las personas que conviven diariamente con ellos. Por este motivo es necesario mencionar que hoy día se considera la perspectiva del modelo biopsicosocial para encontrar elementos del entorno socio ambiental así como aspectos biológicos y psicológicos interactuantes que repercuten en la conducta, desarrollo físico y cognitivo de los individuos en general.

Al mencionar causas de capacidades diferentes por alteración en el desarrollo prenatal, se pueden considerar las malformaciones congénitas, las cuales son consideradas como defectos físicos durante el desarrollo embrionario y

pueden deberse a factores genéticos, ambientales, nutricionales, o multifactoriales. Entre las más comunes en México (Uribe, 2008) se encuentran la anencefalia hidrocefala congénita (nacimiento sin cerebro, pronóstico de fallecimiento del menor), hidrocefalia (acumulación excesiva de líquido cerebroespinal en el cerebro), espina bífida (cierre incompleto de la columna vertebral) mielo meningocele (los huesos no se forman completamente, la médula espinal y las meninges sobresalen de la espalda del niño); en este tipo de malformaciones en la mayoría de las ocasiones se presentan consecuencias como pérdida de control de esfínteres, falta de sensibilidad parcial o total, parálisis total o parcial de piernas, debilidad de cadera, piernas o pies del recién nacido. (Hübner, Ramírez & Nazer 2004) También se pueden encontrar malformaciones del corazón, defectos del tubo digestivo, síndrome de Down y labio paladar hendido. (Uribe 2008) De acuerdo al diagnóstico, en caso de existir riesgos para el desarrollo cognoscitivo y físico del menor, el médico indicará el tratamiento a seguir, así como las actividades que la familia deberá implementar para comenzar con una adecuada estimulación temprana.

Acerca de las causas por presentar capacidades diferentes peri y postnatales, es importante considerar que las complicaciones pueden surgir inesperadamente y aunadas a factores de riesgo se puede aumentar la incidencia de problemas. Dichos factores según Benítez, Bordón, Céspedes, Duarte & Romero (2004); Álvarez, Urra & Aliño (2001) pueden ser:

1. Parto prematuro o pre término.
2. Condiciones socioeconómicas, culturales o intrínsecas a la madre: desnutrición materna, madres adolescentes o mayores de 35 años, no llevar control prenatal, madres fumadoras, infecciones cervicovaginales, hipertensión arterial, consumo de bebidas alcohólicas, preeclamsia.
3. Complicaciones durante el parto
4. Patologías del recién nacido

5. Bajo peso al nacer (inferior al correspondiente por edad gestacional)

En cuanto al pronóstico de los neonatos que presentan factores de riesgo, según Álvarez et al. (2001)

(...) por lo general, presentarán múltiples problemas, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún la edad adulta. De los sobrevivientes, se calcula que entre el 13 y el 24 % padecen trastornos neurológicos y entre el 6 y el 13 % déficit intelectual, repercutiendo en la adaptación social y calidad de vida. (p.116)

Asimismo, para Votta y colaboradores (1992) en Benítez et al. (2004) tendrán probabilidades de enfermar, morir o quedar con secuelas por la acción de factores que dañen el organismo y rompan el equilibrio entre el mismo y su medio antes, durante o después del parto.

En relación con los trastornos neurológicos y sus secuelas, se menciona sobre la Parálisis Cerebral Infantil (PCI) porque afecta al sistema nervioso central, por lo tanto la capacidad de moverse de forma coordinada, el tono muscular y la postura de la persona estarán afectados. Además también se presentan trastornos asociados de tipo sensorial, perceptivo y psicológico. (Castellanos, 2009, Discapnet, 2009). Según datos obtenidos por Volpe et al. 2002, en Pascual & Koenisberger, 2003, la incidencia en prematuros alcanza entre 12 y 64 por cada 1.000 niños nacidos. Cabe señalar que la PCI no es curable ni progresiva, pero se podría aminorar su impacto y limitaciones para la vida de quien la presenta si desde el momento que existe una sospecha o se sabe existen factores de riesgo, se le da el tratamiento y seguimiento indicados.

Por lo mismo, se deberá tomar en cuenta que la lesión cerebral que causa PCI puede ocurrir en el periodo prenatal, perinatal o postnatal; alguno de los factores que pueden contribuir son: familiares (predisposición genética); prenatales (falta de oxígeno, rubeola, exposición a rayos X, diabetes,

incompatibilidad sanguínea; perinatales (desprendimiento de placenta, prematuros, oxigenación insuficiente o anoxia); posnatales (enfermedades infecciosas, accidentes cardiovasculares, meningitis, ictericia). (Discapnet, 2009) Para realizar el diagnóstico, será imprescindible la participación del área médica para llevar a cabo el examen neurológico, verificación de síntomas y determinación de técnicas o estudios a realizar, entre los que se pueden encontrar: Resonancia magnética (RM), Tomografía computarizada (TAC), Ultrasonido, Radiografía, Electroencefalograma, análisis de sangre, evaluación de la marcha, estudios genéticos y estudios metabólicos.

En lo que corresponde a los especialistas involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje, es importante que consideren que la PCI no tiene porqué suponer una afectación a nivel cognitivo y aunque algunas personas presentan problemas de aprendizaje, esto no siempre es así; se sugiere entonces una atención que involucre a los especialistas y la familia, teniendo como objetivos el bienestar integral y máxima independencia del menor que la presenta. Así pues, si el médico detecta la existencia de antecedentes pre, peri y posnatales o mediante entrevista a los padres y observación del menor se manifiestan dificultades en algún aspecto de su desarrollo, lo indicado será enviarles a un programa de estimulación temprana múltiple; “(...) ya que si no recibe los estímulos necesarios, y existiese daño cerebral, sufrirá graves retrasos en su desarrollo psicomotor, los cuales podrán estar aunados a retrasos en otras áreas.” (Discapnet 2009).

2.5.4. Familia y Capacidades Diferentes

2.5.4.1. Las expectativas y el duelo.

En relación con las expectativas, Vallejo (2001) menciona que generalmente los padres y madres van creando ideas sobre el hijo que está por nacer, pero al tener un hijo con discapacidad, sus planes e ideas no son lo que esperaban y es entonces cuando tienen que enfrentarse a una realidad que no imaginaban; con lo

cual se suscita una crisis familiar en la que generalmente se necesitará de cambios y modificaciones inmediatos. Para este autor podrían influir en el comportamiento de los padres ante la nueva situación los apoyos con que cuenten, tanto en el ámbito familiar como social y la percepción de la discapacidad entre otros.

Tomando como referencia el diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil (PCI) como una de las capacidades diferentes que puede llegar a modificar o afectar diversas áreas en la vida de un menor y su familia, además considerando que ésta fuese moderada o severa se vería afectado su nivel de independencia, en consecuencia necesitará de cuidados y atención constantes. Por lo que se refiere al impacto inicial en una familia al tener un hijo con PCI Madrigal (2007) menciona que es de dolor y duelo de los padres, así como el enfrentarse a una realidad no esperada que rompe con sus expectativas; además de los cambios que se tienen que realizar en la dinámica familiar, e irse acoplando a nuevas actividades, roles y etapas de la vida. Además como señalan Ziolkó (1991) y Mullen (1998) en Álvarez, Ayala, Nuño & Alatorre (2005):

... la discapacidad que causa la PCI en el niño es el comienzo de una intensa y prolongada alteración del funcionamiento de la familia. Conforme el bebé con discapacidad crece, su repertorio y sus necesidades se vuelven cada vez más complejas. Padres y niño deben poner en juego diversos mecanismos para balancear las necesidades y exigencias de su complejo sistema de interacción. (p. 72)

Acerca de la elaboración del duelo por la pérdida del hijo sano esperado, se pueden mencionar las etapas de Kübler-Ross (1999):

1. Negación de la realidad (shock). Los padres no aceptan o no entienden las explicaciones del médico acerca de la "discapacidad" o capacidades diferentes de su hijo.
2. Enojo, culpa a terceros.

3. Negociación. Los padres tratan de negociar con un ser supremo de acuerdo a sus creencias.
4. Depresión, la cual incluye sentimientos de desamparo y tristeza, falta de esperanza e impotencia.
5. Aceptación. Cuando después de la pérdida se puede vivir en el presente.

De acuerdo con Tizón (2004): se entiende como proceso de duelo el conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor

(...) se trata de un complejo diacrónico no sólo de emociones, sino también de cambios de cogniciones, de comportamientos, de relaciones (...). Y como duelo el conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos no solo psicológicos (procesos de duelo) sino psicosociales, sociales (luto), antropológicos e incluso económicos. Por elaboración del duelo como la serie de procesos psicológicos que comienzan con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, y termina con la aceptación de la nueva realidad. (p.20)

El tiempo que requiera cada familia para llegar a la aceptación, misma en la que irán aprendiendo a vivir en las nuevas condiciones que se demanden por la capacidad diferente de su hijo será variable y acorde a cada contexto. Como se puede apreciar en la literatura al respecto los padres enfrentarán constante y periódicamente situaciones que podrán repercutir en su ámbito emocional, social, moral, económico y laboral, que alterará su vida cotidiana. Además, no hay que olvidar que cada individuo presenta diversas etapas del desarrollo, mismas que en el caso de un menor con capacidades diferentes se verán alteradas; quizá el tiempo que transcurra para que logre adquirir las destrezas y aprendizajes propios de cada etapa sea mucho más que el considerado como normal; y esto en caso de que sus habilidades así se lo permitan, en muchas de las ocasiones

necesitarán apoyo para su autocuidado, por lo que serán considerados como de custodia.

2.5.4.2. El rol del cuidador.

Ahora bien, diversas investigaciones e intervenciones se han centrado en la familia, en el impacto inicial y la repercusión de tener un hijo con capacidades diferentes, el proceso de duelo por el que transitan, las modificaciones que tienen que realizar en las actividades de la vida diaria, los problemas psicológicos o conductas que pueden llegar a presentar los menores, o la repercusión en los hermanos (cuando los hay). Y, ¿qué más se puede hacer con o por el cuidador? Independientemente que éste sea el padre, madre u otro familiar.

Para comenzar, Moreno (2005) menciona que un cuidador es:

(...) la persona encargada de cuidar a otros que, por su estado de salud o por la presencia de una discapacidad, tienen alguna limitación para cuidarse a sí mismos. La cantidad de ayuda que requieren depende del grado de la limitación. Esta actividad implica aprender tareas que debe asumir nuevos compromisos. (p.3)

Además, Martínez et al. (2008) señalan que en ocasiones los cuidadores tienen la creencia de que son incapaces de cuidar de la mejor manera posible a su familiar; en un estudio transversal, prospectivo y descriptivo que realizaron en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) del estado de México con una muestra de 102 cuidadores primarios informales de niños con PCI obtuvieron datos relevantes, como el nivel de estudios: 49% cuentan con estudios de primaria y secundaria, 33% preparatoria, 13% nivel superior y 5% primaria inconclusa; entre las actividades que reportaron como cuidadores, un 94.15% realizan acciones de cuidado (baño, alimento), 92.2% medicación y transportación, y 67.6% trámites administrativos y legales. Acerca de la información que han recibido el 80.4% refirió haber recibido capacitación o entrenamiento por parte del

equipo de salud, mientras que el 18.6% reportó no haberlo recibido. En cuanto a los pacientes o receptores de cuidado, el 98% fueron considerados como altamente dependientes por su cuidador. (pp. 25-26) Finalmente proponen "(...) la necesidad de implementar programas preventivos psicoeducativos que promuevan habilidades de autocuidado (...)". (p.28)

Con respecto a las atenciones y acudir a un centro de rehabilitación, Vallejo (2001) Limiñana & Patró (2004), y Madrigal (2007) señalan a la madre como principal cuidadora de niños con PCI y Mielomeningocele. Resulta interesante la mención de González & Alonso (1999) en Madrigal (2007) acerca de una consecuencia para la persona encargada de la atención de menores dependientes por PCI: la interdependencia emocional (necesidad constante de estar juntos, para evitar peligros imaginarios).

2.5.4.3. Funcionalidad y algunos factores que favorecen al menor con capacidades diferentes.

Por lo que se refiere a la relación entre la habilidad de cuidado y el nivel de funcionalidad de personas asistidas con enfermedades crónicas discapacitantes, Venegas (2006) realizó un estudio descriptivo correlacional en Chía, Colombia con 122 binomios cuidador-cuidado; en el que se consideró como Habilidad de cuidado "el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone el individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser" (p.140). Entre los resultados se encontró que en un 45.9% de casos en que el paciente cuidado presenta una disfunción severa el cuidador principal no posee un nivel de habilidad óptimo. En relación con sus resultados, la autora sugiere que el cuidador principal necesita fortalecer sus destrezas y capacidades para que la interacción con la persona cuidada sea de mutuo crecimiento; por lo que deberían ser incluidos en el programa de discapacidad así como programas de prevención de la salud a través de acciones educativas.

En cuanto al nivel de funcionalidad en familias con un hijo con PCI en un estudio realizado en México por Álvarez et al. (2005) en el que se consideró el término funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital, a través de un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, etc. Las diferencias encontradas por los autores entre funcionalidad y disfuncionalidad más relevantes fueron en las áreas de autoridad, control (límites y reglas de conducta), conductas disruptivas (conductas no aceptadas socialmente) y recursos (capacidades afectivas e instrumentales). (p.75)

Acerca de las creencias en los padres sobre la capacidad de sus hijos para tomar decisiones, Zulueta & Peralta (2008) realizaron un estudio con 68 familias con al menos un hijo con déficit intelectual cursando la Educación Secundaria y Formación Profesional, a quienes les aplicaron un cuestionario para recabar información; encontraron que solo el 16% creyeron que éstos tenían mucha o bastante capacidad para tomar decisiones, mientras que el 53% consideró que tenían poca o ninguna capacidad. Es importante señalar que también mencionan que el ambiente en casa favorece o impide la autodeterminación personal, y para favorecerla siguen las recomendaciones de diversos autores como:

Ofrecer oportunidades de que sus hijos aprendan habilidades para ser más autónomos e independientes (...) Establecer límites claros y consistentes (...) Valorar en su conjunto la personalidad de sus hijos/as percibiendo su discapacidad como una más de sus características (...) Valorar sus metas y objetivos y no centrarse sólo en los resultados o el rendimiento (...) y sobre todo, dar feedback positivo y honesto (...). (pp. 39-40)

Ahora bien, cuando los padres de familia y/o cuidadores no favorecen el desarrollo, independencia y autodeterminación personal de los menores que presentan capacidades diferentes, se pueden encontrar otros factores, como la

sobreprotección, la cual, según Díaz (2005) en García y Fernández (2005) ocurre cuando “la discapacidad se ve como un problema individual, una tragedia que le ocurrió a esa pobre persona (...) por ello (...) se destaca su carencia y no su potencialidad, y se ven en la obligación de protegerlos”. (p.242)

Otro factor que se puede encontrar en las familias con hijos con alguna capacidad diferente, es la existencia de dificultades para hacer cumplir las normas y el establecimiento de la autoridad. En este sentido, Minuchin (1986) en Meléndez (2005) plantea una:

(...) dificultad de los padres para ejercer su autoridad y del consecuente reconocimiento de ésta por los hijos. Por tanto, los primeros se verían imposibilitados de ejercer el poder necesario para desempeñar sus funciones; y en los segundos, se puede ver afectado el desarrollo de su autocontrol o autorregulación, al no tener claridad en los alcances de su quehacer. (p.110)

En una investigación de tipo descriptivo y analítico relacional realizada en Santiago de Chile con estructuras familiares y sus creencias con un hijo con Mielomeningocele entre 7 y 11 años, Meléndez (2005) menciona que las familias que contaban con la característica de límites claros y flexibles entre sus miembros, referían que “los padres han fomentado la normalización de la enfermedad o discapacidad de los niños, incorporándolos en las distintas tareas de la casa, e intentando tener un trato igualitario entre los hermanos, en cuanto a normas, deberes, derechos, etc.” (p.114)

En conclusión, habrá de tomarse en cuenta que además del rol de cuidador, la responsabilidad que pudiesen sentir los padres de familia, las habilidades y recursos con que éstos cuenten, la funcionalidad que presenten, también deberán considerarse factores como las percepciones en relación con la conducta autodeterminada (tomar decisiones) que puedan presentar sus hijos con capacidades diferentes, el manejo de límites y evitar la sobreprotección al momento de establecer un tratamiento, objetivos, programa conductual o adaptaciones curriculares que incluyan el trabajo en casa. En este sentido, Zulueta

& Peralta (2008) señalan que: “es preciso que padres y profesores principalmente modifiquen sus creencias y adquieran conocimientos y estrategias necesarios”.
(p.31)

2.6. La importancia de la plasticidad cerebral

La Importancia de la Plasticidad Cerebral proviene de la relación recíproca entre cerebro y conducta; además el concepto conocido como plasticidad neural se refiere a la capacidad del cerebro tanto en las fases del desarrollo como en la edad adulta de cambiar, debido a la influencia del entorno y la experiencia. (Rosenzweig, Leiman & Breedlove, 2001, p.3). Si se considera que el sistema nervioso central logra su máximo progreso durante los tres primeros años de vida por el continuo desarrollo de dendritas (receptores de impulsos nerviosos en la neuronas) y las neuronas del recién nacido no cuentan aún con muchas dendritas (Castellanos, 2009) será entonces de vital importancia que se estimule a través de diversas experiencias a todo aquel ser que haya nacido, ya sea a término o pre término, y más aún, si durante su gestación o al momento del nacimiento presenta factores de riesgo.

Al estimular entonces el desarrollo neuronal, se podría hablar de la “plasticidad cerebral”, William James (1890) en Fridman (2004) menciona que: “la plasticidad es la posesión de una estructura tan débil como para ser influenciada, aunque suficientemente tan fuerte como para que esta influencia no se pierda en su primer uso”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en Mercado (2010) define el término neuroplasticidad como “la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente, después de estar sujetas a influencias patológicas ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades” (p. 38).

Existen diversas razones por las que los investigadores han ido adoptando la idea de que la plasticidad cerebral existe, la Asociación Internacional en Pro de la Plasticidad Cerebral A.C. menciona que la plasticidad curativa puede ser inducida desde la conducta. Por ejemplo, investigadores de la Universidad de California en Irving, han presentado nuevos mapas cerebrales correspondientes a personas con trastorno obsesivo-compulsivo que se han sometido a

entrenamiento conductual. Los pacientes han remodelado sus cerebros con el fin de evitar cierto tipo de pautas de pensamiento.

Por otro lado el dogma de que el daño cerebral no hay forma de repararlo ha quedado atrás con los estudios en regeneración cerebral, se ha descubierto en años recientes que el cerebro cambia a lo largo de la vida -aun el cerebro dañado- ya que existe la posibilidad de que se formen nuevas conexiones. Este descubrimiento ofrece una vía para introducir la autorreparación cerebral tras una lesión o enfermedad mejorando tanto las capacidades mentales como las sensorio-motoras.

En consecuencia, para poder llevar a cabo la estimulación cerebral será necesaria la intervención de especialistas que puedan indicar el tratamiento, actividades y estrategias adecuadas a cada caso y área a estimular, por lo cual se hace evidente que los padres de familia que han tenido un hijo con diagnóstico probable o confirmado de alguna capacidad diferente sigan las indicaciones médicas, como el acudir a los servicios indicados, entre ellos el de estimulación temprana y rehabilitación integral.

2.7. Estimulación temprana y Rehabilitación integral

Acerca de la estimulación temprana, Castellanos (2009) señala que en un principio los trabajos en esta área se desarrollaron en alumnos con déficit intelectual, para intentar incrementar sus habilidades cognitivas. Martínez (2001) en Ravel (2005) menciona que el término Estimulación Temprana (E.T.) aparece en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, como una forma especializada de atención para menores que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, dando prioridad a los que provienen de familias en circunstancias de marginación. Actualmente la Secretaría de Salud mexicana define la estimulación temprana como: “una serie de estímulos repetitivos con el fin de aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro contemplando los aspectos físicos, sensoriales y sociales del desarrollo”.

El principal objetivo de la Atención Temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban - siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsicosociales- todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y bienestar, posibilitando su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. En lo que se refiere al desarrollo, Schapira et al. (1998) en Atehortúa (2005) señalan que es un proceso continuo y acumulativo de transacciones entre el individuo y su medio en el que los estímulos deberán estar presentes en cantidad, calidad y momento adecuado. Además, de acuerdo con Shapira et al. (2004) en Atehortúa (2005) las transformaciones globales que incluyen el crecimiento, la maduración y los aspectos psicológicos, conducirán a adaptaciones cada vez más flexibles coordinándose así diversas funciones.

De modo que, en los casos de niños de alto riesgo de deficiencias, deberá realizarse la derivación hacia las Unidades de Atención Temprana desde el momento del alta hospitalaria, cuando es previsible que un niño pueda tener secuelas y continuar la intervención durante los años subsecuentes o hasta que

un médico especialista indique el alta. La intervención a través de diversos servicios (Sanitarios, Educativos, Sociales) y de diferentes profesionales (médicos, pediatras, fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos, técnicos en atención temprana, trabajadores sociales, etc.) así como la implicación de la familia en el abordaje precoz de los niños con alto riesgo de deficiencias y Necesidades Educativas Especiales podrá cambiar o mejorar su pronóstico y las perspectivas en el proceso de enseñanza-aprendizaje y desarrollo en general, incluso en los casos de afectaciones anatómicas muy severas. (Andreu, Belda, Bugie, Casbas & Elósegui, 2000, en Ravel, 2005, y Mulas, 2011)

En relación con los antecedentes de la Rehabilitación en Latinoamérica, se puede decir que era materia sólo de médicos ortopedistas, quienes después de la segunda guerra mundial y epidemias de poliomielitis se vieron en la necesidad de tratar secuelas musculo esqueléticas. En Estados Unidos desde 1919 se comenzaron a formar terapeutas físicos. En 1937 se inicia un movimiento en Santiago de Cuba para niños lisiados brindando servicios hospitalarios, prótesis y órtesis, para ese entonces entraba aún en el campo de la medicina física. En México, en 1905 ya existía un departamento en el Hospital General que incluía los servicios de hidroterapia, mecanoterapia y electroterapia. Fue en la década de 1950 cuando se comienza a utilizar el término Rehabilitación. Poco a poco se fueron incorporando la fisioterapia, los ejercicios, electroterapia, kinesiología, deportes, terapia ocupacional y de lenguaje, finalmente la psicología. (Sotelano s/f)

De acuerdo con Marcus Fuhrer, en Amate (2006) se define la Rehabilitación Integral como "(...) el orden coordinado e individualizado de servicios cuyo objetivo principal es prevenir, minimizar o revertir la aparición de deficiencias, discapacidades y desventajas" (p. 25) Además la autora menciona como servicios esenciales los médicos y psicosociales hacia el logro de una vida independiente e integrada. En el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ameratunga, Officer, Temple & Tin Tin (2009) señala que la rehabilitación: "(...) es un proceso diseñado para ayudar al niño lesionado, que padece o padecerá

probablemente una discapacidad, a que alcance y mantenga un desempeño óptimo en la interacción con su entorno.” Además, se menciona que los objetivos deberán estar centrados en las necesidades del desarrollo físico y psicosocial de los niños, de su autonomía para cuidados, toma de decisiones en su adolescencia y sus relaciones con familiares y compañeros.

Hay que tener en cuenta que en México, el Programa de Acción Específico para la Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad 2007-2012 (PROSALDIS) (2009) señala que:

para evitar la disfunción por el daño orgánico, y evitar la discapacidad será necesario llevar a cabo un tratamiento de acuerdo al diagnóstico, con el fin de evitar desventajas por falta de información o identificación tardía de la enfermedad; a través de educación para padres o familiares mediante habilitación, rehabilitación e inclusión para las personas con discapacidad. (p15)

Vale la pena decir que para abordar de una manera integral las capacidades diferentes, sería necesario también considerar otros factores y no solo el abordaje psicológico, de la rehabilitación o educación especial, sino tomar en cuenta a la sociedad en general, misma que ejercerá una influencia en el desarrollo de cada persona, por lo tanto ya se estaría comenzando a incursionar en el ámbito de las Necesidades Educativas Especiales.

2.8. Necesidades educativas especiales (NEE)

2.8.1. Concepto y Definición

Sin embargo, ¿qué sucede cuando los menores que presentan capacidades diferentes adquieren la edad para asistir a la escuela? ¿A qué tipo de escuela podrán asistir para aprender e integrarse? En este sentido, Mendoza (s/f) señala que:

Al tratar de definir las NEE, se deben contemplar tanto los aspectos particulares de quien las presenta, así como las circunstancias bajo las cuales se presenta, no solo en su aspecto puramente contextual, sino también en los marcos políticos-legales, bajo los cuales se llegue a presentar, teniendo en consideración, las características étnicas y culturales, para no solo atender las necesidad de manera mediata, sino para generar todo un proceso de integración social que promueva la independencia y la productividad de las personas inmersas en las NEE.

En relación a los aspectos particulares, hay que tomar en cuenta que los alumnos podrían mostrar diferentes grados de dificultad para el aprendizaje, y en algunos casos pueden manifestar algún tipo de capacidad disminuida aunado a dificultades intelectuales, sensoriales, motoras o de lenguaje; también se pueden llegar a sumar problemas de personalidad (psicosis, autismo, dislexia), una salud deficiente (desnutrición, enfermedad grave), conflictos emocionales, ausentismo escolar. También es importante mencionar que no todos los alumnos con NEE presentan una disminución marcada en sus capacidades (físicas o mentales), por lo que podrán encontrarse alumnos con aptitudes sobresalientes -mismos que necesitarán también de esta área pero salen de los objetivos de este trabajo-.

Las Necesidades Educativas Especiales según otros autores se pueden considerar como:

El conjunto de características y factores que se llegan a presentar en una persona, los cuales le impiden acceder al proceso de enseñanza-

aprendizaje de la misma forma que sus compañeros de grupo o de su misma edad; cabe señalar que en algunos casos los alumnos pueden estar sanos física y/o mentalmente pero el contexto que les rodea o bien los hábitos de estudio que tienen interfieren en un buen aprovechamiento escolar. (Gómez, 2002; Sánchez, Cantón & Sevilla 2005).

En cuanto al tipo de escuela al que acudirá un menor con capacidades diferentes, existen diversas opiniones entre diversos especialistas, autores, investigadores e incluso padres de familia; lo importante será cómo se determinará que el menor con NEE resulte beneficiado en un ambiente escolar regular en el que deberá contar con apoyos y adaptaciones necesarias; asimismo la escuela deberá comprometerse con las necesidades especiales de éste, educar a los posibles compañeros para que exista una relación inclusiva, y se recurrirá a la utilización de los recursos educativos (maestros, personal en general, materiales adaptados y apoyos técnicos) evaluando constantemente y dando un seguimiento de manera eficaz. Además deberán tomarse en cuenta a todos los padres de familia, informándoles y sensibilizándoles.

2.8.2. La Educación Especial en México

En la República Mexicana la Educación Especial considera tres preceptos básicos que son: la individuación, a través de la cual los criterios de instrucción deben establecerse a partir de un perfil psico-educativo personal; la normalización, que pretende brindar a toda persona con capacidades diferentes igualdad de oportunidades en semejanza de condiciones; y por último la integración que aspira a la posibilidad de incorporar a la escuela regular estudiantes con capacidades diferentes. Asimismo, en teoría las metas están encaminadas a la capacitación para una mejor calidad de vida, la promoción del desarrollo psico-educativo, el desarrollo de programas tendientes a contrarrestar las limitaciones del individuo, la elaboración de un currículo que promueva la optimización en todos los aspectos de la vida del menor, y promover la aceptación de las personas que requieren la Educación Especial. (Rubiños & cols. 2011) Para que estas metas puedan llevarse a cabo se necesita también de la participación de diversos especialistas, en este sentido las investigaciones recientes sobre el perfil profesional del psicólogo y su trabajo dentro de las instituciones educativas se orienta fundamentalmente a tres grandes áreas de acción: “la planeación educativa, la capacitación del personal docente y el tratamiento de estudiantes con requerimientos especiales: problemas de conducta, de aprendizaje, de personalidad, de interacción social.” (Del Bosque, 2005, pp.2-3)

En teoría, en la República Mexicana y de acuerdo al “Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa” de la Secretaría de la Educación Pública (SEP) 2002, se menciona una reestructuración y modificaciones para lograr la integración de los niños con NEE con y sin discapacidad al ambiente educativo, por lo que deberá realizarse una Evaluación Psicopedagógica a cada alumno identificado con NEE, dicha evaluación estará a cargo de las autoridades educativas escolares en conjunto con padres de familia o tutores del alumno; acto seguido se deberá elaborar una Propuesta Curricular Adaptada (PCA), la cual especificará los apoyos y recursos que la escuela brindará al alumno para lograr su participación y aprendizaje.

Ahora bien, para trabajar con los menores que presentan NEE se sugiere identificarlos y evaluarlos en su ámbito común de estudio, lo cual de ser posible y según las leyes vigentes que se mencionarán más adelante debería ser dentro de las escuelas regulares. ¿Por qué la escuela regular? Una de las razones es que todos los niños tienen derecho a formar parte del medio que los rodea, y el reto del profesional, realizar el trabajo pertinente para conducirlos durante el proceso educativo tomando en cuenta las capacidades y/o habilidades de cada alumno. Desafortunadamente, en el Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa se hace mención acerca de la inexactitud con que se definió el término “integración educativa”, entendiéndose como solo el acceso de los menores al currículo básico, y el concepto de NEE como sustituto del término discapacidad, cuando como se mencionó anteriormente las NEE no son exclusivas de los menores con capacidades diferentes, sino abarca también aquellos con aptitudes sobresalientes así como quienes por factores contextuales no logran adquirir los conocimientos que corresponden a su etapa del desarrollo. Además, las capacidades diferentes en ningún momento debería tomarse como obstáculos durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, por el contrario se debe de recordar que cada individuo es distinto a otro y por si mismo ya posee características que lo hace especial al resto de la población. El reto es generar y posibilitar su integración y aceptación para un adecuado desarrollo social, intelectual, académico y psicológico. En otras palabras, “(...) pueden elaborarse programas que les permita alcanzar una convivencia social y productiva autónoma”. (SEP 2002, p.24)

El Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y la integración educativa menciona que es necesario “(...) sensibilizar y ofrecer información clara a la comunidad educativa en general; actualizar al personal de las escuelas de educación inicial, preescolar, primaria, secundaria y especial, así como de otros niveles educativos, para promover cambios en sus prácticas (...)” (SEP, 2002, p.32) y se proponía como metas a lograr para el año 2006 la elaboración de lineamientos generales para el funcionamiento y operación de los

servicios de educación especial, establecer un marco regulatorio, mecanismos de seguimiento y evaluación, ampliación de servicios de educación especial a todos los municipios y zonas escolares de educación inicial y básica priorizando la atención de alumnos con NEE con capacidades diferentes o aptitudes sobresalientes, garantía de que el personal contara con las competencias necesarias y compromiso ético para los mismos principalmente, garantía de dotación de recursos y apoyos técnicos necesarios, información hacia la comunidad de los temas relacionados con la discapacidad y NEE, fortalecimiento de colaboración entre distintos sectores, instituciones y asociaciones civiles para apoyar la atención integral de menores con NEE priorizando a los que presentasen alguna discapacidad y el desarrollo de proyectos de investigación e innovación que aportaran información para la mejoría en la atención. Metas que, al año 2012 no se han concretizado en el estado de Oaxaca.

2.8.3. El reto: la Inclusión Educativa

La integración requiere un cambio profundo en la cultura de las escuelas concretas, con especial impacto en las actitudes de todos los protagonistas (profesores, alumnos y padres). Como consecuencia de esta falta de renovación profunda, hay todavía creencias muy consolidadas bastante absurdas, posturas inadecuadas, supuestos incompatibles con la asunción de la diversidad que, en la práctica, se consideran intocables como la identificación de niveles y cursos, el alumno medio, la graduación, los grupos homogéneos; que dan lugar a esquemas organizativos rígidos fuertemente arraigados y a una pérdida del verdadero sentido de la enseñanza básica. (Mendoza, s/f)

Vale la pena decir que la inclusión implicaría una integración TOTAL en donde la enseñanza fuese individualizada y existiese además enseñanza cooperativa, adaptaciones curriculares, acomodo de la instrucción y evaluación

individual específica de cada alumno. Así, según la UNESCO (2005) la inclusión educativa se considera como:

El proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión en la educación. Que involucre cambios y modificaciones en contenidos, enfoques, estructuras y estrategias, con una visión común que incluya a todos los niño/as del rango de edad apropiado y la convicción de que es la responsabilidad del sistema regular, educar a todos los niño/as (UNESCO, 2005).

Cabe mencionar que para que existiese esta inclusión sería necesario avanzar con la serie de modificaciones y metas que propuso en el 2006 la SEP, para que realmente implicara la modificación del currículo con diversas estrategias que fortalecieran el aprendizaje significativo, se favoreciera el desarrollo de habilidades de cada alumno que presentase alguna dificultad, se estimulara su creatividad, así como su capacidad de abordar y resolver problemas; pero sobre todo, cualquier alumno debería ser considerado como un menor más dentro de un aula regular que gozara de los mismos derechos, dejara de ser señalado o etiquetado por los demás, y fundamentalmente se colaborara de forma multi e interdisciplinaria para la superación de sus NEE o fuese lo más autosuficiente en la medida de sus capacidades, para que en un futuro se pudiera desempeñar como cualquier otra persona productiva incluida en la sociedad. Por lo tanto, es necesario trazar y recorrer un largo camino de trabajo colaborativo entre los profesionales, sociedad en general y los gobiernos, así como fortalecer y participar en la preparación de toda persona que se desempeñe en el área educativa.

2.8.4. Normatividad vigente en materia de Discapacidad, Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales

Acerca de la capacitación a los diversos profesionales que laboran en el ámbito de la Rehabilitación y Educación Especial, se puede mencionar además la normatividad en materia de Discapacidad o capacidades diferentes y en Educación vigente. Es importante señalar que México forma parte de los países que firmaron el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el cual los Estados Partes convienen en su artículo 4 que: “se promoverá la formación de los profesionales y el personal que trabaja con personas con discapacidad (...) a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por sus derechos” (p.7). Además, en el artículo 19 se hace mención sobre el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad. (Naciones Unidas, 2007)

Sobre la habilitación y rehabilitación, el Protocolo Facultativo menciona en su artículo 26 que “se deberá comenzar en la etapa más temprana posible, con base en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona”. Para continuar sustentando una de muchas razones del porqué es importante que se capacite constantemente a los diversos especialistas que brindan su conocimiento y experiencia profesional hacia los niños, niñas y adolescentes con discapacidad se menciona que “los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen los servicios de habilitación y rehabilitación”. (Naciones Unidas 2007, p.22)

En relación con el Sector Salud en México, a través de la Secretaría de Salud es importante considerar aspectos de las Normas Oficiales, mismas que pueden consultarse en la versión electrónica del Centro de Documentación Institucional:

- A. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño, la cual señala en Definiciones, punto 3.9.1. que se definirá como

comunicación educativa “al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.” En el punto 3.2.3 señala como Educación para la salud “al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.”

B. Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la Atención Integral a Personas con Discapacidad. Señala en Definiciones:

1. Punto 4.1.11 sobre Estimulación múltiple temprana como “proceso que se utiliza precoz y oportunamente para llevar al máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante una estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales.”
2. Punto 4.1.17 define a la “Persona con discapacidad, como al ser humano que presenta una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan realizar una actividad considerada como normal.”
3. Punto 4.1.19 “Rehabilitación, al conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.”
4. Punto 4.1.22 Tercer nivel de atención, al que realiza docencia, investigación y formación de recursos humanos y proporciona atención médica de alta complejidad y rehabilitación integral en

donde la referencia de casos es caracterizada por personas con discapacidad severa o de difícil diagnóstico. En materia de rehabilitación se consideran como ejemplos: centros de rehabilitación, centros de rehabilitación y educación especial, unidad de medicina física y rehabilitación, institutos nacionales de salud y otros similares.

5. En el apartado 5, puntos 5.2.9.1 al 5.2.9.4. sobre las especificaciones señala que: Las actividades que se deben realizar para la atención médica rehabilitadora integral en el tercer nivel de atención son: Atención temprana e integral de las complicaciones potencialmente generadoras de discapacidad mediante un abordaje multidisciplinario, aplicación temprana de las técnicas de rehabilitación (...) con el fin de evitar la aparición de secuelas y estructuración de las mismas y la integración de la persona con discapacidad y familiares a los planes de rehabilitación. (Secretaría de Salud. Centro de Documentación Institucional. Versión electrónica).

Hay que destacar que el programa de estrategias de implementación operativa (Resumen Informe Mundial sobre la discapacidad 2011) propone intervenciones interinstitucionales e intersectoriales bajo un modelo socio-ecológico por grupos universales, focalizados o selectivos y dirigidos o indicados. En el último grupo el propósito es garantizar la atención integral para la mejora de calidad de vida y favorecer integración a la sociedad de las personas con discapacidad, pero sobre todo, se hace hincapié en la participación de la familia.

Sobre las estrategias y líneas de acción a seguir por el PROSALDIS 2007-2012 (2009) con todas las instituciones del Sector Salud, se menciona en la estrategia número ocho que “las personas con discapacidad tienen derecho a recibir servicios de salud integrales apropiados a sus características y

necesidades particulares con los mayores estándares posibles de calidad (...)” (p.37) para lo cual deberán otorgar servicios de educación para la salud, apoyo psicológico y entrenamiento, tanto a las personas con discapacidad como a sus familias, para facilitar los procesos de rehabilitación, habilitación e integración social. Finalmente, el PROSALDIS (2009) también señala la importancia de “fortalecer los programas para la formación y capacitación de recursos humanos (médicos generales, especialistas en rehabilitación, terapeutas físicos, ocupacionales, de audición y lenguaje, entre otros) y fomentar la investigación en discapacidad.” (p.43)

Por lo que se refiere a la Educación Especial, aproximadamente hace diez años en la *Declaración Mundial sobre Educación para Todos*, durante el Marco de Acción de Dakar, se expresó el compromiso colectivo de la comunidad internacional de perseguir una estrategia amplia, con el objetivo de garantizar que en el lapso de una generación se atendieran las necesidades básicas de aprendizaje de todos los niños, jóvenes y adultos y que esa situación se mantuviera después. Asimismo se mencionaban objetivos a lograr como mejorar la protección y educación integrales de la primera infancia, sobre todo para los niños más vulnerables y desfavorecidos así como velar por que antes del año 2015 todos los niños tuvieran acceso a una enseñanza primaria gratuita y obligatoria de buena calidad. (UNESCO, 2000)

Ahora bien, el principio número dos de la Declaración de Salamanca (1994) proclama entre otras cosas que: cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje que le son propios; las personas con NEE deben tener acceso a las escuelas ordinarias, mismas que deberán integrarlos en una pedagogía centrada en el niño, capaz de satisfacer esas necesidades. Además, en el principio número tres, se exhorta a todos los gobiernos a: dar la más alta prioridad política y presupuestaria al mejoramiento de sus sistemas educativos para que puedan incluir a todos los niños y niñas, con independencia de sus diferencias o dificultades individuales, adoptar con carácter de ley o como política el principio de educación integrada, que permite

matricularse a todos los niños en escuelas ordinarias, a no ser que existan razones de peso para lo contrario y garantizar que, en un contexto de cambio sistemático, los programas de formación del profesorado, tanto inicial como continuo, estén orientados a atender las necesidades educativas especiales en las escuelas integradoras. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura 1994).

En lo que se refiere a la Ley General de Educación vigente en la República Mexicana se menciona:

- A. Capítulo I. Disposiciones generales, artículo 2o. que “Todo individuo tiene derecho a recibir educación y, por lo tanto, todos los habitantes del país tienen las mismas oportunidades de acceso al sistema educativo nacional, con sólo satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones generales aplicables.”
- B. Capítulo III. De la equidad en la Educación, artículo 32. Las autoridades educativas tomarán medidas tendientes a establecer condiciones que permitan el ejercicio pleno del derecho a la educación de cada individuo, una mayor equidad educativa, así como el logro de la efectiva igualdad en oportunidades de acceso y permanencia en los servicios educativos.
- C. Capítulo IV. Del proceso educativo. Sección 1. De los tipos y modalidades de educación en el artículo 41 menciona que: La educación especial está destinada a personas con discapacidad, transitoria o definitiva, así como a aquellas con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género.
Tratándose de menores de edad con discapacidad, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma

convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios.

La educación especial incluye la orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a los alumnos con necesidades especiales de educación. (Diario Oficial de la Federación, 2012)

No hay que pasar por alto que existen obstáculos, mismos que deberán superar los gobiernos, como invertir en programas específicos, adoptar estrategias y planes de acción, mejorar la educación y formación de especialistas y fortalecer la investigación y recopilación de datos, siempre en beneficio de la calidad de vida de las personas que presentan capacidades diferentes.

2.9. Importancia del equipo multidisciplinario en Rehabilitación integral, Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales

Hasta aquí, se ha mencionado de manera general sobre Psicología, aprendizaje y conducta, qué son las capacidades diferentes, cómo pueden surgir y algunos tipos o diagnósticos en relación al enfoque biológico, el duelo en los padres de familia, factores contextuales y psicosociales que pueden favorecer al menor con capacidades diferentes, la importancia de la plasticidad cerebral, estimulación temprana, rehabilitación y Necesidades Educativas Especiales, así como la normatividad vigente. Por lo tanto, se puede señalar ahora que los menores deberán recibir atención en la rehabilitación integral y durante la etapa de la escolarización; en el caso de padres o cuidadores principales servicios de psicoterapia, pero además existe también la necesidad latente de que se proporcionen nuevas técnicas que se puedan emplear en el manejo diario de su hijo (a). Es decir, la preparación y capacitación de las familias es fundamental para que tengan un conocimiento más práctico en cuanto a las herramientas y estrategias a emplear, las mismas servirán para el desarrollo de habilidades, obtener mayores logros en la rehabilitación y el proceso de enseñanza aprendizaje, pero sobre todo beneficiarán la autonomía de los menores. Así que, ¿Quién o quiénes podrían proporcionarles estas técnicas? Y lo más importante, ¿de qué forma? Para comenzar a dar respuesta a estas interrogantes, a continuación se mencionará sobre el equipo multidisciplinario en la Rehabilitación y Educación Especial.

2.9.1. Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en el estado de Oaxaca

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Oaxaca (DIF), a través del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) ofrece servicios en Rehabilitación al público en general y principalmente de escasos recursos

económicos que presentan capacidades diferentes, lesiones neuromusculoesqueléticas, retraso en el desarrollo psicomotor y/o problemas ortopédicos, en las áreas de Medicina Física y Rehabilitación, Comunicación Humana, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Estimulación Múltiple Temprana; exclusivo para personas con capacidades diferentes se cuenta con la atención en Psicología, Neurología y Trabajo Social. En el caso de las terapias físicas u ocupacionales se atiende en un periodo establecido (1 semana, 15 días, 1 mes) y una vez terminadas las terapias, se le instruye al paciente o a quien cuide de él sobre cómo continuar las terapias en casa; lo cual será un proceso hasta que se dé el alta del paciente.

Ahora bien, los médicos especialistas antes mencionados cumplen una función muy importante para determinar el diagnóstico y el establecimiento del tratamiento a seguir, el planteamiento de objetivos a lograr con el menor de acuerdo a su capacidad diferente y el mantenimiento de su salud; pero hay que mencionar que en este trabajo se pondrá mayor atención a quienes por el trato directo con el menor y sus familiares o cuidadores aplican, instruyen, modelan y llevan a cabo técnicas necesarias para la rehabilitación y en su momento el proceso de enseñanza-aprendizaje, es decir, los terapeutas, profesores de Educación Especial, de apoyo y psicólogos.

2.9.1.1. Terapeutas ocupacionales y de lenguaje.

Por lo que se refiere a la Terapia Ocupacional, Cuairán, Laparra, Arnedo y Loitegui (2006) señalan que el objetivo principal de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en actividades de la vida diaria a través de la realización de aquellas tareas que optimizarán sus capacidades, mediante la modificación del entorno. Según Begoña (2004) las funciones y roles correspondientes al terapeuta ocupacional que interviene en el campo de la discapacidad física están relacionados con distintos aspectos, como el ámbito laboral individual, el nivel de competencia profesional y los objetivos de cuidado.

Además, según Schalock en Cuairán et al. (2006) se deberá mejorar la conducta adaptativa y en consecuencia la competencia personal a través de formación de habilidades y oportunidades de elección. La intervención se dirigirá hacia la mejoría o compensación de las limitaciones de las capacidades cognitivo-perceptuales a través de la recuperación y entrenamiento funcional (o entrenamiento adaptativo); así como el aprendizaje de una tarea específica y el aumento de las habilidades cognitivas o perceptivas utilizadas. (Zoltan, Seiv & Freishtat, 1986 en Kielhofner 2006).

En relación con el lenguaje, Sánchez, Cantón y Sevilla (2005) señalan que: “es el medio a través del cual se pueden expresar y comunicar los pensamientos y obedece a leyes particulares, comunes y universales (...) para comunicarse es necesario tener sentido (significativo) y registro (sonido) (...)”. (p. 67) Para Chomsky (1972) en Sánchez et.al. (2005): “el lenguaje es un sistema simbólico destinado tanto a la creación como a la expresión del pensamiento. Su objetivo es la necesidad de pensar y ser el medio de la comunicación (...)” (p.67). Pero, ¿qué sucede si no se produce sonido o la expresión del pensamiento es diferente a lo esperado?

Las causas de trastornos de lenguaje se pueden deber a diversos factores orgánicos, funcionales, organofuncionales, discriminación deficiente y trastornos emocionales, por lo que será necesario acudir al servicio de Terapia de Lenguaje, Calderón (s/f) menciona que el objetivo principal es establecer o restablecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en un menor con la finalidad de que éste no se vea afectado en sus relaciones con el entorno, su aprendizaje y su capacidad de comunicación.

Vale la pena decir que se mencionan ambas terapias porque entre sus objetivos contemplan modificaciones en la conducta que presentan los menores, las cuales van encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de éstos y el logro de cierta autonomía o independencia. Se entiende por calidad de vida en la familia “cuando sus miembros tienen sus necesidades cubiertas, disfrutan de su

vida juntos y cuentan con oportunidades para perseguir y alcanzar metas que son trascendentales para ellos.” (Córdoba, Gómez & Verdugo 2008, p.370) En este sentido Tolentino (2009) del Instituto Nacional de Rehabilitación en México, evidencía la necesidad de estudiar qué sucede con las familias con un hijo con PCI y las razones por las que se les dificulta aprender o realizar las terapias en el hogar, asimismo menciona la importancia de considerar el que los padres tengan la creencia de que al recibir el mayor número de terapias se obtendrá la “cura” y sugiere la implementación de programas en que se brinde capacitación intensiva al cuidador primario de pacientes de custodia, crear grupos de autoayuda para los mismos por parte de psicólogos y participación de trabajadores sociales, lo que vuelve a hacer patente el trabajo multidisciplinario en este ámbito.

2.9.2. USAER y CAM

Por otro lado, en cuanto a la Estructura de la Educación Especial en México a la fecha, cuando el alumno se encuentra en un servicio denominado como no escolarizado en la escuela regular, la Propuesta Curricular Adaptada será elaborada a través de las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) en coordinación con el profesor de grupo y especialistas con que cuente la institución, mismos que en teoría deberían ser Maestros de apoyo, Maestro de comunicación y lenguaje, Psicólogo y Trabajador Social. En relación con el servicio de Educación Especial denominado como escolarizado en los Centros de Atención Múltiple (CAM), se sugiere cuando el alumno presenta “Necesidades Educativas Especiales asociadas con discapacidad múltiple” (Programa nacional de fortalecimiento de la educación especial y la integración educativa, 2002).

En el Manual de Organización del Centro de Atención Múltiple del estado de Oaxaca se menciona que los CAM tienen como misión brindar la atención educativa hacia menores con NEE que requieren adecuaciones curriculares altamente significativas para satisfacer necesidades básicas de aprendizaje en los niveles formativos de Educación inicial, Preescolar y Primaria, Apoyo

complementario y Formación Socio laboral (IEEPO 2010). En consecuencia, la PCA será realizada por el conjunto de profesionales con que cuente la institución, entre los cuales, deberían de contar con un Director, el equipo multidisciplinario formado por Maestro de grupo, Maestro de enlace a la inclusión educativa, Maestro de comunicación y lenguaje, Maestro de apoyo complementario, Psicólogo, Trabajador social y Auxiliares educativos para los momentos formativos de Educación inicial, Preescolar, Primaria y Apoyo Complementario; y en el caso del momento formativo de Formación Socio laboral un Maestro de enlace a la inclusión laboral, instructores de taller, Maestro de formación socio laboral, Trabajador social y Psicólogo; también se hace alusión a la necesidad de personal de apoyo externo como Maestro de Educación Física, Maestro de Educación Artística, Terapeuta físico u ocupacional y Médico; aunque no todos los CAM cuentan en realidad con el personal suficiente y aunado a la falta de recursos humanos, existen diversas carencias como infraestructura adecuada, recursos materiales de apoyo, adecuaciones de acceso y mobiliario necesario, lo cual repercute directamente en la calidad de los servicios.

2.9.2.1. Profesores de Educación Especial.

Acerca de los profesores de Educación Especial -mismos que en su mayoría cubren las funciones mencionadas en el párrafo anterior- en México

son formados de acuerdo a los criterios y orientaciones para la organización de las actividades académicas contempladas en el plan de estudios de la Licenciatura en Educación Especial, con el objetivo de que el maestro conozca y tenga presentes los procesos de desarrollo cognitivo, motor y de comunicación, así como las respuestas afectivas de los niños y adolescentes cuando desarrollan su aprendizaje y la forma como le dan sentido a las actividades que realizan, teniendo presente que los recursos y formas que adquiera la actividad docente deberán variar de acuerdo a la naturaleza de los contenidos de aprendizaje y adaptarse a

las NEE que presenten niños y adolescentes, con o sin discapacidad así como los requerimientos particulares de cada región. (Dirección General de Educación Superior para profesionales de la Educación)

Habrà de tomarse en cuenta que en el àmbito educativo y en el proceso de ensefianza-aprendizaje, serà necesario contar con profesionales capacitados y actualizados dentro de este àmbito de las NEE; así como tener la apertura de interactuar e intercambiar opiniones para estructurar un plan de trabajo para cada alumno identificado. Los profesionales que pueden intervenir en este plan son: psicólogos, trabajadores sociales, maestros en Educación Regular y en Educación Especial, especialistas en el àrea de lenguaje, terapistas físicos u ocupacionales y médicos con diversas especialidades; mismos que podrán aportar su conocimiento para identificar, evaluar y realizar la intervención necesaria que cada uno de ellos necesite. Sin olvidar la cooperación y disposición de padres de familia para obtener información relevante así como poner en práctica estrategias adecuadas en el hogar del alumno identificado.

2.9.2.2. Posturas del profesorado hacia las Necesidades Educativas Especiales

Hasta aquí se ha mencionado sobre el tipo de actividades que desempeñan diversos profesionales en el àmbito de la Rehabilitación y Educación Especial, se ha hecho manifiesta la importancia de la colaboración de los padres de familia o cuidadores principales hacia el tratamiento, cuidados o actividades necesarias a establecer con los menores. Aunque en ocasiones según diversas investigaciones la postura o actitudes de las personas hacia las NEE no son favorables.

En países como España han modificado de tiempo atrás las legislaciones correspondientes a la educación inclusiva, en otros como Chile y

México apenas se han comenzado a realizar reestructuraciones a los modelos educativos. Es importante mencionar que en estos estudios es recurrente el que se hable del contexto y la interacción social, mismos que estarán interrelacionados con las actitudes que se formarán las personas a través de la experiencia que hayan tenido previamente con las N.E.E.

En ese sentido Díaz (2002) señala que la atención de las actitudes debe centrarse en aquellas que influyen o pueden influir de manera directa en el rechazo hacia la diversidad y en la forma negativa de percibirla, asimismo destaca como factores influyentes en la actitud del profesorado: la especialidad y función docente desempeñada en el centro, la formación recibida sobre el tema, las expectativas sobre los alumnos con N.E.E., las experiencias previas del profesorado, el tipo de necesidad que presentan los alumnos y la ayuda recibida, tanto humana como material.

Por otro lado Álvarez, Castro, Campo y Álvarez (2005) reportan haber encontrado una actitud general de los maestros y su dedicación hacia los alumnos con N.E.E. positiva, pero con bajas expectativas hacia materias denominadas «fuertes». Y concluyen con referencia a los profesionales de la educación “(...) lo que se espera de nosotros, los profesionales ligados a la educación, es una actitud positiva, de concordia y de aceptación, y tendemos a responder lo que se espera y no lo que realmente pensamos.” (p.605)

2.10. El Psicólogo, actividades que realiza y su ámbito laboral

En relación con el Psicólogo Clínico y las actividades que éste puede realizar, se pueden mencionar: psicoterapia, diagnóstico, evaluación e intervención; enseñanza, supervisión clínica; investigación y/o publicación en una variedad de situaciones y problemáticas que se presentan en los seres humanos. Las metodologías y estrategias o técnicas que éste utilice podrán ser individuales o grupales, acordes a la formación recibida, tipo de modelo y enfoque elegido. Respecto a los lugares específicos donde se puede desempeñar un psicólogo clínico se encuentran los centros privados de consulta, asesoramiento y tratamiento; equipos o unidades en los diferentes niveles de atención; centros de atención psicológica infantil; unidades de rehabilitación y centros de atención a personas con capacidades diferentes. Así, dependiendo del sitio donde realice su trabajo, el psicólogo clínico podrá intervenir con el individuo, familia, ambiente, equipo sanitario o una Institución. (Phares, 1999).

Además, desde el punto de vista de otra de las vertientes de la Psicología como profesión en su campo de aplicación, en la Psicología Educativa se involucran los procesos de aprendizaje que permiten a los individuos procesar información proveniente del medio ambiente, de la experiencia y sus factores emocionales, en consecuencia se podrá poner en práctica una intervención como proceso de enseñanza con metas y objetivos definidos, una organización y secuencia de los contenidos, así como estrategias instruccionales que permitirán a los receptores adquirir o mejorar conocimiento, mismo que serán capaces de utilizar y transferir en las situaciones necesarias.

Dentro de las funciones del psicólogo también se puede mencionar que además de brindar consulta, asesoramiento y alternativas viables para resolver problemas de conducta o aprendizaje, también podrá ayudar a los padres a comprender el proceso de desarrollo del niño, estrechar las relaciones entre los diversos especialistas implicados tanto en el tratamiento de Rehabilitación integral de menores que presentan capacidades diferentes como en la Educación

Especial, y en el caso de emplear el enfoque conductual, proporcionarles entrenamiento en las técnicas para modificación de conducta, pudiendo ser éstas como se ha mencionado una herramienta susceptible de utilizar con los menores.

Finalmente, en el área de las Necesidades Educativas Especiales la labor del psicólogo consiste en ser guía y apoyo para el profesor, formando un vínculo de trabajo; se podrá encargarse de observar, recabar información del alumno (s) en un expediente tomando en cuenta el contexto que le rodee (familiar, social, creencias), realizar la evaluación de sus aptitudes, diagnosticar, planear y elaborar estrategias de estudio, dar seguimiento de los avances que se tengan; contribuir e idear estrategias para la modificación de los currículos, objetivos y actividades de los profesores a las necesidades específicas de cada alumno que necesite de los apoyos; en los casos en que evalúe a un menor que proviene de una escuela de enseñanza especial, deberá evaluarlo y proponer las estrategias para saber qué contenidos se pueden adaptar y/o modificar para que este sea parte de la dinámica del grupo y no relegarlo. Por otro lado, el psicólogo puede hacerse cargo también de capacitar a los profesores y personal en general sobre cómo tratar a los menores con NEE, fomentando la disposición de trabajar en equipo; podrá impartir pláticas y/o talleres a los padres de familia y comunidad en general y valorará la posibilidad de incluir a niños con NEE en una escuela regular.

2.11. Modelos de Evaluación en Psicología clínica

Los modelos pretenden reproducir la realidad en concreto, para hacer una aproximación intuitiva de la misma, mas no la reproducen de un modo perfecto. Según Carrobles (1989), en Buela y Sierra (1997): “Los modelos serían generalizaciones realizadas por el científico a partir de datos u observaciones concretas derivadas de un cierto número de casos particulares con el fin de realizar predicciones acerca de la conducta de las personas” (p.4) Algunos de los modelos que existen en psicología de acuerdo con Kazdin (1983) Buela & Sierra (1997) son:

Modelo Psicodinámico. Tiene influencia de los trabajos de psicoanálisis de Freud, es un modelo organicista, considera que los factores intrapsíquicos constituyen las causas subyacentes de la conducta manifiesta, y tienen lugar en la mente bajo la forma de impulsos, deseos, motivos y conflictos. Las experiencias infantiles tienen una gran importancia para explicar la conducta posterior de los individuos. Estudia la estructura de la personalidad desde una perspectiva molar (conducta considerada como signo que necesita ser interpretada simbólicamente para tener valor diagnóstico), la evaluación y tratamiento están centrados en la actividad psíquica que no es directamente observable. No hay predicción de la conducta, tampoco interesa la clasificación nosológica ni la comparación interindividual. No es considerado un modelo con conocimiento científico, ya que no es posible contrastar los constructos que se postulan. La evaluación depende más de la interpretación del evaluador.

Modelo Psicométrico. Tiene sus orígenes en los trabajos de Galton, Binet y Cattell y sus estudios por las diferencias individuales. Considera que la conducta está determinada por atributos intrapsíquicos o variables organísmicas (habilidades, intereses o rasgos) que diferencian a unos sujetos de otros, se clasifica al sujeto con respecto a la población para realizar una predicción probabilística. Los instrumentos de evaluación son test, que evalúan diferentes manifestaciones externas consideradas signos o indicadores de atributos. Entre

sus objetivos se encuentran la descripción de las diferencias individuales; y sobre todo la predicción de la conducta en contextos diferentes al de la evaluación, es generalmente utilizado en ámbito escolar y laboral.

Modelo Conductual. Existen dos tipos de conductistas: los metodológicos (consideran que la conducta puede investigarse sin un examen directo de los estados mentales y utilizan el método hipotético deductivo) y los conductistas metafísicos o radicales (no aceptan estados mentales como proposiciones útiles, defienden la comprobación formal de las hipótesis). Las variables objeto de estudio del modelo conductual son la conducta, el ambiente y el organismo. La conducta se define de forma operativa a partir de las respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas y deberá describirse de forma precisa y objetiva para poder evaluarla, además de considerar los hechos actuales y no los determinantes históricos. El elemento cognitivo es considerado como variable dependiente y no como explicativa, el ambiente es una variable importante a tomar en cuenta, el marco ecológico del individuo es necesario para saber las situaciones de su vida diaria, qué situaciones son y el contexto de esas situaciones. Asimismo, también se pueden considerar las variables biológicas o personales consideradas como repertorios de conducta. La metodología básica es experimental, sobre todo los diseños de caso único. Se centra en las comparaciones intraindividuales (aspecto idiográfico). El objetivo será el cambio en las conductas manifiestas. No se considera conducta anormal y normal de forma cualitativamente distinta, ambas pueden explicarse bajo los mismos principios. La evaluación se llevará a cabo durante todo el proceso de intervención: contrastación de hipótesis funcionales, comprobación de los cambios producidos en la (s) conducta (s) objeto de estudio después de la aplicación del tratamiento y evaluación final de la intervención. Se puede llegar a utilizar también una metodología correlacional, y utilizar la observación sistemática a través de registros psicofisiológicos, la auto observación, los auto informes y la entrevista. El ámbito de aplicación fue en un principio propio de la psicología clínica, actualmente se utiliza también el área educativa, organizacional y de la psicología de la salud.

Modelo Cognitivo. Tiene su origen como consecuencia de una apertura del modelo conductual a aspectos cognitivos y de orientaciones ajenas al modelo conductual. Según Forns, Kirchner y Torres (1991) mencionados en Buela y Sierra (1997), existen 3 modelos: el de la perspectiva piagetiana, el de la evaluación neuropsicológica y el del procesamiento de la información. Estos presentan un factor común: la formulación de que las variables cognitivas son los principales determinantes de la conducta, pero aún los mismos teóricos cognitivos reconocen la interdependencia entre cognición, afecto, fisiología y conducta. Las variables objeto de estudio son las estructuras mentales y sus procesos, las técnicas utilizadas en la evaluación psicológica son los auto informes o autorregistros, que también forman parte del modelo conductual, la diferencia radica en la interpretación. Martorell (1988) en Buela y Sierra (1997) señala que el evaluador cognitivo debe centrarse en qué ocurre cuando el sujeto adquiere información nueva y en cómo la elabora y emite. Las aptitudes mentales se evalúan como un proceso. El ámbito de aplicación es clínico y escolar.

Modelo Humanista. La conducta del sujeto está determinada por su percepción del mundo, solo se puede comprender realmente a la persona situándose en su lugar para percibir el mundo como ella. El objeto de estudio en principio fue la personalidad como algo global. Según Ávila, en Buela y Sierra (1997) son objetos de estudio la autopercepción, el autoconcepto, la percepción de los otros y del ambiente, las estrategias personales de solución de problemas, la tendencia a la autorrealización. Sus técnicas de evaluación son la observación y auto observación a través de la entrevista o técnicas subjetivas como técnica de la rejilla de Kelly (evaluación de constructos personales), técnica Q de Stephenson. Técnicas psicobiográficas y narraciones personales. El ámbito de aplicación es clínico.

Paradigma Constructivista. Reúne diferentes teorías con un planteamiento de base común: la visión del hombre como ser constructor de su propia realidad. Neimeyer 1994, en Buela y Sierra, 1997, menciona que “los constructivistas son pluralistas en sus postulados y procedimientos, estando unidos por su oposición a

una epistemología positivista.” (p.19) El determinante básico de la conducta es la persona, considerada como conjunto o sistema de creencias que ha construido a partir de su experiencia con el medio. La psicoterapia tiene como objetivo la reconstrucción conjunta entre terapeuta y cliente en interacción de una nueva forma de percibir el mundo y a sí mismo; las variables objeto de estudio son los sistemas de constructos personales y las narrativas personales del sujeto. El objeto de evaluación son los sistemas interconectados de constructos personales, construcciones metafóricas y narrativas. Su metodología básica no es científica, las técnicas son diversas: técnica de rejilla, evaluación significados del sujeto, análisis de contenido, narración personal en primera persona. El ámbito de aplicación es clínico, sobre todo en psicoterapia.

Con la apertura de considerar la mejora y prevención de la salud hoy día desde un modelo biopsicosocial, la psicología se ha visto involucrada en relación a personas consideradas como normales pero con problemas psicológicos, y no solo como se consideraba anteriormente para personas anormales. Además la ciencia y tecnología nos proporcionarán herramientas útiles que aportarán datos en una evaluación, surge la necesidad de tomar en cuenta el contexto y cómo lo percibe el individuo, es por esto que los objetivos van incrementándose y ya no son suficientes solamente la aplicación de un test o la perspectiva clásica del psicodiagnóstico.

2.12. Evaluación e intervención psicológica hacia menores con Necesidades Educativas Especiales y capacidades diferentes

En relación al proceso de Evaluación Psicológica, como se ha mencionado estará sujeta a la orientación de cada profesional, así en la evaluación tradicional el objetivo final será proporcionar la información del diagnóstico al sujeto a través de la descripción, clasificación y predicción de la conducta. Los datos para elaboración de dichos procesos se obtendrán por medio de metodologías correlacionales que miden rasgos o variables intrapsíquicas. (Garaigordobil 1998) Para el objetivo general mencionado en este trabajo, no será necesario medir dichos rasgos.

Por otro lado, de acuerdo con Silva y Aragón (2002) en la Evaluación conductual la información obtenida será empleada para precisar guías de tratamiento y para el diseño de programas terapéuticos, además ésta se realizará en distintos momentos para evaluar la efectividad del tratamiento establecido y plantear nuevos objetivos. Debido a que la capacitación a los profesionales durante el taller fue en relación a técnicas de intervención conductuales como herramienta complementaria en su labor, es necesario mencionar que se les instruyó para obtener dicha información principalmente de la observación directa de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes, consecuentes y la frecuencia con que ésta se presenta, tomando en cuenta además la entrevista realizada hacia los padres o cuidadores principales y el contexto en que se esté llevando a cabo dicha evaluación mediante el registro de línea base.

Vale la pena decir que el terapeuta de conducta respeta profundamente a su paciente, por lo tanto deberá ser informado de las intervenciones y se solicitará su consentimiento; tratándose de menores también se informará y solicitará el consentimiento a sus padres o tutores, y solo en situaciones en que los menores no tengan el alcance de comprender las estrategias, bastará con sus responsables; además, la terapia implica un rol activo del paciente y del terapeuta. En consecuencia, como se señala en este trabajo se capacitó sobre la

forma en que los participantes podrían llevar a cabo la evaluación conductual, por lo tanto se justifica que la intervención psicoterapéutica conductual consista en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta con el fin de modificar ésta, a fin de que sean disminuidas las conductas inadecuadas o desadaptadas que no contribuyen al desarrollo y aprendizaje del menor, y también orientado hacia el aumento o mantenimiento de conductas adecuadas o adaptadas que podrían propiciar la atención y aprendizaje de contenidos establecidos en las propuestas curriculares adaptadas.

Ahora bien, se hizo patente la importancia y necesidad de tomar en cuenta también el diagnóstico y pronóstico médico de cada uno de los alumnos o pacientes con quienes se llegue a establecer la modificación de conducta, ya que así se podrá tener información acerca del tipo de rehabilitación o cuidados especiales de los que se requiere, sobre todo al considerar una atención multidisciplinaria hacia el menor. El hecho de tomar en cuenta los factores biológicos puede proporcionar datos que ayuden a establecer posteriormente la intervención psicológica con objetivos y metas acordes a sus habilidades y capacidades; sin olvidar el tener presente la recopilación de datos específicos en relación con la conducta objeto de estudio. Así las expectativas y objetivos establecidos deberán ser congruentes y acordes a la realidad, de la misma forma se darán a conocer a sus padres o cuidadores principales y a los demás profesionales implicados en su rehabilitación y proceso de enseñanza aprendizaje.

Hay que destacar que en las Necesidades Educativas Especiales la labor del psicólogo será observar sistemáticamente al menor, realizar entrevistas a los padres donde se recabe información desde los datos de identificación y familiares, historia académica, motivo de consulta, clase de problema que presenta el menor como excesos y carencias conductuales, expectativas y motivación de los padres, antecedentes de desarrollo, estado físico del niño, exploración de refuerzos, convivencia familiar y tratamientos recibidos; entrevista a profesores y al alumno de ser posible. Además deberá tomarse en cuenta el contexto que le rodee (familiar, social, escolar, creencias) y realizar una

evaluación de sus aptitudes, para así poder diagnosticar, planear y elaborar nuevas formas de aprendizaje, estimular sus habilidades, determinar qué herramientas se pueden utilizar y llevar un seguimiento de los avances que se tengan en las metas planteadas. Así pues, como puede apreciarse la modificación de conducta propuesta solo será una pequeña parte de todo un proceso que debe realizarse para hablar de intervención psicopedagógica y adaptaciones curriculares en menores con NEE.

En otras palabras, el factor fundamental será la detección y evaluación del aprendizaje que ha adquirido el menor, qué material puede servir como apoyo para estimular y fomentar la adquisición de nuevos conocimientos; y sobre todo priorizar la importancia que tiene el medio y cómo influye en cada uno de ellos por medio de una evaluación ecológica, la cual de acuerdo con Rogers-Warren & Warren, en Heward (2004) deberá considerar los factores fisiológicos, aspectos físicos del entorno, interacción entre alumnos, interacción profesor-alumno, el entorno familiar, y el desenvolvimiento de este en cuanto a las labores escolares –o actividades implementadas- y la forma de realizarlas. En este sentido Jurado & Sanahuja (1997) mencionan que los estudios descriptivos en educación especial proporcionan una buena base para el planteamiento de problemas y ayudan a la planificación, permiten aunar procesos y fases de actuación a través de principios generales de intervención inferidos de los procesos observados; con un enfoque cualitativo se ofrece al investigador la posibilidad de observar, asociar e interpretar los hechos ocurridos en el proceso enseñanza aprendizaje. Por su parte, Andrés (2008) señala que el proceso de identificación y valoración de las NEE de los alumnos se realiza en torno a dos variables: el alumno y el contexto; será necesario conocer el nivel de desarrollo del alumno a través de recogida de datos con padres y maestros, se llevará a cabo la observación, y, en los casos necesarios la aplicación de pruebas de acuerdo a la problemática presentada.

2.13. Condicionamiento operante

Ahora bien, sobre el Condicionamiento operante, menciona Kazdin (2009) “la mayoría de las conductas que realizamos en la vida diaria son operantes ya que no son respuestas reflejas (respondientes) controladas por estímulos evocadores” (p.11) y se emiten de manera libre. Los programas de modificación de conducta en escenarios aplicados se basan fundamentalmente en los principios del condicionamiento operante, ya que éstos “(...) describen la relación entre los eventos conductuales y ambientales que influyen en la conducta”. Para que ocurra la modificación de conducta hay que considerar los eventos antecedentes, consecuentes y contingentes de la misma, la contingencia es la relación que surge entre una conducta y los eventos que la siguen, por ejemplo, el sueldo es contingente al trabajo y las calificaciones a los estudios. (Kazdin, 2009)

Tomando en cuenta las contingencias, se dan una serie de relaciones que son las que definen al condicionamiento operante, los procedimientos que fortalecen la conducta se denominan reforzamiento. Charles Catania (1998), en Chance (2001) menciona las características del reforzamiento: una conducta debe tener una consecuencia, la conducta aumentará y su incremento será el resultado de la consecuencia. El principio de *reforzamiento* se refiere a un aumento en la frecuencia de una respuesta cuando ciertas consecuencias la siguen inmediatamente (evento contingente) que será el reforzador, el cual puede ser primario o secundario.

2.13.1. La Evaluación conductual

En lo que se refiere a la evaluación conductual “(...) surge como una necesidad ante la aplicación de los principios del aprendizaje al tratamiento de la conducta anormal (...)” (Fernández-Ballesteros, 1994, en Buela & Sierra, 1997). El nacimiento “oficial” de la evaluación conductual se da con el artículo de Kanfer y Saslow (1965) “Behavioral analysis”. De ahí en adelante surgieron numerosas

publicaciones, el trabajo de los psicólogos conductuales se vuelve arduo en cuanto a demostrar que la evaluación conductual es diferente de la tradicional, además de que los test hasta entonces utilizados no se empleaban en este enfoque. (Buela & Sierra, 1997)

Hay que tener en cuenta que existen diversos modelos teóricos utilizados en la evaluación conductual, el primero a mencionar es el que surgió por la psicología del aprendizaje operante de Skinner (1953), en el que la conducta está en función de los estímulos (E-R); la evaluación se lleva a cabo por medio de la observación y se mide en términos físicos de la conducta actual. La modificación de la conducta desadaptada se da a través de la manipulación de los estímulos o variables ambientales. El modelo formulado por Kanfer y Phillips (1970) agrega las variables del organismo como las condiciones físicas genéticas, fisiológicas, bioquímicas o neurológicas y las respuestas internas del mismo entendiéndose éstas como estímulos relacionados funcionalmente con la conducta o contingencias (E-O-R-K-C) dejando de lado, al igual que el modelo estímulo-respuesta cualquier inferencia sobre estados subyacentes. El modelo de Goldfried y Sprafkin (1974) elimina la variable contingencia y amplía la variable organismo hacia las respuestas cognitivas y subjetivas como los pensamientos, sentimientos o autoinstrucciones además de las biológicas (E-O-R-C). Más adelante en la propuesta de Fernández-Ballesteros (1981) interactúan las variables del organismo, las ambientales y la conducta en sí misma; los antecedentes y consecuentes pueden ser internos y externos, así como las respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas pueden fungir como estímulos antecedentes o consecuentes (E-O-F-R-C). (Roa, 1995)

Recogiendo lo más importante se deberá tomar en cuenta los cuatro aspectos básicos que sugieren Fernández-Ballesteros (1981) en Roa (1995): *los determinantes de la conducta*, entendiéndose éstos como la conducta explicada en función de las variables ambientales y su interacción con el organismo en la actualidad; *las unidades de análisis*, las cuales serán las conductas, las

situaciones antecedentes y consecuentes y la funcionalidad biológica, repertorio de habilidades o capacidad de respuesta; *consistencia y estabilidad* en relación con los estímulos y no de atributos internos de personalidad; y la *interpretación de las respuestas* como una muestra de una clase de conductas que se producirán dependiendo de los estímulos ambientales.

Para poder llevar a cabo una evaluación conductual, desde el punto de vista metodológico será necesario determinar *el tipo de evaluación*, en la cual se podrán utilizar métodos observacionales y las entrevistas, las *técnicas* o instrumentos que se pueden utilizar son el autorregistro, escalas de calificación, inventarios y listas de verificación; en el caso de las respuestas motoras o fisiológicas podrá recurrirse a aparatos o autoinformes, también se puede utilizar el informe de terceros. (Roa, 1995) Como se ha indicado en el objetivo de llevar a cabo los talleres, los profesionales que recibieran el taller en Psicoeducación posteriormente realizarían una evaluación hacia sus pacientes o alumnos, razón por la cual se les instruyó para que desde un principio observaran directamente y realizaran la definición operacional de la conducta que modificarían, a continuación obtendrían datos acerca de los antecedentes y consecuentes, de la frecuencia de ocurrencia de la conducta blanco en la línea base, y después compararían con la evaluación realizada al inicio del programa. Además, se les indicó, motivó y solicitó que este conocimiento lo transmitieran también a los padres de familia o cuidadores principales en aquellos casos en que se solicite registrar la conducta a modificar en el ámbito familiar.

2.13.2. Análisis Conductual Aplicado

Se consideró que actualmente en la evaluación conductual se pueden tomar en cuenta los antecedentes y consecuentes de la conducta, ya que se pueden incluir las variables organísmicas (físicas, fisiológicas o cognitivas) del individuo utilizando el modelo EORC donde:

E= estímulo o condiciones antecedentes que originan la conducta problemática

O= variables organísmicas relacionadas con la conducta problemática

R= respuesta o conducta problemática

C= consecuencias de la conducta problemática

Ahora bien, con los datos obtenidos en línea base los profesionales deberán analizar las conductas acerca de sus alumnos y/o pacientes en un escenario aplicado. De acuerdo con Kazdin (2009) “El punto focal del análisis conductual aplicado está en las conductas clínica o socialmente relevantes en áreas como los trastornos psicológicos y psiquiátricos, educación, rehabilitación, medicina, negocios e industria”. (p.25) Así, al contar dichos profesionales con la identificación, descripción y medición de la conducta, los eventos antecedentes y consecuentes, se establecerá la relación entre las variables para realizar un análisis conductual aplicado que detecte las variables o estímulos independientes que controlan o mantienen las conductas y qué consecuencias le siguen, qué variables pueden estar relacionadas y qué condiciones pueden reforzarla o mantenerla; dichas opiniones conceptuales serán no mediacionales porque “(...) se centran en las conexiones directas entre los eventos ambientales y situacionales y las conductas (...)” (Kazdin, 2009, p.25)

2.13.3. Análisis Funcional Aplicado

Como uno de los objetivos será que los profesionales utilicen la información de la evaluación para diseñar y aplicar en programas de modificación de conducta, se torna necesario que éstos también realicen el análisis funcional, el cual para Godoy (1993) es “*la estrategia clásica en la terapia de conducta para unir la evaluación con el tratamiento*” y su propósito será “describir la conducta y los eventos con los cuales se asocia; hacer predicciones (hipótesis) sobre los factores

que –la- controlan (...) y probar estas predicciones alterando los factores que se presumen para ver si la conducta varía conforme se predijo”. (Kazdin, 2009, p. 80)

Vale la pena decir que en el Programa de Psicoeducación que se describirá más adelante no se tiene planeado instruir a los profesionales que participen en la realización de un análisis funcional que incluya variables cognitivas, pero si se les proporcionará las bases metodológicas para que analicen los datos que obtengan, de tal manera que puedan elegir el principio y la técnica más adecuada en relación con los objetivos a lograr en el programa de modificación de conducta realizado hacia el alumno o paciente con capacidades diferentes y en consecuencia con Necesidades Educativas Especiales.

2.14. Principios básicos del condicionamiento operante

A continuación se mencionan principios básicos del condicionamiento operante susceptibles de aplicarse a la modificación de conducta en menores que presentan capacidades diferentes: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, castigo, extinción.

- A. De acuerdo con Kazdin (2009) “Se llama reforzamiento positivo al aumento en la frecuencia de una respuesta que es seguida por un evento favorable (reforzador positivo)”. Los reforzadores positivos pueden clasificarse en primarios o incondicionados y satisfacen necesidades fisiológicas (comida, dulces); los reforzadores secundarios o condicionados (elogios, aplausos, reconocimiento, sonrisas, retroalimentación positiva) causan satisfacción y bienestar, se asocian o aparean con otros reforzadores al principio para que después se retire el reforzador primario y solo se utilice el secundario. Cuando los reforzadores secundarios se aparean con más de un reforzador primario se denomina reforzador condicionado generalizado (aprobación, afecto de otros, sonrisas, contacto físico) (Skinner 1953 en Kazdin 2009) así, se podrán utilizar como fichas o “puntos” para cambiar después (reforzadores sustitutos). Es indispensable que el reforzador realmente incremente la frecuencia de la conducta, deberá tomarse en cuenta a la persona que se le está administrando, ya que dependerá de sus características, cada situación y contexto; además, será necesario establecer un programa de reforzamiento, es decir, el reforzamiento podrá darse de manera continua (por cada ocasión que la conducta es emitida); por razón fija (por un número establecido de respuestas); por razón variable (por promedio de respuestas). (Chance, 2001)
- B. “El *reforzamiento negativo* se refiere al incremento en la frecuencia de una respuesta al retirar un evento aversivo inmediatamente después de que se ha realizado la conducta” (Kazdin, 2009, p.37). En otras palabras, la respuesta se fortalece cuando se elimina o disminuye la intensidad del

estímulo. Por ejemplo, en un menor con capacidades diferentes que presenta conducta autoagresiva, a través de la observación deberán identificarse los antecedentes –evento aversivo- para que ésta suceda (si el menor está nervioso, enojado, ruidos fuertes o extraños, cansancio, etc.) y los eventos subsecuentes (inmovilizarle, llamarle la atención, ignorarle, etc.). Acto seguido el terapeuta retirará y/o modificará el evento aversivo, de acuerdo a las características y situación de cada menor (cambiar de actividad, eliminar el ruido, proporcionar un distractor) proporcionándole ayuda solo si éste lo permite o dando la indicación con voz firme que eso no se hace, con lo que la respuesta (dejar en ese momento de autoagredirse) aumentará.

- C. “El *castigo* es la presentación de un evento aversivo, o el retiro de un evento positivo que precede a una respuesta, lo cual decrementa su frecuencia.” (Kazdin, 2009, p.39) La diferencia entre el castigo y el reforzamiento negativo es que el castigo disminuye la frecuencia de la respuesta mientras que el reforzamiento negativo incrementa la frecuencia de la respuesta. Por ejemplo, si a un niño con capacidades diferentes se le refuerza con una canción y/o aplausos o un “premio” (dulces, ver televisión, juguete favorito) cada vez que ejecuta una tarea (comer solo, terminar una tarea escolar, realizar su terapia física), cuando no quiera realizar dicha tarea entonces no se le cantará o aplaudirá (castigo o retiro de evento positivo) con lo que deberá disminuir la frecuencia de negarse a realizar su actividad.
- D. La *extinción* es el cese de reforzamiento de una respuesta, se distingue del castigo en que no hay una consecuencia posterior a la respuesta, no se quita ni se presenta un evento. Ejemplo: si un menor está acostumbrado a gritar para que le den lo que quiere (conducta a extinguir) y cada vez que grita obtiene lo deseado, será necesario no proporcionárselo, de tal forma que se deje de reforzar la conducta de gritar y ésta se elimine.

2.15. Técnicas operantes para el desarrollo de conductas

“La extrapolación de los métodos experimentales a los escenarios aplicados generó una nueva área de investigación conocida como análisis conductual aplicado” (Baer, Wolf y Risley, 1968 en Kazdin, 2009, p.25). Uno de estos escenarios puede ser tanto el de la Rehabilitación como el de la Educación Especial, en donde los terapeutas, psicólogos y profesores pondrán en práctica el moldeamiento, encadenamiento, utilización de instigadores, desvanecimientos de conductas, generalización del estímulo.

- A. Si al desarrollar programas de modificación de conducta se da el caso que la conducta que queremos reforzar no se presenta, podemos apoyarnos del *moldeamiento*, como señala Kazdin (2009) para desarrollar nuevas conductas. En el moldeamiento la conducta terminal se logra mediante el reforzamiento de pasos pequeños o aproximaciones hacia la respuesta final, más que mediante el reforzamiento de la respuesta final. El moldeamiento requiere de conductas reforzantes que estén dentro del repertorio del individuo y que se asemejen a la respuesta terminal o que se aproximen al objetivo.

- B. Hay que reconocer que la mayoría de las conductas consisten de una secuencia de cadenas, la cadena representa una combinación de las respuestas del individuo ordenadas en una secuencia particular. El *encadenamiento* se utiliza para desarrollar una secuencia de conductas mediante el uso de respuestas ya presentes en el repertorio del individuo, es importante mencionar, que el encadenamiento procede en dirección regresiva comenzando con la última respuesta y luego formando conductas anteriores, pero si esto no es posible se puede utilizar encadenamiento hacia adelante. Para establecerlo, será necesario descomponer la tarea en elementos, después se reforzará cada uno de los pasos o elementos. (Kazdin, 2009, Chance, 2001)

- C. El desarrollo de la conducta se facilita mediante el uso de señales, instrucciones, gestos, direcciones, ejemplos y modelos (instigadores) que inician una respuesta. Ahora bien, para suprimir el instigador más no la conducta se usa el *desvanecimiento*, que es la eliminación gradual de un instigador. Por ejemplo, si para entrenar al menor a ir al baño se le reforzaba de forma positiva cada vez que acudía y no se ensuciaba el pañal, se irá disminuyendo poco a poco el reforzador primario, después el secundario y luego la frecuencia, hasta que no sea necesario ocupar un instigador pero la conducta se mantendrá.
- D. Cuando una conducta ha sido reforzada en situaciones particulares, y se ejecuta en nuevas situaciones parecidas o en otros escenarios se podrá decir que existe una *generalización de estímulos* “se refiere a la generalización o transferencia de una respuesta hacia situaciones diferentes a aquellas en las cuales tuvo lugar el entrenamiento” (Kazdin, 2009, p.52). Por ejemplo, si en la terapia se le ha entrenado al menor a pedir con alguna señal o sonido su leche o agua en lugar de gritar, y las técnicas empleadas se ponen en práctica en el hogar, el menor deberá también solicitar su bebida de esa forma pero no solo en la terapia y el hogar, sino cuando se encuentre en otros lugares (cafetería o casa de algún familiar).

2.16. Método de Autocontrol

Al mismo tiempo que los participantes del taller en Psicoeducación de principios y técnicas de modificación de conducta recibieron la capacitación, también realizaron su modificación de conducta, así pusieron en práctica el autorreforzamiento, autocastigo y por consiguiente se empleó el Autocontrol, según Kazdin (2009) “Los procedimientos de autocontrol en modificación conductual se refieren principalmente a técnicas en las cuales el cliente juega una parte activa y en ocasiones es la única en la administración del tratamiento”. (p. 266)

Con base en las aportaciones de diversos autores también el autocontrol se puede definir como un grupo de técnicas y estrategias de terapia que proviene de diversos modelos teóricos así como algunos de sus representantes y técnicas entre los que destacan: George Kelly (1955) quien pensaba que para comprender a las personas era necesario comprender su modo de percibir y categorizar los acontecimientos, mismos que desarrollarían sistemas de constructos interrelacionados para el entendimiento y realización de predicciones; Julián Rotter (1954) desarrolló un modelo de cómo la gente regula su conducta en función de valores y expectativas que asignan a posibles resultados de una acción determinante; para Bandura (1977) era necesaria la valoración personal de las probabilidades de resultados (expectativas) mediante evaluaciones personales y que se llevaran a cabo (autoeficacia). Walter Mischel (1968) abordó los significados subjetivos e ideográficos de los individuos a los estímulos, y consideró que éstos se pueden transformar y manipular. Para Frederick Kanfer (1970, 1977) el autocontrol son las estrategias que emplea la persona para modificar la probabilidad de una respuesta en oposición a influencias externas existentes mediante un proceso que lleve a la obtención de metas, así, se emplearán el autorregistro, la autoevaluación y el autorrefuerzo. (Rehm, 1998)

Por tanto la persona es director de su propia conducta y participa activamente en todo el proceso, lo cual implica la recogida de información,

especificación del problema, planificación de la intervención, intervención y evaluación de resultados. La idea es que éste realice un doble papel, como individuo respondiente que se comporta de modo problemático y como individuo controlador, que evalúa y modifica la conducta; así el objetivo será enseñar estrategias para controlar o modificar la propia conducta en diversas situaciones y alcanzar metas a largo plazo, razón por la que el terapeuta participará como colaborador que enseña teoría y métodos e instruye en los principios de la modificación de conducta autoaplicada por medio de sesiones de terapia, en las que se llevará a cabo la evaluación y planificación de la intervención en el ambiente natural de la persona. Para lograr la generalización se emplearán estrategias de tareas que provoquen el cambio en situaciones naturales y la autorregulación; es necesario considerar que las personas capaces de reducir la influencia de recompensas y castigos con las estrategias de autocontrol podrán realizar una planificación y control interno.

Ahora bien, Rehm (1998) propone añadir la autoatribución como variable que modera la autoevaluación, de esta forma las personas juzgarán su actuación como éxito o fracaso y se sentirán bien o mal al respecto, considerando que la conducta se encontraba bajo su control o responsabilidad. La propuesta de este autor, basada en el modelo básico de Kanfer incluye los siguientes conceptos, mismos que servirán como guía para el proceso:

1. El Autorregistro. Es la técnica básica para que el paciente observe y registre sistemáticamente su propia conducta o cogniciones mediante los antecedentes situacionales, sus consecuencias, el sentimiento que las acompaña y la relación entre estos. Se puede registrar en múltiples dimensiones de frecuencia, intensidad y duración. A partir del registro de los antecedentes se pueden descubrir asociaciones y generar hipótesis sobre factores o estímulos situacionales con las respuestas problema, mismas que ayudarán a planificar la intervención. Si el autorregistro se centra en las consecuencias el paciente podrá darse cuenta de lo eficaz o ineficaz de su conducta. El autorregistro tiene efectos reactivos,

normalmente las conductas deseadas aumentan, ya que el paciente se recompensa por la oportunidad de registrar y mostrar al terapeuta su éxito; las conductas no deseadas disminuyen porque el registro es un constante recordatorio de lo que habrá de mostrarse al terapeuta.

2. La Autoevaluación. Según el modelo de Kanfer es la comparación de la propia conducta respecto a un patrón impuesto por uno mismo. Pero habrá de tomarse en cuenta que en ocasiones las personas pueden autoevaluarse de manera negativa, plantearse objetivos inalcanzables o valorar las situaciones de manera que se dificulte el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces. En este sentido será necesario que el terapeuta ayude al cliente a identificar y establecer metas reales y alcanzables, que no estén bajo el control de las respuestas de otras personas. Además, los objetivos que sean a largo plazo deberán descomponerse en pequeños o de forma gradual.
3. La Autoeficacia. Está directamente relacionada con la evaluación y expectativas de lo que la persona puede lograr. Las expectativas de eficacia están dirigidas hacia el afrontamiento y solución de problemas, influirán la actuación real en la propia historia de éxito o fracaso, la experiencia vicaria a partir de la observación de los demás en la misma situación, la persuasión verbal a través de dar ánimo, instrucciones y consejos y los estados fisiológicos como la activación o relajación en determinado momento.
4. Las Atribuciones. Se producen a través de las causas internas o externas que la persona le da a cada suceso. Seligman (1981) sugiere que se pueden utilizar estrategias generales de terapia como: el enriquecimiento ambiental, en el que se coloca a la persona en un ambiente que pueda experimentar un mayor control y menor peligro; entrenamiento en el control personal que mejorará cualquier habilidad relevante que proporcione mayor competencia a la persona y mayor control sobre la situación; entrenamiento en resignación, se alienta al paciente para abandonar un objetivo deseado pero poco realista, sustituyéndolo por uno con mayores probabilidades de

realizarse; y el reentrenamiento en atribución en el que se enseña a la persona a reconocer su estilo habitual disfuncional y sustituirlo por otro más realista y flexible.

5. El Autorrefuerzo. Serán las consecuencias del proceso de autoevaluación, el autorrefuerzo puede ser manifiesto o encubierto, es decir, se pueden utilizar tanto la autorrecompensa con objetos tangibles así como también pensamientos positivos, en el autocastigo podrá aplicarse una actividad que no sea del agrado para la persona o pensamientos de culpabilidad. Tanto el autorrefuerzo manifiesto como el encubierto pueden utilizarse como técnicas de autocontrol, aplicados con habilidad, ambos servirán para lograr objetivos a largo plazo. Será necesario enseñar al paciente los conceptos de consecuencias inmediatas y consecuencias demoradas de la conducta, contingencias autoadministradas, examinar consecuencias a corto y largo plazo. Así, en el ambiente natural de la persona, el autorrefuerzo servirá para mantener el cambio, por lo tanto ayudará a mejorar la adherencia y aumentar la generalización. (Rehm, 1998)

2.17. Aplicación de principios y Técnicas de modificación de conducta en Capacidades diferentes y/o Necesidades Educativas Especiales

Finalmente se mencionará sobre la Aplicación de Técnicas de modificación de conducta en las capacidades diferentes, tanto en el ámbito de la rehabilitación como de la Educación Especial, por ende en las Necesidades Educativas Especiales, priorizando las causas de las mismas y sobre todo las causas ambientales en torno a sus condiciones y las de sus familias. Desde la perspectiva cognitivo-conductual las características conceptuales, estratégicas y de procedimiento que señalan Marsh y Gram (2001) a tomar en cuenta con los menores son:

- a. Énfasis en conceptos de personalidad y conducta anormal
- b. Enfoque predominantemente ideográfico e individualizado. Familia-niño
- c. Centrar atención en influencias situacionales y contextuales sobre el comportamiento
- d. Énfasis evolutivo. Cambios a lo largo del tiempo en conducta, cogniciones y emociones del niño y familia
- e. Enfoque orientado hacia los sistemas. Contextos, características y organizaciones estructurales y relaciones funcionales (situaciones-conductas, pensamientos-emociones)
- f. Empleo de enfoque multimetodo que implique el uso flexible de diferentes informantes y variedad de procedimientos
- g. Enfatizar la información obtenida para establecer objetivos y metas para el diseño de la intervención, evaluar los resultados
- h. Enfoque dinámico y autorreversible de evaluación.

Lo más importante fue que los profesionales a quienes se dirigió esta intervención mediante entrenamiento en técnicas conductuales contaban con la

experiencia y práctica de su formación, además del trabajo diario en el tratamiento en Rehabilitación hacia menores con capacidades diferentes o en el ámbito de la Educación Especial, por lo mismo se consideró que estarían de acuerdo en que se tomaran en cuenta los factores básicos que señala Ribes (2002) como los determinantes biológicos del pasado (genéticos, prenatales y perinatales) los actuales (estado nutricional, fatiga, medicamentos) la historia previa de interacción con el medio y las condiciones ambientales para determinar qué pacientes y sus familias podrían ser susceptibles de recibir el tratamiento en modificación conductual.

Baste, como muestra el estudio longitudinal realizado por León (s/f) con familias que tenían hijos con diagnósticos de síndrome de Down, autismo y daño cerebral cuyas edades fluctuaban entre los 6 y 22 años, en el que obtuvo datos sobre las etapas de crisis o adaptación en que se encontraban dichas familias. El autor menciona que un 61% se encontraban en etapa de crisis, estas familias no aceptaban el diagnóstico ni el pronóstico y pensaban que esto sería temporal, y dificultad para recibir recomendaciones de terapeuta y psicólogo, además existía sobreprotección ya que no estimulaban la autonomía de sus hijos. En el 39% de las familias que se encontraban en proceso de adaptación, se encontró que motivaban el esfuerzo y logros de sus hijos y seguían las recomendaciones que se les proporcionaban.

Ahora bien, desde la perspectiva de la modificación de conducta aplicada en capacidades diferentes, Bautista, Sifuentes, Jiménez, Avelar & Miranda (2008) señalaron que en niños con autismo existen investigaciones que demuestran la utilidad de sus técnicas y procedimientos para la modificación del comportamiento, y ha sido posible incrementar el comportamiento funcionalmente adaptativo así como disminuir o eliminar comportamientos disfuncionales; hicieron hincapié en que esto ha sido en el ámbito donde se imparte la terapia y destacaron la importancia de la generalización a otros ambientes, por lo que se requiere de la colaboración de los padres como “coterapeutas”.

Por lo anterior, en primer lugar se recurrió a solicitar la colaboración de las instituciones CREE de DIF Oaxaca, Zona 01 de Educación Especial y Mesa Técnica de Educación Especial del IEEPO, porque así se podría acceder a los profesionales que ahí laboran y quienes podrán poner en práctica los principios y técnicas de modificación conductual en los pacientes con capacidades diferentes y alumnos con NEE; además serán ellos quienes fungirán posteriormente como portavoces sobre el método con los padres de familia o cuidadores principales.

2.17.1. Programa para modificación de conductas en menores con Capacidades diferentes

Como se ha dicho, al momento que el terapeuta, psicólogo o profesor comience a poner en práctica un programa para modificación de conductas como complemento a los objetivos y actividades que tenga establecidos dentro del tratamiento de rehabilitación o la atención en Educación Especial del menor, deberá realizar previamente una evaluación conductual en la que se tomen en cuenta los principios que la caracterizan: la importancia de los hechos observables, el objeto de estudio será la conducta, misma que será el resultado del aprendizaje y tanto su evaluación como intervención para modificarla estarán estrechamente interrelacionados, además se tomará en cuenta el aspecto idiográfico, es decir, se seleccionarán conductas específicas y los instrumentos y técnicas utilizados serán en función de cada caso individual. Posteriormente, el análisis que realice acerca de las conductas a modificar, los reforzadores que empleará y la técnica a utilizar deberán ser objetivas y funcionales. En otras palabras, las técnicas aplicadas serán solamente las consideradas dentro del *conductismo radical* “Se le considera radical porque su punto focal está exclusivamente en la conducta abierta en lugar de en estados subjetivos (afecto) y pensamientos (cognición)” (Kazdin, 2009, p.25)

Lo anteriormente mencionado, se ejemplificó, practicó y se llevará a cabo mediante una serie de pasos:

1. Observar las conductas que el menor ya presenta, tanto adecuadas como inadecuadas y establecer una línea base (frecuencia y condiciones en que más se presentan) tanto en el centro de rehabilitación como en el hogar.
2. Identificar, conceptualizar, operacionalizar y establecer metas con cada una de las conductas así como identificar y establecer reforzadores; definir qué conducta inadecuada se reducirá o extinguirá para orientar la funcionalidad y atención del organismo en las conductas adecuadas.
3. Reforzar positivamente las conductas adecuadas, con la intención de que en el transcurso del tiempo se dejen de utilizar tanto reforzadores como los instigadores; el objetivo será fortalecer o crear habilidades y destrezas para la vida diaria del menor.
4. Programar evaluaciones periódicamente, los padres de familia o cuidador principal deberán llevar un registro diario sobre la disminución o aumento en la frecuencia de las conductas, así como eventos o estímulos antecedentes o subsecuentes que vayan identificando.
5. Reestructuración de la técnica en caso necesario.
6. De acuerdo a la evaluación será el mantenimiento de la conducta adecuada, y será entonces cuando comiencen a reducirse reforzadores e instigadores. En el caso de la disminución de conductas inadecuadas, se irán estableciendo nuevos objetivos. Además se pondrá en práctica la generalización de la conducta hacia otros contextos, como el escolar o social dependiendo de cada menor atendido y sus familias.

Definitivamente en todos y cada uno de los pasos los padres de familia o cuidador principal deberá estar involucrado, tanto para obtener información de éste como copartícipe, como para que el trabajo en la terapia o clase se lleve a cabo en el hogar. En consecuencia la comunicación entre profesionales y padres de familia o cuidador principal será un elemento indispensable; así como, en los casos en que las características del menor lo permitan, preguntarle su opinión o tomar en cuenta sus sugerencias.

Con respecto al pronóstico en la modificación de conducta en los menores, se formulará hacia “una o varias conductas terminales que deben obtenerse como producto final del tratamiento. La adquisición o supresión de las conductas confirmará el grado de acierto del pronóstico” (Ribes, 2002, p.25) Sin dejar de lado que se establecerá un repertorio mínimo a alcanzar y con la apertura hacia irlo ampliando en los casos en que sea posible. De acuerdo con Ribes (2002), “(...) la conducta final del sujeto es el único índice válido acerca de las potencialidades reales del sujeto con retardo en el desarrollo”. (p.25)

Así pues, al principio se hablaba sobre factores de riesgo, la importancia de que un menor con factores de riesgo acuda a estimulación temprana, y en los casos en que existe una “discapacidad” adquirida o como secuela por dificultad, enfermedad o trastorno se lleve a cabo un tratamiento de rehabilitación integral y posteriormente se le proporcione el apoyo por parte de las NEE. Asimismo se planteaban cuestionamientos como: ¿Qué sucede con las personas que tienen un hijo (a) con alguna capacidad diferente? ¿Asumirán la responsabilidad de proporcionarle no solo los medios necesarios para una rehabilitación y escolarización, sino estarán preparados para entrenar hijos autosuficientes en la medida de sus capacidades? ¿Le permitirán, a ese hijo con “discapacidad” la oportunidad de tener poder de decisión, de prepararle para el futuro, de esforzarse cada día y superar sus propios déficits, desarrollando y mejorando sus habilidades y capacidades? O, el miedo, la incertidumbre, la ignorancia, la impaciencia ¿predominarán bajo lo que conocemos como sobreprotección?

Además, ¿cómo coadyuvar a que el padre de familia o cuidador principal se involucre y continúe con el tratamiento y propuestas de adaptaciones curriculares indicadas por los profesionales? ¿Tendrán el conocimiento o comprensión suficiente del porqué y para qué, así como las ventajas de continuar con la estimulación temprana, rehabilitación, actividades o utilización de diversas técnicas en casa? Cuando ha pasado el tiempo, y las expectativas que probablemente tenían como padres no se han cumplido, ¿continuarán con la alianza o adherencia terapéutica? Sobre todo, ¿Le darán la oportunidad de acudir

a un centro educativo? Y ¿Se podrán incrementar conductas de autocuidado o reducir conductas inadecuadas en los menores con capacidades diferentes mediante técnicas conductuales como herramienta de apoyo?

Como un primer acercamiento, se ha tratado de intervenir en algunas de las problemáticas que se han mencionado en estas interrogantes, por lo cual se diseñó y aplicó este programa en Psicoeducación, en el que la enseñanza de las técnicas conductuales estuvo dirigida hacia profesionales que laboran con menores en el ámbito de la Rehabilitación y la Educación Especial, bajo el supuesto de que conocerían terminología básica sobre las capacidades diferentes y las características de los mismos. Durante el inicio, el contenido de aprendizaje se proporcionó partiendo de la teoría y conceptos básicos en modificación conductual, los principios y técnicas que se utilizan en el condicionamiento operante; durante el desarrollo para el procesamiento de la información se realizaron ejercicios de casos hipotéticos así como la puesta en práctica de la metodología en situaciones personales; los participantes desarrollaron su propia modificación de conducta y finalmente se estableció el programa de modificación conductual para aplicar la metodología aprendida en casos reales. Durante el cierre se revisaron y aclararon dudas, se motivó a continuar tanto con su programa de modificación de conducta personal, así como transferir sus conocimientos con sus alumnos o pacientes y posteriormente con los cuidadores principales, finalmente se propusieron enlaces para continuar un seguimiento de casos.

Las estrategias de enseñanza que se utilizaron fueron captar la atención de los participantes mediante recursos visuales y auditivos atractivos, establecer relaciones entre el conocimiento que poseían y la nueva información mediante el diálogo y participaciones, se favoreció la retroalimentación, el juego grupal y la simulación; se proporcionó material de apoyo como esquemas y se llevó a cabo la economía de fichas. En relación a fomentar la motivación e interés por parte de la coordinadora y moderadora se mantuvo una interacción positiva por contacto visual, sonrisas, ambiente de confianza y elogios; asimismo se promovió la creación de una agenda de participantes que desean seguir en contacto por

motivos profesionales. La evaluación se llevó a cabo durante todo el proceso instruccional. Así fue como se llevó a cabo la Enseñanza Programada como técnica instruccional, la cual según Cruz (1986, en Hernández, 2000) consiste en:

1. Definición explícita de los objetivos del programa
2. Presentación secuenciada de la información en que la dificultad irá incrementándose
3. Participación del estudiante
4. Reforzamiento inmediato de la información
5. Individualización
6. Registro de resultados y evaluación continua.

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con la finalidad de poder colaborar con la Rehabilitación integral de menores con capacidades diferentes y su atención dentro de la Educación Especial, así como contribuir en su nivel de calidad de vida el Objetivo General de la intervención Psicoeducativa fue: capacitar mediante un taller a profesionales que laboran en los ámbitos de Rehabilitación infantil así como Educación Especial en principios, técnicas conductuales operantes y sistemas de organización de contingencias; orientado hacia la motivación y reforzamiento de conductas positivas y reducción de conductas inadecuadas que les impidan avanzar en su desarrollo mediante un programa diseñado de acuerdo a las necesidades de cada paciente o alumno. En consecuencia las emplearán y generalizarán como parte de la enseñanza y desarrollo terapéutico que brindan hacia los cuidadores principales.

Los objetivos secundarios derivados de dicha intervención fueron:

- I. Los profesionales que reciban entrenamiento en principios y técnicas conductuales las aplicarán con sus alumnos y/o pacientes, además instruirán a los padres de familia o cuidadores principales.
- II. Favorecer el desarrollo de habilidades en los menores con capacidades diferentes que les permita, en lo posible, lograr conductas de autocuidado e independencia.
- III. Fomentar el desarrollo de habilidades en los padres de familia o cuidadores principales que les permitan continuar con los tratamientos o actividades curriculares en el contexto familiar.
- IV. Fomentar un tipo diferente de relación padres-hijos, en la que los padres o cuidadores principales no solo sean agentes que proporcionan cuidados, sino favorecedores del desarrollo y aprendizaje del menor y de esta forma se minimice la sobreprotección.

- V. Que el establecimiento de las técnicas conductuales en el contexto familiar resulte en un beneficio hacia la adherencia terapéutica tanto del menor con capacidades diferentes o Necesidades Educativas Especiales como de sus cuidadores.

4. MÉTODO

Para dar respuesta a la interrogante: ¿Se podrán incrementar conductas de autocuidado o reducir conductas inadecuadas en los menores con capacidades diferentes mediante técnicas conductuales como herramienta de apoyo? Se elaboró esta intervención con una metodología cualitativa desde un marco interpretativo de la teoría fundamentada, para Thomas Schwandt en Álvarez-Gayou & Nunally (1970) “los marcos interpretativos comparten desde postulados originales la necesidad de comprender el significado de los fenómenos sociales (...)” p. 42 Para cumplir con los criterios de ser verificable en intervenciones actuales o futuras, ser fácilmente comprensible, (Glaser y Strauss en Álvarez-Gayou, 1970) se recurrió al diseño emergente, en el cual “(...) se efectúa la codificación abierta y de ésta emergen las categorías que son conectadas entre sí para construir teoría.” (Hernández, Fernández & Baptista 2010, p.497).

4.1. Participantes

Los participantes en ambos talleres fueron voluntarios expertos en el tema de las capacidades diferentes. (Hernández 2010, p.397) El taller 1 inició con la asistencia de 30 participantes, al término del taller se contó con la asistencia total de 26, quienes no concluyeron fue por abandono. El taller 2 inició con la asistencia de 7 participantes, al término del taller se contó con la asistencia total de 6, quien no concluyó fue por enfermedad.

4.1.1. Criterios de inclusión

- a. Profesionales que laboraran en el ámbito de la Rehabilitación infantil y Educación Especial.

- b. Que tuvieran intervención directa con menores que presentan NEE y/o capacidades diferentes, con sus padres o cuidadores principales.
- c. Terapeutas, psicólogos y profesores de Educación Especial principalmente.
- d. Disponibilidad de horarios establecidos para la impartición del taller.

4.1.2. Criterios de exclusión

- a. Especialistas o profesionales que no tuvieran experiencia previa o intervención directa en el ámbito de las capacidades diferentes con niños.
- b. No tener disponibilidad para el horario establecido del taller.

4.2. Contexto

La capacitación e intervención Psicoeducativa se llevó a cabo a través del **Taller: « Psicoeducación en Técnicas Conductuales hacia Profesionales que laboran en el ámbito de la Rehabilitación Integral y Educación Especial con menores que presentan Capacidades Diferentes »** y como se mencionó anteriormente se duplicó la muestra para demostrar la consistencia de los resultados. El proyecto se inició a partir de los conocimientos adquiridos durante varios semestres de la licenciatura en Psicología, tanto en el área clínica como de las Necesidades Educativas Especiales, esto último bajo la tutoría del Mtro. en Psicología Daniel Mendoza Paredes, posteriormente fue revisado y autorizado por el Postulante a Doctor en Psicología Omar Moreno Almazán, Director de Tesis y la Dra. en Psicología Patricia Landa Durán, tutora del módulo Práctica Supervisada III. Terapia cognitivo-conductual. Aplicaciones.

El taller 1 fue autorizado para impartir por el Supervisor de la zona escolar 01 de Educación Especial, Mtro. José Ramírez Servín. El desarrollo del mismo por no contar con el apoyo de una sede oficial fue necesario solicitar ante diversas instituciones y autoridades para poder impartirlo, finalmente se llevó a cabo en tres sitios: en el Auditorio de ex Rectoría de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO), autorizado por el Maestro en Derecho Penal Eduardo Martínez

Helmes, actualmente Rector de dicha Institución. En la Coordinación General de la Dirección de Proyectos Educativos del Instituto Estatal de Educación Pública de Oaxaca (IEEPO), autorizado por el Dr. Javier de Jesús Rendón Sosa. Y en el Centro de Educación Continua Abierta y a Distancia (CECAD) solicitado ante su entonces Director a través del Lic. Omar Moreno Almazán, Jefe de Asuntos Estudiantiles de Psicología del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. La difusión del mismo fue posible por la Zona 01 de Educación Especial y la Mesa Técnica de Educación Especial por medio electrónico (red social y correos) así como cartel informativo. El funcionamiento del taller en cuanto a los aspectos técnicos fue posible por Carlos R. Espinosa Rubiños en las sesiones 1, 2, 5 y 8, las estudiantes de Psicología Inti Echeverría López en la sesión 3 y Mariana Libertad Espinoza en la sesión 7; en la sesión 8 también colaboró el Arq. Carlos Espinosa Castellanos así como en las sesiones 6, 7 y 8 el Ing. Edgar Aquino Nolasco quien estuvo al pendiente en todo momento del buen funcionamiento del equipo de audio, video y aire acondicionado del CECAD; en el aspecto técnico y también metodológico fungiendo como observadora participante activa en la sesión 6 se contó con la colaboración de la estudiante de Psicología Miriam Chincoya García quien cursaba en ese momento el 8º semestre. El periodo comprendido para llevar a cabo las sesiones fue del 24 de abril al 09 de mayo de 2012 en horario vespertino, de la sesión 1 a la 7 con una duración de dos horas y media aproximadamente y la octava con una duración de tres horas y media.

El Taller 2 fue autorizado para impartir por el Coordinador General del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) Oaxaca, Dr. Luciano Miguel Paz Delgado, revisado por el Director de Enseñanza Médico en Rehabilitación Lucio Alberto Aguilar Granados; la invitación al personal se hizo de manera directa por las autoridades y la que suscribe, así como cartel informativo. El desarrollo se realizó en el aula de enseñanza de las instalaciones de la Institución en un periodo comprendido del 02 al 16 de mayo de 2012 en horario matutino, con duración de dos horas cada una de las ocho sesiones.

4.3. Recolección de los datos.

Variables socio demográficas: Sexo, edad, profesión u ocupación, tiempo laborando con menores que presentan capacidades diferentes o en el ámbito de la Educación Especial, institución en la que presta sus servicios, área en la que labora y personas que atiende. (Ver anexo 1)

Escala Likert sobre aplicación de técnicas conductuales en el ámbito de la rehabilitación infantil y educación especial. Se elaboró y aplicó escala de la que se obtuvieron unidades de análisis para las categorías mencionadas en los resultados. (Anexo 2)

Lista de chequeo sobre conceptos básicos 1. Se elaboró lista de chequeo para evaluar la utilización de conceptos básicos de modificación conductual como observación, definición operacional, eventos antecedentes y consecuentes, frecuencia con que se presenta la conducta, hipótesis y contexto. (Anexo 3)

Lista de chequeo sobre conceptos básicos 2. Se elaboró lista de chequeo para evaluar la utilización de conceptos básicos de modificación conductual como contexto, hipótesis, análisis funcional. (Anexo 4)

Lista de chequeo sobre análisis conductual aplicado. Se elaboró lista de chequeo para evaluar la utilización y puesta en práctica de conceptos utilizados en el análisis conductual aplicado y funcional como caso a analizar, contexto en que se presenta la conducta, definición de la conducta, eventos antecedentes y consecuentes, principio o técnica a utilizar, tipo de reforzadores e instigadores a utilizar, conducta objetivo. (Anexo 5)

Lista de chequeo sobre técnicas básicas para el desarrollo de conductas. Se elaboró lista de chequeo para evaluar la utilización y puesta en

práctica de conceptos utilizados en el moldeamiento y encadenamiento como caso, contexto, definición de conducta, repertorio de entrada, repertorio terminal o establecimiento de conducta meta, técnica a utilizar, secuencia de conductas y frecuencia, instigadores, reforzadores y frecuencia, herramientas de apoyo. (Anexo 6)

Formato sobre pasos a seguir para la elaboración de programas en modificación de conducta. Se elaboró tabla para completar con los pasos elementales para lograr un programa en modificación de conducta exitoso. El mismo formato se utilizó para elaborar el Programa de modificación de conducta en los casos seleccionados. (Anexo 7)

Formato de línea base simple y registro de autocontrol. Se elaboraron formatos que los participantes completaron entre sesiones para realizar su programa de modificación de conducta. (Anexo 8 y 8.1)

Acta de compromiso. Se elaboró y llevó a cabo la firma de actas compromiso por parte de la moderadora y coordinadora y los responsables de poner en práctica el programa de modificación de conducta elaborado durante el taller. (Anexo 9)

Hoja de Evaluación del Taller. Se elaboró escala Likert para obtener información sobre opiniones de los participantes acerca del contenido y desarrollo del taller, así como comentarios y sugerencias. (Anexo 10 y 10.1)

Para la evaluación general se realizó un análisis de datos obtenidos de bitácoras, anotaciones de observación directa, interpretativas y de las temáticas registrados en grabaciones de video y documentos elaborados por los participantes, también se tomó en cuenta la reactividad de los participantes. El análisis de contenido se realizó a través de la codificación de resultados en escala

Likert, el momento en que se desarrolló la categoría correspondiente, datos de los grupos focales y evaluación del taller.

4.4. Procedimiento

Con base en lo anterior el programa del taller de Psicoeducación en principios y técnicas de modificación de conducta dirigido a profesionales que dentro de sus objetivos y tratamiento se enfocan a la Rehabilitación del menor con capacidades diferentes y el proceso de enseñanza aprendizaje en la Educación Especial se dio a conocer como ya se mencionó con las autoridades correspondientes, una vez que se establecieron las fechas y horarios en que sería impartido se elaboró un cartel informativo en el que se mencionaba el nombre completo del taller, objetivo general y principales, guía estructurada de los tópicos así como nombre de la coordinadora y moderadora; dicho cartel fue difundido por red social a través de la Mesa Técnica de Educación Especial, por correo electrónico a través de la zona 01 de Educación Especial y personalmente por el área de enseñanza del CREE. Las dudas en relación al taller, el registro de personas interesadas y probables participantes se llevaron a cabo por correo electrónico. Después a quienes confirmaron su inscripción se les envió la agenda con fecha, dirección, duración e información adicional de las ocho sesiones, mismas que se llevaron a cabo por periodos de dos o tres sesiones por semana con duración entre dos y dos horas y media cada una. Asimismo en la agenda se especificaron las siguientes notas importantes:

- a. Para poder recibir la constancia será necesario acudir a las 8 sesiones establecidas.
- b. Se solicita de la manera más atenta puntualidad, no habrá tolerancia por respeto a los tiempos de los participantes.
- c. Cualquier eventualidad o contratiempo será informado vía correo electrónico.

- d. Las sesiones tienen un seguimiento, la persona que no asista a alguna de ellas podrá seguir acudiendo, debiendo incorporarse a las actividades subsecuentes pero sabiendo de antemano que no recibirá constancia.

La estructura de las sesiones se realizó de la siguiente manera:

Sesión 1. Se realizó la presentación formal por parte de la creadora, moderadora y coordinadora del proyecto; se proporcionó información general del mismo y la secuencia de las actividades, se realizó ronda de preguntas y respuestas. Se solicitó el consentimiento informado, se aplicó la evaluación inicial y recogida de datos sociodemográficos. Al término se aclararon dudas y se utilizó video motivacional. (Anexos 1 y 2)

Sesión 2. El entrenamiento comenzó la capacitación sobre conceptos básicos en la modificación de conducta: definición operacional, observación, frecuencia, reforzadores primarios y secundarios, instigadores, estímulos antecedentes y consecuentes con sus respectivos ejemplos y aplicaciones en el ámbito de las capacidades diferentes con el empleo de diapositivas; la práctica se llevó a cabo mediante una situación hipotética en la que se analizaron y describieron los conceptos, al término de la actividad se proporcionó retroalimentación. Se instauró el reforzamiento por economía de fichas, las cuales fueron acumulables por participaciones durante todas las sesiones y realización de tareas. Se propició el diálogo y el juego. Se entregó a los participantes un mapa mental correspondiente a la sesión. (Anexo 11)

Sesión 3. A través del juego los participantes eligieron una conducta de su vida diaria que deseaban modificar, mencionando y anotando sus respectivos estímulos antecedentes y consecuentes, así como la definición operacional. Se continuó con la capacitación sobre los conceptos básicos: línea base simple, hipótesis y análisis funcional, haciéndose énfasis en la importancia de la observación, el contexto y los reforzadores sociales con el empleo de diapositivas.

Se proyectó video en relación a la importancia del contexto de las personas con capacidades diferentes, la influencia situacional y relaciones afectivas; los participantes mencionaron sus hipótesis y conclusiones en relación al tema, se proporcionó retroalimentación. En esta ocasión se continuó con la economía de fichas pero se explicó de qué forma funciona, sin aclarar si habría o no un intercambio al final. Como tarea se entregó formato para el registro de línea base. Se entregó a los participantes mapa mental correspondiente a la sesión. (Anexo 12)

Sesión 4. A través del juego se concluyó sobre la importancia de la observación directa para identificar la conducta emitida durante la evaluación, contexto e influencia de los reforzadores sociales en las personas. Se revisó línea base de conductas a modificar de los participantes, y se les pidió se plantearan objetivos a corto plazo, elección de reforzadores positivos y negativos. Se explicó en qué consiste el método de autocontrol y se entregaron formatos para comenzar el registro de autocontrol (Anexo 8.1) utilizando autorrefuerzo y autocastigo manifiestos. Se aclararon dudas y se proporcionó retroalimentación. Se continuó con economía de fichas. Se proyectó un cuento acerca del rol de sus profesiones y la importancia en la vida de las personas que son diferentes a los demás.

Sesión 5. Se proporcionaron teoría y ejemplos sobre las técnicas de modificación conductual como: reforzamiento positivo y negativo, extinción, castigo, con sus respectivos ejemplos en el ámbito de la rehabilitación y educación especial con el empleo de diapositivas. A través de la simulación se evaluó el aprendizaje de conceptos básicos y el empleo de las técnicas en casos propuestos por los equipos, se proporcionó retroalimentación. Se transmitió video cómico sobre el reforzamiento. Se confirmó a los participantes que la economía de fichas que se había estado acumulando era para recibir un “premio”. Se analizó la importancia del rol del profesional en el contexto del paciente/alumno y se hizo patente la necesidad del trabajo multidisciplinario. Se entregó cuadro sinóptico sobre las técnicas de modificación de conducta. (Anexo 13)

Sesión 6. Se proporcionó teoría y ejemplos en relación al moldeamiento y encadenamiento en el ámbito de la rehabilitación y educación especial por medio de diapositivas. Se empleó nuevamente la simulación como evaluación en la aplicación de estas dos últimas técnicas de modificación conductual y se proporcionó retroalimentación. Se comentó sobre el avance en sus registros de autocontrol y se pidió a quienes no habían realizado en un principio la línea base lo continuaran haciendo. Como tarea, los participantes deberían reflexionar y elegir un paciente o alumno, del cual tuviesen los datos necesarios en cuanto a: determinantes biológicos del pasado (genéticos, prenatales y perinatales) los actuales (estado nutricional, fatiga, medicamentos) la historia previa de interacción con el medio y las condiciones ambientales. Estos puntos deberían llevarlo por escrito para la siguiente sesión, en la que se elegirían candidatos susceptibles de realizar el programa en modificación de conducta. Se entregó esquema sobre el proceso completo para un tratamiento exitoso en un programa de modificación conductual y mapa conceptual sobre las técnicas para desarrollar conductas. (Anexos 15 y 16)

Sesión 7. Se recogió información sobre los casos que llevaron los participantes. Se realizó revisión y repaso del ejercicio anterior sobre las técnicas de moldeamiento y encadenamiento. Se realizó el relleno del formato sobre pasos a seguir para la elaboración de programas en modificación de conducta (anexo 7) por participaciones voluntarias, mismas que valieron por puntos de la economía de fichas. Se realizó la elección de casos de pacientes y/o alumnos, dando prioridad a quienes habían llevado los datos solicitados, se integraron equipos en relación al centro de trabajo y en lo posible multidisciplinarios, mismos que comenzaron a elaborar sus respectivos programas de modificación de conducta en formatos similares al que realizaron como relleno de pasos pero ahora completando con la información sobre el caso asignado, se proporcionó retroalimentación. Como tarea para la siguiente sesión se pidió a los participantes realizaran gráfica de línea base de conductas a modificar, y del registro de autocontrol. A solicitud de los

participantes se entregó cuadro sinóptico sobre el bosquejo del Centro de Entrenamiento y Educación Especial (CEEE) de la Universidad Veracruzana. (Ribes, 2002, p.205)

Sesión 8. Los participantes que realizaron tanto línea base como registro de autocontrol con sus respectivas gráficas autoevaluaron si se presentó o no cambio sus conductas y compartieron con los demás sus experiencias. Se utilizaron métodos de influencia verbal para aumentar su eficacia, haciendo hincapié en que la conducta a modificar quedaría bajo su responsabilidad y control en lo sucesivo. Se continuó retroalimentando los casos elegidos en sesión anterior; se finalizó haciendo hincapié en la importancia del contexto, el trabajo multidisciplinario y el papel de cada profesión en el ámbito de la Educación Especial y la rehabilitación. Se aplicó la escala tipo Likert sobre aplicación de Técnicas Conductuales en el ámbito de la Rehabilitación y Educación Especial. Para facilitar y apoyar el seguimiento de la capacitación, los participantes que así lo desearon firmaron un compromiso público por medio del acta compromiso. Se proporcionó la hoja de evaluación del taller, se intercambiaron las fichas de los tres participantes que más acumularon por premios que consistieron en material didáctico. Finalmente se realizó el cierre con el agradecimiento a las respectivas instituciones y participantes que colaboraron así como la proyección de la fotomemoria con algunos de los momentos más importantes del taller.

Para demostrar la consistencia de los resultados se duplicó la muestra; y en cuanto a la validez externa o transferencia, los procedimientos descritos son susceptibles de aplicarse o adecuarse a otros grupos.

5. RESULTADOS

5.1. Descripción

TALLER 1.

Sesión 1. Información General. Objetivo: Se activó la atención de los asistentes, se estableció el propósito del programa de intervención y las razones por las que se elaboró, se realizó la visión preliminar de los contenidos y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, datos sociodemográficos y evaluación inicial.

La primera sesión se llevó a cabo en el Auditorio de ex Rectoría de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO), en Ciudad Universitaria. El auditorio es amplio y había suficiente lugar para los asistentes, fue necesario recurrir a la iluminación artificial ya que es oscuro; cuenta con butacas y algunas de ellas tienen paletas para que las personas se apoyen al escribir, no cuenta con equipo de audio y video por lo que la Zona Escolar 01 facilitó el proyector; se requirió del apoyo técnico de una persona. Una vez que los profesionales tomaron su lugar se les dio la bienvenida y agradecimiento por su asistencia, en su mayoría eran personal de Educación Especial del Instituto Estatal de Educación Pública de Oaxaca (IEEPO), algunos del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) Oaxaca así como quienes realizan sus actividades de manera particular.

Para activar la atención de los participantes se procedió a realizar una breve reseña que versó sobre las actividades que han formado parte de las prácticas y servicio social así como temas que se han expuesto en eventos académicos en el ámbito de la Rehabilitación, Necesidades Educativas Especiales y hospitalario con niños y padres de familia de la que suscribe, pasante de la licenciatura en Psicología del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia

de la UNAM, coordinadora y moderadora del proyecto. Se hizo también mención que el proyecto estuvo previamente supervisado y aprobado por los tutores a cargo en los módulos de Práctica Supervisada III, Dra. Patricia Landa Durán y Seminario de Tesis, Postulante a Dr. Omar Moreno Almazán.

Como la agenda con criterios a tomar en cuenta se había enviado previamente a los participantes por medio electrónico, se procedió a dar a conocer mediante presentación con diapositivas la programación completa del taller: “PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES”, así como el propósito y objetivos para que al término de las 8 sesiones de intervención se lograra el aprendizaje de teoría y conceptos, procedimientos, estrategias y elaboración del programa que les permitiría realizar una intervención mediante técnicas de modificación de conducta en casos seleccionados, y posteriormente pudieran transferir el aprendizaje a los cuidadores principales. Se hizo énfasis en que la capacitación de las técnicas se brindaba como un complemento o herramienta que pudiesen utilizar en su trabajo diario y no como sustituto de la labor que ellos realizan.

Por lo tanto se mencionaron e ilustraron con imágenes aspectos básicos como qué es modificación de conducta y su interés fundamental, cómo se considera la “conducta anormal” desde el enfoque conductista y cuál es la tarea del psicólogo en este ámbito, la importancia de las personas con capacidades diferentes y su interacción con la sociedad, la estimulación temprana y rehabilitación, las NEE, la familia de las personas con capacidades diferentes y la importancia de tomar en cuenta durante la evaluación el proceso de duelo y el contexto; se enfatizó la perspectiva cognitivo conductual y el proceso que se lleva a cabo para la evaluación e intervención; el objetivo general y secundarios en la intervención a realizar mediante el taller; también se ejemplificó sobre el contenido temático a abordar durante las siguientes sesiones: qué es el condicionamiento

operante, qué conceptos básicos se deben tomar en cuenta para la evaluación e intervención, cuáles son los principios y algunas de las técnicas que podrían utilizarse en menores con capacidades diferentes, la importancia de tomar en cuenta el control de estímulos, discriminación, propiciar la generalización de la conducta, e involucrar a los padres de familia, esto último podrían hacerlo siendo portavoces de cómo aplicar las técnicas aprendidas con sus hijos. Para incrementar el interés y la motivación se hizo el compromiso que aquellos casos que quedaran seleccionados para la elaboración del programa de modificación de conducta tendrían un seguimiento. En la figura 1 se muestra el procedimiento que se llevaría a cabo para lograr la meta.

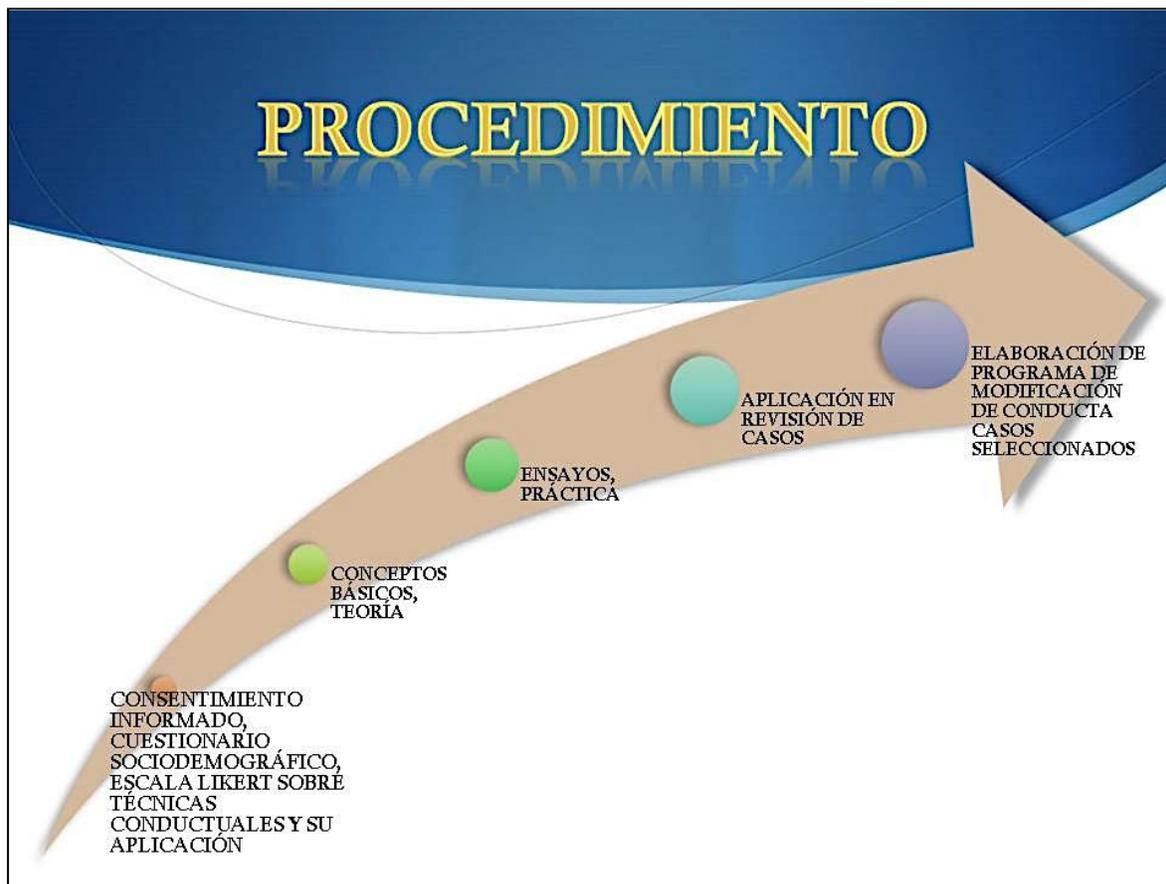


Figura 1. Metodología y procedimiento a seguir durante el taller en Psicoeducación.

Fuente: Elaboración propia.

Al término de la exposición, se contestaron las preguntas de los asistentes, mismas que giraron en torno al desarrollo del programa.

A continuación se mencionó y justificó la necesidad de obtener el consentimiento informado, el documento se leyó junto con el grupo y se respondieron dudas sobre todo en relación a la confidencialidad de sus datos personales así como de los casos reales que llegaran a mencionarse o que fuesen susceptibles de intervención; se les informó sobre la asistencia o participación de otras personas en las sesiones siguientes que serían quienes proporcionarían apoyo técnico. En relación a la escala preguntaron qué fin se aplicaba, se explicó la intención de obtener datos iniciales que permitieran evaluar posteriormente cambios además de contar con unidades para graficar o realizar tablas mismas que servirían para reportar los resultados del trabajo.

Por último se hizo mención de la constancia de asistencia que recibirían, misma que se les informaría posteriormente fecha y lugar de entrega; de 30 asistentes, el 100% aceptaron participar en la intervención mediante el consentimiento informado, se les proporcionó el cuestionario sociodemográfico y escala Likert para que los contestaran y firmaran, se realizó el cierre con el video motivacional “El lápiz amarillo”, se hizo una reflexión final acerca de terminar lo que empezamos con el mayor compromiso y dando lo mejor de sí mismos por el bienestar de los niños y niñas con capacidades diferentes. Antes de retirarse firmaron lista de asistencia así como en las siguientes sesiones.

TALLER 2.

Sesión 1. Información General. Objetivo: Se activó la atención de los asistentes, se estableció el propósito del programa de intervención y las razones por las que se elaboró, se realizó la visión preliminar de los contenidos y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, datos sociodemográficos y evaluación inicial.

La primer sesión se llevó a cabo en el Auditorio del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) Oaxaca, el cual es amplio, con suficiente iluminación natural, cuenta con sillas, mesas, aparato tanto de audio como de video. Previamente se había mantenido comunicación con las autoridades de la Institución quienes establecieron el horario más conveniente para no afectar a los pacientes, así como solicitaron se realizara lista de asistencia por sesión. Al estar los 7 profesionales presentes, se dio inicio formalmente.

La sesión tuvo el mismo seguimiento descrito en el taller 1, sesión 1: reseña de la que suscribe, presentación con diapositivas de temas y programación completa del taller, objetivo general y secundarios. También se hizo énfasis en que la capacitación de las técnicas se brindaba como un complemento o herramienta que pudiesen utilizar en su trabajo diario y no como sustituto de la labor que ellos realizan. Como el grupo era pequeño se tuvo la oportunidad de mencionar que se podría realizar un programa de modificación conductual por cada participante, es decir, 7 casos seleccionados por ellos.

Al término de la exposición, se contestaron las preguntas de los asistentes, de las cuales destacó la siguiente: *¿Va a tener un seguimiento o habrá segunda parte?* A esta pregunta se contestó que hasta el momento solo se tenía planeado lo que se había descrito, por lo que no estaba contemplada aún una segunda parte, pero el seguimiento de los casos sí. Después los asistentes participaron comentando sus experiencias en el trabajo diario con los pacientes: *“ya he intentado cambiar conductas en niños que no tienen límites, pero los padres de familia luego no realizan su trabajo en casa”, “lo que pasa es que también los maestros en la escuela no quieren continuar con nuestras sugerencias” “hay papas que vienen con nosotros, van a (otro centro) y piensan que con eso sus hijos se van a **curar**”*. Se proporcionó retroalimentación acerca del proceso de duelo, expectativas de los padres de familia, importancia del contexto y trabajo multidisciplinario.

Se mencionó, justificó, y preguntó sobre la elección de participar en el taller y después se procedió a la firma del consentimiento informado, se aclaró acerca de la confidencialidad de sus datos personales así como de los casos reales que llegaran a mencionarse o que fuesen susceptibles de intervención. Se realizó el cierre con el video motivacional y la reflexión.

Datos obtenidos en cuestionario sociodemográficos.

En relación al cuestionario sociodemográfico aplicado en la sesión 1 de ambos talleres se obtuvo que el total de participantes fue de 37, de los cuales 6 fueron del género masculino y en su mayoría, 31 del género femenino. El intervalo de edad fluctuó desde 1 persona de menos de 22 años, 24.32% entre 22 y 26 años, 18.92% entre 27 y 31 años y la mayoría de 32 años en adelante. (Figuras 2 y 3)

Figura 2. Datos sociodemográficos. Porcentajes en cuanto a género de asistentes.

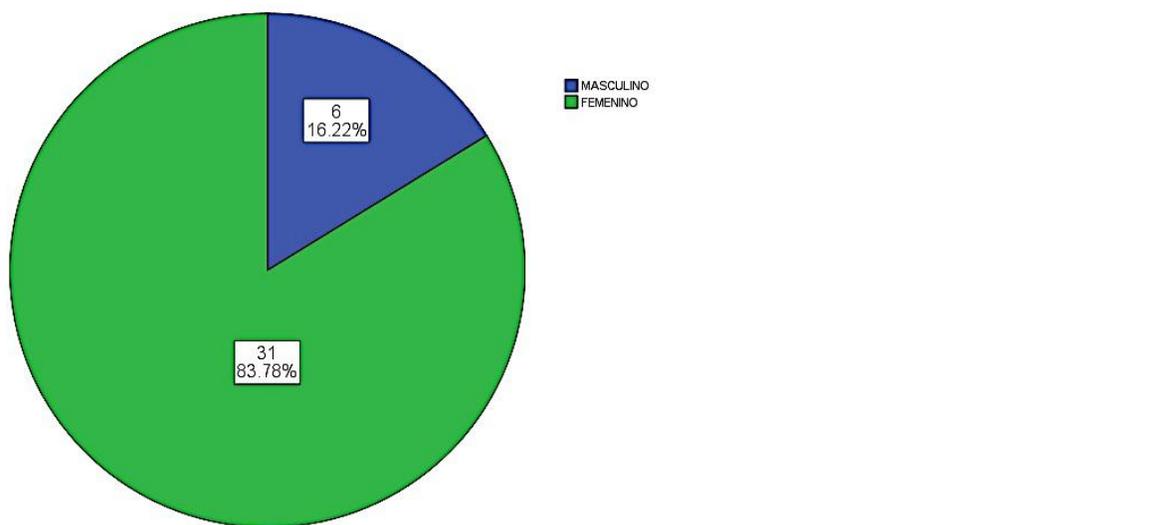
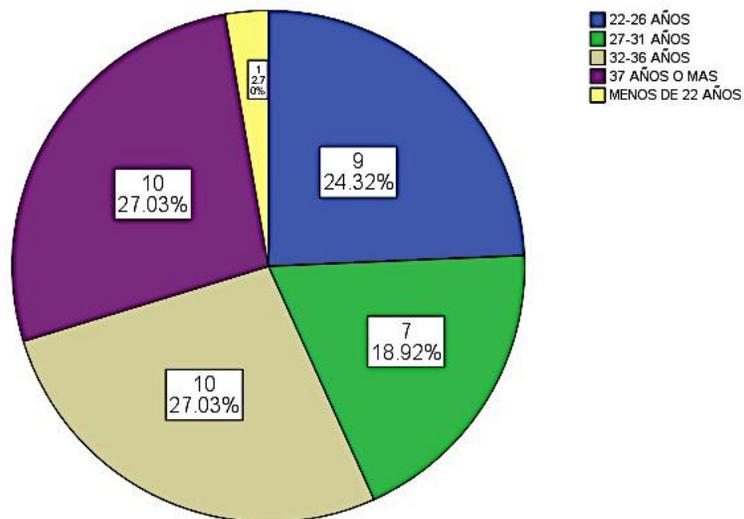


Figura 3. Datos



sociodemográficos. Intervalo de edad de asistentes.

En cuanto a la profesión u ocupación de los 37 participantes de la primer sesión, se encontraban: 14 licenciados en Educación Especial, 8 licenciados en Psicología, de los cuales una persona contaba con grado de Maestría, 5 licenciadas en Terapia Ocupacional, 2 licenciados en Terapia de Lenguaje y 8 profesionales que corresponden a la categoría de otros, entre los cuales estaban: 1 persona con Maestría en Educación Especial, 1 licenciado en Comunicación Humana con Maestría en Educación, 1 Médico Cirujano con Maestría en Ciencias de la Educación, 1 licenciado en Educación Física, 1 licenciado en Intervención Educativa, 1 licenciado en Pedagogía, 1 pasante de licenciatura en Terapia Ocupacional y 1 participante que labora como maestra sombra (Figura 4).

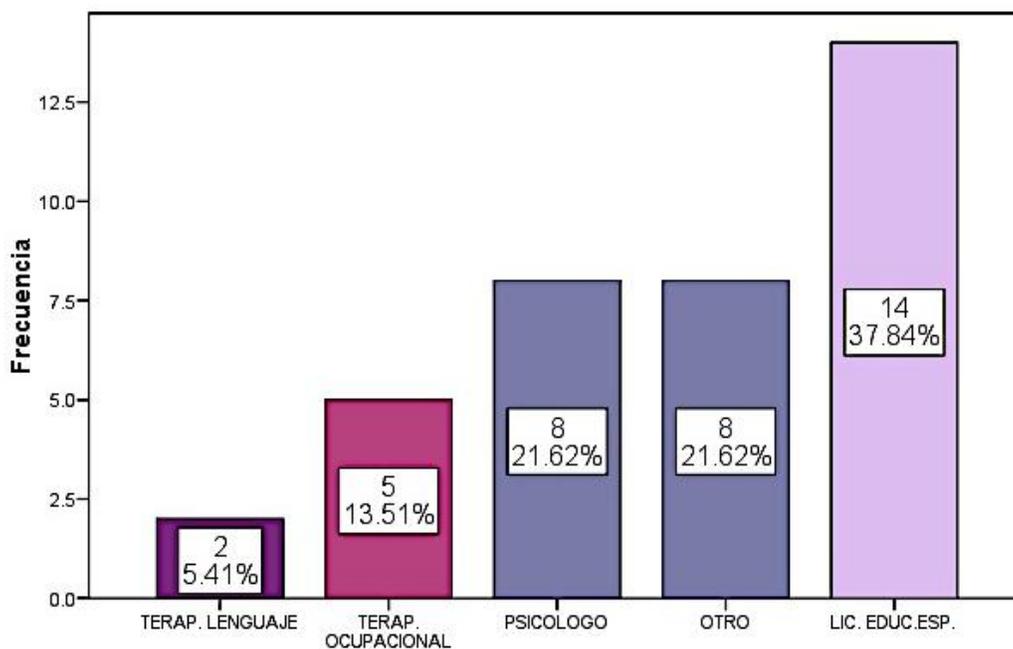


Figura 4. Datos sociodemográficos. Profesión u ocupación de participantes.

En relación a la Institución en que laboran los participantes, se puede observar que en su mayoría, el 70.27% en el IEEPO (algunos de ellos en CAM y otros en USAER) los demás en CREE, CRIT y solo 1 de manera independiente (Figura 5).

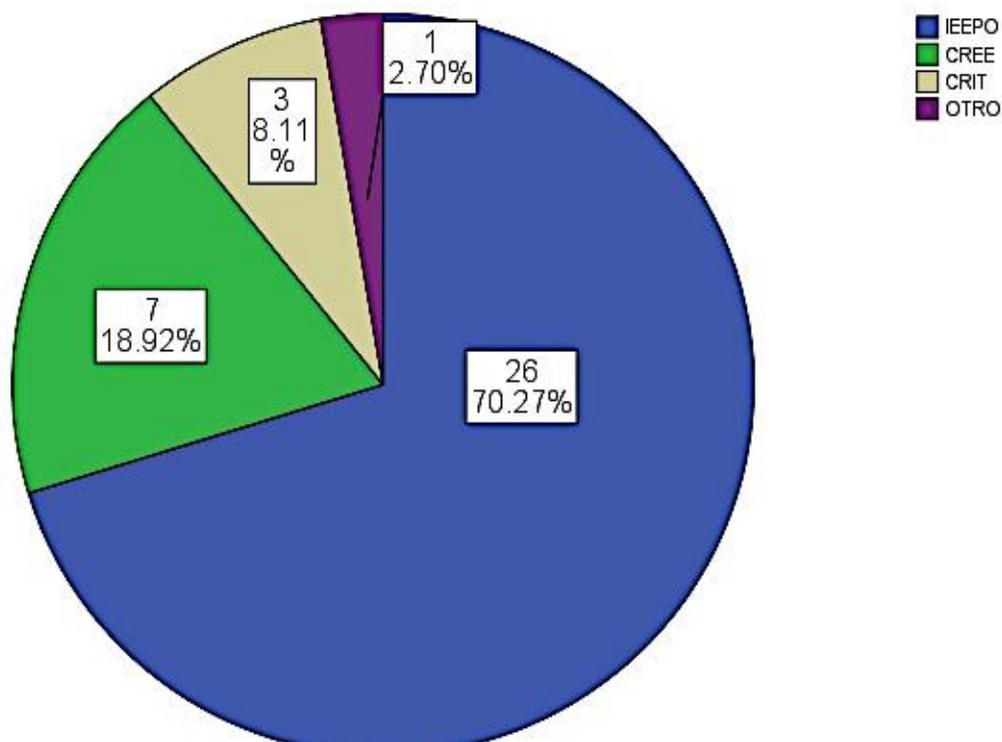


Figura 5. Datos sociodemográficos. Institución en que laboran los asistentes.

En cuanto al tiempo que tienen realizando sus actividades profesionales, el 54% ha laborado cinco o más años el ámbito de las capacidades diferentes, el 37.84% de uno a cinco años, el 5.41% menos de un año y se reporta un dato perdido por no contar con la información. (Figura 6).

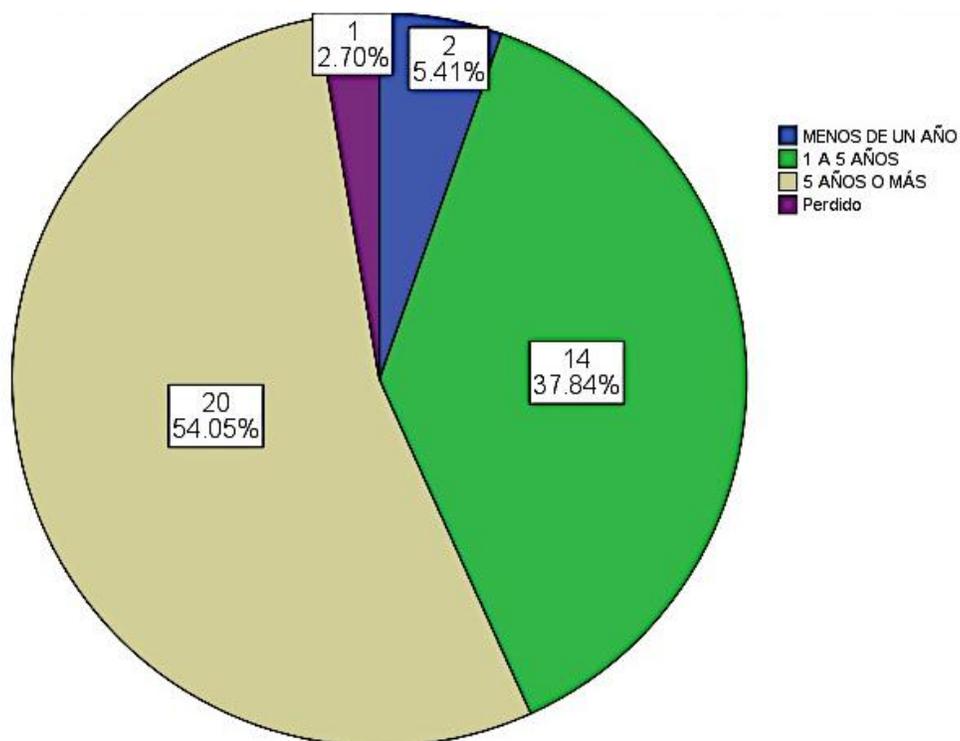


Figura 6. Datos sociodemográficos. Tiempo laborando con menores con capacidades diferentes.

Finalmente, en relación al área en que se encuentran laborando, el tipo de actividades que realizan y si la atención se dirige hacia los menores o sus cuidadores principales, en el cuestionario algunos hicieron mención aparte que realizan actividades de capacitación hacia otros docentes o se encuentran comisionados al área Directiva, así como quienes dan terapia de lenguaje aunque su formación no haya sido como terapeutas. En su mayoría 67.57%, atienden tanto a padres o cuidadores como a los menores. (Figuras 7 y 8)

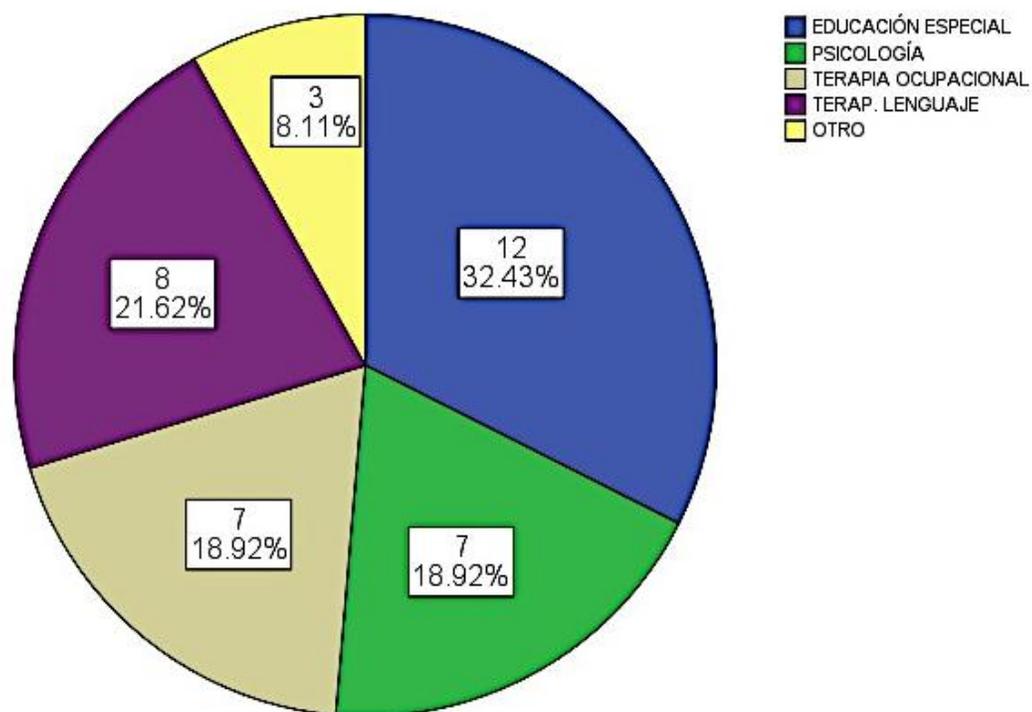


Figura 7. Datos sociodemográficos. Área en que laboran los asistentes.

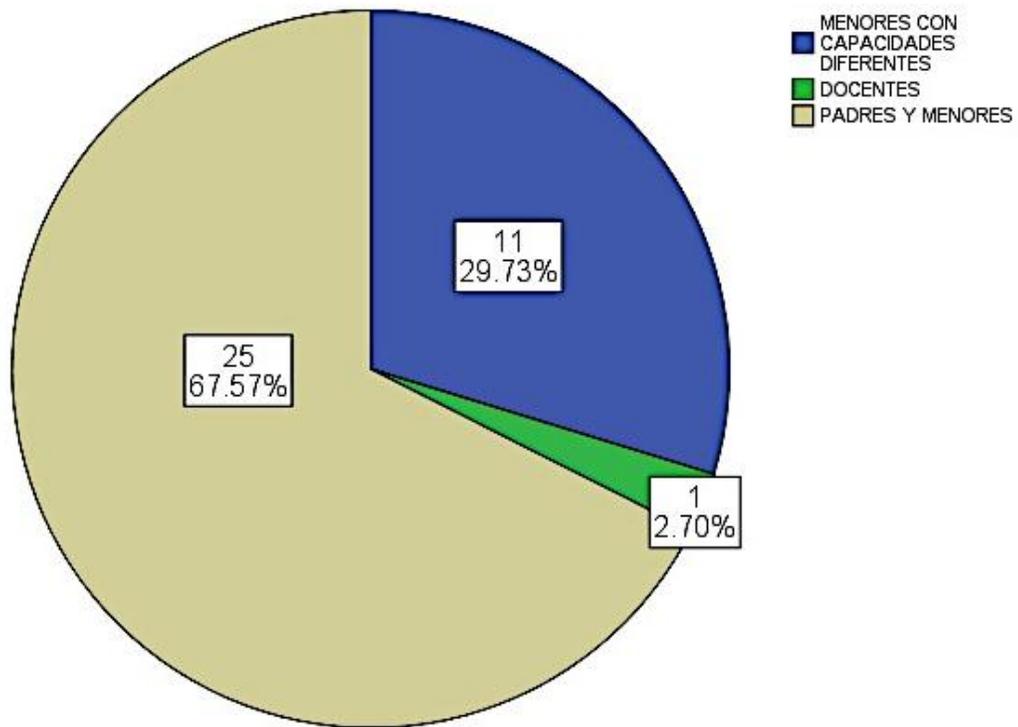


Figura 8. Datos sociodemográficos. Personas a quienes atienden los profesionales en su ámbito de trabajo.

TALLER 1.

Sesión 2. Conceptos básicos en modificación de conducta (1ª parte).
Objetivo general: Comenzar con la capacitación sobre conceptos básicos en modificación de conducta: definición operacional, eventos o estímulos antecedentes y consecuentes, frecuencia, reforzadores primarios y secundarios e instigadores, con sus respectivos ejemplos; para el procesamiento de la información los participantes realizaron ejercicio con situación hipotética, a través del cual se priorizó la importancia de la observación directa y el contexto en que se presenta la conducta. Se instauró en el grupo el reforzamiento por economía de fichas para motivar.

La segunda sesión se volvió a llevar a cabo en el Auditorio de ex Rectoría de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO), en Ciudad Universitaria, se contó con apoyo técnico de una persona; al inicio de esta sesión se presentó un contratiempo debido a que no encontraban las llaves del auditorio, por esta razón se comenzó con 10 minutos de atraso. Mientras podían abrir el auditorio los participantes elaboraron su gafete (mismo que utilizaron en las siguientes sesiones) y se procedió a activarlos mediante el juego programado llamado “coro de animales”, cada participante recibió tarjeta con nombre de algún animal, debían agruparse por sonidos y movimientos del mismo, fue una actividad divertida en la que todos participaron con entusiasmo (Figura 9). Los equipos quedaron conformados por 6 o 7 integrantes, mismos que más adelante realizarían el ejercicio para procesamiento de la información con situación hipotética.



Figura 9. **Juego “coro de animales”**. Modificada para proteger identidad de participantes.

Se “premió” con puntos al equipo que logró juntarse primero en un cuadro que se había llevado con sus nombres. Dicho cuadro estuvo a la vista de todos durante todas las sesiones y sirvió para llevar el registro de puntos que iba acumulando cada participante, de esta manera quedó instaurada la economía de fichas. “Las fichas son reforzadores condicionados como las monedas, fichas de póquer, boletos, estrellas, puntos o marcas de revisión (✓); son reforzadores generalizados ya que pueden intercambiarse por diversos eventos reforzantes conocidos como reforzadores sustitutos.” (Kazdin, 2009, p.140)

Una vez dentro del auditorio y con los participantes cómodamente sentados se proporcionó la información de los conceptos básicos en modificación de conducta con el apoyo visual en diapositivas, para focalizar la atención los ejemplos señalaban su aplicación en el ámbito de la rehabilitación y educación especial. Se enfatizó en varias ocasiones la importancia de la observación directa en el contexto escolar o cubículo, obtener información mediante entrevista y diálogo con cuidadores principales o padres de familia y sobre todo tomar en

cuenta el contexto en que se emite la conducta que se desea modificar, los eventos o estímulos antecedentes y consecuentes que se identifiquen previa y posteriormente a la conducta del menor. Se mostraron ejemplos sobre definiciones de conducta operacionales y la frecuencia con que se debe registrar la emisión de la conducta, imágenes sobre reforzadores primarios, secundarios y sustitutos que suelen gustar a los niños, así como la forma en que se pueden utilizar inductores verbales, físicos, gestuales y/o ambientales dependiendo de cada caso específico, habilidades y capacidades del alumno/paciente a tratar.

Se realizó ronda de preguntas y respuestas, en su mayoría giraron en torno a: *¿cómo deberá realizarse una definición operacional?, ¿porqué debo utilizar reforzadores primarios? ¿Se pueden modificar varias conductas al mismo tiempo? ¿Durante cuánto tiempo debo registrar?* Una vez que se respondió a las preguntas, se llevó a cabo el primer ejercicio, los participantes se reunieron por equipos formados al principio de la sesión y se les proporcionó el material (cartulinas y plumones) y se dieron instrucciones: se leería un caso ficticio, entre todos elaborarían la hipótesis del caso, para lo cual debían anotar definición de la conducta, eventos antecedentes, eventos subsecuentes, cómo registrarían la conducta y en qué contexto así como posible reforzador que podrían ocupar más adelante; posteriormente pasaría cada equipo a exponer. Se les comentó que pusieran mucha atención a la lectura del caso, y que recordaran cuando el profesor en la primaria decía que solo contestaran el examen hasta que lo leyeran todo previamente, y que había alumnos que iban contestando conforme leían y al finalizar se daban cuenta que solo debían poner su nombre; aún así, conforme se fue leyendo el caso, se observó a varios que iban tomando nota.

Caso: “Lupita es una niña de 10 años con PCI, no camina, le es posible masticar y deglutir alimentos, ha aprendido a dar y recibir objetos, no presenta lenguaje hablado pero es expresiva con la mirada. Papá trabaja y mamá la cuida. Es hora de cenar y mamá ha preparado los alimentos, llega papá. Mamá le está dando de comer en la boca a Lupita apurada porque es la hora de su novela (tiene

prendida la tv). Comienzan a discutir porque ella está cansada y le pide apoyo a él, pero papá está demasiado cansado. Lupita comienza a aventar la comida, mamá la regaña. Al día siguiente mamá “acusa” a Lupita con su terapeuta/maestra porque frecuentemente grita y avienta la comida. En clase/terapia, se ha observado que Lupita avienta el material que se le da a trabajar pero es una conducta que sucede de manera esporádica.”

El objetivo principal de este ejercicio de selección de opciones era que los participantes procesaran la información e identificaran la necesidad de la observación directa en sus aulas o cubículos acerca de la conducta, misma que según el relato no fue ejecutada en el ámbito escolar o de terapia, y solo como se señalaba al final del párrafo la niña aventaba el material “de manera esporádica” en la clase o terapia. Sin embargo, es importante señalar que durante la exposición se detectó que 3 equipos (58% aprox.) partían de lo mencionado por la madre de familia sin tomar en cuenta la necesidad de registrar ellos mismos la presencia de la conducta; mencionaban que también sería necesario modificar conductas (subjetivas) en los padres en primer término o en la dinámica familiar y realizaron inferencias como *“la niña iba enojada y triste a la escuela porque en su casa había pleitos” “la mamá debe dejar de ver la televisión mientras la atiende para que deje de aventar la comida porque es la forma en que protesta” “la niña percibe una ambiente tenso en casa y por eso avienta las cosas” “lo que le dan no le ha de gustar, tal vez siempre le den lo mismo de comer” “deben cambiar el horario de la cena”*. Asimismo, hicieron mención sobre enviar de inmediato la modificación de conducta en el ámbito familiar y no en el contexto escolar o de terapia. (Ver figura 10)

En consecuencia, como para dichos participantes lo fundamental era el relato que la mamá proporcionaba sobre la conducta de la menor y partían del mismo para proponer los diversos elementos, se les retroalimentó sobre la importancia de la **observación directa** para que antes de instaurar un programa de modificación de conducta, deberían observar a sus pacientes y/o alumnos

independientemente de lo que los padres o cuidadores principales mencionen, para comprobar y estar seguros de qué conducta específica querer modificar, y solo entonces tomar en cuenta sus aportaciones como un complemento (ver figuras 12 y 13). Además que para instaurar un programa también en el ámbito familiar primero debían poner en práctica las herramientas que se les proporcionarían en el contexto escolar y de la rehabilitación y solo posteriormente enseñárselas a los padres o cuidadores principales.

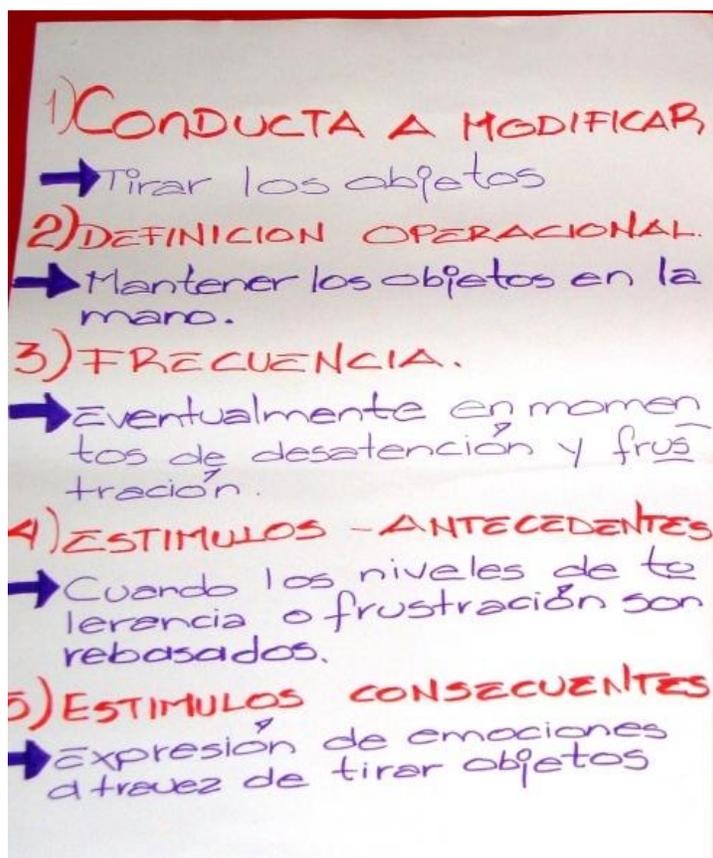


Figura 10. **Selección de opciones por equipos del caso hipotético Lupita (taller 1).** En esta figura se muestra la elaboración del ejercicio de un equipo en el que los participantes aún no consideraban en las definiciones operacionales la frecuencia o la forma cómo iban a lograr “mantener objetos en la mano”; al describir frecuencia aún ocupaban un término amplio que no facilitaría el registro y al hablar de estímulos o eventos antecedentes utilizaron términos subjetivos basados en su apreciación personal, no en descripciones concretas sobre el contexto o la menor.

Conforme se continuó con la participación de cada equipo, se fue proporcionando la retroalimentación correspondiente y se entregó el esquema de los conceptos vistos (anexo 11). El cierre se realizó con la técnica de relajación pasiva, previo a esto se mencionó que quienes tuviesen que retirarse podían hacerlo (debido al retraso en el inicio) y se dio la indicación de cómo llegar a la siguiente sesión por el cambio de sede. Los participantes que decidieron quedarse al cierre fueron 20 en total.

Ahora bien, de acuerdo a la filmación de las participaciones, la lista de chequeo (anexo 3), y la revisión del ejercicio escrito realizado por cada equipo, mediante estas herramientas se detectó que: un solo equipo (22% aprox.) realizaron el ejercicio tomando en cuenta todos los conceptos; en relación al concepto “conducta a modificar”, 4 equipos (77% aprox.) la describieron de manera concreta; en relación al concepto “definición operacional” un equipo (22% aprox.) redactó de acuerdo a como se había realizado la explicación previa (qué, cómo, cuándo y hechos observables). En relación al concepto “frecuencia con que se presenta la conducta”, 4 equipos (77% aprox.) anotaron la forma en que registrarían; en relación al concepto “estímulos antecedentes” 3 equipos (58%) identificaron de acuerdo al relato; en relación al concepto “estímulos consecuentes” 2 equipos (38% aprox.) señalaron en relación a la conducta de la niña. En cuanto al tipo de reforzadores a los que recurrirían, 2 equipos (38% aprox.) utilizarían reforzadores secundarios, 2 equipos primarios y secundarios (38% aprox.) y 1 (22% aprox.) reforzadores sociales (gestos de aprobación/desaprobación, contacto visual).

TALLER 2.

Sesión 2. Conceptos básicos en modificación de conducta (1ª parte).
Objetivo general: Comenzar con la capacitación sobre conceptos básicos en modificación de conducta: definición operacional, eventos o estímulos antecedentes y consecuentes, frecuencia, reforzadores primarios y secundarios e

instigadores, con sus respectivos ejemplos; para el procesamiento de la información los participantes realizaron ejercicio con situación hipotética, a través del cual se priorizó la importancia de la observación directa y el contexto en que se presenta la conducta. Se instauró en el grupo el reforzamiento por economía de fichas para motivar.

La segunda sesión se llevó a cabo en el Auditorio del CREE; para activar a los participantes se realizó el juego “coro de animales”, además así se integrarían por parejas y un equipo de 3; se observó que para hacer los sonidos de los animales, fueron muy reservados. Al final se “premió” con puntos a la pareja que logró juntarse primero también en cuadro con sus nombres, asimismo quedó instaurada la economía de fichas. Al igual que la descripción de la sesión 2 del taller 1, se proporcionó la información de los conceptos básicos en modificación de conducta con el apoyo visual en diapositivas, los ejemplos se focalizaron en la aplicación sobre todo en el ámbito de la rehabilitación. En cuanto a la ronda de preguntas y respuestas, fue *¿porqué debemos utilizar reforzadores primarios? ¿Qué diferencia existe entre estos y los secundarios? ¿Y si en lugar de dar el reforzador dentro de la terapia se lo doy cuando se vaya con su mamá?* Se amplió la explicación a la experimentación que se ha llevado en modificación de conducta para dar sustento y acerca de la importancia de proporcionar el reforzador inmediatamente después de que la conducta es emitida, sobre todo con menores que presenten déficit intelectual. Así como se mencionó los antecedentes y siguiendo a Thorndike con la ley del efecto: “(...) en cualquier situación dada, la probabilidad de que ocurra una conducta está en función de las consecuencias que ésta ha tenido en esa situación en el pasado (...) la conducta está en función de sus consecuencias”.

Para la actividad práctica, se proporcionaron las mismas indicaciones y caso ficticio del taller 1 sesión 2. Conforme participó cada pareja o equipo, se fue proporcionando la retroalimentación correspondiente; en esta ocasión fueron 2 equipos, el 57% aproximadamente que no consideraron realizar la observación de

la conducta a modificar en sus cubículos y partieron de lo mencionado por la madre de familia. De acuerdo a la observación, lista de chequeo, y revisión del escrito realizado por cada equipo, se detectó que: un solo equipo (30% aprox.) realizaron el ejercicio tomando en cuenta todos los conceptos; en relación al concepto “conducta a modificar”, el 100% la describieron de manera concreta; en relación al concepto “definición operacional” un equipo (30% aprox.) redactó de acuerdo a como se había realizado la explicación previa (qué, cómo, cuándo y hechos observables). En relación al concepto “frecuencia con que se presenta la conducta” ningún equipo tomó en cuenta realizar el registro; en relación al concepto “estímulos antecedentes” el 100% identificaron de acuerdo al relato en función de la actitud de los padres (*indiferencia, prisa, falta de atención, pleitos*); en relación al concepto “estímulos consecuentes” 1 equipo (30% aprox.) señaló en relación a la conducta de la niña, 1 equipo (40% aprox.) en función a los padres y el otro equipo no los identificó. En cuanto al tipo de reforzadores a los que recurrirían, 1 equipos (40% aprox.) utilizaría reforzadores sociales como frases para felicitar cuando la niña no aventara objetos o comida, los otros 2 equipos (60%) eligieron “*no darle de comer*” “*no darle premios*” “*hablar firme y claro*”.

Cabe mencionar que para el 70% de los participantes que dieron opiniones, éstas giraban en torno al establecimiento de límites en el ámbito familiar y sus experiencias previas con padres de familia o cuidadores principales que facilitan las actividades a los menores o delegan la responsabilidad de la crianza en los terapeutas. En consecuencia, durante la retroalimentación se procedió a resaltar la importancia de su rol en los aprendizajes que obtuvieran los niños dentro de sus cubículos, la necesidad de tomar en cuenta sus habilidades y capacidades en lugar de sus déficits, considerar en todo momento hasta qué punto el paciente que estuviesen atendiendo les comprendía y la importancia de utilizar con los menores diversos elementos que fueran atractivos y llamativos (como cuando se hacen los sonidos de animales para que presten atención). Además, se les invitó a buscar diversos reforzadores de manera que cumplan con su función y se explicó la

diferencia entre reforzar la conducta adecuada con castigar o quitar privilegios, lo cual se ampliaría en las siguientes sesiones.

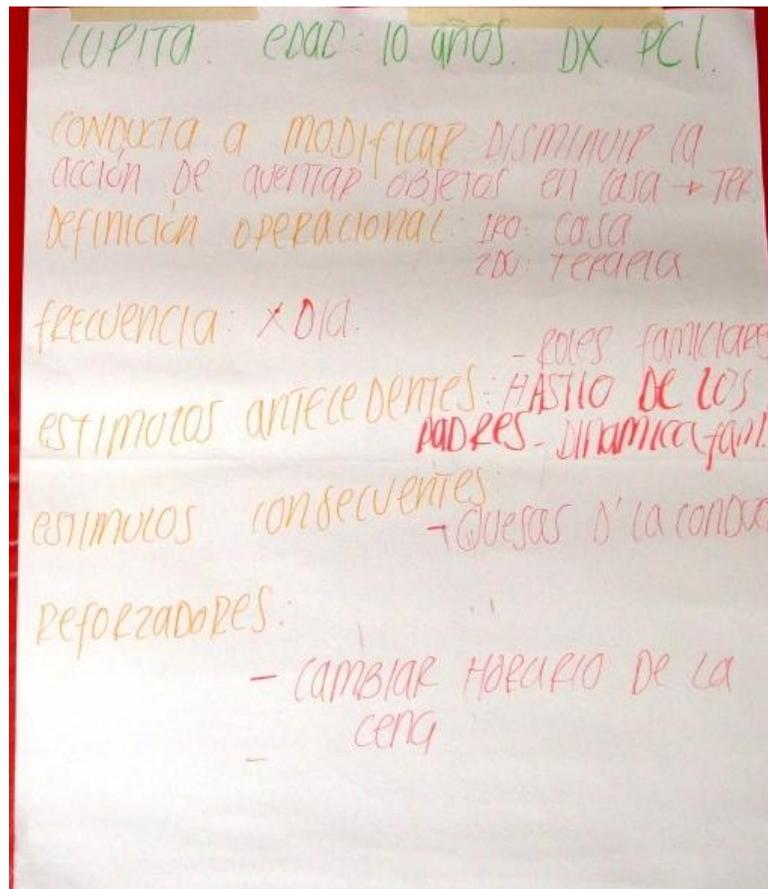


Figura 11. **Selección de opciones por equipos del caso hipotético Lupita (taller 2).** En esta figura se muestra la elaboración del ejercicio de un equipo, en el que la definición operacional de la conducta está definida de manera concreta pero directamente aplicado en el contexto familiar, sin comenzar previamente en la terapia. En relación a los eventos antecedentes realizan inferencias acerca del estado emocional de los padres, y tanto en los antecedentes como consecuentes no consideran aún lo que ellos pudiesen observar directamente. En relación a los reforzadores querían realizar modificaciones en el ámbito familiar de manera inmediata.

Como se puede apreciar en las figuras 11 y 12 correspondientes a datos previos de intervención y después de intervención en ambos talleres los participantes modificaron la creencia de establecer línea base a partir de lo que el cuidador principal comente acerca de la conducta del menor, por lo que se puede considerar que al menos 20 participantes de 32 utilizarán la observación directa y emplearán los elementos necesarios para el establecimiento de la misma. En el caso del 15.62% que consideran que probablemente sí podrían establecer línea base con preguntar al cuidador principal, hay que tomar en cuenta que podría deberse a circunstancias fuera de su control, como por ejemplo cuando los pacientes no acuden a terapias continuas y se requiere del apoyo del cuidador principal. De 32 participantes, podría decirse que 2 recurrirán a otra fuente de información sin utilizar la observación directa.

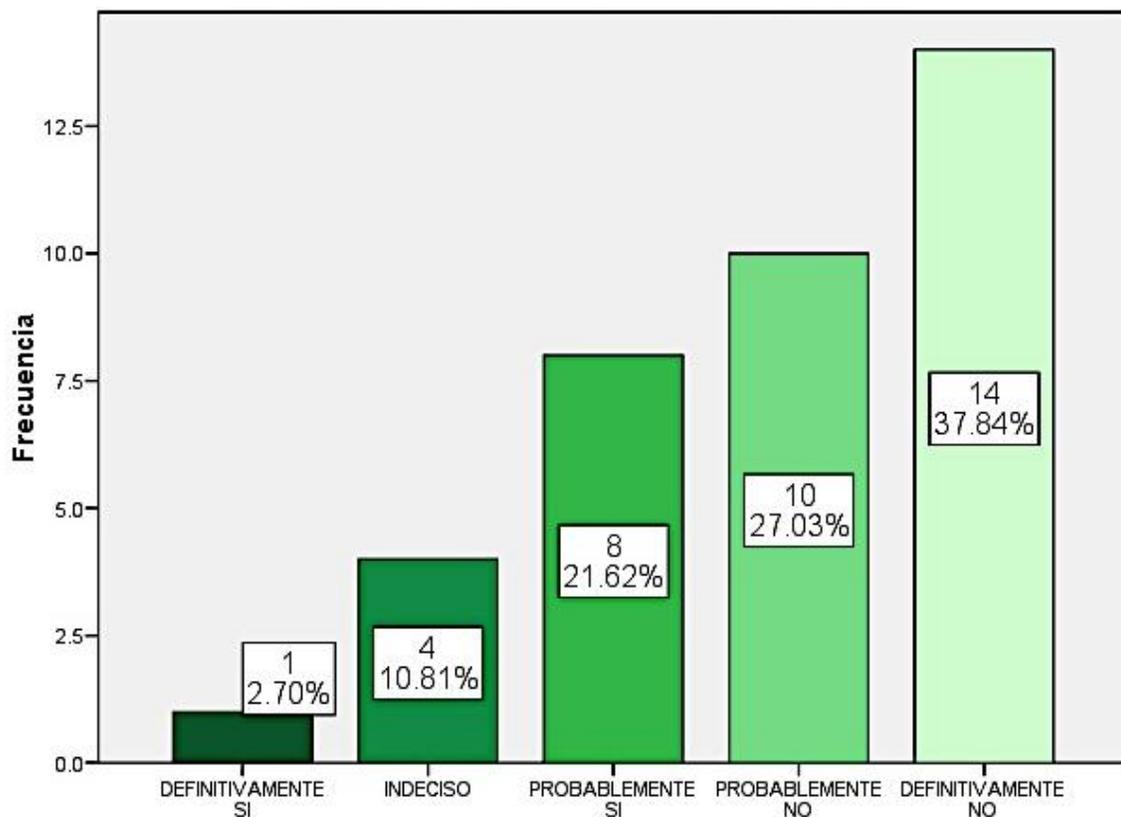


Figura 12. **Previo a intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de establecer línea base partiendo de preguntar al cuidador principal sobre lo que realiza un alumno o paciente en casa.

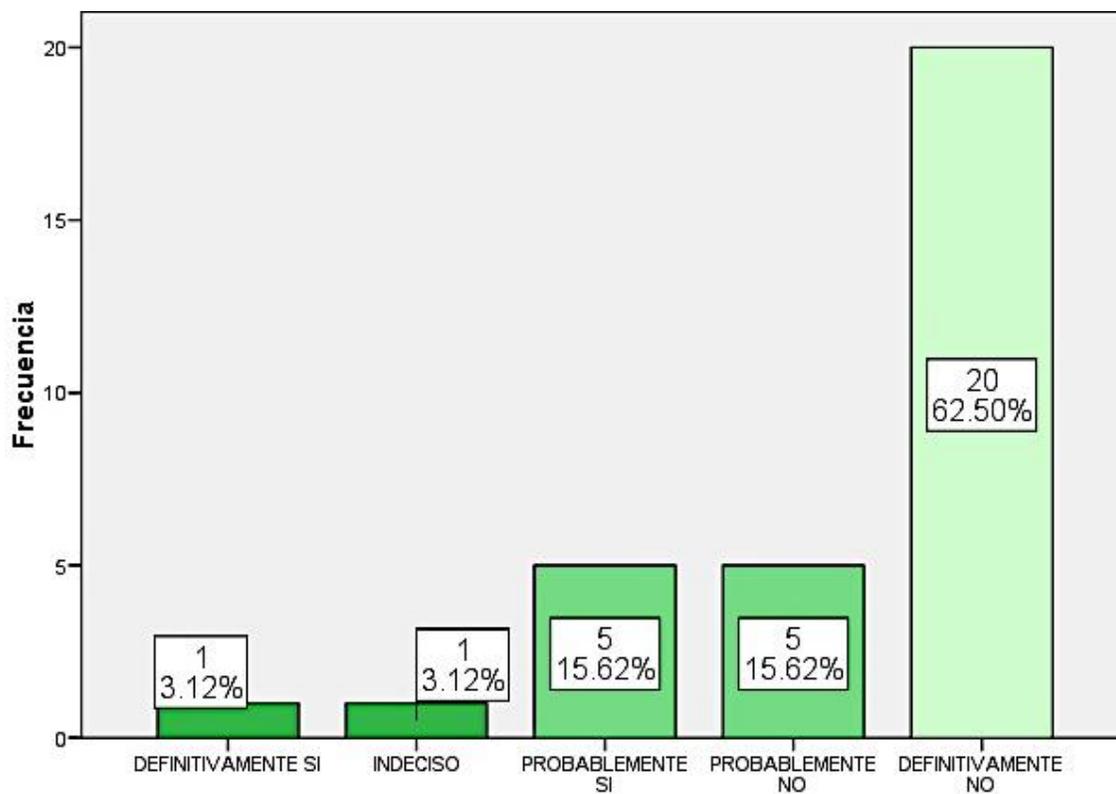


Figura 13. **Después de intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de establecer línea base partiendo de preguntar al cuidador principal sobre lo que realiza un alumno o paciente en casa.

TALLER 1.

Sesión 3. Conceptos básicos en modificación de conducta (2ª parte).
 Objetivo general: Recordar conocimientos previos relevantes de la sesión 2 y continuar con el aprendizaje sobre conceptos básicos en modificación de conducta: línea base simple, contexto y reforzadores sociales, hipótesis, análisis funcional. Practicar el empleo de conceptos indispensables en línea base como estrategia de aprendizaje.

Para la sesión 3 estaba programada anticipadamente el cambio de sede a la Dirección de proyectos educativos IEEPO localizada en Santa Lucía del camino, el espacio es amplio e iluminado, aunque un tanto insuficiente para 30 personas, se encuentra en el 3er. nivel del edificio y se ventila a través de las ventanas; fue necesario acomodar el mobiliario porque en las mañanas es utilizado por el personal que ahí labora, también se requirió alquilar sillas para completar con las existentes; se contó con el apoyo técnico de una persona. En relación a la sede anterior es mayor el tiempo que se emplea para llegar y aunque se explicó cómo hacerlo, la sesión comenzó con casi 15 minutos de retraso ya que solo estaban la mitad de participantes en la hora indicada, quienes pidieron se esperara a sus compañeros porque se les complicó encontrar el lugar y también porque habían tenido junta previamente; además era necesario que estuvieran todos o la mayoría para la primera actividad, ya que mediante esta se recordarían los conceptos de conducta a modificar, estímulo antecedente y estímulo consecuente, también porque se iniciaría como estrategia de aprendizaje con el trabajo individual de modificación de conductas.

Se reflexionó durante 5 minutos la conducta que les gustaría modificar (previa explicación de que esta de preferencia pudiera observarse directamente y sobre todo fuera susceptible de mencionarse delante de los demás) lo cual después se corroboró es difícil en un grupo tan heterogéneo y numeroso. En seguida se les proporcionaron formatos para que anotaran la conducta, definición operacional, antecedentes y consecuentes. Se establecieron las reglas para la actividad siguiente: todo lo mencionado sería confidencial, saliendo del aula estaba estrictamente prohibido mencionar la conducta de algún compañero (a) de trabajo o conocido y sobre todo mencionarlo en el ámbito laboral, así como también se pidió respeto a la aportación de cada participante.

Durante la dinámica de “la telaraña” fueron participando de forma individual sobre lo reflexionado (se brindó orientación en los casos en que no identificaban como definir su conducta) de los cuales: El 100% de los participantes eligieron

conductas que deseaban reducir, 50% mencionaron claramente la conducta a modificar, antecedente y consecuente (es decir, sin equivocarse en cuanto a la utilización de los conceptos); 32% mencionaron antecedentes de sus conductas (enojo, frustración, pérdida de interés en actividad) basados en pensamientos por conductas realizadas por terceros; 85% mencionaron como consecuente sentirse culpables o sensación de malestar por la conducta emitida y un 15% se les dificultó encontrar los eventos o estímulos consecuentes. Hipotéticamente se podría mencionar que de las conductas comentadas por los participantes, un 70% eran realizadas en momentos de ansiedad o enojo.



Figura 14. **Dinámica “La telaraña”**. Modificada para proteger la identidad de los participantes.

Como siguiente actividad, se utilizaron diapositivas y se comenzó con el recordatorio de los conocimientos previos acerca de la importancia de la observación directa y objetiva de la conducta, identificación de los estímulos antecedentes y consecuentes, importancia del contexto en que la conducta es emitida, definición operacional de la conducta y cómo se medirá (registrará) y qué instigadores o reforzadores se podrían utilizar (dejando en blanco lo aún no visto

en el taller); esto se esquematizó para que visualmente fuera llamativo y la atención se centrara en el proceso que deben realizar para un tratamiento exitoso de un programa de modificación conductual. También se llevó a cabo la explicación de la nueva información ejemplificando un registro conductual de línea base simple y su gráfica correspondiente así como una vez realizados estos pasos, formular hipótesis, realizar el análisis funcional para poder tomar decisiones acerca de la técnica a utilizar. Por sugerencias y comentarios en la sesión anterior, se proporcionaron ejemplos de reforzadores sociales verbales y por contacto físico susceptibles de utilizarse con los menores. Las preguntas en esta ocasión giraron en torno a: *¿con qué frecuencia necesito registrar una conducta? ¿Durante cuántos días? ¿Porqué necesito hacer hipótesis? ¿Qué sucede si la conducta no se presenta en mi clase?* (ver figuras 15 y 16).

Después de la respuesta a las preguntas se les preguntó a los participantes para qué imaginaban que estaba el cuadro con sus nombres, fueron respondiendo: *“para recibir un premio” “para motivarnos”*. Para aumentar el interés y motivarlos se explicó sobre el sistema de economía de fichas como herramienta susceptible de utilizar con sus alumnos y/o pacientes, ya que permite introducir una o varias conductas, alterar la frecuencia con que se emiten o eliminan y es posible aplicar para controlar conductas de una sola persona o de un grupo (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2008) posteriormente pasaron quienes había participado a poner sus puntos; después de esto en la siguiente actividad se les notó muy activos en las participaciones. (Ver Figura 40)

Para atraer la atención de los participantes, percibir de otra forma y procesar la información en la siguiente actividad se proyectó video “El circo de las mariposas”, y por equipos (integrados por conteo 1-5) se les pidió comentaran hipótesis acerca del contexto que supusieran había rodeado al personaje principal en su infancia, enseguida se pidió que el equipo que terminara más rápido en ponerse de acuerdo comentarían y ganarían un punto. El equipo “ganador” comentó que su hipótesis consistía en que *el personaje principal estuvo*

sobreprotegido en su infancia, en consecuencia sus padres le facilitaban o realizaban todas las cosas, lo cual le llevó a considerarse una persona que “no podía hacer nada por su discapacidad”. Otros participantes quisieron comentar, por lo que se les dio la oportunidad, de lo cual surgieron otras hipótesis y comentarios: *“El personaje principal fue maltratado en su infancia, por lo tanto carecía de autoestima y no tenía motivación para salir adelante.” “El personaje principal cuando se encontró en un contexto distinto al que había estado desde que nació y se dio cuenta que podía ser tratado de forma distinta, quiso aprovechar sus capacidades.”* (Ver figuras 17 y 18)

Para el cierre se concluyó con la reflexión de que efectivamente, el contexto que rodea a una persona con capacidades diferentes influye directamente sobre su comportamiento, y los profesionales que laboran con menores que presentan capacidades diferentes, deberán enfocarse en sus habilidades, capacidades y conductas apropiadas para fortalecer; y en la medida de lo posible ayudarles a tener cierto grado de independencia o lograr valerse por sí mismos. Se agradeció la presencia de los asistentes no sin antes solicitar puntualidad, se entregó el formato de línea base previa explicación sobre como rellenar respecto a sus conductas elegidas y llevarlo para la siguiente sesión programada para 4 días después (anexo 8). También se proporcionó el esquema con los conceptos vistos. (Anexo 12)

TALLER 2.

Sesión 3. Conceptos básicos en modificación de conducta (2ª parte).
Objetivo general: Recordar conocimientos previos relevantes de la sesión 2 y continuar con el aprendizaje sobre conceptos básicos en modificación de conducta: línea base simple, contexto y reforzadores sociales, hipótesis, análisis funcional. Practicar el empleo de conceptos indispensables en línea base como estrategia de aprendizaje.

A partir de la sesión 3 se utilizó el aula de enseñanza del CREE, la cual cuenta con equipo de audio y video, una mesa octagonal en medio con sillas acojinadas, espacio suficiente para las exposiciones y buena iluminación. Se llevó a cabo el mismo procedimiento descrito en la sesión 3 del taller 1: reflexión sobre conductas a modificar, anotación en formatos de la definición operacional, antecedentes y consecuentes, establecimiento de reglas sobre la confidencialidad y respeto para la actividad de “la telaraña”, durante el transcurso de la misma, 6 de los participantes eligieron conductas que querían reducir (consumo de alimentos, tiempo invertido en redes sociales, lavarse constantemente las manos) y solo un participante aumentarla (hacer ejercicio). Es importante mencionar que uno de los participantes eligió una conducta que estaba relacionada con un posible antecedente de enfermedad, por lo cual se le dio un breve seguimiento individual y se reorientó hacia el área médica. Los 7 participantes identificaron y mencionaron concreta y objetivamente sus conductas, antecedentes y consecuentes.

Después de la explicación y proyección de diapositivas acerca del proceso para realizar paso a paso un tratamiento exitoso de un programa de modificación conductual, línea base simple, formulación de hipótesis y realización de análisis funcional solo hubo una pregunta, la cual fue: *¿cómo puedo hacer si mi paciente solo acude una vez por semana para llevar el registro?* Se analizó el tipo de caso por contar con el tiempo y se llegó a la conclusión que sería necesario recurrir al apoyo del cuidador principal para el registro de línea base. Después también se les preguntó a los participantes para qué imaginaban que estaba el cuadro con sus nombres, las respuestas fueron similares a los participantes del taller 1; de la misma manera se explicó sobre la economía de fichas como herramienta que podrían implementar con sus pacientes.

Después de la proyección del video “El circo de las mariposas”, se les pidió participación voluntaria sobre su hipótesis acerca del contexto que había rodeado al personaje principal en su infancia, después de proporcionar un punto al primer voluntario, todos quisieron participar; las hipótesis fueron similares a las

mencionadas anteriormente, comentaron además sobre ejemplos de casos en su ámbito laboral. Al finalizar se llegó a una conclusión grupal sobre la importancia del contexto en la vida de las personas y el avance que tienen los menores con capacidades diferentes cuando los cuidadores son participativos y les proporcionan apoyo en casa; así como la desventaja de los menores que acuden al CREE de diversas comunidades rurales, porque los compañeros en las escuelas o por parte de los vecinos son agredidos verbalmente o etiquetados como enfermos, deficientes o raros. Se aprovechó este momento para proponer enlaces, mencionando la importancia de su trabajo en el ámbito de la rehabilitación y la orientación que podrían dar hacia los padres de familia de niños pequeños para buscar alternativas y enviarlos a la escuela. Finalmente se entregó el formato de línea base previa explicación sobre como rellenar respecto a sus conductas elegidas y llevarlo para la siguiente sesión programada para 4 días después (anexo 8). También se proporcionó el esquema con los conceptos vistos. (Anexo 12)

En relación a registrar la frecuencia de una conducta que se pretende modificar, antes de la intervención 75% de los participantes mencionaban que definitivamente sí (Figura 15 previo a intervención); después de la intervención aumentó dicho porcentaje, ya que 31 participantes de 32 que finalizaron el taller opinaron que sí se debe registrar la frecuencia con que una conducta se presenta para modificarla o mantenerla y solo uno mencionó que es probable que sí. (Figura 16 después de intervención).

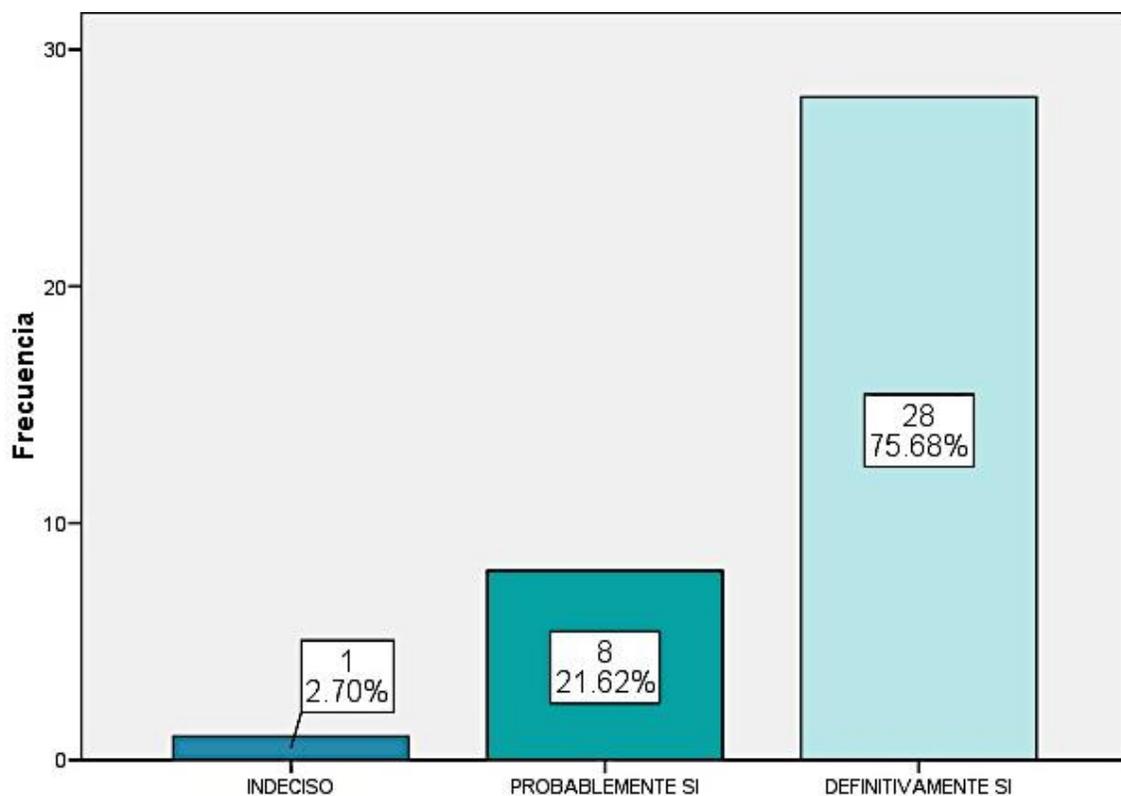


Figura 15. **Previo a intervención.** Opinión de participantes acerca de registrar la frecuencia con que una conducta se presenta para modificarla o mantenerla.

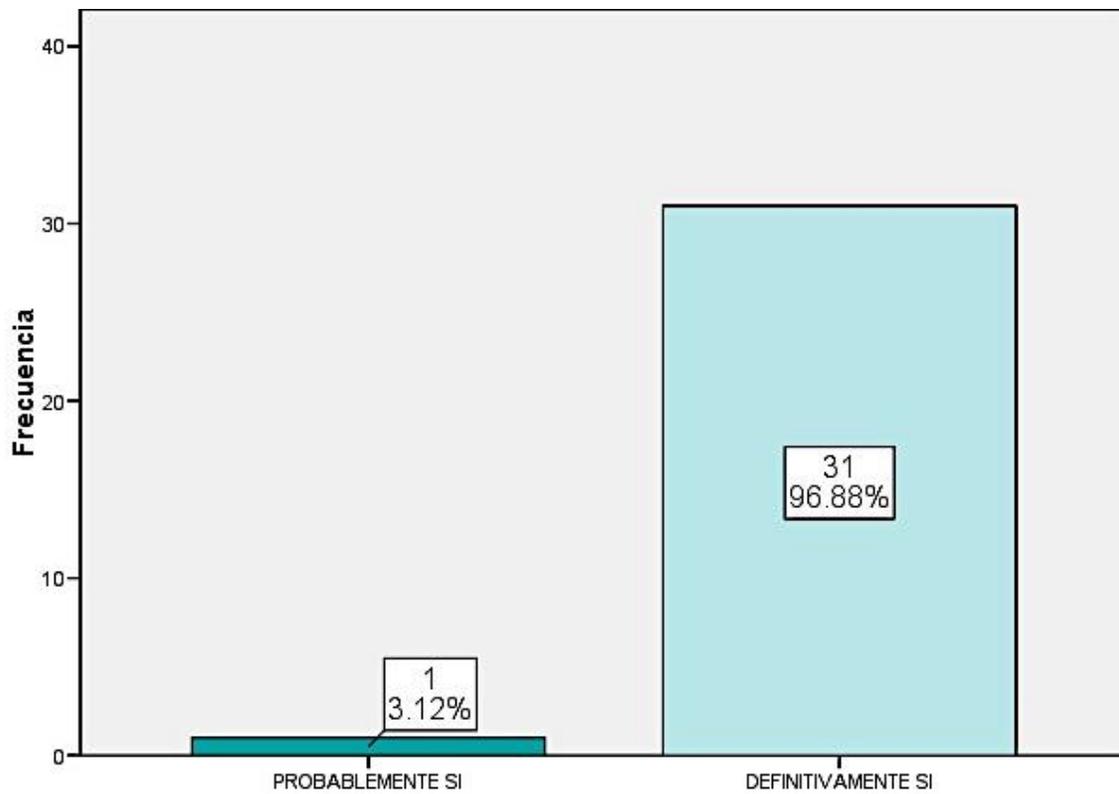


Figura 16. **Después de intervención.** Opinión de participantes acerca de registrar la frecuencia con que una conducta se presenta para modificarla o mantenerla.

Tal como se observa en la Figura 17 de datos previos a la intervención acerca de tomar en cuenta los antecedentes biológicos y factores contextuales para establecer un programa de modificación conductual se puede observar que la mayoría de los participantes ya consideraba necesario saberlo, 3 participantes mencionaban que era probable que si y solo 1 estaba indeciso.

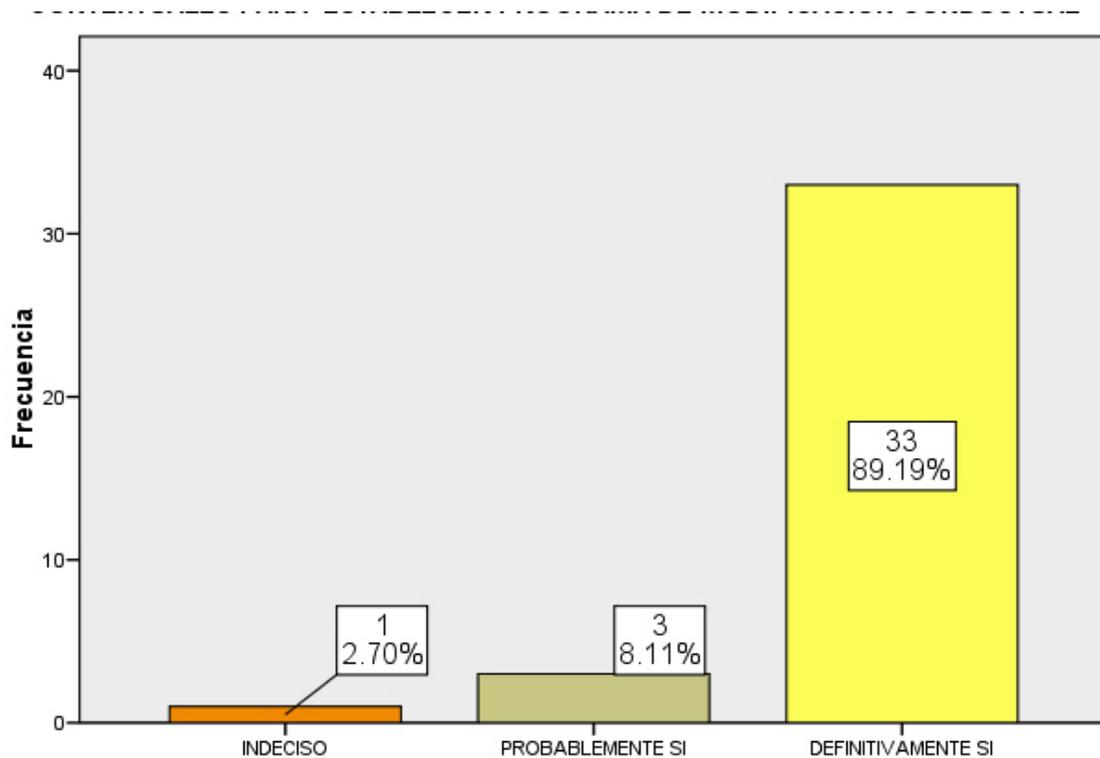


Figura 17. **Previo a intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de tomar en cuenta antecedentes biológicos y factores contextuales para establecer un programa de modificación conductual.

En la Figura 18 de datos después de la intervención se puede observar que los participantes corroboraron el conocimiento previo con el que contaban sobre tomar en cuenta los antecedentes biológicos y factores contextuales, siendo 31 quienes así lo consideran y solo 1 se mantuvo en que probablemente si los tome en cuenta.

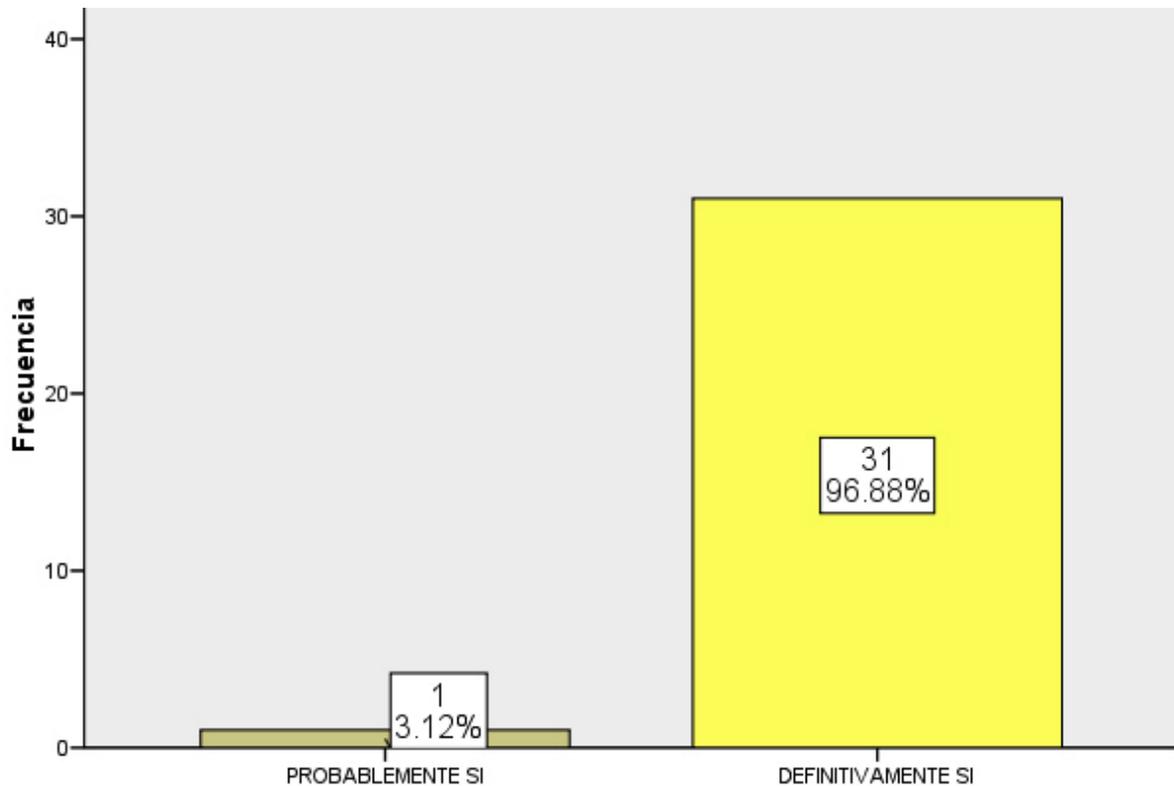


Figura 18. **Después de intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de tomar en cuenta antecedentes biológicos y factores contextuales para establecer un programa de modificación conductual.

TALLER 1.

Sesión 4. Revisión de línea base y retroalimentación. Objetivo general: Los participantes recordaron la importancia del contexto para el desarrollo del menor con capacidades diferentes, se focalizó la atención en los conceptos básicos al hablar de modificación de conducta mediante la evaluación de línea base y se instauró el autocontrol como estrategia de aprendizaje.

La sesión 4 se realizó en la Dirección de Proyectos Educativos del IEEPO, se comenzó puntualmente. La primera actividad fue el juego “baloncesto a ciegas” mediante el cual se reafirmó la importancia de la observación directa ante las conductas que emiten las personas, cómo influyen el contexto socio ambiental, los reforzadores verbales e instigadores en el comportamiento de los demás. Todos participaron de manera divertida, además al término del juego comentaron y reflexionaron tanto quienes pasaron al frente como quienes fueron público activo acerca de: “en relación al contexto de cada situación y participante, ¿qué conducta se observó? ¿Consideran que haya existido influencia de los reforzadores verbales? ¿Cómo? ¿Detectaron algún instigador? ¿De qué tipo?”. Al final, las participaciones y conclusiones giraron en torno a *“si es importante la observación directa para identificar la conducta, ya que en ocasiones los niños se comportan de una manera en un lugar y de otra forma en otro”* *“hay niños que a veces las mamás dicen que son muy callados, pero en la escuela son todo lo contrario”* *“la maestra (...) se notó que no sabía qué hacer porque entre todos la confundíamos, y me acordé cuando usted nos dijo que si cada maestro y aparte los papás dan indicaciones diferentes el niño también se quedará confundido”* *“es importante que felicitemos y demos reforzadores sociales a los niños, eso les hace saber que están realizando las cosas de manera correcta”*.

En la siguiente actividad se solicitó en dos momentos que los participantes fueran mencionando sus experiencias en relación al registro de línea base de sus conductas, se fueron resolviendo dudas en relación a la metodología y sobre cómo registrar en el caso de sus alumnos o pacientes, en su totalidad de quienes

participaron utilizaron los conceptos correspondientes al conductismo. Es importante mencionar que del 100% de participantes que iniciaron en la sesión anterior con la actividad, solo el 65% llevaron por escrito su línea base y fueron los mismos que hicieron comentarios como *“me di cuenta que mi conducta disminuyó de frecuencia porque estuve al pendiente de cuántas veces registraba”* *“cuando pensaba en que quería realizar la conducta me acordaba que después todos verían mi registro”* *“no hubo eventos antecedentes que generalmente se presentan, creo que por eso registré tan pocas veces”* *“es un hecho que realizar la conducta me hace sentir mal después”* *“busqué una alternativa que me mantuviera ocupado, así noté que la conducta disminuía”* *“llevar un registro me ayudó a darme cuenta sobre cuántas veces realizo la conducta, es algo de lo que no me había percatado”*. Como se puede apreciar con los comentarios, los participantes descubrieron asociaciones entre los estímulos y la conducta emitida y el autorregistro provocó efectos reactivos en ellos. En relación a los participantes que no realizaron su registro 20% mencionaron no haber tenido tiempo de registrar o lo llevaban “en la mente”; 9% dijeron estar confundidos respecto a la conducta elegida y decidieron re conceptualizarla y un 6% aceptaron no tener la disposición o estar seguros de querer modificarla.

Debido a que en la sesión anterior los participantes ya habían comentado qué conducta les interesaba o pretendían modificar, se recurrió a emplear una estrategia en la que se aprovecharan las expectativas de aprendizaje propias de estar en el taller, el saberse observados, y esperar un resultado favorable. Además por cuestiones de tiempo era necesario que fuesen los mismos participantes quienes dirigieran su modificación de conducta y también podrían realizar una estrategia de aprendizaje para la práctica de los conceptos que se estaban manejando en el taller. Así, se explicó, instruyó e implementó sobre el método de autocontrol, para lo cual deberían comenzar con el autorregistro, plantearse metas a corto plazo y elegir autorrefuerzo o autocastigo (anexo 8.1); se proporcionó apoyo para el análisis, centrando la atención en elegir objetivos reales y alcanzables que no estuvieran bajo control de respuestas de otras personas,

para el autorrefuerzo se propuso elegir autorrecompensas con objetos tangibles, y para el autocastigo actividades que no fuesen de su agrado. Finalmente se alentó a los participantes que no habían elaborado su línea base para que comenzaran a hacerlo si así lo elegían.

Para finalizar se proyectó el video “El caso de Lorenzo”, con el cual se concluyó sobre la relevancia del papel de sus diversas profesiones en la vida de las personas que son diferentes a los demás en relación al desarrollo de habilidades. (Ver figuras 19 y 20)

TALLER 2.

Sesión 4. Revisión de línea base y retroalimentación. Objetivo general: Los participantes recordaron la importancia del contexto para el desarrollo del menor con capacidades diferentes, se focalizó la atención en los conceptos básicos al hablar de modificación de conducta mediante la evaluación de línea base y se instauró el autocontrol como estrategia de aprendizaje.

En la sesión 4 del taller impartido en el CREE, durante el juego “baloncesto a ciegas” se detectó nerviosismo al principio, pero una vez que se involucraron en la dinámica se divirtieron y sobre todo estuvieron más animados para comentar sus experiencias: *“¿porqué a mi no me ayudaban? Me sentí insegura porque todo estuvo en silencio”* *“se notó que (...) quería que le dieran más información”* *“es muy confuso cuando todos hacen ruido al mismo tiempo”* *“a (...) le proporcionaron más instigadores verbales”* *“es importante que nos demos cuenta sobre los distractores y también sobre la claridad en nuestras instrucciones”* *“debemos tomar en cuenta qué tipo de reforzador se le dará a cada paciente”*. Se concluyó con la reflexión sobre la importancia de la observación directa ante las conductas que emiten las personas, cómo influyen el contexto socio ambiental, los reforzadores verbales e instigadores en el comportamiento de los demás y también la importancia de la comunicación.

En la actividad de revisión del registro línea base se contó con suficiente tiempo para revisar cada caso en detalle, por lo que cada participante pudo explicar y comentar su experiencia, de lo cual se obtuvo que: de 7 participantes faltaron 2 por enfermedad, uno de ellos envió línea base. Los 6 registros revisados cumplieron con todos los elementos y el registro lo llevaron a cabo durante los 4 días, en 3 casos mencionaron efectos reactivos al autorregistro y mencionaron haber decidido comenzar a controlar la misma, los otros 3 casos mencionaron *“estoy consciente de que la conducta emitida fue la misma, pero decidí continuarla igual ya que no se habían dado instrucciones aún de disminuirla”*; 1 participante además realizó la gráfica correspondiente. Al igual que se mencionó en el taller 1 se recurrió a aprovechar sus expectativas de aprendizaje y sobre todo que esperaban un resultado favorable. Se explicó, instruyó e implementó sobre el método de autocontrol, para lo cual deberían comenzar con el autorregistro (anexo 8.1) el planteamiento de metas a corto plazo y elección de autorrefuerzo o autocastigo fue interesante y muy descriptivo por parte de todos los asistentes.

Con la proyección del video “El caso de Lorenzo”, también se concluyó sobre la relevancia del papel de sus profesiones en la vida de las personas que son diferentes a los demás, y se les alentó a continuar siendo la persona especial que muchos “Lorenzos” encontrarán en sus caminos para aprender a desarrollar habilidades.

Según se observa en la figura 19, antes de la intervención el 67.57% de los participantes estaban en desacuerdo con la afirmación de que los cuidadores principales les facilitaran las cosas a sus hijos con capacidades diferentes porque no podrían realizarlas por sí mismos, el 18.92% opinaba que probablemente no era mejor facilitarles las cosas, un 5.41% opinaban que probablemente si era mejor facilitárselas, otro 5.41% estaban indecisos y un participante opinaba que definitivamente si era mejor facilitarles las cosas.

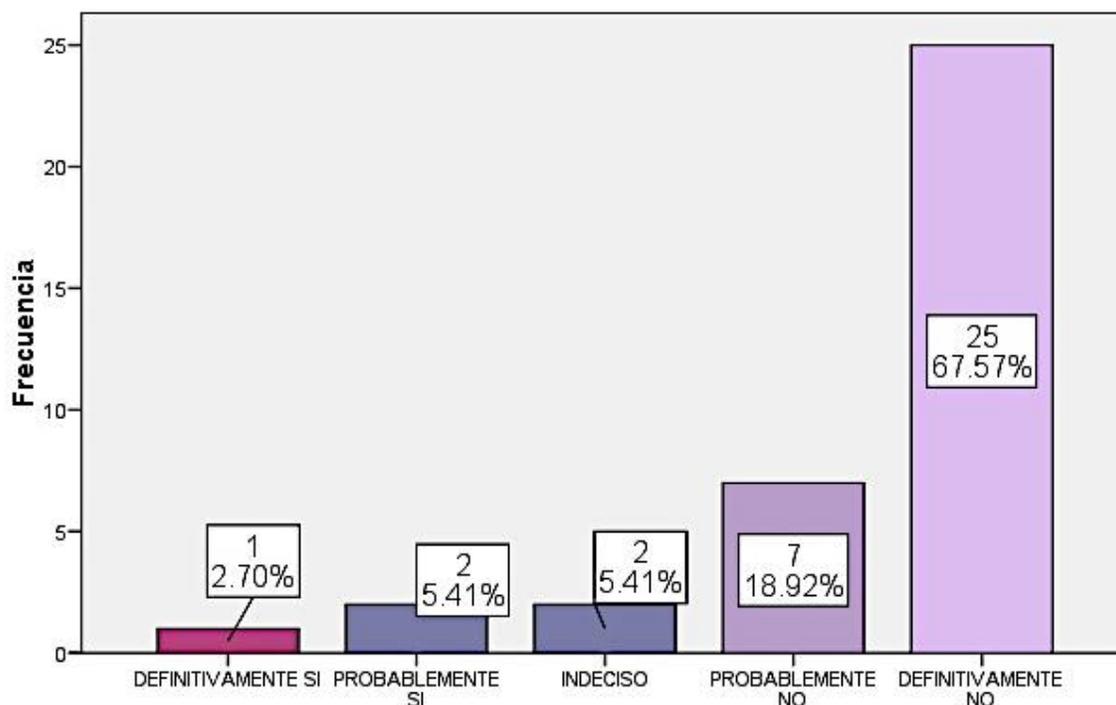


Figura 19. **Previo a intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de creencia de que los padres o cuidadores principales les faciliten las cosas a sus hijos con capacidades diferentes, ya que no podrán realizarlas por sí mismos.

Tal como se observa en la figura 20 después de la intervención el porcentaje de participantes que estaban en desacuerdo con facilitarles las cosas a los menores aumentó al 87.5%; 6.25% opinaron que probablemente no sería mejor y 6.25% que probablemente si sería mejor facilitarles las cosas por no poder realizarlas por sí mismos. Con este aumento hacia el desacuerdo por facilitarles las cosas a los menores se puede inferir que dichos profesionales pondrán en práctica sus conocimientos para el desarrollo o incremento de habilidades en los menores con capacidades diferentes.

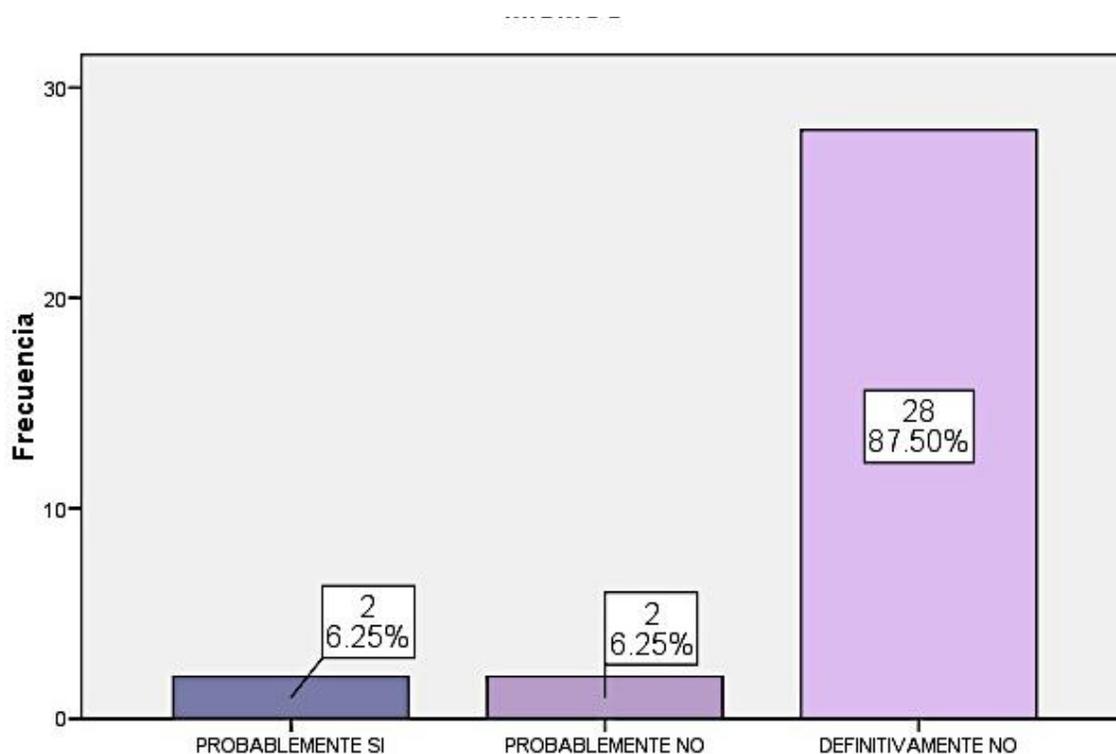


Figura 20. **Después de intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de la creencia de que los padres o cuidadores principales les faciliten las cosas a sus hijos con capacidades diferentes, ya que no podrán realizarlas por sí mismos.

TALLER 1.

Sesión 5. Principios y técnicas de modificación de conducta en capacidades diferentes. Objetivo general: Los participantes recordaron los conocimientos previos acerca del proceso que deben realizar para un tratamiento exitoso de un programa de modificación conductual, focalizaron la atención en los principios y técnicas de modificación conductual como: reforzamiento positivo y negativo, extinción y castigo en el ámbito de la rehabilitación y educación especial; finalmente se incrementó la motivación e interés al ponerlos en práctica y se evaluó la simulación de los casos.

En la sesión 5 del taller 1 se comenzó a la hora indicada, se llevó a cabo por último día en la Dirección de Proyectos Educativos del IEEPO. Se realizó la presentación con diapositivas para recordar y continuar ampliando el proceso para un tratamiento exitoso en un programa de modificación de conducta, por lo cual de manera breve se mencionaron los pasos hasta ese momento vistos: identificación de la conducta a través de la observación, definición operacional de la misma tomando en cuenta la frecuencia, identificación de estímulos antecedentes, consecuentes y descripción del contexto en la línea base. Análisis funcional con los datos obtenidos, elección de instigadores, reforzadores y en esta ocasión continuar con elección de técnica.

Con la intención de que los participantes procesaran la nueva información se ejemplificó la utilización del reforzamiento positivo, negativo, castigo y extinción en casos hipotéticos de menores con capacidades diferentes con diagnósticos como síndrome de Down, autismo, hipoacusia, de los cuales se comentaron las características relevantes en cuanto a sus déficits y habilidades, las conductas que se pretendían incrementar como periodos de atención (Figuras 21 y 22) o las conductas a disminuir (llanto o gritos, autoagresión) y mediante qué técnica, representando además como maestro o terapeuta la forma en que se podrían aparear los reforzadores o instigadores, y cómo podrían irse disminuyendo gradualmente.

Andrés: presenta síndrome de Down

- Periodos de atención cortos
- No puede realizar actividades por sí solo la mayoría de las veces
- Le cuesta trabajo recordar

Conducta meta: Incrementar periodos de atención de 5 en 5 minutos hasta lograr 30 minutos seguidos.

- Se reforzará a Andrés apareando **nuez** con "Vamos Andrés, tu puedes!!" cada 5 minutos que continúe poniendo atención en la actividad en un periodo de media hora.
- Instigador: Asentir con la cabeza, sonreír
- Maestro/terapeuta: Repetir actividades, mostrar objetos llamativos, ofrecerle posibilidades de éxito, establecer secuencias.

Figura 21. Ejemplo de técnica de Reforzamiento positivo.

MANTENIMIENTO DE CONDUCTAS

- Disminución gradual de reforzador primario (intermitente)
- Se reforzará a Andrés con "Vamos Andrés, tu puedes!!" en una ocasión y en la siguiente apareando reforzadores.
- Se reforzará a Andrés al término de la sesión
- Se establecerá intercambio de fichas
- Se mantendrán únicamente instigadores verbales

Figura 22. Ejemplo sobre cómo continuar con el proceso para el Reforzamiento positivo y disminución de reforzadores primarios.

En relación a la técnica de castigo se hizo énfasis que no es sinónimo de castigos físicos o verbales, faltar al respeto o derechos de los niños ni amenazas, sino como lo indica el conductismo se refiere al retiro de reforzadores positivos por periodos breves; esto debido a que en la sesión 1 durante la explicación del programa las gesticulaciones fueron de desaprobación al mencionar la palabra castigo, así como también en la unidad correspondiente en la escala Likert se pudo apreciar que en su mayoría los participantes mostraban renuencia a utilizarlo.

Tal como se observa en la figura 23, antes de la intervención en Psicoeducación, el 56.76% de los participantes consideraban como una probabilidad utilizar castigo para reducción de conductas que no favorecieran en la rehabilitación o proceso de enseñanza aprendizaje; un 13.51% mencionaron que definitivamente si lo utilizarían y un 8.11% mencionaban que definitivamente no aplicarían el castigo. Hay que resaltar que hasta este momento los participantes desconocían en qué consistía la técnica como tal en modificación de conducta.

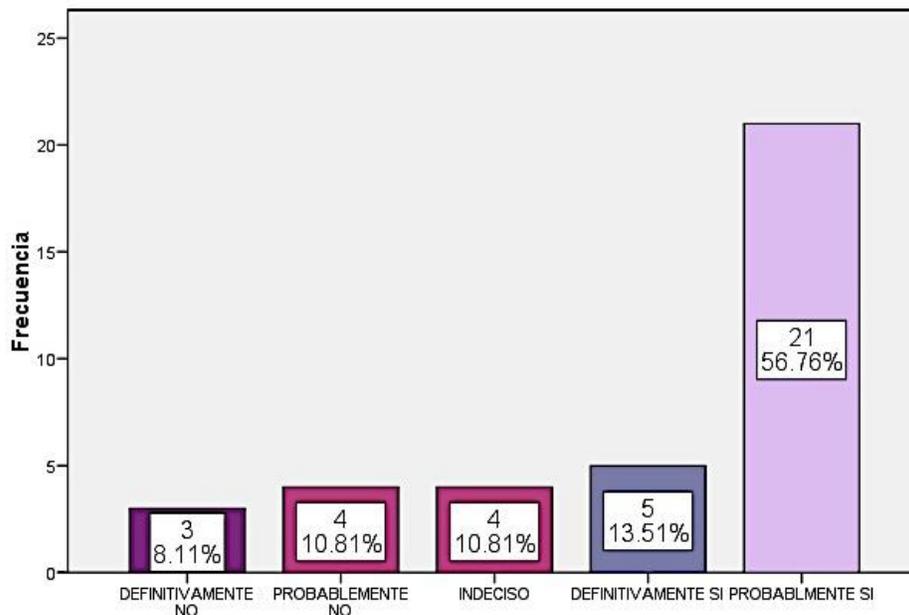


Figura 23. **Previo a intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de la utilización del castigo cuando un alumno o paciente presenta alguna conducta que no favorece la rehabilitación o el proceso de enseñanza aprendizaje.

Después de la intervención, en la Figura 24 se puede observar que el porcentaje de participantes que definitivamente si implementarían la técnica de castigo para eliminar o reducir conductas inadecuadas aumentó al 53.12%, dejando en segundo lugar la probabilidad de utilizarlo. En relación a definitivamente no utilizarlo y probablemente no se encuentra el 3.12% en ambos casos, correspondiendo a 2 de los participantes en total.

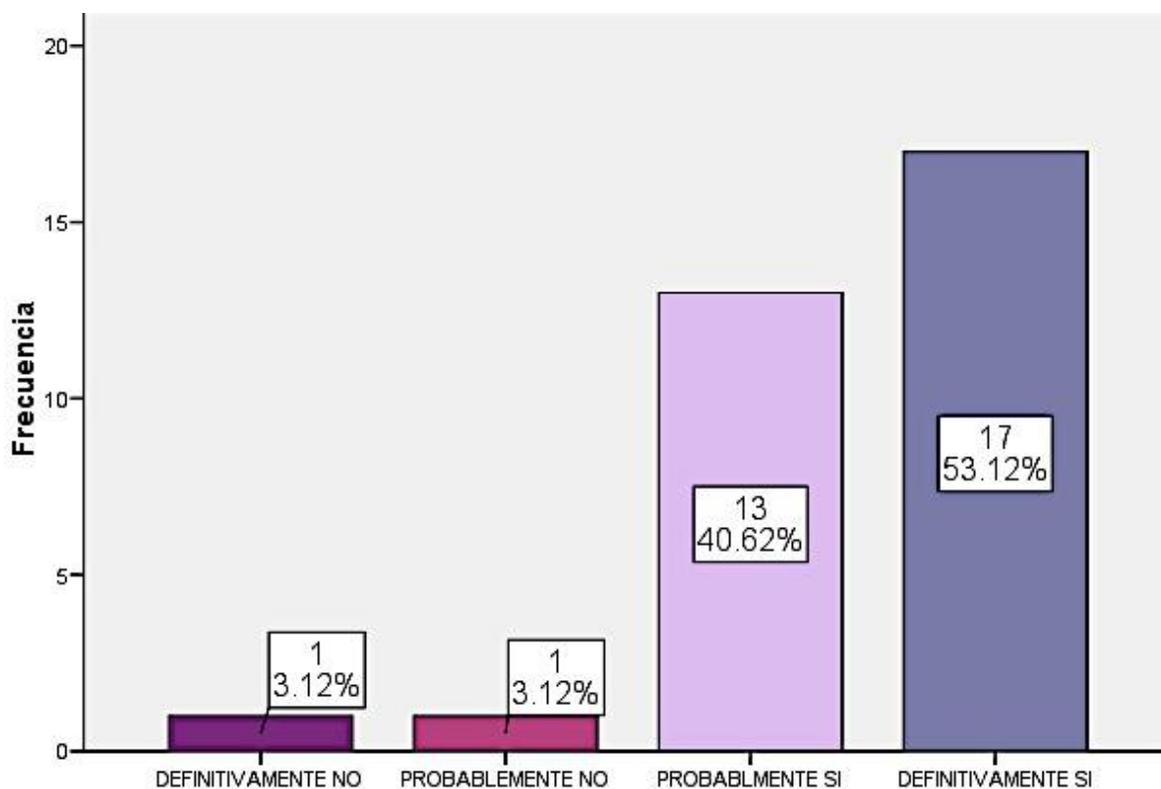


Figura 24. **Después de intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de la utilización del castigo cuando un alumno o paciente presenta alguna conducta que no favorece la rehabilitación o el proceso de enseñanza aprendizaje.

Continuando con el desarrollo de la sesión 5, para poner en práctica y evaluar la comprensión de las técnicas, se llevó a cabo una actividad de simulación, para lo cual se les pidió a los participantes formaran equipos heterogéneos, la intención fue formar grupos de enfoque multidisciplinarios que de preferencia estuvieran conformados por maestros de Educación Especial, Terapeuta de Lenguaje y Ocupacional, Psicólogo, y otra disciplina u ocupación distinta a éstas. En total quedaron conformados 8 equipos, a los que se les dieron tarjetas con la técnica y roles a representar: narrador quien describiría contexto, antecedentes y consecuentes, mencionar tipo de capacidad diferente y sus características; terapeuta o maestro y alumno o paciente, escribano quien anotaría la definición operacional de la conducta a modificar, tipo de reforzadores o instigadores y la conducta meta. Los casos que representaran podían ser hipotéticos o de los que tuvieran en su grupo o terapia, sin mencionar datos de identificación reales.

Así, se realizaron y representaron los siguientes casos:

- Alumno masculino de 12 años con afasia cerebral subcortical; conducta meta disminuir el uso de la palabra “puta” al momento de intentar comunicarse. Técnica: reforzamiento negativo.
- Alumno masculino que presenta Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; conducta meta mantener 5 minutos de atención en una actividad. Técnica: reforzamiento positivo.
- Alumno de 4 años que presenta ceguera total; conducta meta utilizar adecuadamente el bastón para trasladarse de un lugar a otro. Técnica: reforzamiento positivo.
- Alumna de 9 años con síndrome de Down; conducta meta respetar a sus compañeros (no lastimarlos o agredirlos con jalones de cabello, empujones o pellizcos). Técnica: castigo.
- Femenino 7 años diagnosticada con Autismo; conducta meta lograr la permanencia de la alumna de forma gradual en el salón de clases. Técnica: reforzamiento negativo.

- Alumno 8 años con capacidad diferente auditiva; conducta meta disminuir agresión (golpes a las demás personas) como medio de comunicación. Técnica: extinción.
- Alumno 8 años con trastorno generalizado del desarrollo; conducta meta extinguir autoagresión. Técnica: extinción.
- Menor de 5 años con NEE por problemas de conducta; conducta meta regresar al salón de clases después de salir a recreo. Técnica: castigo. (Ver figura 27)

De los casos presentados por los 8 equipos, se detectó que el 100% mencionaron y tomaron en cuenta el contexto en que se presenta la conducta y la descripción del caso, 93% la definición operacional de la conducta; aunque el 100% de los equipos mencionaron los eventos antecedentes y consecuentes, solo el 80% consideraban eventos antecedentes correspondientes a la conducta por modificar y 62% los eventos consecuentes correspondientes a la misma, los demás erraban en mencionar eventos en relación al contexto. 80% aplicaron correctamente la técnica, en los casos que aplicaba el 100% utilizaron reforzadores tanto primarios como secundarios, por lo general emparejándolos; el 90% utilizaron instigadores físicos y verbales y el 87.5 plantearon una conducta meta objetivo (ver figura 27). La técnica que se les complicó más a los participantes implementar fue el reforzamiento negativo.

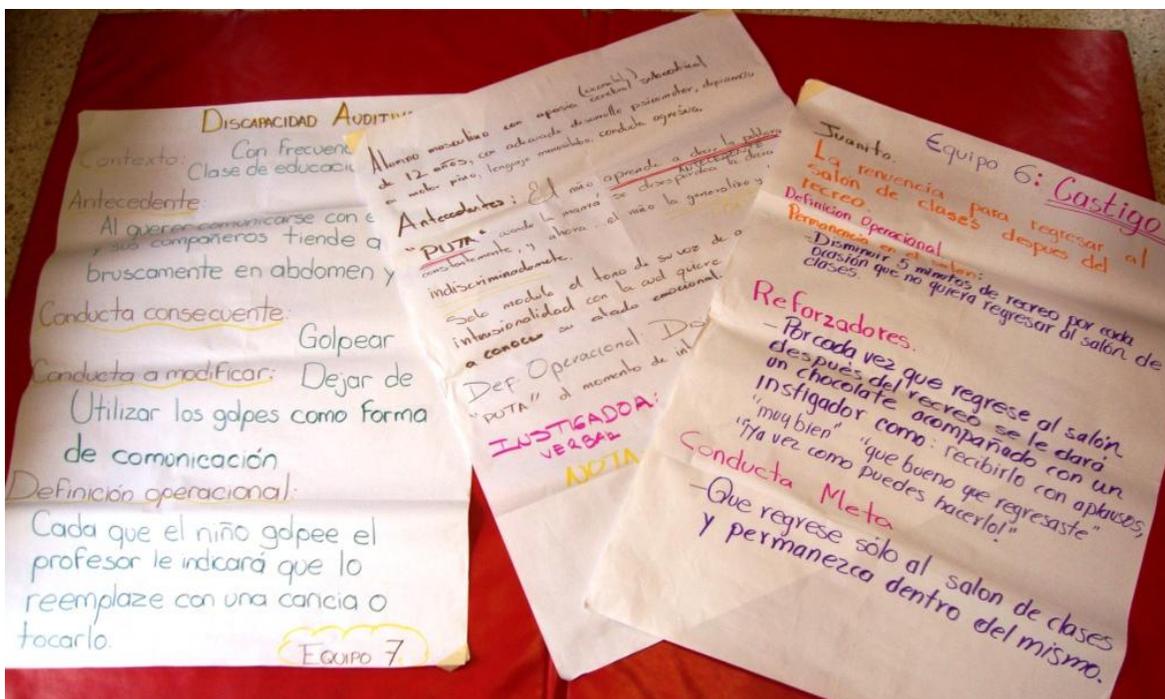


Figura 27. Elaboración de casos por equipos para utilización de Técnicas de modificación de conducta.

La retroalimentación sobre los eventos antecedentes y consecuentes de la conducta del menor, y dudas sobre la técnica de reforzamiento negativo se proporcionó al término de las participaciones, mismas que se quedaban exhibidas en la pared. Los dos equipos que cumplieron con todas las unidades que se evaluaron (anexo 5) recibieron puntos en la economía de fichas, para este momento se motivó a los participantes confirmándoles que al final del taller quien más puntos acumulara recibiría un "premio"; así, se les terminó de mencionar y explicar que en el sistema de economía de fichas es posible aplicar un reforzador de forma inmediata tras la emisión de la conducta deseada, el cual estará a la vista de todos y posteriormente el alumno o paciente lo cambiará por un reforzador final (Labrador, et al. 2008). En la reflexión final de cierre se comentó acerca de la importancia del rol de cada profesional en el contexto del paciente/alumno y se hizo patente la necesidad de los enlaces propios del trabajo multidisciplinario. Se entregó cuadro sinóptico sobre las técnicas de modificación de conducta. (Anexo 13)

TALLER 2.

Sesión 5. Principios y técnicas de modificación de conducta en capacidades diferentes. Objetivo general: Los participantes recordaron los conocimientos previos acerca del proceso que deben realizar para un tratamiento exitoso de un programa de modificación conductual, focalizaron la atención en los principios y técnicas de modificación conductual como: reforzamiento positivo y negativo, extinción y castigo en el ámbito de la rehabilitación y educación especial; finalmente se incrementó la motivación e interés al ponerlos en práctica y se evaluó la simulación de los casos.

Para la sesión 5 del taller 2 en el CREE se llevó a cabo el seguimiento descrito en el taller 1; por lo que se realizó la misma presentación con diapositivas para repasar el proceso de programa de modificación de conducta y focalizar la atención en teoría y ejemplos para la utilización de las técnicas de reforzamiento positivo, negativo, castigo y extinción en su ámbito de trabajo. En la actividad de simulación también se integraron por diferente disciplina aunque en este lugar no se contaba con maestros de Educación Especial. En total quedaron conformados 3 equipos, a los que se les dieron las tarjetas con la técnica y roles a representar: terapeuta y paciente, y repetirían participación al ser escribano o narrador. Los casos que representarían podían ser hipotéticos o de los que tuvieran en su terapia, sin mencionar datos de identificación reales. (Ver figura 28)

Así, se realizaron y representaron los siguientes casos:

- Paciente masculino 2 años de edad con retraso en el lenguaje; conducta meta que entre a las sesiones de terapia sin llorar. Técnica: se les había solicitado un caso para castigo, pero por la edad, la conducta meta que pretendían lograr y los eventos antecedentes y consecuentes se modificó a reforzamiento negativo.
- Paciente masculino de 1 año 6 meses con retraso simple de lenguaje; conducta meta extinguir conducta de llanto dentro del cubículo de terapia. Técnica: extinción.

- Paciente masculino de 7 años con trastorno generalizado del desarrollo y conductas autistas; conducta meta aumentar tolerancia a actividades de la terapia. Técnica: reforzamiento positivo.

De los casos presentados por los 3 equipos, se detectó que el 100% mencionaron y tomaron en cuenta el contexto en que se presenta la conducta y la descripción del caso, solo el 33.3% comentó la definición operacional de la conducta, el 66% restante no mencionaban la forma en que llevarían a cabo el registro de la misma; el 100% mencionaron los eventos antecedentes y consecuentes, aunque uno de ellos además de mencionar la conducta observable también mencionaba estados subjetivos del menor. El 66% aplicaron correctamente la técnica, el 100% utilizaron reforzadores principalmente secundarios y los emparejaban con instigadores físicos y/o verbales. El 100% plantearon una conducta meta objetivo. Durante la observación directa en la sesión, se notó mayor disposición de los participantes para la simulación, y aunque esto significó que se tiraran al piso al parecer no les incomodó hacerlo, contrario al juego de la segunda sesión de hacer sonidos de animales.

La retroalimentación giró en torno a recordar anotar en la definición operacional la forma en que se pretendía modificar la conducta y no solo mencionarla, ejemplo: Se proporcionará (reforzador) por cada (periodo de tiempo) que (nombre) tolere trabajar con (material o actividad) dentro del cubículo. En este taller se contó con el tiempo suficiente para que además los participantes comentaran sobre la experiencia. Se proporcionaron puntos al equipo que cumplió con todas las unidades que se evaluaron (Anexo 5) recibieron puntos en la economía de fichas, y también se les confirmó a los participantes que al final del taller quien más puntos acumulara recibiría un “premio”. En la reflexión final de cierre se comentó acerca de la importancia del su rol en un centro de rehabilitación por ser generalmente el primer contacto que tendrán los padres de familia con el ámbito de las capacidades diferentes y la oportunidad que tienen de involucrarlos en el proceso de sus hijos; también se mencionó la importancia y

necesidad del trabajo multidisciplinario, así como la oportunidad que tienen de estar en el mismo centro y poder implementar en un momento dado la misma técnica en los 3 servicios (ocupacional, lenguaje y psicología). Se entregó cuadro sinóptico sobre las técnicas de modificación de conducta. (Anexo 13)



Figura 28. Participación por equipos en narrar y representar casos utilizando Técnicas de modificación de conducta.

Hay que hacer notar que esta sesión en ambos grupos fue un punto clave, ya que a partir de este momento los participantes incrementaron su interés y motivación hacia los contenidos del taller porque pudieron comenzar a practicar la utilización de las técnicas en sus pacientes y/o alumnos. (Ver Figuras 25, 26, 29, 30, 31 y 32)

Como se observa en la Figura 25, antes de la intervención el 56.76% de los participantes estaban de acuerdo en que no se puede aplicar el mismo tratamiento con todos los pacientes o alumnos con capacidades diferentes, pero también existía un 8.11% que consideraban que probablemente si podría aplicarse el mismo tratamiento.

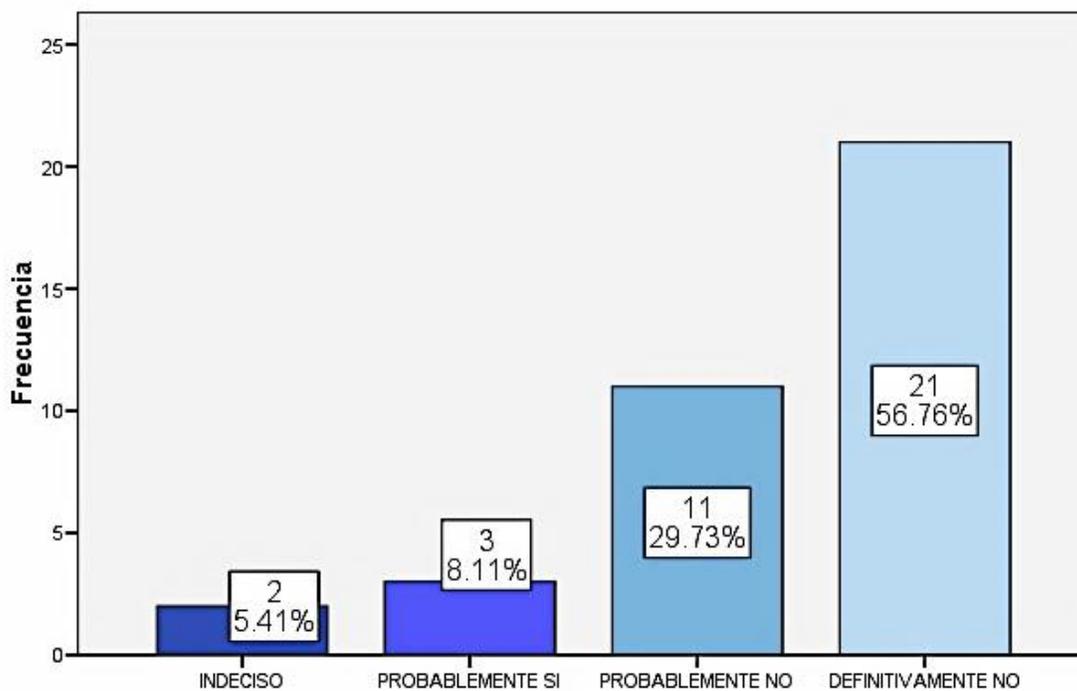


Figura 25. Previo a intervención. Creencia en relación a aplicar el mismo tratamiento con todos los pacientes o alumnos.

Después de la intervención, como se puede apreciar en la Figura 26 el porcentaje de participantes que opinaron que definitivamente no se puede aplicar el mismo tratamiento con todos los pacientes o alumnos aumentó al 84.38%; 9.38% opinaron que probablemente no y quienes opinaron que probablemente y definitivamente si se puede aplicar el mismo tratamiento solo fueron 2 personas.

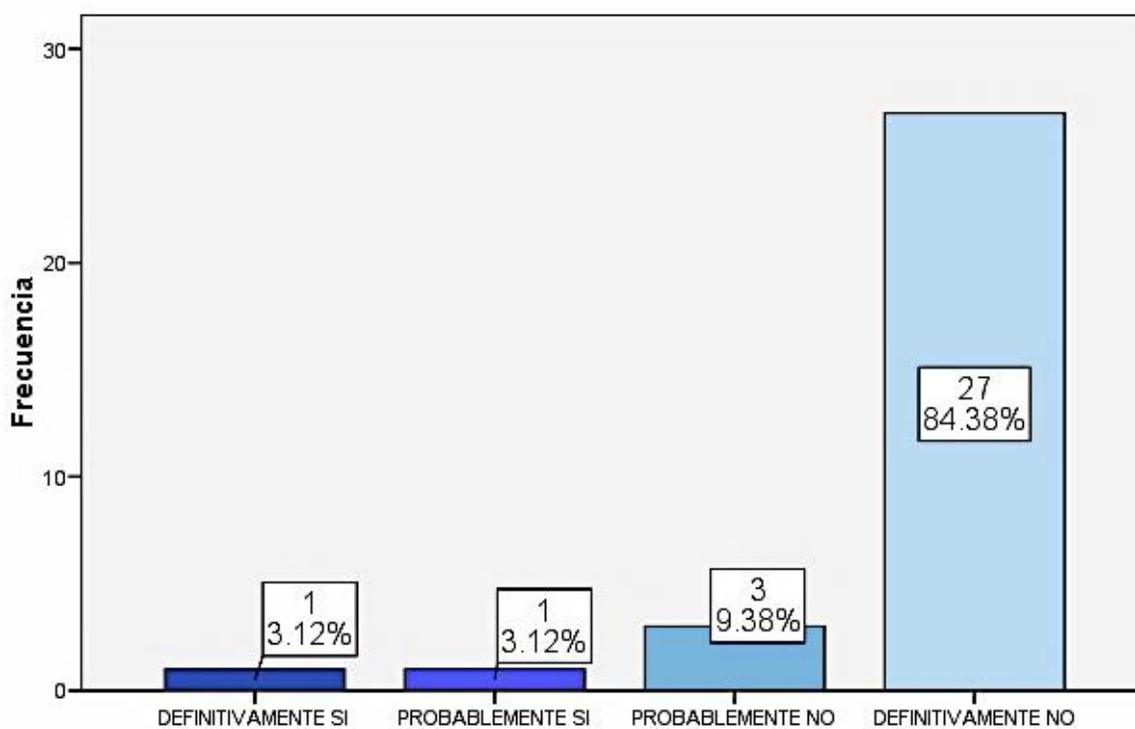


Figura 26. **Después de intervención.** Creencia en relación a aplicar el mismo tratamiento con todos los pacientes o alumnos.

Antes de la intervención, para el 43.24% de los participantes definitivamente no daba igual cualquier tipo de reforzador que se le proporcionara a sus pacientes o alumnos, y un 5.41% opinaba que definitivamente si se les podría dar el mismo tipo de reforzador. (Figura 29)

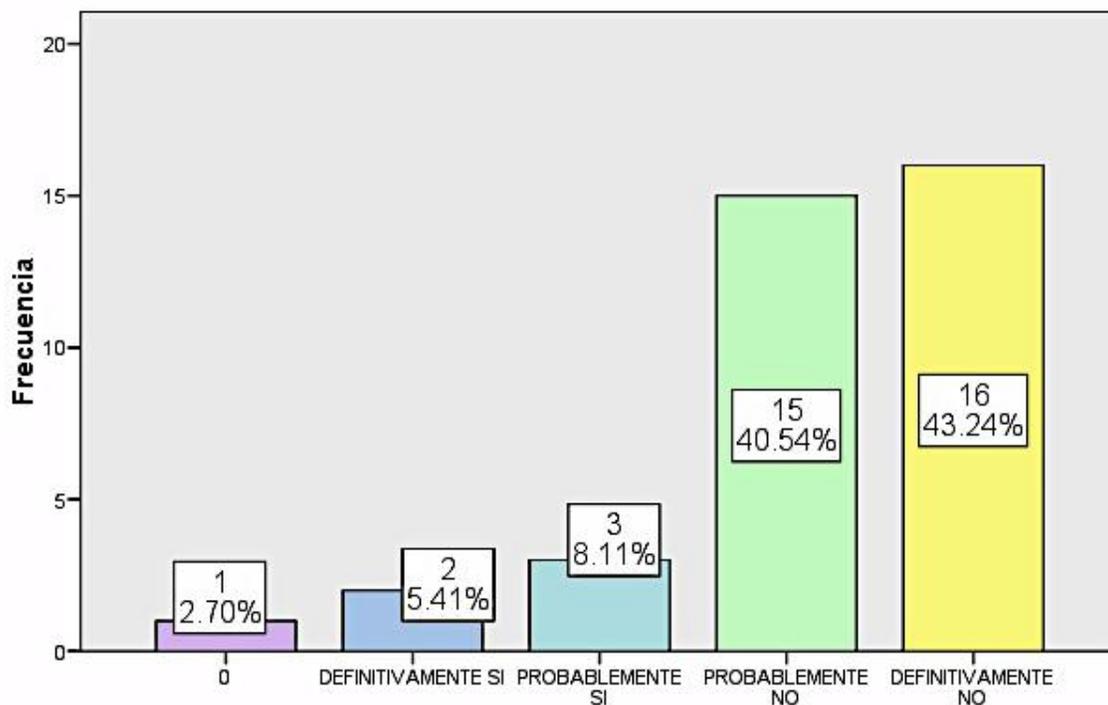


Figura 29. **Previo a intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de la percepción sobre dar igual cualquier premio (reforzador) que se le proporciona a un paciente o alumno, ya que será lo mismo para todos un dulce o un aplauso.

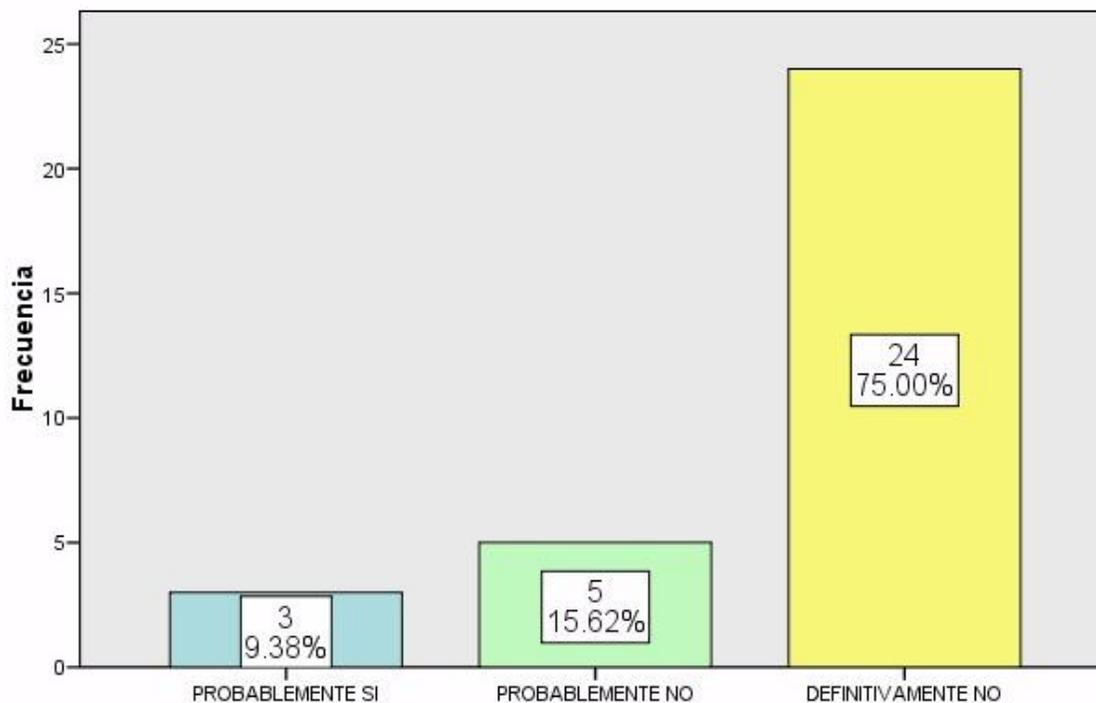


Figura 30. **Después de intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de la percepción sobre dar igual cualquier premio (reforzador) que se le proporcione a un paciente o alumno, ya que será lo mismo para todos un dulce o un aplauso.

Como se puede observar en la Figura 30 después de la intervención el porcentaje de participantes que opinaron que no daba igual proporcionar el mismo reforzador a cualquier alumno o paciente se incrementó al 75%, mientras que el porcentaje de participantes que opinaban que definitivamente si daba igual desapareció, aunque se mantuvo constante el número de personas (3) que consideraron que probablemente si daría igual darles cualquier tipo de reforzador.

TALLER 1.

Sesión 6. Aplicación de técnicas básicas para el desarrollo de conductas. Objetivo general: Los participantes focalizaron la atención en los ejemplos de las técnicas de moldeamiento y encadenamiento en el ámbito de la rehabilitación y educación especial; posteriormente practicaron las mismas. Se realizó el cierre del proceso para instaurar un programa de modificación de conducta exitoso.

Para la realización de esta sesión los participantes se dividieron en dos grupos, aunque esto no estaba programado desde la planeación del taller pero se debió a dos motivos importantes: el primero de ellos a solicitud de quienes laboran en el IEEPO por tener una actividad extra curricular el día que estaba programada la sesión, el segundo motivo y no menos importante por respeto a las personas que sí podrían en la fecha acordada previamente. Esto permitió que los equipos fuesen integrados por menos participantes, y resultó en beneficio por cuestiones de tiempo y la complejidad del tema.

Por lo tanto, el primer grupo se atendió en las instalaciones de la zona 01 de Educación Especial, se tuvo la desventaja de que el espacio no es adecuado para atender un grupo, es caluroso y no hay ventilación; como ventaja los participantes fueron solo 9 y pudieron disponer de más tiempo para la actividad práctica y tener mayor oportunidad de realizar preguntas. Se comenzó con la proyección de diapositivas, para explicar la técnica de moldeamiento se proporcionaron ejemplos con sus respectivos pasos hasta lograr la conducta meta, la frecuencia con que se podrían reforzar las aproximaciones, los instigadores y herramientas adicionales susceptibles de utilizar (propias de la disciplina de cada profesional o adaptables al contexto). Para la técnica de encadenamiento se mencionó como indispensable separar las conductas y lograr el aprendizaje por separado de cada una de ellas, finalmente realizar el encadenamiento de las mismas. Enseguida se mencionó la importancia de la observación directa en el momento de implementar las técnicas, evaluaciones periódicas y reestructurar técnica en casos necesarios cuando el análisis del control de estímulos nos indicara el momento de cambiar o disminuir reforzadores, realizar el desvanecimiento de instigadores si el menor lograra la discriminación para comenzar la generalización a otros contextos. Se realizó el cierre del proceso completo para instaurar un programa de modificación conductual exitoso que se había estado realizando en cada sesión, la transferencia del aprendizaje a los cuidadores principales y la importancia de la generalización desde la terapia o clase hacia fuera. (Figuras 31 y 32)

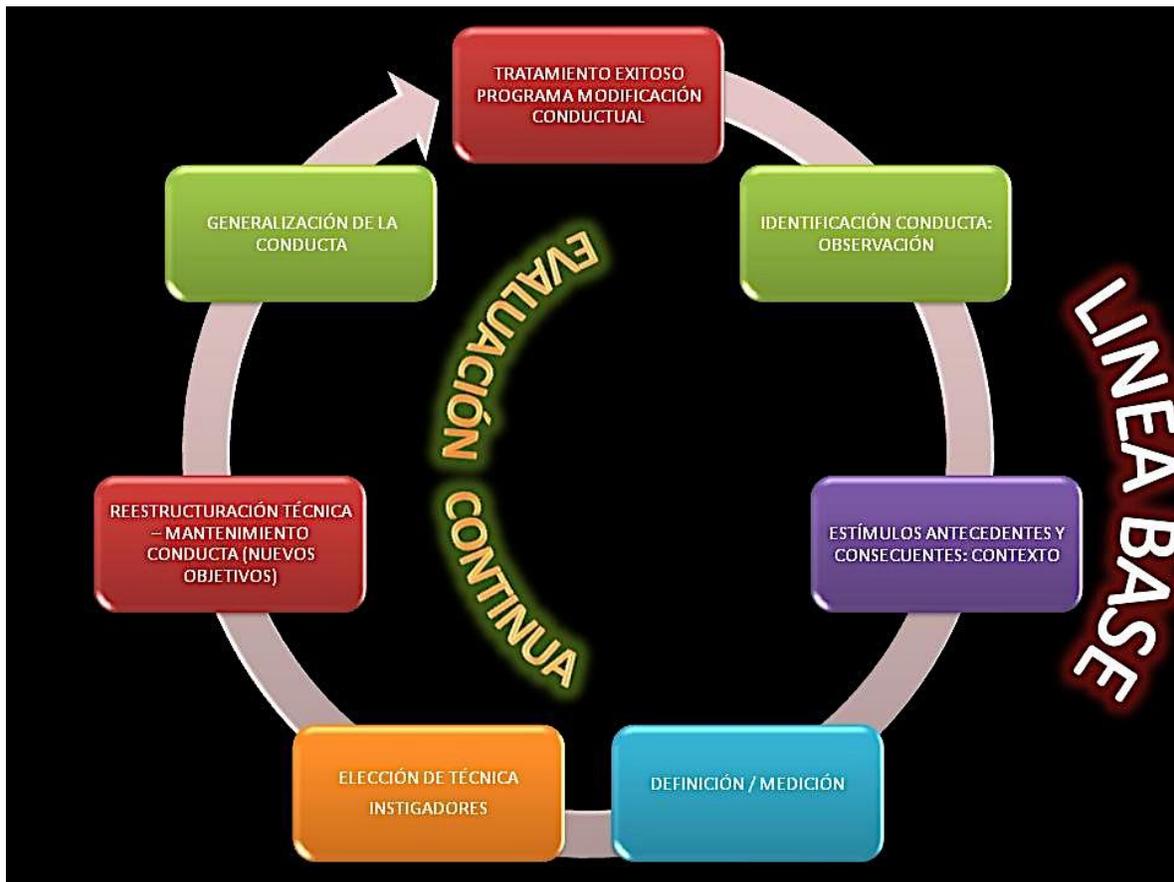


Figura 31. Proceso para instaurar un programa de modificación conductual exitoso.
Fuente: Elaboración propia.



Figura 32. **Generalización de la conducta.**
Fuente: Elaboración propia.

Las preguntas fueron en relación a la forma en que iban a realizar las aproximaciones y si podrían utilizar cualquier herramienta de apoyo o existía alguna limitante, pero lo relevante fue el comentario de un participante que dio su opinión acerca de los reforzadores primarios, ya que mencionó: “*siento como si hiciéramos con los animales cuando los entrenan*”. Enseguida se amplió la información acerca de la historia de modificación conductual, los experimentos que se llevaron a cabo y los descubrimientos que se hicieron para sentar las bases de esta metodología basada en procedimientos de investigación; el papel tan importante de quien desarrolla e implementa estas estrategias y técnicas en personas por ser un proceso en el que se consideran sus diferencias individuales, sus habilidades y capacidades (en el ámbito que se estaba manejando) en pro del desarrollo de conductas observables que resultarían en beneficio de su aprendizaje. Se concluyó mencionando que de ahí la importancia de realizar los pasos como se habían estado enseñando, mismos que les llevaría a establecer

hipótesis y como en cualquier otra investigación serían susceptibles de comprobar mediante el programa que ellos instaurarían, para el cual entonces deberían tomar en cuenta en todo momento las preferencias del menor con quien se estuviera implementando el programa de modificación conductual, además de tener presente que en aquellos casos que los niños pudiesen tener la capacidad de comprensión acerca de los objetivos a lograr, se les podía explicar y entonces implementar una economía de fichas, para intercambiarlo después por lo que más les gustara. Se finalizó mencionando que en ningún momento el dar un reforzador primario significaría que se privaría al menor de alimento y que también se estaba en la libertad de usarlos o no, o sustituirlos por reforzadores secundarios si así lo decidía. Se le volvió a pedir su opinión y mencionó: *“explicado así me queda más claro, tal vez si es necesario ocupe el reforzador primario”*.

Después se llevó a cabo la práctica y por medio de la simulación se evaluó la aplicación del moldeamiento y encadenamiento de acuerdo a los casos, posteriormente se proporcionó retroalimentación. En total quedaron conformados 3 equipos, con 3 integrantes cada uno, los cuales estuvieron conformados por maestro (s) de Educación Especial, Psicólogo y/o maestro de apoyo en otra área. Los casos que representaran podían ser hipotéticos o de los que tuvieran en su terapia o clase, sin mencionar datos de identificación reales.

Así, se realizaron y representaron los siguientes casos:

- Alumno de 11 años sordo-ciego. Repertorio terminal: enriquecer el campo semántico de animales de manera concreta y con lenguaje de señas mexicano. Técnica: moldeamiento y encadenamiento.
- Alumno de 3 años con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo. Repertorio terminal: Atraer y mantener la atención durante periodos cortos, aumentarlos gradualmente (3, 5, 7,... minutos). Técnica: encadenamiento.
- Alumno femenino de 7 años con diagnóstico de Autismo. Repertorio terminal: lograr que la alumna permanezca como parte de la escolta

durante y al final del acto cívico. Técnica: moldeamiento. (Ver figuras 34 y 35)

De los casos presentados por los 3 equipos, se detectó que el 100% mencionaron y representaron el contexto en que se presenta la conducta, la descripción del caso, la definición operacional de la conducta, el repertorio de entrada y repertorio terminal o establecimiento de conducta meta. El 66% planteó correctamente la forma en que llevarían a cabo las técnicas, en un equipo fue necesario proporcionarles apoyo y orientarles sobre cómo realizar el aprendizaje de cada conducta hasta lograr el encadenamiento. Por lo tanto, el mismo 66% si realizó una adecuada secuencia de conductas y el 33% restante se le dificultó. En cuanto a la frecuencia establecida para reforzar la secuencia de conductas, el 66% si lo consideró y el 33% restante no). El 100% mencionó tener considerado utilizar reforzadores primarios, secundarios y sociales así como también instigadores. Un equipo mencionó querer emplear una herramienta de apoyo propia de su profesión y además, aunque no se solicitó, consideraron la generalización de la conducta al ámbito familiar incluyendo la enseñanza tanto de la técnica conductual como de la técnica mano bajo mano. Se proporcionaron los puntos para la economía de fichas.

Para cerrar la sesión se les pidió mencionaran y autoevaluaran cómo llevaban su registro de autocontrol, de los 9 participantes solo una persona estaba realizándolo y mencionó sus percepciones así como cambios que había notado en sí misma. Se pidió como tarea a todos los participantes reflexionar y elegir un paciente o alumno, del cual tuviesen los datos necesarios en cuanto a: determinantes biológicos del pasado (genético, prenatal y perinatal) los actuales (estado nutricional, fatiga, medicamentos) la historia previa de interacción con el medio y las condiciones ambientales. Estos datos deberían llevarlo por escrito para la siguiente sesión sin mencionar el nombre real del candidato, para elegir aquellos que fueran susceptibles de realizar el programa en modificación de conducta. Se entregó impreso el esquema sobre el proceso completo para un

tratamiento exitoso en un programa de modificación conductual y mapa conceptual sobre las técnicas para desarrollar conductas. (Anexos 15 y 16) Se proyectó video cómico sobre refuerzo positivo y negativo.

Como se mencionó la sesión se dividió en dos grupos, el segundo grupo se atendió en fecha y horario programado con anterioridad, la sesión se realizó en el Centro de Educación Continua Abierta y a Distancia (CECAD) en una de sus aulas para videoconferencias, entre las ventajas es que está en una zona céntrica y es de fácil acceso en comparación con las sedes anteriores, cuenta con equipo de audio, pantalla e instalaciones para realizar las proyecciones y con aire acondicionado; entre las desventajas se encontró que las butacas son fijas por lo que fue una limitante para poder realizar juegos o actividades que implicaran moverse, además se solicitó a la que suscribe no utilizáramos el área libre o se hiciera mucho ruido porque en otras salas tendrían también actividades académicas. También a partir de esta sesión hubo una persona de la Institución que se hizo cargo en todo momento de los aspectos técnicos, y en esta ocasión se contó con la presencia de una observadora participante a quien posteriormente se le solicitó la evaluación hacia la sesión.

El desarrollo y seguimiento de la sesión se efectuó de la misma forma, se comenzó con la proyección de diapositivas y explicación de las técnicas de moldeamiento y encadenamiento; sobre el desvanecimiento de instigadores, la conducta bajo control de estímulos, discriminación y generalización a otros contextos así como el cierre del proceso completo para instaurar un programa de modificación de conducta exitoso.

Para la actividad práctica y simulación se contó con el apoyo de la observadora participante, a quien recurrieron dos de los equipos para pedir su asesoría en cuanto a la realización del ejercicio. En total quedaron conformados 5 equipos de 3 y 4 integrantes, los cuales estuvieron conformados por maestro (s)

de Educación Especial, Psicólogo y/o maestro de apoyo en otra área y/o terapeuta ocupacional. Los casos que representaran podían ser hipotéticos o de los que tuvieran en su terapia o clase, sin mencionar datos de identificación reales.

Así, se realizaron y representaron los siguientes casos:

- Alumno de 12 años que presenta déficit intelectual. Repertorio terminal eliminar el uso de groserías cuando se enoja. Técnica: moldeamiento.
- Paciente masculino de 5 años diagnosticado con PCI. Repertorio terminal que el niño logre ponerse por sí mismo la playera. Técnica: encadenamiento.
- Alumno de 8 años que presenta déficit intelectual leve. Repertorio terminal lograr mantener periodos de atención de 5 minutos en actividades de copiado. Técnica: encadenamiento.
- Alumno de 13 años, presenta déficit intelectual. Repertorio terminal que el alumno en un plazo de 15 días logre disminuir en un 50% la conducta a modificar (agredir físicamente a los compañeros). Técnica: moldeamiento.
- Alumna de 8 años diagnosticada con síndrome de Down. Repertorio terminal mantener la atención en actividades académicas por periodos de 5 minutos. Técnica: moldeamiento. (Ver figuras 34 y 35)

De los casos presentados por los 5 equipos, se detectó que el 100% mencionaron y representaron el contexto en que se presenta la conducta y la descripción del caso; el 60% realizaron la definición operacional de la conducta de manera correcta, pero uno de los equipos requirió apoyo para hacerlo, el otro 40% no definieron operacionalmente la conducta; el 80% describieron el repertorio de entrada; el 80% describieron el repertorio terminal o establecimiento de conducta meta; el 100% plantearon la forma en que llevarían a cabo las técnicas, dos de los equipos necesitaron de apoyo para hacerlo; por lo tanto, en la misma proporción se requirió del apoyo para realizar la secuencia y frecuencia establecida para el reforzamiento por aproximaciones o por cada conducta lograda. El 100% mencionó tener considerado utilizar instigadores físicos y verbales, un equipo

consideró además el instigador ambiental. El 100% consideró utilizar reforzadores secundarios, un equipo consideró también necesario aparear con reforzador primario y 3 consideraron necesario aparear con reforzador social. En cuanto al empleo de herramientas adicionales el 80% consideraron utilizar economía de fichas, material didáctico de apoyo, música y herramientas de aprendizaje. Es importante señalar que uno de los equipos que no definieron operacionalmente la conducta no pudieron relacionar de manera correcta con el repertorio final, por lo que fue necesario orientarles en todo el proceso para moldear por aproximaciones hacia el objetivo final que se modificó a reforzar por cada día que el alumno no dijera groserías. (Ver figura 33)

Por cuestiones de tiempo no se pudo proporcionar en ese momento la retroalimentación, y se pospuso para la siguiente sesión. Se solicitó autoevaluar en sus casas sobre el registro de autocontrol, y que lo tuvieran listo para revisar en la última sesión. Se pidió la misma tarea de llevar datos sobre caso que les interesara elaborar el programa de modificación conductual, aclarando que en total serían máximo 6 casos elegidos de común acuerdo o por institución o centro escolar. Se entregó esquema y mapa conceptual (Anexos 15 y 16) y se proyectó video cómico sobre refuerzo positivo y negativo, se dio la libertad de que aquél participante que tuviera que retirarse podía hacerlo, se retiraron 5 personas.

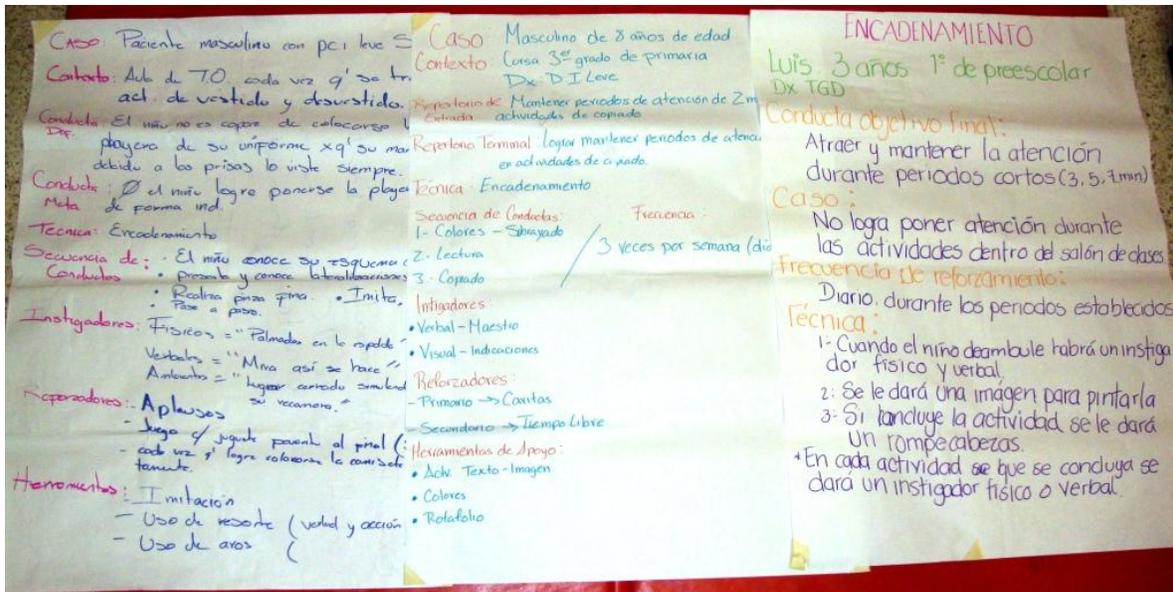


Figura 33. **Ejercicio por equipos sobre Moldeamiento y Encadenamiento.** Los participantes ya hacían uso de conceptos utilizados en el conductismo operante como definiciones operacionales concretas, manejo de frecuencias, reforzadores, instigadores y otras herramientas propias de su área. Asimismo fueron capaces de elegir la técnica que consideraron funcionaría mejor con los casos propuestos por ellos.

Acerca de la participación de la observadora participante activa, es una estrategia que se tenía programada para evitar sesgos personales y tener otra perspectiva como sugiere Mertens, 2005, en Hernández, 2010. El resultado de sus aportaciones de manera general fueron: *"sugerir mayor participación de los profesionales y no solo oyentes durante las explicaciones de la teoría; ampliar información o ejercitación de las técnicas de moldeamiento y encadenamiento porque se detectó confusión en la puesta en práctica; en un estudio o intervención de este tipo tal vez sería mejor contar con menos participantes"*. La acción a tomar de la que suscribe fue diseñar el formato sobre los pasos a seguir para la elaboración de programas en modificación de conducta (anexo 7) como ejercicio individual en el que fuesen completando al mismo tiempo, de esta forma quienes supieran las respuestas participarían y quienes tuviesen dudas tendrían la oportunidad de llevarlo anotado y como guía. También se realizó en conjunto por participaciones el análisis de los casos presentados sobre moldeamiento y

encadenamiento y así la retroalimentación fue de forma grupal, de esta forma se reestructuró la séptima sesión.

TALLER 2.

Sesión 6. Aplicación de técnicas básicas para el desarrollo de conductas. Objetivo general: Los participantes focalizaron la atención en los ejemplos de las técnicas de moldeamiento y encadenamiento en el ámbito de la rehabilitación y educación especial; posteriormente practicaron las mismas. Se realizó el cierre del proceso para instaurar un programa de modificación de conducta exitoso.

A partir de la sesión 6 del taller impartido en el CREE se contó con la asistencia de 6 participantes, el desarrollo de la misma se llevó a cabo comenzando con la focalización en las técnicas de moldeamiento y encadenamiento, importancia de la observación directa al momento de implementar las técnicas, evaluaciones periódicas, conductas bajo control de estímulos, desvanecimiento de instigadores y generalización a otros contextos. Tomando en cuenta la opinión de la observadora participante activa de la 6ª sesión en el taller 1 sesión 6, se le solicitó a un voluntario describiera el proceso completo para un programa de modificación de conducta exitoso que se había estado elaborando en cada sesión.

En la puesta en práctica y evaluación por medio de la simulación del moldeamiento y encadenamiento, la retroalimentación se dio de forma grupal entre los participantes y la que suscribe. En esta ocasión se conformaron 2 equipos, integrado el primero por un psicólogo, terapeuta de lenguaje y terapeuta ocupacional y el otro equipo por dos terapeutas ocupacionales y uno de lenguaje. Así, se realizaron y representaron los siguientes casos:

- Paciente masculino de 11 años, presenta hipoacusia bilateral profunda. Repertorio terminal entrar a los 45 minutos de sesión, mantenerse sentado, aceptar contacto físico para sensopercepción, lograr imitación de fonemas

para posteriormente iniciar expresión oral. Técnica: moldeamiento y encadenamiento.

- Paciente femenino de 58 años, presenta afasia mixta desde hace un año y medio. Repertorio terminal disminuir interrupción en las actividades de la terapia, posteriormente aumentar lapsos de atención de 5 en 5 minutos hasta lograr 30 minutos de atención continua. Técnica: extinción y posteriormente moldeamiento. NOTA: A petición del terapeuta se realizó este caso, debido a que comentó le gustaría aplicar en la paciente lo que se desarrollara.

De los casos presentados por los 2 equipos, se detectó que ambos mencionaron, representaron y conocían a profundidad los casos, por lo que tanto el contexto en que se presenta la conducta, la descripción, definición operacional de la conducta, el repertorio de entrada y repertorio terminal y el planteamiento de las técnicas lo elaboraron acorde a lo que tenían pensado trabajar en los cubículos. Uno de los equipos mencionó herramientas de apoyo como auxiliares auditivos, cuaderno de trabajo con elementos gráficos, cuaderno para ejercicios de escritura, espejo y lápices de colores. Además en la elección de los reforzadores e instigadores mencionaron objetos y frases que saben son del gusto del paciente, y sobre todo se mencionó la necesidad de enseñar a los padres de familia para desarrollar de la misma forma la técnica en casa, y de esta forma realizar la generalización al ámbito familiar. (Figuras 36 y 37)

Hay que señalar que en el caso de la persona adulta fue necesario apoyar al equipo para establecer la frecuencia de los instigadores y reforzadores, eliminar el uso de reforzadores primarios e instaurar economía de fichas, y recurrir a la estrategia de mantener informada a la paciente para que ésta supiera de qué trataría el programa. También los demás participantes proporcionaron su opinión y sugirieron que el máximo de tiempo fuese 30 minutos para que en el tiempo restante de la terapia se le prestara atención a la paciente para que realizara sus

comentarios o tener una charla con ella; otra aportación de los participantes fue el empleo de herramientas didácticas por ser éstas del gusto de la paciente.

Enseguida se proporcionaron los puntos para la economía de fichas, casi todos tuvieron puntos, porque se les otorgó a quienes elaboraron el caso sin apoyo y con el planteamiento completamente estructurado pero también a quienes fueron participando para colaborar; en este punto del taller era notoria la competitividad entre ellos y bromas sobre quién tenía más puntos, pero de manera respetuosa. Para el cierre se les pidió autoevaluaran su desempeño en el registro de autocontrol, todos los participantes hicieron mención acerca de sus conductas, y se pudo comprobar que si lo estaban llevando a cabo. Se pidió la tarea de elección de paciente, se entregó esquema impreso sobre el proceso completo para un tratamiento exitoso en un programa de modificación conductual y mapa conceptual sobre las técnicas para desarrollar conductas. (Anexos 15 y 16) Se proyectó video cómico sobre refuerzo positivo y negativo.

Tal como se observa en la figura 34, previo a la intervención el 64.86% de los participantes consideraban como probabilidad el utilizar pasos o aproximaciones para lograr una conducta final (moldeamiento) en sus pacientes o alumnos; el 32.43% consideraban utilizarlas en forma definitiva y una persona se encontraba indecisa.

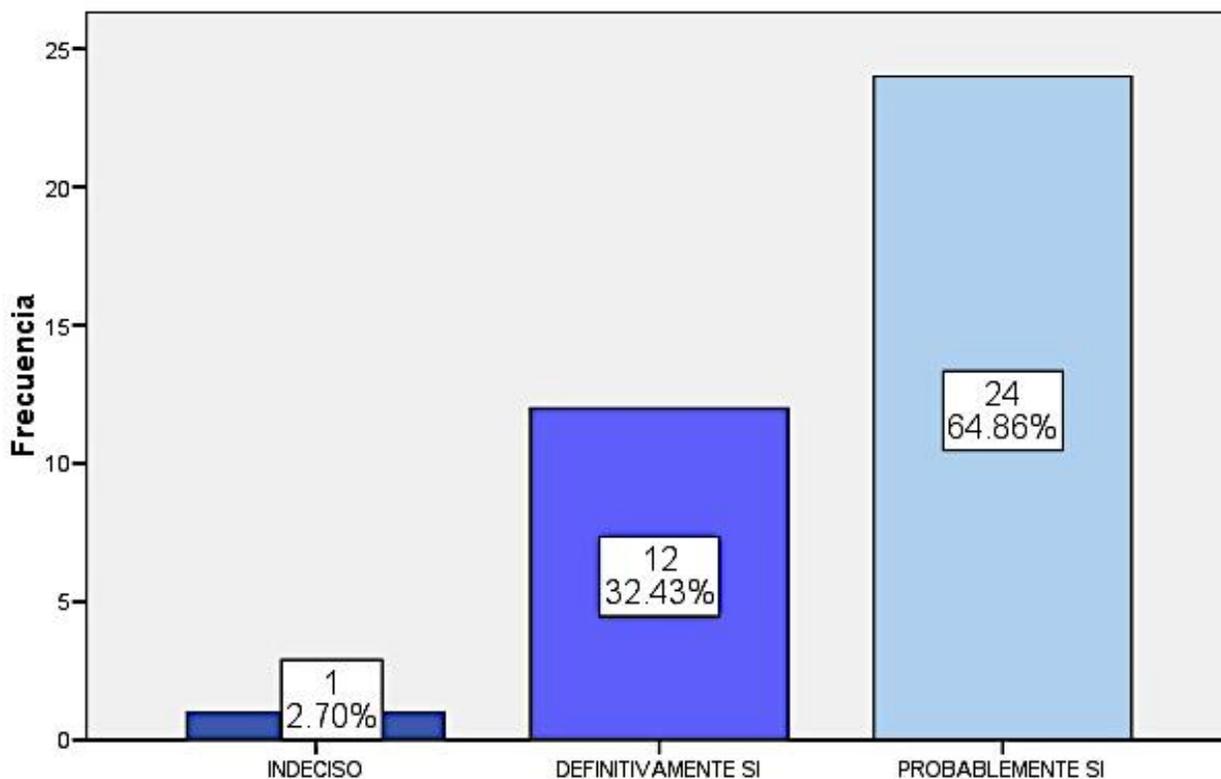


Figura 34. **Previo a intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de utilización de pasos o aproximaciones para lograr conductas finales.

Según se observa en la figura 35 el porcentaje de participantes que consideraron como definitivo utilizar pasos o aproximaciones (moldeamiento) para lograr una conducta final aumentó al 68.75%; y quienes lo consideraron como probabilidad disminuyó al 31.25%.

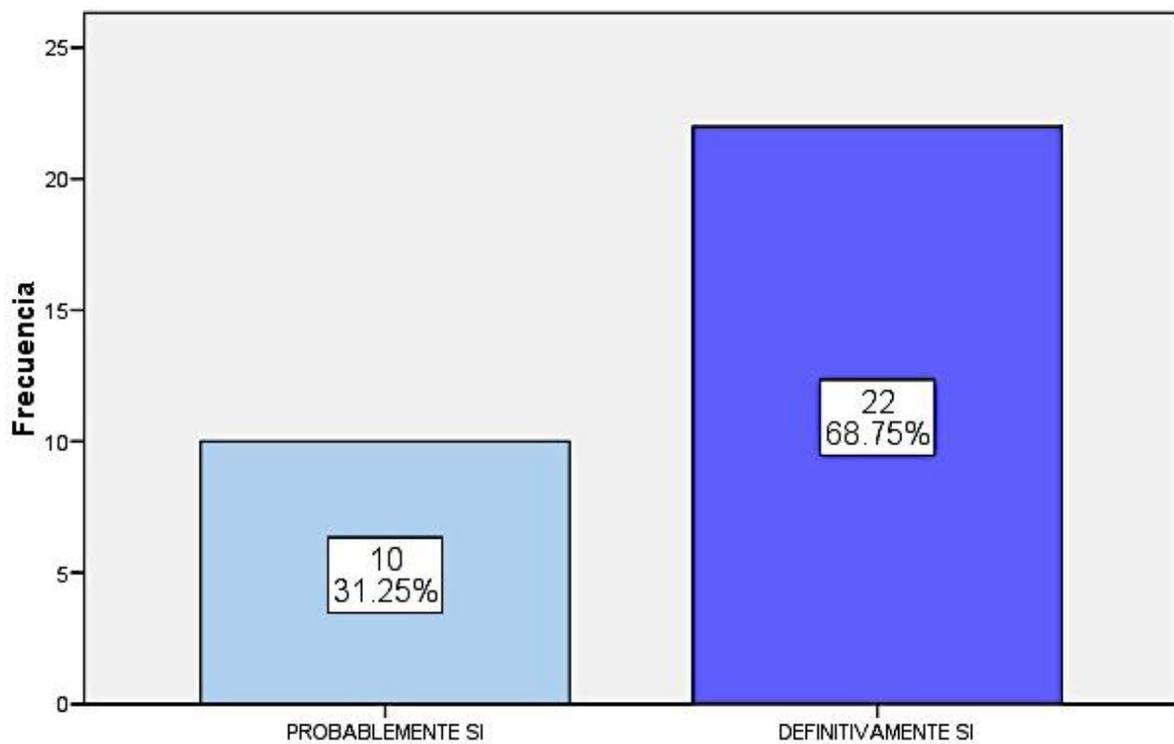


Figura 35. **Después de intervención.** Frecuencia de afirmaciones acerca de utilización de pasos o aproximaciones para lograr conductas finales.

De acuerdo a la Figura 36, antes de la intervención el 59.46% de los participantes consideraban que definitivamente sí favorecería la adherencia terapéutica el que involucraran a los cuidadores principales en los programas de modificación de conducta; el 27.03% lo veía como una probabilidad; el 8.11% se encontraban indecisos y el 5.41% consideraban que probablemente no favorecería hacia la adherencia terapéutica.

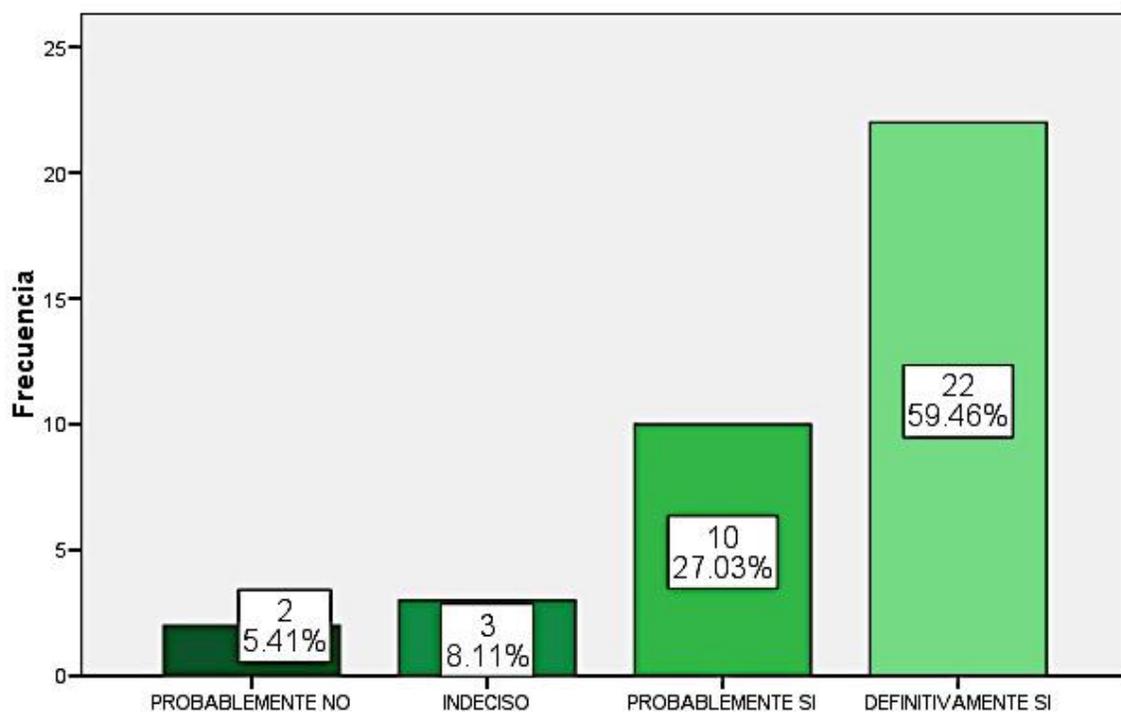


Figura 36. **Previo a intervención.** Creencia acerca de involucrar en el programa de modificación de conducta a los cuidadores principales para favorecer la adherencia terapéutica.

Como se puede observar en la Figura 37 después de la intervención se obtuvieron datos acerca del aumento al 81.25% en participantes que consideraron como definitivo el favorecer la adherencia terapéutica si se involucra a los cuidadores principales en el programa de modificación de conducta; y un 18.75% lo consideraron como una probabilidad.

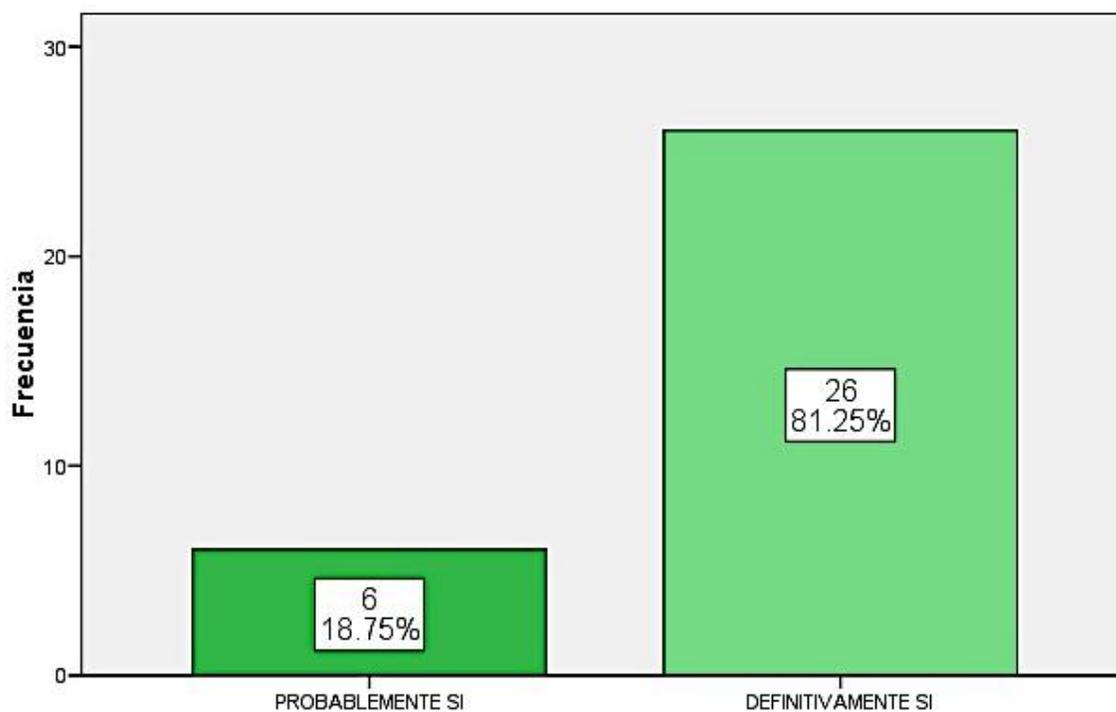


Figura 37. **Después de intervención.** Creencia acerca de involucrar en el programa de modificación de conducta a los cuidadores principales para favorecer la adherencia terapéutica.

TALLER 1.

Sesión 7. Repaso general y elección de casos para programas. Objetivo general: Los participantes recordaron, repasaron y focalizaron la atención en conceptos clave mediante un ejercicio individual; se realizó la elección de casos para comenzar la elaboración del programa de modificación de conducta. Los participantes incrementaron su motivación e interés por las expectativas de éxito en la capacidad personal de llevar a cabo un programa de modificación de conducta.

La sesión se realizó en el Centro de Educación Continua Abierta y a Distancia (CECAD) con las mismas características descritas en la sesión 6 del segundo grupo, pero sin contar con observador, solo con el apoyo técnico. Después de la bienvenida se recogieron las hojas con los casos que llevaron los participantes, mismas que se revisaron durante el receso, cabe señalar que no todos llevaron este trabajo, las justificaciones fueron por falta de tiempo, porque se encontraban comisionados y no tenían ningún alumno en ese momento que fuese susceptible de recibir la intervención y porque en el centro en el que laboran les negaron proporcionar cualquier dato de algún paciente. También se presentaron tres casos en que llevaron los expedientes completos, se dio la explicación que por ética no se recibirían ya que infringiríamos la confidencialidad al mostrárselos a los demás y se les solicitó durante el receso anotaran solo los datos que se habían solicitado. En conclusión, se recogieron hojas de datos de 10 participantes.

Por haber quedado pendiente la revisión del ejercicio de la sesión 6 sobre las técnicas de moldeamiento y encadenamiento se realizó la modificación de la retroalimentación y evaluación, y para focalizar la atención fueron los mismos participantes quienes colaboraron y mencionaron los elementos que hacían falta o las sugerencias que proporcionaban hacia los planteamientos, de esta forma realizaron un repaso de sus conocimientos. Se proporcionaron fichas a las personas que participaron y al equipo que había realizado el ejercicio de manera correcta. (Resultados descritos en la sesión anterior)

Para el repaso general de los temas vistos en las 6 sesiones anteriores, se repartió a cada participante el formato sobre pasos a seguir para la elaboración de programas en modificación de conducta (anexo 7), mismo que solo estaba completo hasta el paso 5, del paso 6 en adelante debían escribir ellos los elementos; la dinámica fue explicada y dirigida por la que suscribe, así por medio de participaciones individuales que valían puntos para la economía de fichas se fue completando el cuadro, mismo que se llevaron como guía para futuras ocasiones en que elaboraran programas para sus pacientes y/o alumnos. (Ver figuras 38 y 39)

Después de la revisión se escogieron 5 casos, la estrategia para la elección fue considerar en primer orden aquellos que contenían toda la información que se había solicitado, enseguida conformar los equipos por institución, ya que desde la primer sesión se mencionó dentro de los objetivos continuar con el seguimiento posterior al cierre del taller, de esta forma se pretendía asegurar que el conocimiento adquirido realmente resultara en beneficio de los menores con capacidades diferentes y sus familias, además de que fueran atendidos de manera multidisciplinaria de preferencia. Así, 4 equipos con sus casos estuvieron integrados en un mismo centro educativo (CAM y USAER), en algunos se integró algún participante que no hubiera llevado caso pero que quería colaborar y un equipo quedó constituido con participantes de diversos centros o instituciones.

Para la construcción de los programas se les pidió a los participantes llevaran a cabo una serie de pasos, adaptados de la sugerencia de Cruz (1986) en Hernández (2000):

- I. determinar los objetivos del programa con base en el análisis de la conducta que pensaban modificar
- II. Redacción clara y específica del programa

III. Rectificación y validación del programa

Los equipos se distribuyeron en el interior del aula y solo uno decidió retirarse hacia la parte posterior para trabajar, se les repartió el formato de los pasos a seguir pero ahora completamente vacío, para que fueran completándolo con la información de cada caso en particular, se comentó que realizaran con calma el análisis para la elaboración del programa, ya que la actividad estaba programada para terminar al día siguiente, además que tomaran en cuenta que el planteamiento que harían sería susceptible de modificarse si la línea base arrojaba datos que no esperaran.

Al cumplirse el tiempo establecido de la sesión, se llevó a cabo el cierre no sin antes hacer mención de llevar como tarea la gráfica de su línea base, y la gráfica del registro de autocontrol. A solicitud de los participantes se entregó impreso un cuadro sinóptico que se les mostró en las diapositivas sobre el bosquejo que se utilizó en el Centro de Entrenamiento y Educación Especial (CEEE) de la Universidad Veracruzana (Ribes, 2002, p.205) para llevar a cabo modificación de conducta en niños con retardo en el desarrollo; haciendo la aclaración que en la opinión de la que suscribe, podrían integrarse elementos, modificarse o adaptarse según cada caso, también se recomendó la lectura del libro.

TALLER 2.

Sesión 7. Repaso general y elección de casos para programas. Objetivo general: Los participantes recordaron, repasaron y focalizaron la atención en conceptos clave mediante un ejercicio individual; se realizó la elección de casos para comenzar la elaboración del programa de modificación de conducta, incrementaron su motivación e interés por las expectativas de éxito en la capacidad personal de llevar a cabo el programa.

La sesión en el CREE se realizó con el mismo desarrollo descrito del taller 1 sesión 7, después de la bienvenida se recogieron las hojas con los casos que llevaron los participantes, en este grupo aunque se había propuesto realizar programa por participante, solo llevaron 3 casos, como ambos terapeutas de lenguaje cumplieron el requisito, uno decidió trabajar de forma individual y el otro se le anexó una persona de psicología y un pasante de ocupacional; las dos terapeutas ocupacionales restantes decidieron trabajar con un caso de común acuerdo, mencionaron además que una de ellas terapeutas también trabaja con el menor en terapia física y así podrían intervenirlo de mejor forma.

Para el repaso general de los temas vistos en las 6 sesiones anteriores, también se repartió a cada participante el formato sobre pasos a seguir para la elaboración de programas en modificación de conducta (anexo 7), para que del paso 6 en adelante escribieran los elementos; la dinámica fue divertida y dinámica puesto que todos querían puntos para la economía de fichas. Después los participantes comenzaron con la elaboración de sus programas vaciando información en los formatos y analizando de qué forma realizarían la línea base y de acuerdo a los resultados obtenidos qué tipo de técnica sería susceptible de implementar.

Al cumplirse el tiempo establecido de la sesión, se llevó a cabo el cierre no sin antes hacer mención de realizar la tarea de las gráficas. También se entregó impreso el cuadro sinóptico que se les mostró en las diapositivas sobre el bosquejo que se utilizó en el Centro de Entrenamiento y Educación Especial (CEEE) de la Universidad Veracruzana (Ribes, 2002, p.205) haciendo la misma aclaración que en la opinión de la que suscribe, podrían integrarse elementos, modificarse o adaptarse según cada caso, también se recomendó la lectura del libro.

Tal como se observa en la figura 38, antes de la intervención el 56.76% de los participantes consideraban como definitiva la utilización de técnicas conductuales junto con el tratamiento o intervención que realizaran con sus alumnos o pacientes; el 40.54% lo tenía considerado como una probabilidad y una persona se encontraba indecisa.

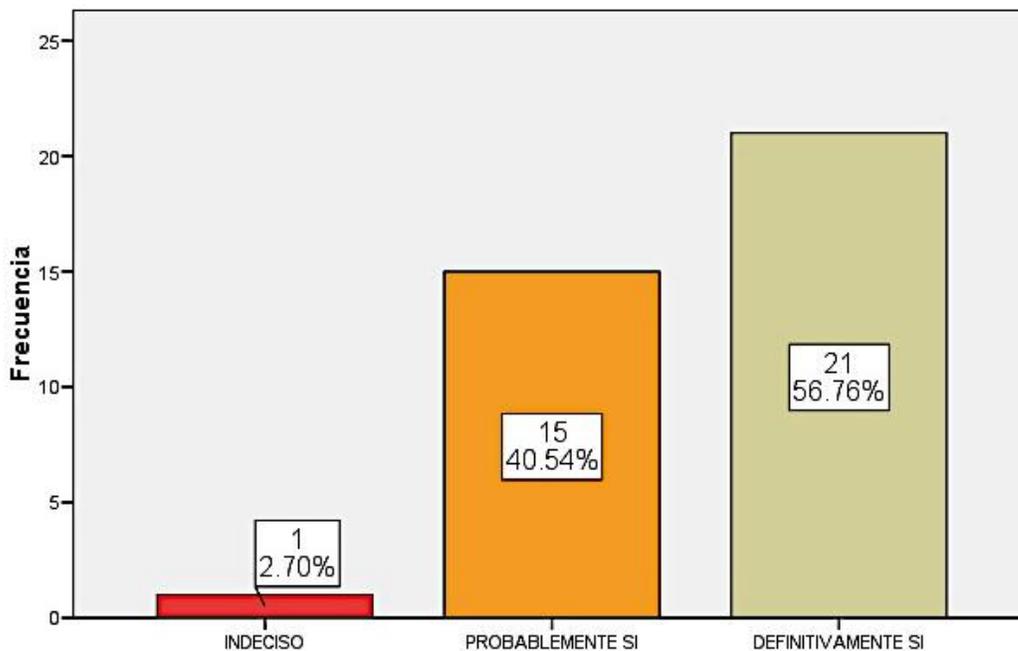


Figura 38. **Previo a intervención.** Disposición para implementar técnicas conductuales aunadas a las estrategias de intervención que los profesionales utilizan con sus pacientes y/o alumnos.

Después de la intervención, el porcentaje de las personas que consideraron en definitiva utilizar técnicas conductuales junto con sus estrategias de rehabilitación o enseñanza aprendizaje aumentó al 81.25%; el 18.75% restante lo mencionó como una probabilidad. (Figura 39)

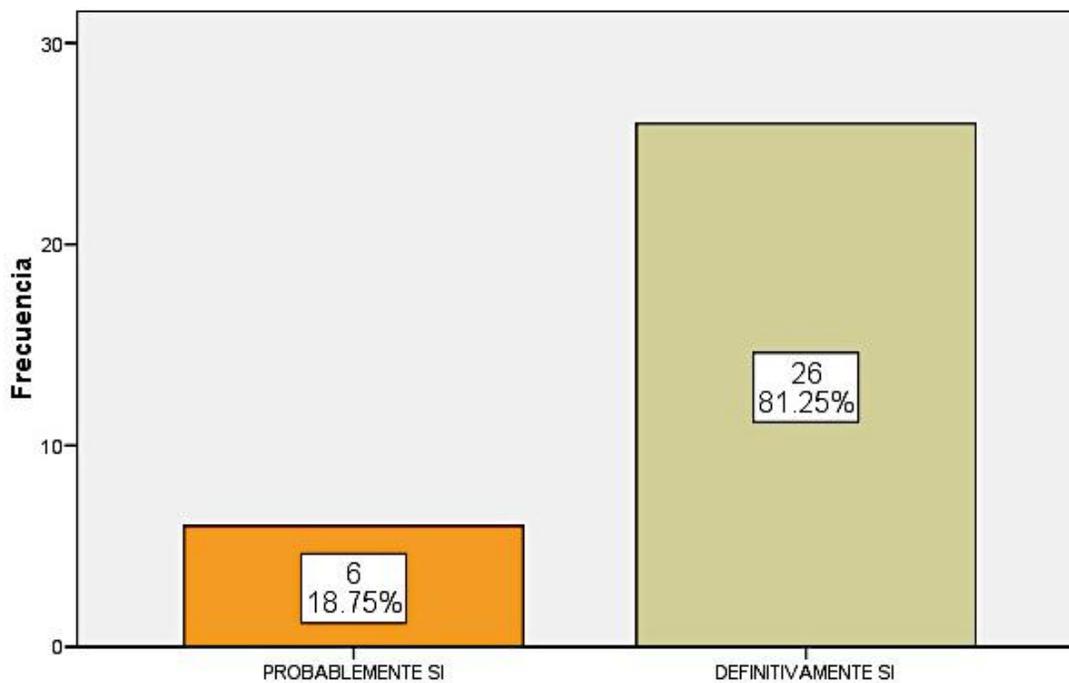


Figura 39. **Después de intervención.** Disposición para implementar técnicas conductuales aunadas a las estrategias de intervención que los profesionales utilizan con sus pacientes y/o alumnos.

TALLER 1.

Sesión 8. Autoevaluación, retroalimentación, evaluación final y cierre. Objetivo general: Los participantes autoevaluaron la eficacia de la modificación de conducta por autocontrol; se terminaron y revisaron los casos de programas de modificación conductuales y se firmaron las actas compromiso para el seguimiento de los mismos; se recolectaron nuevos datos a través de escala Likert así como evaluación hacia metodología y desarrollo del taller. Para el cierre se entregaron los premios a los 2 participantes que más puntos acumularon, se dieron los agradecimientos correspondientes y se proyectó fotomemoria.

La 8ª y última sesión del taller 1 se llevó a cabo en el CECAD, esta sesión estaba programada con una duración de 3 horas y media. En la primera actividad los participantes que realizaron la modificación de conducta con el inicio de su línea base y después el registro de autocontrol comentaron sus experiencias, así como también se pudo observar que realizaron las gráficas correspondientes. De 30 participantes que comenzaron línea base, 3 abandonaron el taller y 10 en total llevaron a cabo su modificación de conducta por autocontrol hasta el término, de los cuales el 100% lograron el objetivo que se habían propuesto.

A partir de la autoevaluación que realizaron los participantes, se recogieron los siguientes comentarios e impresiones: *“descubrí que en ocasiones permito que mi comportamiento esté en relación al comportamiento de los demás y decidí que no debo enojarme o influenciarme por esto” “me di cuenta que de mi depende si quiero continuar disminuyendo mi conducta” “ahora sé que mi conducta puedo controlarla, y depende también del contexto en que me encuentre” “voy a continuar con mi objetivo, no importa si los demás se comportan de la misma forma” “quiero estrenar lo que me compré como autorrefuerzo, continuaré para ganármelo” “me siento satisfecha por lograr mis objetivos” “me costó trabajo pero lo logré, espero poder seguir haciéndolo” “logré encontrar otro estímulo que no me haga daño y sustituya la conducta que realizaba para cuando me siento ansioso” “creo que encontré la forma de evitar -realizar la conducta- y si*

me pude controlar” “ahora sé que los que me rodean no los voy a cambiar, pero yo si puedo hacerlo”. Como se puede apreciar en los comentarios de los participantes, se cumple con lo que indica la teoría acerca de que la persona es director de su propia conducta, se evalúa, decide modificarla y es capaz de realizar una planificación y control interno.

Conforme cada participante comentó se le orientó hacia cómo poder continuar con su modificación de conducta hasta lograr el objetivo final que se propusiera y se les dio un premio significativo por su constancia y empeño en la realización de la actividad. Para cerrar esta actividad, se enfatizó la importancia de su autoeficacia en control interno y planificación a largo plazo de objetivos, los beneficios o consecuencias que podrían obtener y que la conducta a modificar quedaba bajo su responsabilidad y control en lo sucesivo.

En la siguiente actividad se continuó la elaboración del programa de modificación conductual para los casos seleccionados, se proporcionó retroalimentación y sugerencias, conforme fueron terminando se revisó por última vez para asegurar que estuviesen considerando primero lo necesario para el aprendizaje de conductas más complejas, permitiendo a los menores avanzar a su propio ritmo y que la programación de las actividades fueran acordes a las conductas. Se les motivó para instaurar el programa, realizar modificaciones en relación a la línea base si fuese necesario y sobre todo una vez que logran los objetivos principales con los menores transferir el aprendizaje hacia los cuidadores principales para generalizar la conducta.

Se llevó a cabo la aplicación de la escala tipo Likert para obtener datos finales, es necesario mencionar que se tomaron en cuenta 26 instrumentos ya que uno de los participantes se tuvo que retirar antes del cierre del taller y no contestó dicha escala. Después se dieron 10 minutos de receso, en esta ocasión se proporcionó servicio de café.

Al regresar, se realizó el cierre de la actividad del programa de modificación conductual, se solicitó a los participantes que al poner en marcha el programa de sus alumnos recordaran la importancia del trabajo multidisciplinario y el papel de cada profesión en el ámbito de la Educación Especial y la rehabilitación. Para incrementar su interés en instaurar dicho programa se explicó en qué consistiría el seguimiento de casos mediante el Acta compromiso (anexo 9) y se les invitó a realizar la firma del documento a quienes así lo decidieran de común acuerdo; se firmaron actas compromiso de los 5 programas elaborados, por lo que se establecería contacto nuevamente en el plazo de mes y medio en la escuela del menor para hacer revisión y reestructuración en caso necesario.

A continuación se proporcionó la hoja de evaluación del taller (anexo 10), a través del cual se recogieron impresiones y comentarios en las categorías de desarrollo, organización de contenido, calidad del material y dinámicas, utilidad práctica, duración, interacción y oportunidad de expresarse, conocimientos del facilitador, dudas sin resolver y tema que quedó menos claro (Ver Figuras de evaluación taller)

Para cerrar el taller se entregaron los premios a los participantes que acumularon más fichas durante las sesiones, los cuales consistieron en material didáctico. Finalmente se agradeció a las respectivas instituciones y participantes que colaboraron, se les comentó que vía correo electrónico se informaría fecha y lugar para la entrega de las constancias y se llevó a cabo la proyección de la fotomemoria con algunos de los momentos más importantes del taller. (Figura 40)

TALLER 2.

Sesión 8. Autoevaluación, retroalimentación, evaluación final y cierre. Objetivo general: Los participantes autoevaluaron la eficacia de la modificación de conducta por autocontrol; se terminaron y revisaron los casos de programas de modificación conductuales y se firmaron las actas compromiso para el seguimiento de los mismos; se recolectaron nuevos datos a través de escala Likert así como evaluación hacia metodología y desarrollo del taller. Para el cierre se entregaron los premios a los 2 participantes que más puntos acumularon, se dieron los agradecimientos correspondientes y se proyectó fotomemoria.

La sesión final en el CREE estuvo programada para realizarse en 2 horas por ser menos participantes que en el taller 1; el seguimiento fue el mismo que se describió anteriormente. Así, en la primera actividad se realizó la revisión, autoevaluación y cierre de la modificación de conducta con el método de autocontrol. De 7 participantes que comenzaron línea base, 1 no continuó el taller por motivos de salud; los 6 participantes restantes lograron el objetivo que se habían propuesto, se recogieron los siguientes comentarios e impresiones: *“me di cuenta que puedo hacer muchas cosas más si empleo mi tiempo en otra cosa que no sean las redes sociales”* *“me costó trabajo disminuir el consumo de alimento, pero voy a continuar hasta lograr que solo sea la mitad de lo que era al principio”* *“me pareció novedosa la forma de modificar la conducta, es algo que no conocía”* *“si me lo propongo puedo lograrlo”* *“en realidad la conducta que realizaba era excesiva, ahora solo la realizo cuando es necesario”* *“tal vez no logre hacer diario ejercicio, pero si continúo podré realizarlo 3 veces por semana”*. (Ver figura 41) Con base en lo anterior, se cumple con lo señalado por Kazdin (2009) “Los procedimientos de autocontrol en modificación conductual se refieren principalmente a técnicas en las cuales el cliente juega una parte activa y en ocasiones es la única en la administración del tratamiento”. (p. 266)



Figura 41. **Gráficas de registro de Autocontrol de los participantes.**

Conforme cada participante comentó se le orientó hacia cómo poder continuar con su modificación de conducta hasta lograr el objetivo final que se propusiera y se les dio un premio significativo por su constancia y empeño en la realización de la actividad. Para cerrar esta actividad, se enfatizó la importancia de su autoeficacia en control interno y planificación a largo plazo de objetivos, los beneficios o consecuencias que podrían obtener y que la conducta a modificar quedaba bajo su responsabilidad y control en lo sucesivo.

En la siguiente actividad también se continuó la elaboración del programa de modificación conductual para los casos seleccionados, se proporcionó retroalimentación y sugerencias; al término de la revisión de los programas en este taller se realizaron las mismas sugerencias que en el taller 1 y se continuó con la explicación sobre el seguimiento de casos mediante el Acta compromiso, por lo cual se llevó a cabo la firma del documento a quienes así lo decidieron, por lo que se acordó que en el plazo de mes y medio se concertaría cita para volver al CREE, hacer revisión y reestructuración en caso necesario. (Previamente se había

comentado con el Director de Enseñanza para que se permitiera a la que suscribe tener acceso a la Institución)

Se continuó con aplicación de la escala tipo Likert para obtener los datos finales, y se pidió contestaran la hoja de evaluación del taller a través del cual se recogieron impresiones y comentarios de los participantes en las categorías de desarrollo, organización de contenido, calidad del material y dinámicas, utilidad práctica, duración, interacción y oportunidad de expresarse, conocimientos del facilitador, dudas sin resolver y tema que quedó menos claro (ver gráficas de evaluación taller)

Para cerrar el taller se entregaron los premios a dos participantes que acumularon más fichas durante las sesiones, los cuales también consistieron en material didáctico (Ver figura 40) Finalmente se agradeció su colaboración, se les comentó que a través de su superior se les informaría sobre la fecha para la entrega de las constancias y se llevó a cabo la proyección de la fotomemoria con algunos de los momentos más importantes.



Figura 40. Economía de fichas.

Según los datos obtenidos en la escala Likert para realizar la Figura 42, antes de la intervención el 62.16% de los participantes consideraban como definitivo que podrían decir a los cuidadores principales cómo realizarlo en casa; el 35.14% lo consideraban como una probabilidad y un 2.70% se encontraba indeciso.

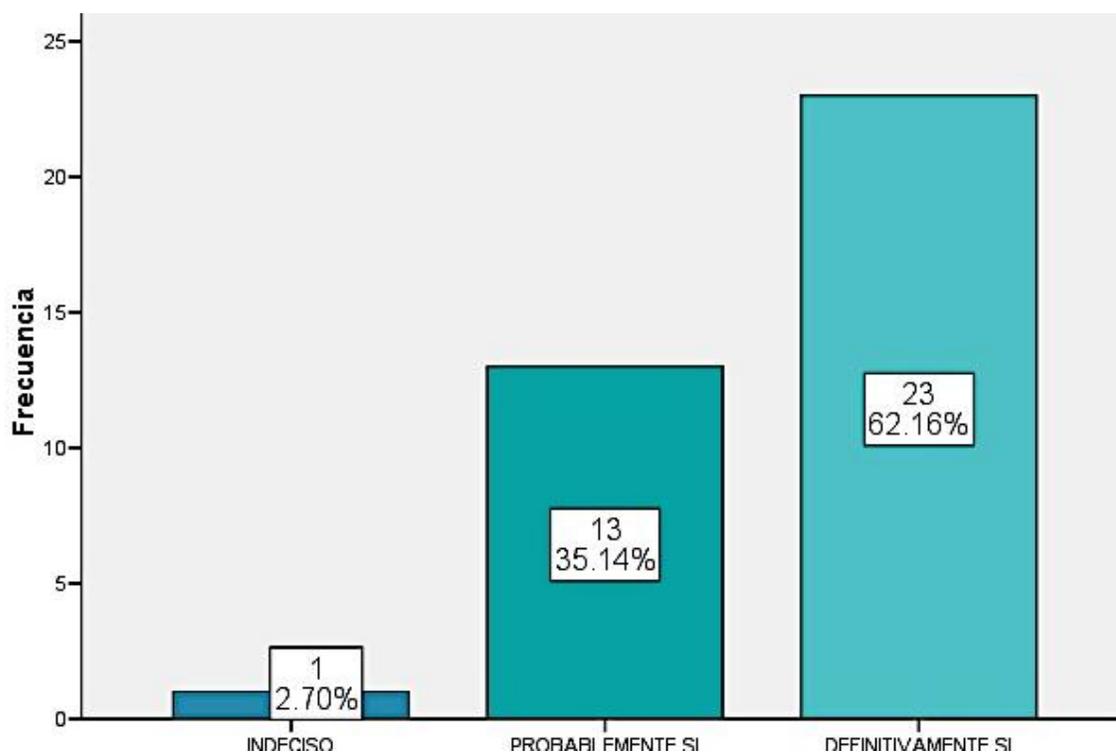


Figura 42. **Previo a intervención.** Disposición para enseñar a los cuidadores principales las técnicas conductuales.

Después de la intervención, en la Figura 43 se puede observar que incrementó a un 71.88% el porcentaje de profesionales que podría decir a los cuidadores principales como realizar las técnicas en sus casas, pero también se puede observar que una persona consideró que definitivamente no podría hacerlo.

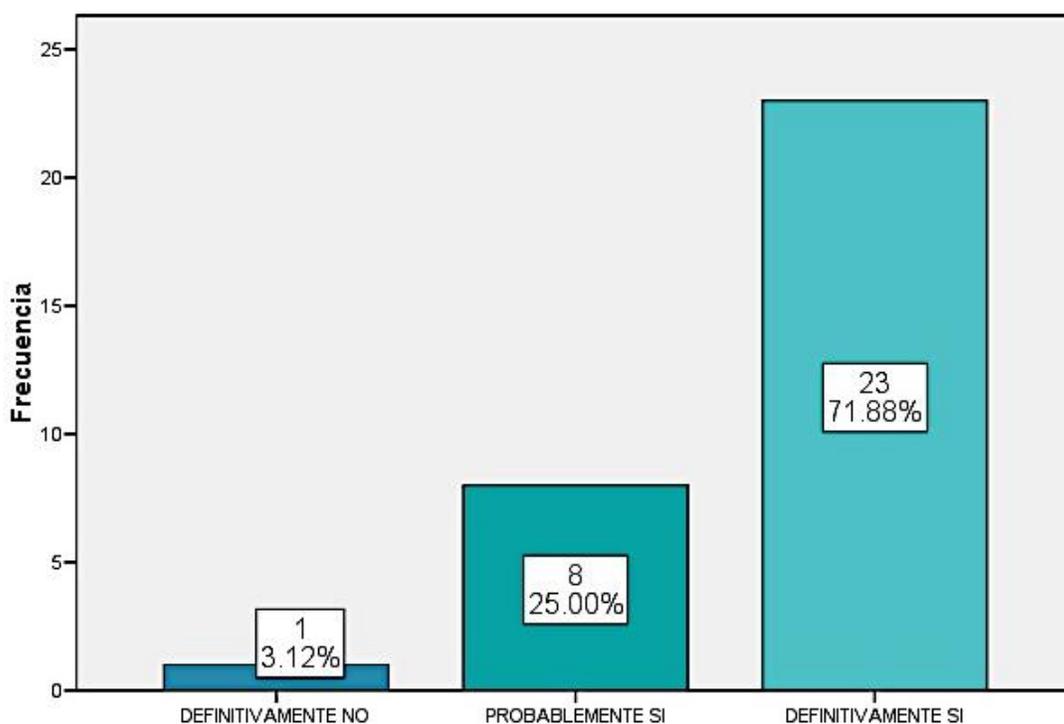


Figura 43. **Después de intervención.** Disposición para enseñar a los cuidadores principales las técnicas conductuales.

Según los datos obtenidos en la escala tipo Likert, antes de la intervención el 51.35% de los participantes consideraba como probabilidad que las habilidades aprendidas o desarrolladas de un paciente o alumno con capacidades diferentes o NEE se pudieran generalizar; un 43.24% lo consideraba como definitivo; un 2.70% lo consideraba como definitivamente no y un 2.70% se encontraba indeciso. (Figura 44)

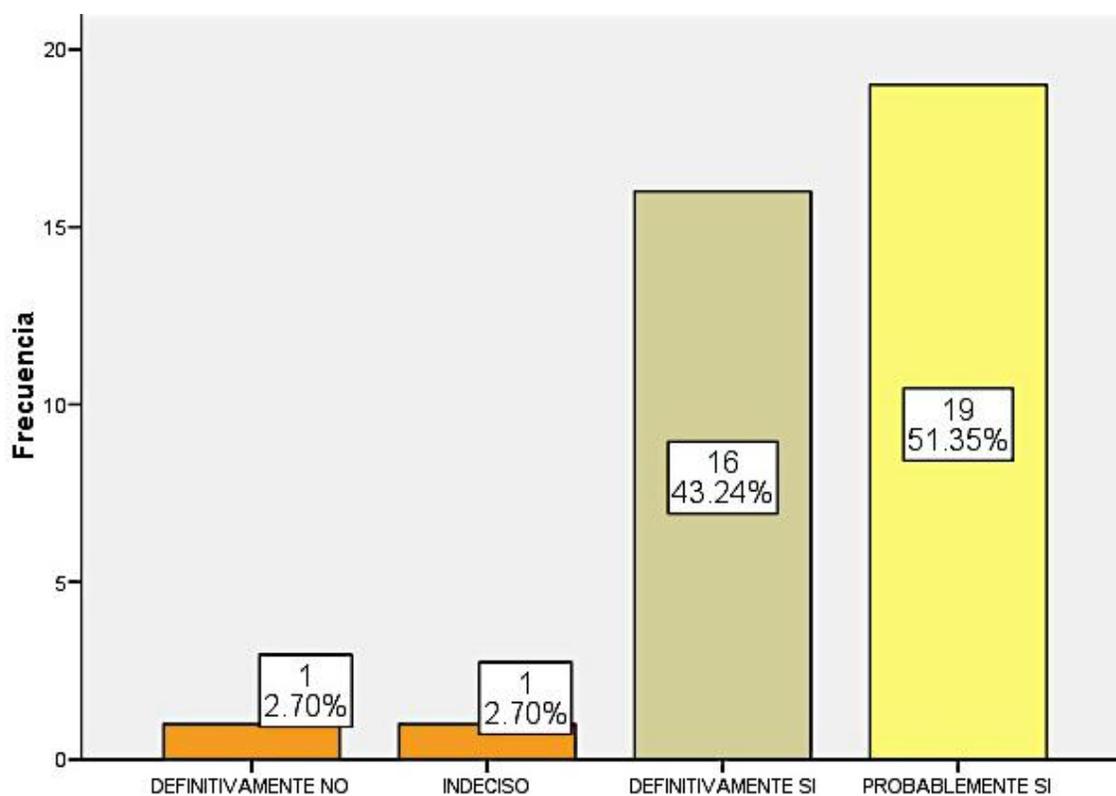


Figura 44. **Previo a intervención.** Creencia sobre generalización de habilidades aprendidas y desarrolladas (conducta) a otros contextos.

Tal como se observa en la Figura 45 de los datos finales el porcentaje de participantes que consideró como definitivo el poder generalizar las conductas aprendidas o desarrolladas de sus alumnos y pacientes aumentó a un 75%, reduciéndose en consecuencia el porcentaje de participantes que lo considera como una probabilidad a un 21.88%; ya no existe algún participante que se encuentre indeciso ante la generalización de conductas y tampoco ninguno que considere que definitivamente esto no se pueda lograr, pero si un participante que consideró que probablemente no se logre la generalización de conductas.

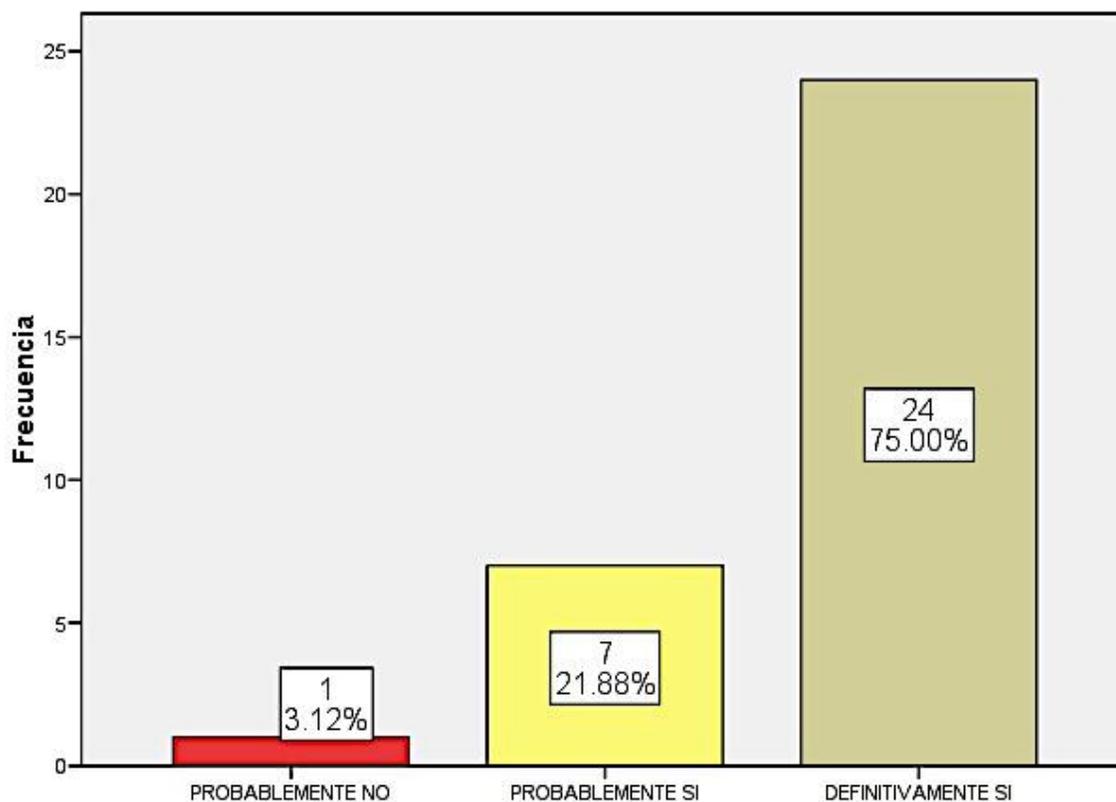


Figura 45. **Después de intervención.** Creencia sobre generalización de habilidades aprendidas y desarrolladas (conducta) a otros contextos.

5.2. Evaluación del Taller

TALLER 1.

En la Figura 46 de la evaluación al Taller 1 se puede observar que el 60% de los participantes están totalmente de acuerdo en que se proporcionó la información sobre el desarrollo del taller y se respetó la misma; el 32% estuvieron de acuerdo.

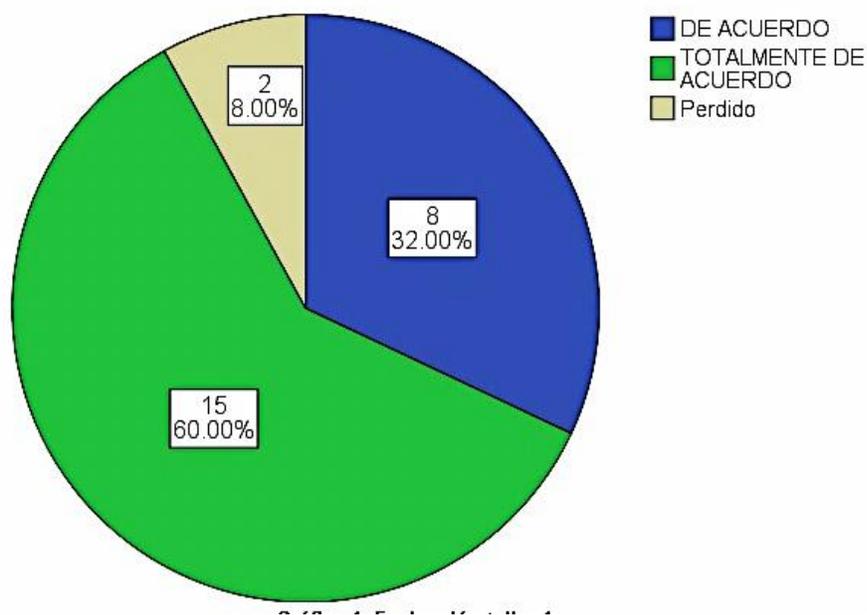


Figura 46. Evaluación al taller 1 acerca de haber recibido información sobre el desarrollo del taller y haberla respetado.

En la Figura 47 sobre la comprensión de la organización del contenido y el que éste sea relevante para su trabajo, el 72% de los participantes opinaron estar totalmente de acuerdo, el 16% de acuerdo y un participante estuvo en desacuerdo.

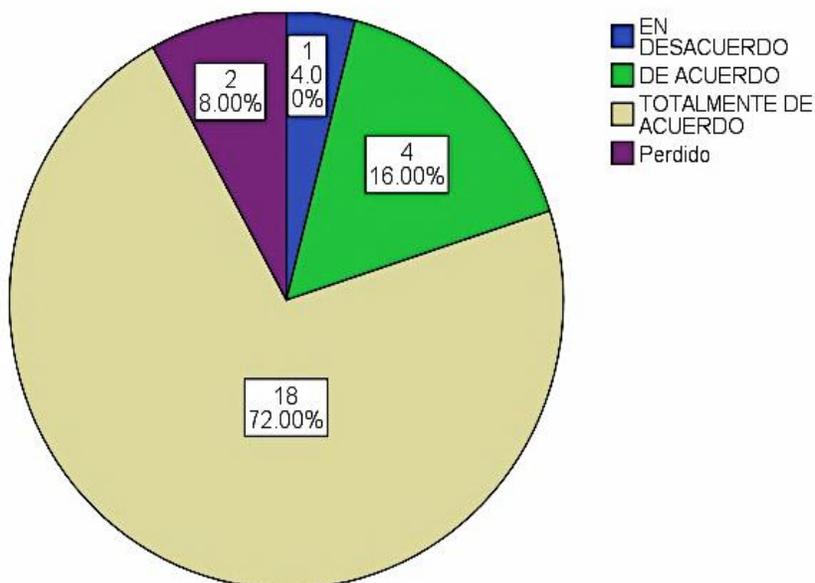


Figura 47. Evaluación al taller 1 acerca de haber comprendido la información del contenido, y que este fuese relevante para el trabajo de los profesionales.

Nota: en todas las gráficas los valores perdidos corresponden a las personas que se retiraron antes del cierre y no contestaron la evaluación.

En la Figura 48, se indican los porcentajes obtenidos en relación a las dinámicas y material, el 80% de los participantes consideraron estar totalmente de acuerdo con que fueron de calidad y el 12% consideraron estar de acuerdo.

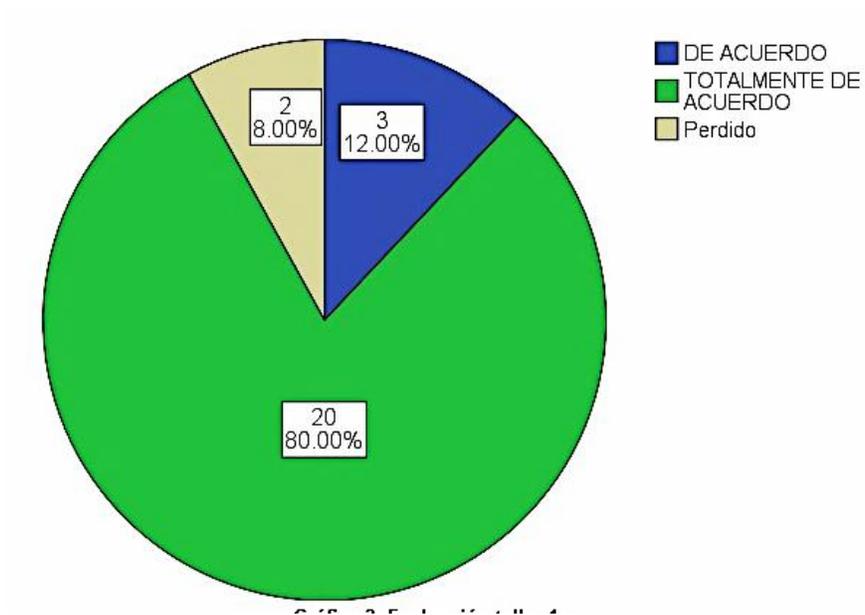


Figura 48. Evaluación al taller 1 en relación a calidad de dinámicas y material utilizado.

En la Figura 49, el 48% de los participantes consideraron estar totalmente de acuerdo en que los conocimientos adquiridos tienen utilidad práctica en su profesión; el 40% estuvieron de acuerdo y un 4% (1 participante) opinó estar en desacuerdo.

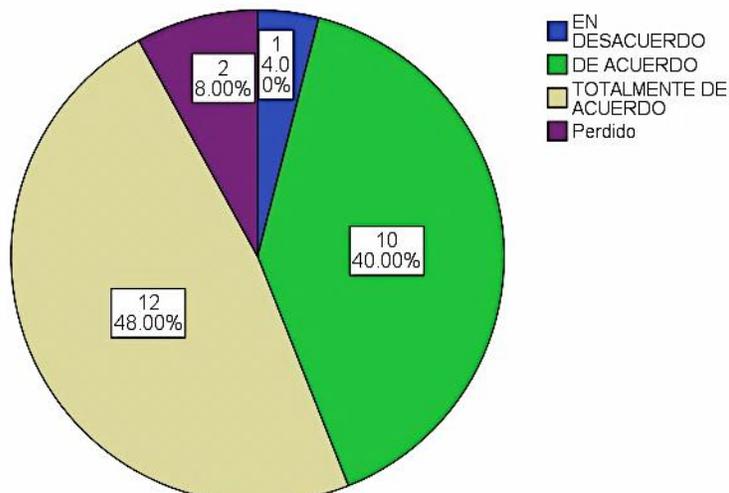


Figura 49. Evaluación al taller 1 acerca de la percepción sobre la utilidad práctica de los conocimientos adquiridos.

En la Figura 50 se puede observar que el 80% de los participantes estuvieron de acuerdo con que se facilitó la interacción y oportunidad de expresarse; el 12% opinaron estar de acuerdo.

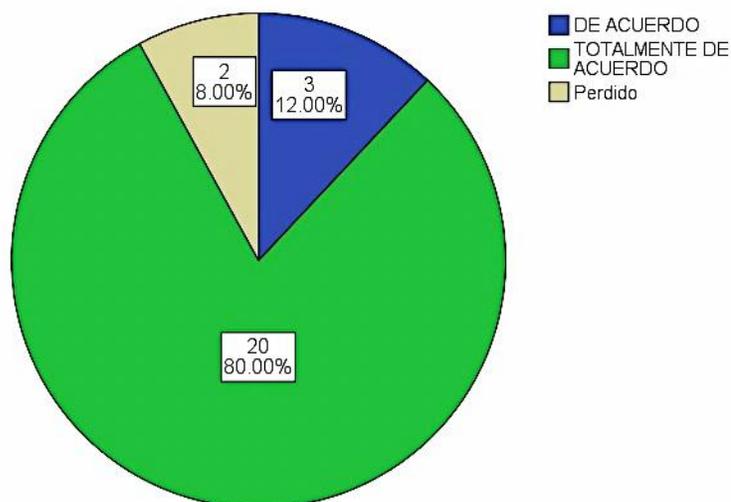


Figura 50. Evaluación al taller 1 en relación a interacción y oportunidad de expresarse.

Según los datos obtenidos, en la Figura 51 se observa que el 88% de los participantes consideraron como totalmente de acuerdo que el facilitador contó con los conocimientos necesarios; el 4% consideró estar de acuerdo y como se ha mencionado los datos perdidos corresponden a las personas que no se quedaron al cierre y por lo tanto no contestaron la evaluación.

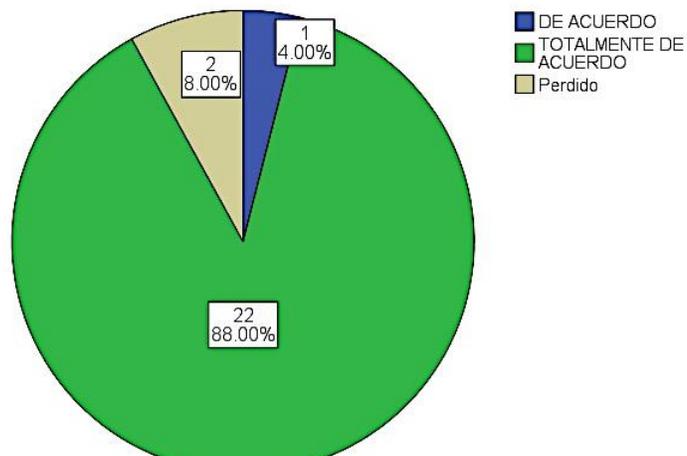


Figura 51. Evaluación al taller 1 en relación a conocimientos del facilitador

En la figura 52, se indica que el 40% de los participantes estuvieron totalmente en desacuerdo con la afirmación de que hayan quedado dudas sin resolver; un 24% opinaron estar en desacuerdo; un 24% opinaron estar de acuerdo en que hayan quedado dudas sin resolver y un 4% estuvo totalmente de acuerdo.

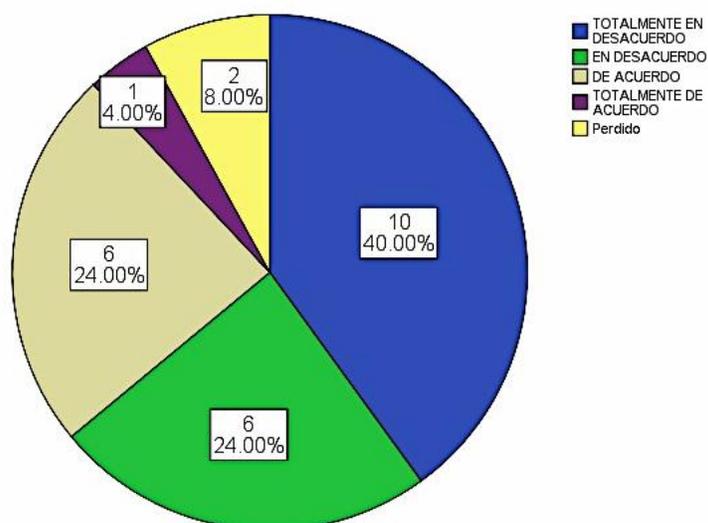


Figura 52. Evaluación al taller 1 sobre dudas.

TALLER 2.

En relación al Taller 2, los 6 participantes que concluyeron estuvieron totalmente de acuerdo en que se proporcionó información sobre el desarrollo del mismo y se respetó; el 14.29% es el valor perdido por el participante que no pudo continuar (Figura 53). En la Figura 54 se puede observar que 4 participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que comprendieron la organización del contenido y es relevante para su trabajo y 1 opinó estar de acuerdo.

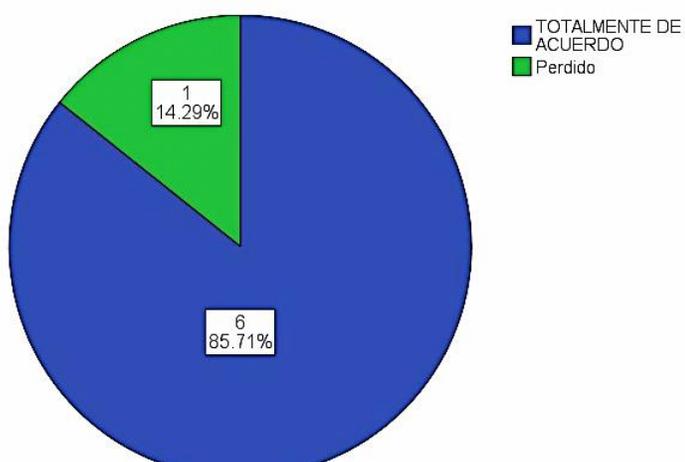


Figura 53. Evaluación al taller 2 sobre recibir información.

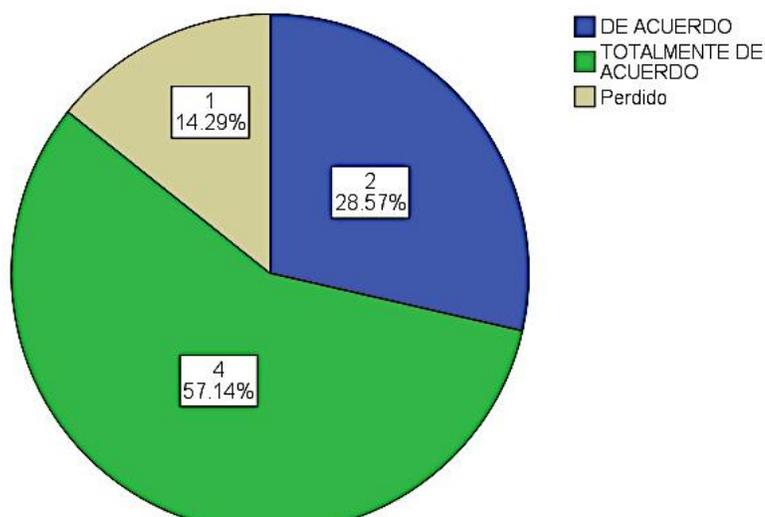


Figura 54. Evaluación al taller 2 sobre comprensión del contenido y relevancia en su trabajo.

En la Figura 55 se puede observar que 5 participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que las dinámicas y el material fueron de calidad y 1 estuvo de acuerdo. En lo que se refiere a la duración del taller, 2 participantes opinaron estar totalmente de acuerdo en que fue la adecuada y 4 participantes opinaron estar de acuerdo con esta afirmación. (Figura 56).

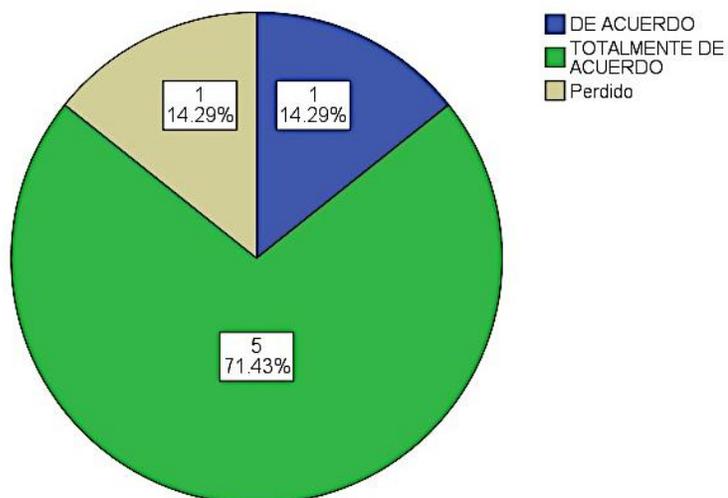


Figura 55. Evaluación al taller 2 sobre calidad de dinámicas y material.

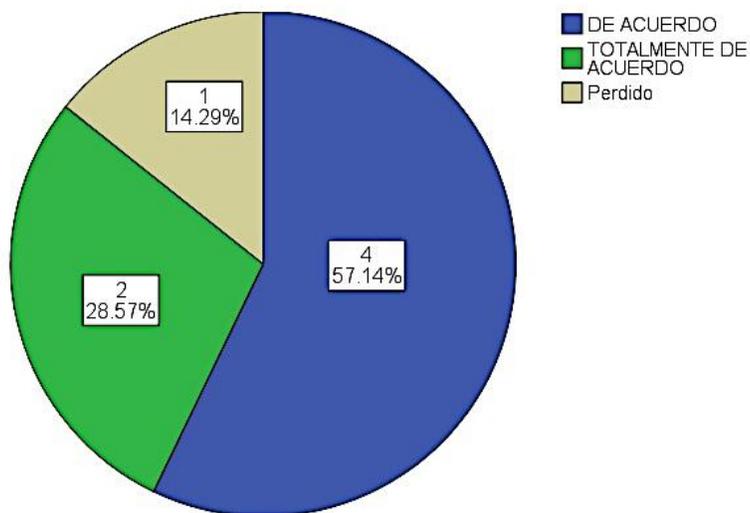


Figura 56. Evaluación al taller 2 sobre duración del mismo.

En cuanto a la afirmación de que se haya facilitado la interacción y oportunidad de expresarse, el total de participantes que contestaron a la evaluación estuvieron totalmente de acuerdo. Asimismo, los 6 participantes estuvieron totalmente de acuerdo con que el facilitador contó con los conocimientos necesarios (Figura 57).

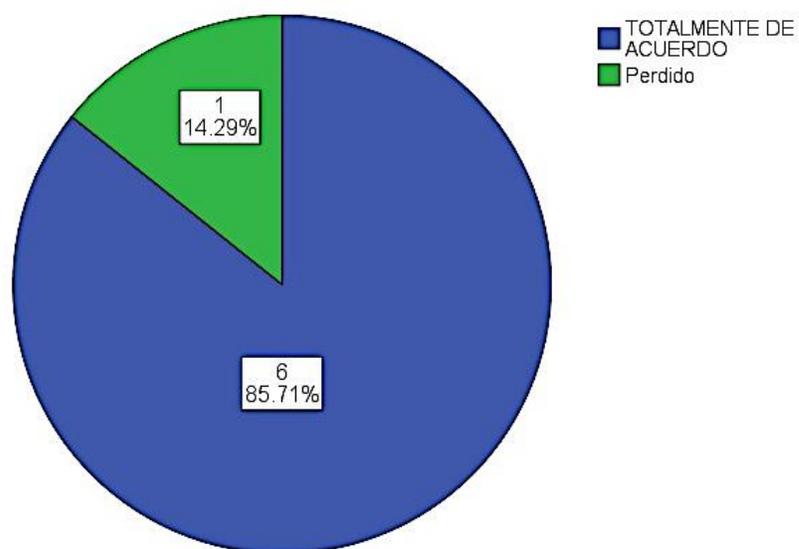


Figura 57. Evaluación al taller 2 sobre interacción y conocimientos del facilitador.

Por último en el taller 2, tal como se observa en la Figura 58, 3 de los participantes mencionaron a través de la evaluación estar totalmente en desacuerdo con que hayan quedado dudas sin resolver; 2 estuvieron en desacuerdo y 1 estuvo de acuerdo.

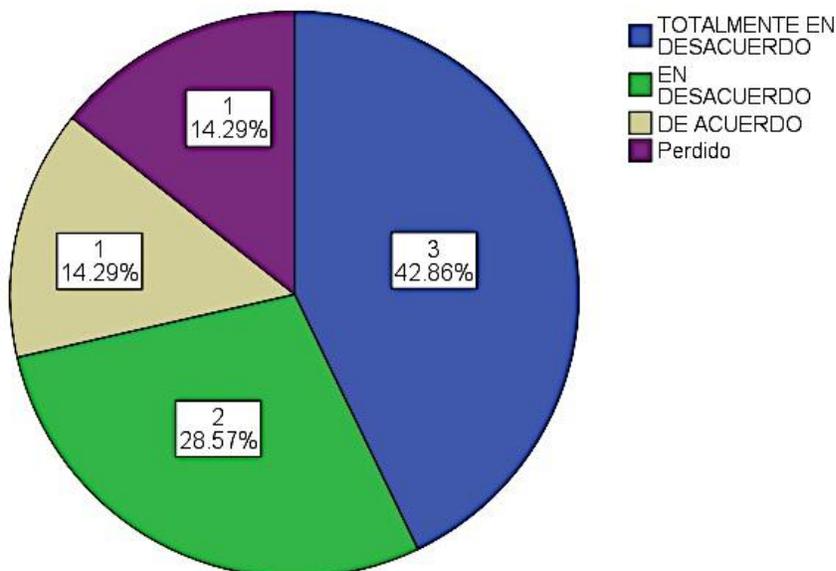


Figura 58. Evaluación al taller 2 acerca de dudas sin resolver.

Los participantes también realizaron sus comentarios y sugerencias en el espacio indicado de la Evaluación, por lo que se recogieron los siguientes comentarios:

TALLER 1:

“Los elementos que me llevo después de recibir este taller me han brindado una opción muy buena para conocer teóricamente la manera de trabajar la conducta en alumnos. Gracias.”

“El taller está muy interesante y de acuerdo a nuestra labor, lo inadecuado es que al trabajar con los niños solemos ser sobreprotectores y eso anula la aplicación de técnicas conductuales. El lenguaje dentro del taller fue claro y comprensible. ¡Gracias!”

“Asistir a alguna reunión en donde se puedan compartir o se dé un intercambio de experiencias”

“Considero que la información obtenida es suficiente para aplicarla, me gustaría que hubiera un seguimiento de dudas o revisión de la aplicación de las técnicas aprendidas, verificando resultados e incluso si la técnica está siendo la adecuada en diferentes casos y no solo en los que se hizo carta compromiso. Gracias por la información y la disposición para trabajar con el grupo. Felicidades”

“Considero que se deberían de manejar diferentes dinámicas para comprender un tema, ya que las ocasiones que se repitió actividad me pareció un poco monótono. Gracias”

“Va muy bien, siga esforzándose será interesante tenerla de colega. Éxito. Con un gran poder (psicología) viene una gran responsabilidad”.

“Se me hizo muy accesible la información pues el taller fue muy específico, por eso considero que en algunos puntos como el debatir sobre cuestiones que implicaban conductas cognitivas o algo sobre sentimientos se perdió tiempo, dado que los que asistimos al taller ya tenemos una formación especializada”.

“Felicidades por su exposición y por compartir sus conocimientos”.

“Me gustó la forma en que manejaste los temas sobre todo la disciplina ante el trabajo y lo más importante el cambio de actitud que tenemos ante una situación que a veces no podemos resolver. ¡Felicidades! Aprendí muchas cosas”

“Me pareció muy bueno el taller sin embargo considero que haría falta una continuación para saber de los casos, estrategias y adecuaciones que se haría a cada uno”.

“Muchas felicidades por tu trabajo y esfuerzo que claramente se notó en el desarrollo del taller. Me llevo un gran aprendizaje el cual me comprometo a aplicarlo”.

“Felicitaciones por el manejo que tiene con los grupos y por lo bien que maneja el conductismo”.

“Buen dominio del tema y sobre todo se observa el deseo y reforzamiento para que todos los aprendices tengan claridad del tema. ¡Felicidades por el buen desempeño!”

“El taller fue muy ameno y aunque fue corto el tiempo considero que fue muy provechoso para todos los que asistimos y que en lo personal me ayudará en mi práctica.”

TALLER 2.

“Felicidades y será muy buena profesional. Gracias”.

“Agradezco el interés por darnos a conocer y compartir otras técnicas con respecto a modificación de conducta ya que es parte y básico de lo que manejo”.

“Dar un poco más largo el curso, me pareció muy bueno algo de lo que carezco de conocimiento. Muy interesante”

“Me gustaría mucho una continuación del taller para reforzar más lo aprendido. Muchas felicidades estoy muy satisfecha por lo aprendido, se nota el dominio del tema. Gracias”

“Realizar talleres continuos en cuanto al tema en calidad y profundidad”.

“Gracias por la aportación de sus conocimientos disfruté y aprendí en su taller”.

5.3. Análisis de los datos

De acuerdo con Hernández (2010) para la presentación de resultados se ha descrito a través de la narración los acontecimientos en cada sesión, los datos obtenidos en cada ejercicio y evaluaciones, así como se presentaron elementos gráficos para apreciar la evolución en el aprendizaje de los participantes en relación a los principios y técnicas de modificación de conducta. A partir de las relaciones entre las unidades descritas, la apropiación de los conceptos básicos por parte de los participantes, comentarios y reflexiones de los temas, análisis de datos obtenidos en escala Likert se obtuvieron resultados en cuanto a las categorías que se irán mencionando, mismas que podrán ayudar a dar respuesta a la pregunta básica de intervención: ¿Se podrán incrementar conductas de autocuidado o reducir conductas inadecuadas en los menores con capacidades diferentes mediante técnicas conductuales como herramienta de apoyo? Así como también se podrá analizar si se cumplieron los objetivos de esta intervención Psicoeducativa.

- A. **Importancia de establecer línea base a partir de observación.** En un principio más de la mitad de los participantes de ambos talleres utilizaban suposiciones e inferencias acerca de *cómo se sienten los niños*, consideraban suficiente recurrir al relato de los cuidadores principales para establecer línea base y tenían la idea de comenzar una modificación conductual en el ámbito familiar, por lo que de acuerdo a la teoría *se intentó hacer a un lado la creencia de que el psicólogo solo puede obtener conocimiento sobre el paciente a través de la percepción, las sensaciones y los métodos subjetivos.*

Después de la intervención Psicoeducativa, la mayoría comprendieron y analizaron la necesidad de la observación directa en sus aulas o cubículos para identificar la conducta a modificar mediante la utilización de un registro de línea base con todos sus elementos. Se espera que para establecer

línea base de sus pacientes o alumnos, aproximadamente un 62% de los participantes recurran a la observación directa, y solo un 6% se puede decir que no lo harán.

- B. Utilización de registro de frecuencia de conductas para establecer objetivo en relación a qué, cuánto y cómo querer modificarlas.** Antes de la intervención se pudo constatar que para el 24% de los participantes quizá no era necesario registrar la frecuencia con que se presenta una conducta, durante la intervención fue evidente que había confusión u olvido en más del 50% sobre cómo hacerlo por lo que fue necesario estarlo ejercitando. En los resultados finales se pudo apreciar que 31 participantes están totalmente de acuerdo en el registro de la frecuencia de la conducta y solo uno mencionó que es probable que se daba registrar. Así, se cumple con el procedimiento empleado por Thorndike sobre tomar en cuenta la frecuencia.
- C. Disposición para tomar en cuenta antecedentes biológicos y factores contextuales en el momento de identificación y evaluación de conducta a modificar.** Un menor con capacidades diferentes podrá estar diagnosticado clínicamente hablando ya sea por un médico especialista en rehabilitación, neurólogo o de otra disciplina afín, así como también podrán haberse hecho las evaluaciones correspondientes en relación a sus habilidades, capacidades y déficits. Además, para realizar el programa en modificación de conducta es indispensable conocer el contexto en que se ejecuta dicha conducta y también el contexto socioeconómico y familiar que rodea al menor; en este sentido los profesionales que trabajan con ellos deberán conocer sobre los antecedentes biológicos y sobre todo contextuales, antes de la intervención los participantes en su mayoría (89% aproximadamente) consideraban tomar en cuenta dichos antecedentes y factores, después de la misma aumentó al 96% la disposición para averiguarlos.

D. Creencia sobre desarrollo de habilidades en los menores. El hecho de tener un diagnóstico previo no implica la completa seguridad de qué si y que no podrá realizar un menor con capacidades diferentes, podrán existir parámetros que nos ayuden a planear la intervención con base en objetivos reales y sin falsas expectativas, sin embargo la creencia sobre el desarrollo de sus habilidades y capacidades por parte del profesional que le acompañe en su tratamiento o proceso de enseñanza aprendizaje será esencial. Previo a la intervención el 67.57% de los participantes estaban en desacuerdo con la afirmación de que los menores no podrán realizar las cosas por sí mismos, al término de la misma el porcentaje aumentó al 87.5%. Durante el desarrollo del taller se pudo observar y constatar que aproximadamente un 90% de los 32 participantes que terminaron la intervención Psicoeducativa tienen la disposición e intención de ayudar y orientar a sus alumnos y pacientes en el desarrollo de habilidades. Como se mencionó al principio de este trabajo de acuerdo con Kazdin (1983) las conductas están regidas por los mismos principios independientemente de ser consideradas como normales o no, asumiendo que podrán ser conductas desadaptadas o inadecuadas en relación con un punto de vista social y susceptibles de modificarse.

Con este resultado se espera que en un futuro se esté cumpliendo el objetivo secundario de favorecer el desarrollo de habilidades en los menores con capacidades diferentes que les permita, en lo posible, lograr conductas de autocuidado e independencia.

E. Percepción sobre importancia de las diferencias individuales para elección de reforzadores y técnica de modificación conductual. Como se comentó al principio de este trabajo, se utilizó el término menores con capacidades diferentes y no personas que presentan discapacidad; efectivamente podrán presentar características diferentes en cuanto a habilidades y capacidades que la mayoría, sin embargo esto no querrá

decir que estarán sin capacidad para aprender o desarrollar otras habilidades y conductas. En este sentido Garzón (2007) menciona que: Desde su composición, con el prefijo *dís* y la palabra *capacidad*, el primero hace referencia a negación, contrariedad, separación y la segunda se considera como una derivación de *capaz*, tomada del latín *capax-acis* que significa “tener mucha cabida”. (p.88)

Con base en lo anterior, además por ser un elemento a considerar en la modificación de conducta, cada ser humano posee diferencias individuales, en consecuencia para elegir desde un reforzador hasta la técnica a utilizar será necesario conocer qué es de mayor agrado para el menor que se pretende intervenir y cómo se considera que se puede incrementar o disminuir la conducta en cuestión. Hay que recordar además a Julián Rotter, quien consideraba la conducta como resultado de una interacción entre el individuo y su ambiente, y aunque con algunos alumnos o pacientes con capacidades diferentes pueda tornarse difícil hablar sobre conocer sus aficiones o expectativas que el especialista pueda utilizar para el reforzamiento, éste deberá a través de la observación y sobre todo la comunicación averiguar sobre sus preferencias, gustos o aficiones

Antes de la intervención en Psicoeducación el 56.76% de los profesionales mencionaban que definitivamente no se puede aplicar el mismo tratamiento con todos los pacientes o alumnos, después de la misma el porcentaje se incrementó hasta el 84%. En relación a los reforzadores, antes de la intervención el 43.24% de los participantes opinaban que no es lo mismo para todos “un dulce o un aplauso”, después de la intervención se incrementó el porcentaje al 75%. Con estos datos y los ejercicios realizados durante el taller en el cual pudieron percatarse de la importancia de elegir un tratamiento de acuerdo a la conducta que se pretende modificar así como el carácter indispensable de los reforzadores se puede inferir que los

profesionales considerarán las diferencias individuales de los menores en el proceso para diseñar un programa de modificación conductual.

F. Intención para implementar técnicas conductuales con alumnos o pacientes. En relación al tema de la utilización de técnicas conductuales como herramienta de apoyo en el tratamiento hacia menores que presentan capacidades diferentes en el contexto de la rehabilitación, fue más novedoso para los terapeutas ocupacionales y de lenguaje; en el caso de los profesores que laboran en la educación especial fue novedoso pero se tuvo que reestructurar la idea que tenían en relación al conductismo, ya que de acuerdo a los datos recolectados no consideraban como prioridad la observación directa; en el caso de los psicólogos tanto del ámbito de la rehabilitación como de la educación especial tenían una idea sobre conductismo pero fue necesario hacer hincapié en la prioridad de las conductas observables y no en estados subjetivos.

En lo que se refiere a la técnica que más se facilitó a los participantes aprender e instaurar en los ejercicios se encuentra el reforzamiento positivo; en cambio las técnicas de moldeamiento y encadenamiento fueron las que más se les dificultó al momento de plantearlas, aunque si se pudo apreciar que deberán establecer un repertorio de entrada y un repertorio terminal, lo que se tornó complicado fue la forma en que establecerán la secuencia de conductas.

Al inicio del taller se detectó renuencia y desaprobación hacia la mención de utilizar el castigo como técnica, sin embargo hay que señalar que después de la intervención casi el total de los participantes lo tuvieron considerado como una técnica que podría servir para disminuir o eliminar conductas inadecuadas.

Como resultado final de la intervención en esta categoría, se puede decir que 26 participantes de 32 que concluyeron los talleres están en la disposición de implementar técnicas de modificación de conducta con sus alumnos y pacientes. Retomando a Skinner, se está de acuerdo en que hay que apoyar a los pacientes para dirigir sus comportamientos.

G. Creencia sobre favorecer adherencia terapéutica a través de involucrar a cuidadores principales en programas de modificación de conducta.

Después de analizar los datos iniciales y finales, así como la información recabada durante la elaboración de ejercicios y el programa de modificación conductual realizado en la penúltima sesión de los talleres, se puede decir que en su mayoría los profesionales tienen como objetivos a largo plazo incluir e involucrar a los cuidadores principales; puesto que consideran que favorecerá la adherencia terapéutica hacia el tratamiento de rehabilitación del menor o hacia las sugerencias y actividades que se manejan en una propuesta curricular adaptada.

Así, el último objetivo de la intervención estaría en proceso de cumplirse, ya que si llevan a cabo el programa de modificación conductual que se elaboró dentro de los talleres, o en su labor diaria ponen en práctica las técnicas conductuales y además tienen la creencia de que esto favorecerá la adherencia terapéutica, se puede inferir que el establecimiento de las técnicas conductuales en el contexto familiar resultará en un beneficio tanto del menor con capacidades diferentes como de sus cuidadores principales.

H. Disposición para enseñar a los cuidadores principales las técnicas conductuales. Al obtener datos que indican que los profesionales tienen pensado a largo plazo incluir a los cuidadores principales, también se encontró que en su mayoría tienen la disposición, interés o se sienten capacitados para poder enseñar a los mismos. Se espera entonces que a

través de la práctica logren apropiarse más de la técnica y puedan así instruir a los cuidadores principales.

De esta forma se puede mencionar otro de los objetivos secundarios en proceso de cumplirse en este trabajo, en el que se tenía contemplado que los profesionales que recibieran entrenamiento en principios y técnicas conductuales las aplicaran con sus alumnos y/o pacientes y además instruyeran a los padres de familia o cuidadores principales.

Si con el paso del tiempo se lograra que los profesionales instruyeran a los cuidadores principales, entonces se podría mencionar que otros dos objetivos estarían cumplidos, el de fomentar el desarrollo de habilidades en los padres de familia o cuidadores principales que les permitan continuar con los tratamientos o actividades curriculares en el contexto familiar; y el de fomentar un tipo diferente de relación padres-hijos, en la que los padres o cuidadores principales no solo sean agentes que proporcionan cuidados, sino favorecedores del desarrollo y aprendizaje del menor y de esta forma se minimice la sobreprotección. Pero esto no se puede asegurar, por lo que solo con el tiempo y nuevas investigaciones en este ámbito se podrán obtener resultados.

- I. **Creencia sobre generalización de la conducta en otros contextos.** En relación a esta última categoría, puede decirse que si se obtuvieron datos que comprueben la creencia de los profesionales hacia favorecer la generalización de la conducta en otros contextos; por un lado al realizar sus ejercicios y el programa de modificación conductual se tiene la generalización como un objetivo a largo plazo, y por otro lado en los datos finales de la escala Likert es evidente que la mayoría de los participantes si lo considera como algo factible.

Sin duda alguna un factor básico en este programa de intervención Psicoeducativa fue establecer un diálogo con los diversos profesionales, tomando en cuenta que en su mayoría manifestaron el interés por aprender nuevas herramientas y estrategias que pudieran ser susceptibles de aplicar con sus alumnos y pacientes, razón por la cual los ejemplos y casos utilizados fueron lo más próximos a situaciones cotidianas en sus centros de trabajo, de tal forma que el aprendizaje fuese significativo y se pudieran vincular los conocimientos previos con lo novedoso de las técnicas conductuales.

Finalmente se cumplió con el objetivo general de la intervención Psicoeducativa en relación a capacitar mediante un taller a profesionales que laboraran en los ámbitos de Rehabilitación infantil así como Educación Especial en principios, técnicas conductuales operantes y sistemas de organización de contingencias; también se cumplió en relación al diseño sobre los intereses y necesidades que encontraban en los casos presentados por ellos, orientado así hacia la motivación y reforzamiento de conductas positivas y reducción de conductas inadecuadas en los menores, asimismo se cumplió con la elaboración de programas diseñados de acuerdo a las necesidades de cada paciente o alumno elegido.

Hay que destacar que al cierre de este trabajo, y transcurridos dos meses desde la intervención se corroboró el logro de la transferencia en el aprendizaje de los participantes del taller 2, quienes después de realizar un monitoreo por parte de la que suscribe se recogió la información que se detalla a continuación.

Registro de línea base de paciente masculino de un año y medio con alto riesgo neurológico por parte de terapeutas ocupacionales, definición operacional de conducta a modificar: aumentar tiempo de tolerancia a la actividad en periodos de 5 o 10 minutos hasta llegar a 35; técnicas a implementar reforzamiento negativo y positivo, utilización de reforzadores sociales. Al término de la

intervención con las técnicas conductuales reportaron haber logrado la meta establecida y generalización hacia la madre en la enseñanza de las mismas.

Utilización de instigadores verbales, reforzamiento positivo con uso de espejo y actividades del agrado de paciente femenina de 12 años con cirugía estética por labio paladar hendido. Objetivos establecidos por parte de terapeuta de lenguaje logrados con la paciente y por parte de psicólogo con los padres de familia.

Utilización de reforzamiento positivo y economía de fichas con paciente masculino de 8 años por enuresis, se explicó en consultorio de psicología a los padres de familia y al menor para llevar a cabo el registro en su hogar; extinción con pacientes de 3 y 4 años de edad con daño neurológico por llorar antes de entrar a consulta y generalización a los padres para implementar tiempo fuera en el corral infantil por periodos de 3 o 4 minutos cuando la conducta de llanto injustificado o por llamar la atención se presente. El psicólogo reporta estar muy contento utilizando bombones para reforzar a sus pacientes.

En consecuencia se espera que los profesionales continúen implementando las técnicas y elaboración de programas en beneficio de otros alumnos y pacientes, así como también generalicen el conocimiento obtenido involucrando a los cuidadores principales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se puede apreciar en el extenso del trabajo se mencionaron desde los antecedentes de la psicología para sentar las bases de lo que hoy se conoce como modificación de conducta y el aprendizaje, así como la relación y diferenciación entre capacidades diferentes, Rehabilitación, Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales. Todos estos aspectos teóricos así como los técnicos, la metodología a seguir, la secuencia de cada actividad, puesta en práctica del taller, las participaciones de los profesionales y los imprevistos debieron interrelacionarse y complementarse en todo momento, sin dejar de lado ninguno de ellos puesto que fue el conjunto de conocimientos, datos de contenido analizados y experiencias lo que dieron significado para poder afirmar que sí se pueden incrementar conductas de autocuidado o reducir conductas inadecuadas en menores con capacidades diferentes mediante técnicas conductuales, mismas que pondrán en práctica como herramientas de apoyo en el trabajo que desempeñan los profesionales dedicados a su atención en rehabilitación y en el proceso de enseñanza aprendizaje en primera instancia, para posteriormente en colaboración con los padres de familia o cuidadores principales generalizarlo al contexto familiar en primer lugar. De esta forma se espera reforzar la alianza terapéutica entre padres de familia o cuidadores principales de menores con capacidades diferentes hacia el tratamiento, atención integral o a las actividades señaladas para el hogar en las propuestas curriculares adaptadas, y sobre todo se refleje en un futuro en beneficio de los niños y aumento en su calidad de vida.

En lo que se refiere a los aspectos metodológicos, en este trabajo se consideró la enseñanza como un proceso instruccional, tratando de dar respuestas analizadas y con sustento hacia las dudas que surgieron en los participantes, así como también ir reforzando cada uno de los aprendizajes mediante la práctica; se dio prioridad al seguimiento de los temas y se incrementó gradualmente su complejidad. En este sentido, la economía de fichas y el

Autocontrol se implementaron con el objetivo de que ambos fuesen relevantes para ellos de manera personal y profesional, además se utilizaron para incrementar la motivación e interés de los participantes y también como estrategias de aprendizaje; sin duda la expectativa de éxito de quienes más se esforzaron para acumular fichas y por alcanzar sus metas personales en relación a sus conductas fue el elemento fundamental para lograr el aprendizaje. Desde el punto de vista psicológico y terapéutico, se puede establecer la variable que intervino para moderar la autoevaluación de los participantes fue la autoatribución, de esta forma ellos juzgaron su actuación como éxito o fracaso al saber que sus conductas se encontraban bajo su control o responsabilidad.

Al cierre de este trabajo y dos meses después de la intervención, mediante el monitoreo se pudieron obtener datos acerca de las conductas a modificar por Autocontrol de 4 participantes, 3 de ellos mencionaron continuar con la meta que se establecieron (disminuir conductas como consumo de alimento, estar en redes sociales) y uno mencionó que ha notado tener que estar mentalizando para no aumentar la frecuencia de su conducta.

Acerca de los criterios de inclusión fue necesario establecer que deberían ser profesionales que ya laboraran en el ámbito de la rehabilitación, la educación especial y las NEE, puesto que el lenguaje utilizado en la intervención era propio de estas áreas, de ahí que tuvieron que excluirse algunas personas que deseaban conocer más sobre el tema pero su formación ni ocupación estaba dentro de los criterios. El utilizar un lenguaje técnico de las capacidades diferentes y NEE permitió avanzar al siguiente nivel que era el aprendizaje del lenguaje utilizado en la modificación de conducta. Además, fue evidente en ambos talleres que cuentan con el conocimiento y la práctica propia de sus profesiones; aunque es importante mencionar que se mostró mayor disposición por parte de los profesionales en Educación Especial hacia la creencia de que los menores con capacidades diferentes pueden desarrollar habilidades y aprender, en ellos destacó además la habilidad de expresión física y verbal hacia los menores y los conocimientos con que cuentan para elaborar una Propuesta Curricular Adaptada, un factor que no

les favorece es que generalmente los profesores tienen que laborar con grupos numerosos. En cuanto a los profesionales del ámbito de la Rehabilitación la facilidad con que cuentan para el trabajo “uno a uno” es evidente, en sus áreas de trabajo tienen suficiente material didáctico para los menores, solo que en algunos de ellos se pudo apreciar mayor renuencia hacia la creencia de que los menores con déficits profundos neurológicos puedan desarrollar habilidades. En este ámbito se torna necesaria la colaboración del médico porque es él quien indica el seguimiento que se llevará con el menor y el terapeuta o psicólogo ejecuta a través de sus conocimientos las indicaciones. Un factor que podría no favorecer el establecimiento de línea base es que los bloques de terapias son de 10 sesiones generalmente, después el paciente vuelve a la consulta con el médico que será quien determine (con base en las observaciones proporcionadas por los demás profesionales) si el menor es candidato a continuar con un nuevo bloque.

Ahora bien, retomando a Zulueta & Peralta es necesario que se modifiquen creencias y se adquieran conocimientos; en el desarrollo del taller se identificaron diversos factores que pueden en un momento determinado influir para los participantes modifiquen sus creencias, entre los cuales se encuentran el contexto e ideología de cada uno de ellos así como la inclinación hacia determinado enfoque teórico propio de sus profesiones, la capacidad de cada una de las personas en el momento de establecerse un aprendizaje y las cogniciones que tengan en relación al mismo, la motivación intrínseca que les moviliza hacia acudir a una capacitación como puede ser el interés de crecimiento personal o el beneficio que les pueda otorgar la misma en su ámbito laboral, la motivación extrínseca como el saber que si culminaban el taller obtendrían una constancia -lo cual pudo resultar tanto en beneficio por que se mantuvo casi en su totalidad el número de participantes, así como también influyó negativamente en algunas ocasiones por provocar distracciones e interrupciones- y sobre todo hay que considerar que, como se mencionó en la parte teórica de este escrito, el ámbito de la “discapacidad” emerge de un enfoque médico, el cual se rige por un diagnóstico

establecido y un pronóstico determinado, lo cual también puede influir en las expectativas que se tengan en referencia al menor.

Tomando en cuenta las actitudes que pueden tener las personas hacia alguna situación en específico, Aigner (s/f) señala que son creencias en torno a un objeto o situación que le predisponen a reaccionar de una manera determinada. Asimismo hay que destacar que en la Consulta internacional sobre educación para la primera infancia y las Necesidades Educativas Especiales (UNESCO, 1997) se hace alusión a la importancia de las actitudes como interpretación de la información, y resalta la necesidad de desarrollar diferentes estrategias dirigidas a convencer a una variedad de audiencias acerca de la importancia que todos los niños tengan acceso a los recursos. De la misma forma, resalta el que se proporcione a las familias información fidedigna e impartida en términos que ellos puedan comprender.

En este sentido, se podrían plantear investigaciones orientadas hacia la medición de las actitudes de las personas hacia las NEE o las capacidades diferentes, hacia las expectativas que se tienen en relación a la adquisición de habilidades en los menores, hacia la inclusión educativa y social, hacia la misma utilización de técnicas diversas que pertenezcan a una profesión diferente de la Educación Especial o la Rehabilitación. Además, al medir actitudes obtendremos una muestra sobre el probable comportamiento ante esos objetos o situaciones, permitiéndonos así tener elementos útiles durante el proceso de evaluación y establecimiento de modificación de conducta o intervención.

Vale la pena preguntarse ¿qué actitudes tenemos ante la aceptación e integración de niños con NEE? En el caso de quienes son padres de familia de hijos que aparentemente no necesitan de un apoyo extra o adaptaciones para continuar con su desarrollo, ¿Presentarán una actitud de permitir o colaborar en que sus hijos convivan con niños que presentan alguna N.E.E., y más aún si aunado a esta presentan una capacidad diferente? El docente de la escuela

regular ¿qué actitud presenta ante la necesidad de realizar adaptaciones curriculares? ¿Cuántas de estas actitudes están fundamentadas y reflexionadas? o se trata simplemente de falta de información que lleva a evitar o temer aquello que es “diferente”, que reta y enfrenta al cambio. En consecuencia, surge la necesidad de continuar haciendo intervenciones que contribuyan al fortalecimiento de conocimientos de la sociedad en general y para la modificación de tan amplio repertorio de actitudes, creencias y comportamientos.

En cuanto a la validez externa o transferencia de los estudios con metodología cualitativa, se cumple con el criterio para que los procedimientos descritos sean susceptibles de aplicarse o adecuarse a grupos similares. (Hernández, et al. 2010). Por lo tanto, en relación a la modificación de conducta, se sugiere que se insista y se haga patente la importancia de la observación directa, descripción objetiva de la conducta y el análisis de la misma antes de continuar con otros temas, aplicar principios o instaurar técnicas; en cuanto a los reforzadores, vale la pena explicar ampliamente el porqué deben utilizarse y para qué nos van a servir; sobre las diferencias individuales es necesario e indispensable que se aprecie y valore a cada ser humano por ser único e irreplicable. Tomando en cuenta las aportaciones a la evaluación del taller por parte de los participantes, así como los resultados obtenidos se sugiere emplear para las técnicas de moldeamiento y encadenamiento más de una sesión, ya que son dos técnicas para el desarrollo de conductas que pueden llevar al profesional a lograr objetivos más amplios, pero requieren de mayor análisis, planeación y evaluación continua; también se sugiere emplear dinámicas novedosas para evitar la rutina o tedio. Por último y muy importante, se sugiere repetir la estrategia de contar con grupos de participantes de distintas disciplinas, ya que es una experiencia enriquecedora que provee de nuevos conocimientos y puntos de vista diversos.

Sobre la investigación en el proceso de aprendizaje y la transferencia,

González et al. (2000) menciona que es necesario indagar más acerca de la adquisición de conocimiento por medio de la cognición, el aprendizaje, la motivación y la autorregulación, pero sobre todo la forma de ponerlo en práctica. De ahí que haya sido fundamental la colaboración de diversos profesionales, en una cadena imaginaria o sucesión de eventos desde que surgió la idea principal de colaborar de manera indirecta con la formación de menores con capacidades diferentes y se comenzó a crear este proyecto se contó con los conocimientos, recopilación documental y aplicaciones previas en el ámbito de las NEE y la metodología conductual, así como el apoyo y supervisión de los tutores a cargo; una vez que el protocolo estuvo realizado se contó con el apoyo de instituciones y personas involucradas en el tema para difundirlo y tener donde impartirlo; y cuando por fin se inició con los talleres los actores principales fueron los participantes que se dieron la oportunidad de obtener un nuevo aprendizaje y brindaron la oportunidad a la que suscribe de compartir conocimiento y experiencias. De esta forma la cadena se espera que continúe, ampliándose hacia los menores a quienes ellos puedan atender y enseñar, y posteriormente a sus padres.

En consecuencia, al término de la intervención psicopedagógica, se logró una interdisciplinariedad, entendiendo ésta como: “Convergencia de dos o más disciplinas científicas para el conocimiento de un objeto común” (Montserrat, 1984, citado en Buela y Sierra 1997) lo cual implica la explicación y análisis de supuestos básicos y teorías de una determinada disciplina –Psicología y conductismo- que se va perfeccionando con los enfoques de otra a través de la especialización y colaboración –Rehabilitación, Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales-, cumpliendo así el presupuesto básico para realizar investigación interdisciplinaria: la aceptación de un planteamiento de base común, compartido por todos los miembros del grupo de trabajo, con la finalidad además de producir conocimiento más completo, holístico e integral que relacione la teoría y la práctica.

Para no dejar de lado los aspectos técnicos, a consideración de la que suscribe se sugiere para la implementación de este tipo de proyectos contar por lo menos con el apoyo de una persona en cada sesión; llevar a cabo las sesiones de preferencia en una sola sede ya que los cambios pueden generar contratiempos que no favorecen el desarrollo en los horarios establecidos, lo ideal sería contar con lo indispensable como espacio amplio para poder implementar dinámicas que activen a los participantes, con ventilación natural o artificial suficiente y la posibilidad de poder realizar proyecciones para los elementos gráficos. Se sugiere que el grupo no rebase de 20 integrantes para dar mayor oportunidad de que los mismos se expresen y externen sus dudas, para analizar a detalle los casos que expongan y para no generar cansancio o tedio; por ejemplo durante el taller 2 impartido en el CREE la participación de los profesionales fue más activa y en todos los casos planteados fue posible analizar a profundidad, así se puede atribuir a que el número era significativamente menor. En consecuencia, el aprendizaje de las técnicas y disposición para ponerlas en práctica con los pacientes se logró en un 90% aproximadamente. Por otro lado el hecho de contar con la colaboración de un observador participante o de ser posible dos moderadores por sesión agilizaría y facilitaría el trabajo para que las sesiones fuesen más dinámicas.

Finalmente, como reflexión personal vale la pena decir que esto es solo un comienzo y no basta con realizar pequeñas intervenciones en la conducta de los menores, es necesario fomentar, crear y propiciar una verdadera cultura de integración en todos los niveles educativos, contextos y sociedad en general; se torna indispensable no dejar esta labor solo en los profesionales que laboran en el ámbito de la rehabilitación o educación especial y aquellos que tienen en su familia a una persona con capacidades diferentes. En este sentido el programa de estrategias de implementación operativa (Resumen Informe Mundial sobre la discapacidad 2011) propone intervenciones interinstitucionales e intersectoriales bajo un modelo socio-ecológico por grupos universales, focalizados o selectivos y dirigidos o indicados.

Por lo cual, tanto para los Psicólogos interesados en estos ámbitos como diversos especialistas queda una enorme responsabilidad aunado a un trabajo profesional, incesante y arduo a futuro; primero como orientadores y ejemplo a seguir, de tal manera que en su trato diario con sus hijos, compañeros, colegas, alumnos y en general con todas las personas que interactúan, demuestren y compartan su respeto y conocimiento en relación de las personas que tienen alguna capacidad diferente y/o Necesidad Educativa Especial. En segundo lugar pueden ser formadores tanto de otros profesionales como guías para los padres de familia, previa capacitación y con la aplicación constante de metodologías, opciones y estrategias que contribuyan en la inclusión de alumnos con NEE al sistema regular. Por último pero no menos importante, el psicólogo puede también realizar el papel de investigador, fundamentándose en teoría para proponer nuevas estrategias y para dar a conocer resultados obtenidos en su labor con alumnos con NEE. La intención es que, a futuro se pudiese hablar que en México existen **Escuelas Inclusivas** donde se les pueda prestar atención y enseñar a todos los alumnos de acuerdo a sus diversas capacidades, aptitudes, intereses, con contenidos abiertos y flexibles pero acordes a lo establecido para cada edad y escolaridad. En las que los alumnos fuesen evaluados de forma individual y de acuerdo a cada uno de ellos, para brindar eficazmente todos los servicios de calidad que requiere cualquier ser humano sin necesidad de estar en un medio cerrado o carente de estímulos y contacto con la realidad social.

Hay que hacer notar que el hoy **niño** dejará de serlo, los cuidadores principales, sus maestros o terapeutas en un futuro dejarán de estar en su contexto, por lo que deberá enfrentarse a una sociedad que puede rechazarlo, aceptarlo, integrarlo, incluirlo o ignorarlo. La interrogante y planteamiento ahora es, ¿de qué forma los aprendizajes y la habilitación que obtuvo el hoy menor con capacidades diferentes le permitirán desenvolverse de manera autónoma en la medida de sus posibilidades en un futuro? ¿Se le permitirá participar en una vida comunitaria, se le dará la oportunidad de tener un trabajo, su propia familia y todo aquello que podemos elegir libremente las personas llamadas “normales”?

Así pues, queda mucho más por hacer, barreras no solo físicas por eliminar, para lo cual es necesario que en realidad los gobiernos de cada estado o nación modifiquen sus legislaciones, políticas y planes de desarrollo que atiendan y presten atención al área de las **“Capacidades diferentes y Necesidades Educativas Especiales”**.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez R. A., Ayala B. A., Nuño L. A. & Alatorre M. E. (2005). *Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI)*. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 17 (3). 71-76. ISSN 1405-8790. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=28&IDPUBLICACION=652>

Álvarez F.R., Urra C.L., & Aliño S.M. (2001). *Repercusión de los Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer*. *RESUMED* 14(3): 115-21. ISSN 0864-2184. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/ressu301.htm

Álvarez-Gayou, J.L., Nunnally, J.C. (1970). *Cómo hacer Investigación Cualitativa. Fundamentos y Metodología*. Caps. 1, 2,3. México: Paidós

Amate E.A. & Vásquez J.A. (2006). *Discapacidad lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la Salud*. ISBN 9275316163. Recuperado de http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=bnf6zhhwfDQC&oi=fnd&pg=PT11&dq=rehabilitaciòn+y+discapacidad&ots=tXWs4OnloE&sig=FBt3Ae_PrWfHzRHE_omHDlp63E#v=onepage&q=rehabilitaciòn%20y%20discapacidad&f=false

Ameratunga S., Officer A., Temple B. & Tin Tin S. (2009). *Rehabilitation of the injured Child*. *Bull World Organ* 87:327. Doi: 10.2471/BLT.09.057067
Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/5/09-057067/en/index.html>

Atehortúa A.S. (2005). *La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la Unidad de Neonatología*. Monografía para optar al título de especialista en cuidado al niño en estado crítico de salud. Recuperado de https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:TzuN8Xgh7OsJ:tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/150/1/EstimulacionNeonatoHospitalizado.pdf+la+estimulacion+temprana+del+neonato+hospitalizado+Atehortua&hl=es&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEESjWd_6Dloqo7-nli_3Nnlbdb7gp374KvHzSxU1N0yLpUW6dM3Y-GWpNExvKhpvYUIIkoZnnaJYm88hoP-on_KSny_FpWtJKRGKS3qddgP-RlrmSPuaSGdiyfKoYRqhf846rYdJ9&sig=AHIEtbTuYVgo51xWuVIBxk0qywCfkl1eDA

Bauer A.M. Shea, & T.M. (2000). *Educación Especial: Un enfoque ecológico*. México. Mc Graw Hill.

Begoña P.L. (2004) *Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica*. Colección Panamericana de Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana. ISBN 84-7903-781-4. Recuperado de <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=W8CN0MZGK0sC&oi=fnd&pg=PT5&dq=terapia+de+lenguaje+y+discapacidad&ots=J66FgSmcfR&sig=OpRuWFbSzoasFLKrAdzMKUXFcvw#v=onepage&q=terapia%20de%20lenguaje%20y%20discapacidad&f=false>

Benítez, J., Bordón, C., Céspedes, M., Duarte L. & Romero S. (2004). *Factores que motivan la internación en la Unidad de Neonatología*. *CIMEL* 9 (1) p.17-19. ISSN 1680-8398. Recuperado de http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1680-83982004000100004&lng=pt&nrm=iso

Buela, G. y Sierra, J. (1997). *Evolución histórica de la evaluación psicológica*. En G. Buela y Sierra (dirs.). *Manual de evaluación psicológica*. Madrid: Siglo XXI.

Calderón, A.N. (s/f). Terapia del lenguaje. PsicoPedagogía.com. Recuperado de <http://www.psicopedagogia.com/terapia-lenguaje>

Castellanos T. A. (2009). *La importancia de la participación del padre en la estimulación temprana del niño con parálisis cerebral*. (Tesina para obtener título de licenciado en pedagogía, UNAM). Recuperado de http://p8080-132.248.9.195.pbidi.unam.mx:8080/tesdig2/Procesados_tesis_2009/febrero/0639323/Index.html

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001)

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS) 2011. Gobierno Federal. Salud. Recuperado de: <http://conadis.salud.gob.mx/>

Córdoba A.L., Gómez B.J. & Verdugo A.M. (2008). *Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo*. UNIVERSITAS PSYCHOLOGICA 7 (2) pp. 369-383. ISSN 1657-9267. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/sitio/psychologica/sccs/tabla.php?id=19>

Cuairán Y.O., Laparra A.I., Arnedo V.A. & Loitegui B. A. (2009). *Terapia Ocupacional en Discapacidad Intelectual*. TOG Revista Terapia Ocupacional Galicia 4 pp. 391-409. ISSN 1885-527X. Recuperado de <http://revistatog.3owl.com/suple/num4/indice.htm>

Chance, P. (2001). Procedimientos Pavlovianos; Procedimientos Operantes: Reforzamiento. *Aprendizaje y conducta*. México: Manual Moderno. Cap. 3.

Chance, P. (2001) Programas de reforzamiento. *Aprendizaje y conducta*. México: Manual Moderno. Cap. 10

Davison, G. (2003). *Psicología de la Conducta Anormal*. México: Limusa pp. 28-51.

Del Bosque, F., A (2005) *Función del Psicólogo en áreas tradicionales y emergentes*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM, México. Inédito.

Diario Oficial de la Federación, 2012. Leyes y Reglamentos. Ley General de Educación. Última reforma publicada. Recuperado de <http://dof.gob.mx/>

Discapnet 2009. Recuperado de http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapacitantes/P/Paralisis%20cerebral/Paginas/Descripcion.aspx#_top

Dirección General de Educación Superior para profesionales de la Educación (DGESPE). SEP. Recuperado de <http://www.dgespe.sep.gob.mx/planes/lee/criterios>

Domjan, M. (1999). Capítulo 1: "Introducción". *Principios de aprendizaje y Conducta*. (Comp.) México: Thompson.

Espinosa L.M., Parada L. A. & Rubiños M.A. (2009). *Ensayo: Importancia de la Psicología y las Neurociencias del Comportamiento en el contexto de la*

Rehabilitación. Inédito. Oaxaca de Juárez, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Licenciatura en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Fridman E.A. (2004). *Plasticidad cerebral y aprendizaje en la neurorehabilitación*. Archivos de neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría 8 (2). ISSN: 1669-709x. Recuperado de <http://www.annyn.org.ar/dspace/handle/123456789/126>

Garaigordobil, L. M. (1998). *Evaluación Psicológica. Bases teórico metodológicas, situación actual y directrices de futuro*. Salamanca: Amarú Ediciones. Cap. 4, La evaluación psicológica como proceso. Pp. 143,176.

García R.A. & Fernández M.A. (2005). *La inclusión para las personas con discapacidad: entre la igualdad y la diferencia*. Redalyc. Revista Ciencias de la Salud 3(2): 235-246. Colombia. ISSN: 1692-7273. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/562/56230213/56230213.html>

García, V.L.; Moya, S.J. & Rodríguez, D.S. (1992) *Historia de la Psicología I*. Introducción. Madrid: Siglo XXI. Pp. 31-48

Garzón D.K. (2007). *Discapacidad y procesos identitarios*. Revista Ciencias de la Salud, julio-septiembre 5 (2). Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/issue/view/80/showTo>

©

González, E. (2000) *Psicología del Ciclo Vital*. Madrid. Editorial CCS. Pp. 19-42

González P., González C., Núñez P. & Valle A. (2002). *Manual de Psicología de la Educación*. Madrid: Pirámide. Pp. 23-35.

Gómez-Alcalá A.V. & Rascón-Pacheco R.A (2008). *La mortalidad infantil por malformaciones congénitas en México: un problema de oportunidad y acceso al tratamiento*. Revista Panamericana de Salud Pública 24(5): 297–303. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1020-498920080011&lng=en&nrm=iso

Hernández, R.G. (2000). *Paradigmas en Psicología de la Educación*. México: Paidós.

Hernández S.R., Fernández C.C. & Baptista L.P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Heward, L. W. (2004) *Niños Excepcionales: Una introducción a la Educación Especial*. Madrid, Pearson Prentice Hall. Pp. 139-189.

Hübner G.M., Ramírez F.R. & Nazer H.J. (2004) *Malformaciones congénitas. Diagnóstico y manejo neonatal*. Editorial Universitaria S.A. ISBN 956-11-1747-9. Recuperado de <http://books.google.com.mx/books?id=MJgNtR4DKsYC&pg=PA21&lpq=PA21&dq=malformaciones+congenitas&source=bl&ots=OIIWslwqtg&sig=ugmAgNtcygKH2aR8i5eASTXkLbU&hl=es&sa=X&ei=i0BMT8GqFsX-sQKIhpkH&ved=0CGgQ6AEwCA#v=onepage&q&f=false>

Instituto Estatal de Educación Pública de Oaxaca (IEEPO) (2010). Manual de Organización del Centro de Atención Múltiple. Inédito

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*. México. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf

INEGI. *Panorama Sociodemográfico de México*. Censo de Población y Vivienda 2010. 2ª. Edición.

INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Consulta interactiva de datos. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#>

Jiménez C.M. (2005). *Aspectos pedagógicos fundamentales de la estimulación temprana*. (Tesina para obtener el título de licenciada en Pedagogía UNAM). Recuperado de http://p8080-132.248.9.195.pbidi.unam.mx:8080/tesdig2/Procesados_TESTDF/0344505/Index.html

Juárez C. A. (2005). “*Sistematización de la experiencia profesional en el centro de rehabilitación infantil TELETON estado de México*”. (Informe de sistematización de la experiencia profesional para obtener título de licenciatura en trabajo social. Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM). México, D.F. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2005/01521/0346237/Index.html>

Kazdin, A. (1983) *Historia de la Modificación de la Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Caps. 2, 3, 5 y 9.

Kazdin A.E. (2009) *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Décimo tercera edición. México: Manual Moderno. 506 pp.

Kielhofner G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3ª. Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana. 304 pp. ISBN: 950-06-1258-5. Recuperado de:
<http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=jpTLhKEkVRQC&oi=fnd&pg=PA2&dq=terapeuta+ocupacional&ots=KTWswFzzg1&sig=I49zvlQKw8S1CF-cEmzDEopRdu4#v=onepage&q=terapeuta%20ocupacional&f=false>

Kübler-Ross E. (1969) *On death and Dying*. Taylor & Francis Group. Pp. 33-101. ISBN 0-415-04015-9

Labrador F.J., Cruzado J.A. & Muñoz M. (2008) *Manual de Técnicas de modificación y Terapia de conducta*. España: Ediciones Pirámide. 910 pp. ISBN: 978-84-368-1374-6

Law J., Garrett Z. & Nye C. (2008) *Intervenciones de terapia del habla y el lenguaje para niños con retraso o trastorno primario del habla y el lenguaje*. La Biblioteca Cochrane Plus, 4. ISSN 1745-9990.
Recuperado de: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004110>

Leahey, T.H. (1993) *Historia de la Psicología*. Madrid. Prentice-Hall.

Limiñana G. R. & Patró H. R. (2004). *Mujer y salud: trauma y cronificación en madres de discapacitados*. Anales de Psicología, 20 (1). Doi 10.6018/analesps.20.1.27561. Recuperado <http://revistas.um.es/index.php/analesps/article/viewArticle/27561>

- Madrigal M. A. (2007). *The family and the cerebral palsy*. Intervención Psicosocial 16 (1). ISSN 2173-4712. Recuperado de <http://www.psychosocial-intervention.org/&numero=520071611&articulo=43381>
- Marsh, E., & Gram. S., (2001) Clasificación y tratamiento de la Psicopatología Infantil. En Caballo, E., y Simon M. (eds.) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Trastornos Generales: Madrid cap.1
- Martínez G. L., Robles R. M., Ramos R.B., Santiesteban M. F., García V. M., Morales E. M. & García L. L. (2008). *Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón*. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 20 (1): 23-29. ISSN 1405-8790. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=28&IDPUBLICACION=1726>
- Mayan M.J. (2001). *Una Introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales*. Recuperado de <http://www.iiqm.ualberta.ca/>
- Meléndez C.J. (2005). *Estudio descriptivo y analítico relacional, acerca de la estructura familiar y creencias de familias con un hijo que porte una discapacidad física producida por Mielomeningocele*. (Memoria para optar al título de Psicólogo Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales). Recuperado de http://www.cybertesis.cl/sdx/uchile/notice.xsp?id=uchile.2005.melendez_j-principal&qid=pcd-q&base=documents&id_doc=uchile.2005.melendez_j&dn=1

- Mendoza P.D. (s/f). *Planeación e Intervención Institucional en Necesidades Educativas Especiales*. Artículo introductorio al módulo Práctica Supervisada II. UNAM, México.
- Mercado T. V. (2010). *La cinesiología para el favorecimiento de la Plasticidad cerebral en la educación especial*. (Tesis para obtener título de licenciada en psicología UNAM). Extraído el 16 de octubre de 2011 desde: http://p8080-132.248.9.195.pbidi.unam.mx:8080/tesdig/Procesados_tesis_2010/noviembre/0664208/Index.html
- Moreno, M.E. (2005) *Cómo cuidar un enfermo en casa. Una guía completa para atender personas con discapacidad*. Manual Moderno. ISBN: 958-9446-12-4. Recuperado de: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-_jdlajldFsC&oi=fnd&pg=PP11&dq=discapacidad+y+cuidadores&ots=sQVKmeR9AV&sig=rcRhY3mssAdDiRe_89g8Fy-VNC0#v=onepage&q=discapacidad%20y%20cuidadores&f=false
- Mulas F., Gracia M. (2011) *La atención temprana: qué es y para qué sirve*. INVANEP. Recuperado de <http://www.invanep.com/es/publicaciones-cientificas/atencion-temprana/8-atencion-temprana-mulas-milla.html>
- Naciones Unidas 2011. *Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/disabilities/index.asp>
- Naciones Unidas (2007). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (1994). *Declaración de Salamanca y marco de acción para las necesidades educativas especiales*. Versión Electrónica. Recuperado de <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/educacioninclusiva/documentos/PoliticaInternacional/DeclaracionSalamanca.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Discapacidad y rehabilitación*. Recuperado de <http://www.who.int/disabilities/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) *INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO*. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. ISSN 1020-6760 Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>

Papalia, E.D., Wendkos O.S., & Duskin F.R. (2004). *Desarrollo Humano*. México. Mc Graw-Hill. Cap. 1

Pascual J.M. & Koenigsberger M.R. (2003). *Parálisis cerebral: factores de riesgo prenatales*. Revista de Neurología 37 (3):275-280. ISSN 1576-6578 Recuperado de <http://www.revneurolog.com/sec/ind.php?Vol=37&Num=03&i=e>

Phares, J. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: El manual moderno. Cap. 1

Pérez A. L. & Mendiando R. P. (2007). *La parálisis cerebral infantil: su impacto sobre el ajuste emocional y desempeño social de la madre*. Revista

Electrónica Archivo Médico de Camagüey 11 (5). ISSN 1025-0255.
Recuperado de <http://www.amc.sld.cu/amc/2007/v11n5-2007/2212.htm>

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO (PROSALDIS) 2007-2012. (2009)
Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la Salud. ISBN: 978-607-460-056-8. México. Recuperado de <http://conadis.salud.gob.mx/>

Ravel M. L. (2005). *Programa integral de estimulación temprana y de padres de familia para la prevención de alteraciones en el desarrollo y aprendizaje escolar del niño de 0 a 6 años de edad.* (Tesis teórica para obtener grado de licenciado en Psicología UNAM). Recuperado de http://p8080-132.248.9.195.pbidi.unam.mx:8080/tesdig2/Procesados_2005/0601779/Index.html

Rayner M. & Moore S. (2007). *Stress and Ameliorating Factors among Families with a Seriously ill or Disabled Child.* E-Journal of Applied Psychology 3(1) pp. 86-93. ISSN 1832-7931. Recuperado de <http://ojs.lib.swin.edu.au/index.php/ejap/issue/view/12>

Rehm, L. (1998). Métodos de autocontrol. En: Caballo, V. (Comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta.* España: Siglo XXI. Cap. 27

Resumen Informe Mundial sobre la discapacidad (2011). Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html

- Ribes I.E. (2002) *Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo*. Décimo octava reimpresión. México: Editorial Trillas. 283 pp. ISBN 968-24-0220-4
- Roa, A. (1995). Bases teóricas y conceptuales de la evaluación en psicología clínica. En: A. Roa (Dir.). *Evaluación en psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Cepe, p.25-71.
- Romero R. & Celli A. (2006). *Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral*. Revicyh Luz 11(1) 1-12. Recuperado de <http://revistas.luz.edu.ve/index.php/ed/article/view/3198>
- Rosenzweig, M. R., Leiman, A. L. & Breedlove S. M. (2001). Cap. 1: Psicología Biológica: alcance y visión general. *Psicología Biológica. Una introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica*. España: Ariel Neurociencia. PP. 1-28
- Rubiños M.A. & Cols. (2011). "*Proyecto: Propuesta de inclusión e integración educativa y social de Niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE) y Capacidades Especiales en el Estado de Oaxaca*" 1ª. Etapa." (Registro en trámite) Inédito.
- Sánchez E., Cantón M. & Sevilla S. (2005) *Compendio de educación especial*. México: Manual Moderno. 6ª. Reimpresión, 2005. ISBN 968-426-768-1 Cap. 6.
- Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1996) *Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall. Pp. 31-52, 92-121.
- Secretaría de Educación Pública. Educación Especial. Recuperado de http://www.sep.gob.mx/wb/sep1/ingreso_permanencia_edespecial

Secretaría de Educación Pública (SEP) (2002). *Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa*. Versión electrónica. Recuperado de <http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/publicaciones/ProgNal.pdf>

Secretaría de Salud. *Centro de Documentación Institucional*. Versión electrónica. Recuperado de <http://cdivirtual.salud.gob.mx/>

Silva, R.A. y Aragón, B., L., E., (2002). El proceso terapéutico: dinámica continua de evaluación conductual. En: L., E., B., Aragón y A., R., Silva (Eds.). *Fundamentos Teóricos de la Evaluación Psicológica*. Editorial Pax: México. Cap. 2, pp. 63-123.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Oaxaca (DIF) 2010-2016. *Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)*. Recuperado de <http://www.dif.oaxaca.gob.mx/info/cree.html>

Sotelano F. (s/f). *Historia de la rehabilitación en Latinoamérica*. Recuperado de <http://journals.lww.com/ajpmr/Documents/Manuscript%20AJ11107%20Sotelano%20Invited%20Commentary.pdf>

Tizón J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencia, investigación y asistencia*. Temas de Salud Mental. Editorial Paidós. Recuperado de <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-jrPFKEtoZQC&oi=fnd&pg=PA95&dq=proceso+de+duelo&ots=TbVVCZw9ta&sig=8Z1ihTNeBkvBwLoRRPXJqSeaSv8#v=onepage&q=proceso%20de%20duelo&f=false>

Tolentino B. K. (2009). *Calidad de vida en niños con parálisis cerebral infantil severa en el instituto nacional de rehabilitación: una percepción de sus padres*. (Tesis digital para obtener diploma de especialista en Medicina de Rehabilitación. Facultad de Medicina UNAM) México. Recuperado de http://p8080-132.248.9.195.pbidi.unam.mx:8080/tesdig2/Procesados_tesis_2009/abril/0642047/Index.html

Tortosa, G.F. (1998) *Una Historia de la Psicología Moderna*. Madrid. McGraw-Hill.

UNESCO (2009) *Directrices sobre políticas de inclusión en la educación*. Francia. Recuperado de http://www.inclusive-education-in-action.org/iea/dokumente/upload/140a4_177849s.pdf

UNESCO. (2000) *Declaración Mundial sobre Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje*. Jomtiem: Tailandia. Recuperado de http://www.unesco.org/education/efa/wef_2000/index.shtml

UNICEF (2010). *Los derechos de la infancia y la adolescencia en México: Una agenda para el presente*. Resumen ejecutivo.

Uribe Q.E. (2008). *¿Qué sabe usted acerca de... malformaciones congénitas?*. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas. ISSN: 1870-0195. Redalyc 39 (2). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57939207>

Vallejo M. J., (2001). *Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad*. Iatreia Revista Médica Universidad de Antioquía 14(2)

ISSN 0121-0793. Recuperado de

<http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/335/257>

Venegas B. B. (2006). *Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada*. Revista Aquichan 6 (1): 137-147. Chía Colombia. ISSN 1657-5997. Recuperado de

<http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/87>

Zulueta A. & Peralta F. (2008). *Percepciones de los padres acerca de la conducta autodeterminada de sus hijos/as con discapacidad intelectual*. Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Vol. 39 (225): 31-43. ISSN 0210-1696. Recuperado de

http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=1348&clave_busqueda=39

ANEXOS



ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.- ¿Cuál es el nombre de la intervención?

Psicoeducación en Técnicas Conductuales hacia Profesionales que laboran en el ámbito de la Rehabilitación Integral y Educación Especial con Menores que presentan Capacidades Diferentes.

2.- ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?

El objetivo general de la Intervención será capacitar a especialistas que laboran en el ámbito de la Rehabilitación infantil y la Educación Especial en técnicas de modificación de conducta mediante un taller que integre el programa de Psicoeducación, para que las apliquen en su labor profesional con los pacientes y/o alumnos y generalicen al contexto familiar.

3.- ¿Quién es el responsable de esta intervención?

Aleida Isela Rubiños Martínez, pasante de Psicología de 9° semestre, bajo la supervisión y tutoría de la Dra. Patricia Landa Durán y el postulante a Dr. Omar Moreno Almazán en los módulos de Práctica Supervisada III. Terapia cognitivo-conductual y sus aplicaciones; Seminario de Titulación en Procesos en Psicología Clínica de la licenciatura en Psicología respectivamente.

4.- ¿Por qué se hace esta intervención?

Esta intervención se hace a partir del interés por colaborar indirectamente en beneficio de niños y niñas con capacidades diferentes, a través de los profesionales que participan en su rehabilitación y el proceso de enseñanza-aprendizaje para proporcionarles herramientas que podrán utilizar en su ámbito laboral. Además es parte del trabajo de tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología.

5.- ¿En quiénes se hará esta intervención?

Se realizará en participantes que laboren en diversos centros educativos que pertenecen al Instituto Estatal de Educación Pública de Oaxaca (IEEPO) o en el ámbito de la Educación Especial, así como el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Oaxaca (DIF), en las áreas o servicios de Terapia de Lenguaje,



Ocupacional, Profesores de Educación Especial, Trabajo Social y Psicólogos entre otros; en caso de que así lo deseen terapeutas físicos.

6.- ¿Qué deben hacer las personas que participan en esta investigación?

En un principio los participantes recibirán el contenido temático, contestarán una escala tipo Likert para detección de necesidades sobre técnicas conductuales y el cuestionario de datos sociodemográficos. Después deberán acudir a las siguientes sesiones en día y hora establecidos.

7.- ¿Qué beneficios recibiré al participar en el taller?

El principal beneficio es ampliar el conocimiento y formación profesional de los participantes, quienes adquirirán herramientas útiles que podrán poner en práctica en su ámbito laboral; para sus alumnos y/o pacientes así como sus familiares, a quienes se les brindará la oportunidad de mejorar su calidad de vida. Además se entregará constancia de asistencia.

8.- ¿Cómo se manejarán los datos que se recolecten?

En primer lugar, los cuestionarios recolectados serán manejados únicamente por la responsable de la intervención. La tesis y publicaciones científicas que surjan de esta intervención hablarán solamente en cifras globales y en ningún caso se mencionará información personal y datos confidenciales de los participantes, alumnos ó pacientes de las Instituciones.

Si su decisión es NO PARTICIPAR en la investigación, por favor NO FIRME la hoja, simplemente devuélvala. Pero si su decisión es que SI PARTICIPARÁ, por favor continúe con la siguiente parte. Gracias.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Por medio de la presente declaro que he leído y comprendido el documento informativo, se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes, el procedimiento, y beneficios que implica esta intervención.

Declaro que no he sido sometido a ningún tipo de presiones y que mi decisión de participar en esta intervención es completamente voluntaria.

Entiendo que conservo los derechos de retirarme del taller en cualquier momento, en cuyo caso no recibiría constancia de asistencia, de que la información sea manejada de manera confidencial, de hacer preguntas en cualquier momento y de ser informado de datos relevantes de la intervención.

En constancia se firma en Oaxaca de Juárez, Oaxaca, a los _____ días, del mes de _____ del año 2012.

NOMBRE	FIRMA	TELÉFONO DE CONTACTO
Aplicador. Aleida Isela Rubiños Martínez.		951 123 9285

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Buenos días:

Con el objetivo de obtener datos demográficos de especialistas que participarán en el programa de "Psicoeducación en Técnicas Conductuales hacia Profesionales que laboran en el ámbito de la Rehabilitación Integral y Educación Especial con menores que presentan Capacidades Diferentes" se ha elaborado este cuestionario, el cual está compuesto por una serie de preguntas con diversas opciones de respuesta.

Para contestar, lea detenidamente cada pregunta, y elija la opción de respuesta que considere representa lo más cercano posible a su situación personal marcando con una "X"; o complementando según su criterio. La información que proporcione será confidencial.

Si tiene alguna duda, consulte con el aplicador, y se le podrá brindar orientación al respecto. Al terminar de responder, revise sus respuestas y devuelva al aplicador. Gracias.

Sexo:	M	F	Edad	22-26	27-31	32-36	37 o más
Profesión u ocupación:							
Tiempo laborando con menores con capacidades diferentes (discapacidad)				MENOS DE UN AÑO	1-5 AÑOS	5 AÑOS O MÁS	
Institución en la que presta sus servicios		IEEPO		CREE-DIF		OTRO	
Área en la que labora		Terapia Ocupacional		Terapia de Lenguaje		Terapia Física	
Educación Especial		Psicología		Trabajo Social		Otro ¿cuál?	
Atiende a		Padres de familia		Menores con capacidades diferentes			

Oaxaca de Juárez, Oax., a ____ de _____ de 2012.



ANEXO 2.

ESCALA LIKERT SOBRE APLICACIÓN DE TÉCNICAS CONDUCTUALES EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INFANTIL Y EDUCACIÓN ESPECIAL (Rubiños, 2012)

Instrucciones:

Con el objetivo de conocer su opinión y aplicación en técnicas conductuales en el ámbito de la Rehabilitación Infantil y la Educación Especial se ha elaborado la siguiente escala Likert; a continuación le presentan una serie de afirmaciones con diversas opciones de respuesta. Por favor lea detenidamente cada afirmación y elija la opción de respuesta que refleje mejor lo que usted piensa o considera en cada caso marcando con una "X", tome en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Es muy importante que no deje de contestar ninguna afirmación, la información recabada se usará exclusivamente con fines estadísticos, por lo que el instrumento es completamente anónimo. Si tiene alguna duda, consulte con el aplicador, y se le podrá brindar orientación al respecto. Agradezco de antemano su colaboración.

Edad: _____ Género: F M Profesión: _____

No.	AFIRMACIÓN	DEFINITIVA- MENTE SI	PROBABLE- MENTE SI	INDECISO	PROBABLE- MENTE NO	DEFINITIVA- MENTE NO
1	Un menor con capacidades diferentes o Necesidades Educativas Especiales (NEE) es capaz de aprender nuevas habilidades.					
2	Los padres de familia deben continuar los ejercicios, indicaciones o estrategias que se utilizan en la terapia o clase.					
3	Para aplicar un tratamiento o sugerir estrategias en el ámbito familiar se debe tomar en cuenta el contexto que rodea al menor.					
4	Las habilidades que un paciente con capacidades diferentes o alumno con NEE aprenda y desarrolle en la terapia o clase se pueden generalizar a otros contextos y situaciones.					

No.	AFIRMACIÓN	DEFINITIVA- MENTE SI	PROBABLE- MENTE SI	INDECISO	PROBABLE- MENTE NO	DEFINITIVA- MENTE NO
5	Considero que debo evaluar los comportamientos de mi paciente o alumno periódicamente.					
6	Para lograr una conducta final en mi alumno o paciente, necesito ejemplificar cómo se realiza ésta.					
7	Aunado a las estrategias que utilizo con mis pacientes y alumnos podría implementar técnicas conductuales.					
8	Mis alumnos o pacientes podrían desarrollar conductas de autocuidado (comer por sí mismos, lavarse, ir al baño, vestirse).					
9	Tengo alumnos o pacientes que presentan conductas auto agresivas, éstas únicamente pueden reducirse o controlarse con medicamentos.					
10	Cuando mis alumnos o pacientes presentan alguna conducta que no les favorece en la rehabilitación o en el proceso enseñanza-aprendizaje puedo aplicar un castigo.					
11	Cuando mis alumnos o pacientes tienen un pequeño logro puedo premiarles.					
12	Da igual cualquier premio que se le de a un paciente o alumno, es lo mismo para todos un dulce o un aplauso.					
13	Cuando mi alumno o paciente llora, lo mejor es proporcionarle en ese momento lo que desea.					



No.	AFIRMACIÓN	DEFINITIVA- MENTE SI	PROBABLE- MENTE SI	INDECISO	PROBABLE- MENTE NO	DEFINITIVA- MENTE NO
14	He intentado modificar conductas en mis alumnos o pacientes, para lo cual he tomado nota en qué momento se presentan más y que hace que las manifiesten.					
15	Podría dedicar una o dos sesiones para observar y registrar la conducta de mi alumno o paciente.					
16	Para lograr una conducta final en mi alumno o paciente, podría realizar la actividad por pasos pequeños o aproximaciones.					
17	Considero que los padres de familia de mis pacientes o alumnos siguen al pie de la letra mis indicaciones para el trabajo en casa.					
18	Cuando mi alumno o paciente ha logrado realizar lo que le estoy enseñando, debo reforzarle cada vez que lo haga.					
19	Puedo aplicar el mismo tratamiento con todos mis pacientes.					
20	Puedo establecer una línea base con solo preguntar al cuidador principal qué es lo que realiza el paciente o alumno en casa.					
21	Un ambiente familiar favorable facilitará el desarrollo de una persona con NEE o con capacidades diferentes.					
22	Considero necesario que mi alumno o paciente me dé su opinión sobre lo que le gustaría dentro de la terapia o la clase.					

No.	AFIRMACIÓN	DEFINITIVA- MENTE SI	PROBABLE- MENTE SI	INDECISO	PROBABLE- MENTE NO	DEFINITIVA- MENTE NO
23	Me parece necesario registrar en qué momentos se presentan las conductas a modificar de mi paciente o alumno.					
24	Podría utilizar técnicas de modificación de conducta con mis pacientes con capacidades diferentes o alumnos con NEE.					
25	Involucrar en el programa de modificación de conducta a cuidadores principales podría favorecer la adherencia terapéutica.					
26	Si pongo en práctica las técnicas de modificación de conducta con mis alumnos o pacientes, podría decirles a sus cuidadores principales cómo ejecutarlo en casa.					
27	Se debe registrar la frecuencia con que una conducta se presenta para modificarla o mantenerla.					
28	Se deben tomar en cuenta los antecedentes biológicos y factores contextuales para establecer un programa de modificación de conducta.					
29	Es mejor que los padres o cuidadores principales le faciliten las cosas a su hijos, ya que no podrán realizar las cosas por sí mismos.					
30	Las habilidades adquiridas por mi alumno o paciente podrá ejecutarlas en situaciones sociales o de la vida diaria.					



ANEXO 3.

**TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE
LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL
CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES.**

LISTA DE CHEQUEO CONCEPTOS BÁSICOS 1.

Número de participantes:

	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	EQUIPO 4
Mención sobre la observación				
Definición de conducta				
Eventos antecedentes				
Eventos consecuentes				
Frecuencia con que se presenta la conducta				
Hipótesis				
Contexto				



ANEXO 5.

**TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE
LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL
CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES.**

LISTA DE CHEQUEO SOBRE ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO

Número de participantes:

	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	EQUIPO 4
Caso a analizar				
Contexto en que se presenta la conducta				
Definición operacional de la conducta				
Eventos antecedentes y consecuentes				
Principio o técnica a utilizar				
Tipo de reforzadores				
Tipo de instigadores				
Conducta objetivo				



ANEXO 6.

TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES.

LISTA DE CHEQUEO SOBRE TÉCNICAS BÁSICAS PARA EL DESARROLLO DE CONDUCTAS

Número de participantes:

	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	EQUIPO 4
Caso a analizar				
Contexto en que se presenta la conducta				
Definición operacional de la conducta				
Repertorio de entrada				
Repertorio terminal o conducta meta				
Técnica a utilizar				
Secuencia de conductas y frecuencia				
Uso de instigadores o reforzadores y frecuencia				
Herramientas de apoyo				



ANEXO 7. TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES. Coordinador y moderador: Aleida I. Rubiños Martínez.

MAYO 2012.

SESIÓN 7. ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

NOMBRE PARTICIPANTE:

PASO	CONCEPTO	ELEMENTOS IMPORTANTES			
1	DATOS DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	EDAD	SEXO	GRADO
2	DETERMINANTES BIOLÓGICOS DEL PASADO	PRENATALES	PERINATALES	GENÉTICOS	
3	DETERMINANTES BIOLÓGICOS ACTUALES (DX)	ESTADO NUTRICIONAL	FATIGA	MEDICAMENTOS	
4	HISTORIA PREVIA INTERACCIÓN CON EL MEDIO	ANTECEDENTES ESCOLARES	REHABILITACIÓN, TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, LENGUAJE, PSICOLOGÍA	ANTECEDENTES FAMILIARES IMPORTANTES	OTROS
5	CONDICIONES AMBIENTALES A TOMAR EN CUENTA	TIPO DE INSTITUCIÓN	AULA/CUBÍCULO/CONSULTORIO	FAMILIARES	
6	LÍNEA BASE/REPERTORIO INICIAL	Observación Definición de conducta	Antecedentes y consecuentes	Frecuencia	Análisis funcional, hipótesis
7	CONDUCTA META (REPERTORIO TERMINAL)	Establecer objetivos a corto, mediano y largo plazo	Realizar evaluaciones periódicas (programar tiempos)	Comparar con línea base	
8	TÉCNICA A UTILIZAR	Reforzamiento positivo o	Castigo	Extinción	Para desarrollo



		negativo			de conductas moldeamiento/encadenamiento
9	TIPO DE REFORZADORES	Primarios	Secundarios	Sociales	Economía de fichas
10	TIPO DE INSTIGADORES	Físicos	Verbales	Ambientales	
11	FRECUENCIA CON QUE SE PROPORCIONARÁ REFORZADOR	Inmediatamente y después de ser ejecutada la conducta	Al término de la clase/sesión		
12	HERRAMIENTAS DE APOYO	Cada profesional elegirá según las herramientas o técnicas que utiliza de acuerdo a su área			
13	EVALUACIÓN/REESTRUCTURACIÓN DE TÉCNICA ⁴²	Si es necesario reconceptualizar la conducta, cambiar la técnica o volver a plantear objetivos			
14	DISMINUCIÓN DE REFORZADORES	Gradualmente	Ampliar el tiempo por día o semana		
15	DISMINUCIÓN DE INSTIGADORES	Gradualmente	Si es posible hasta solo instrucciones verbales		
16	EVALUACIÓN	Dependerá del caso y objetivos			
17	MANTENIMIENTO DE CONDUCTA	Conducta bajo control de estímulos	Discriminación		
18	GENERALIZACIÓN DE LA CONDUCTA	Contexto familiar	Contexto escolar	Otros	



ANEXO 8. LÍNEA BASE SIMPLE

CONDUCTA:			FECHA:
DEFINICIÓN OPERACIONAL:			
HORA	ANTECEDENTE	CONTEXTO	CONSECUENTE

Aleida I. Rubiños Martínez.

aleidarubinos@hotmail.com

Cel. 951 123 9285



ANEXO 8.1 REGISTRO DE AUTOCONTROL

DEFINICIÓN OPERACIONAL CONDUCTA A MODIFICAR:			FECHA:
OBJETIVO A CORTO PLAZO (5 DÍAS)			
HORA	ANTECEDENTE	CONTEXTO	CONSECUENTE (AUTORREFUERZO-AUTOCASTIGO)

Aleida I. Rubiños Martínez.

aleidarubinos@hotmail.com

Cel. 951 123 9285



Anexo 9. Acta de compromiso

En la ciudad de Oaxaca de Juárez, Oaxaca., a los 09 días del mes de mayo de 2012, se suscribe el "acta compromiso" entre la P. en Psicología Aleida Isela Rubiños Martínez y _____ quienes por voluntad propia se manifiestan a favor de procurar el bienestar integral y facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje de todos los niños y niñas con capacidades diferentes de cualquier índole, y en prueba de ello firman el presente documento.

El compromiso que asumen los firmantes, implica una acción solidaria mutua que permita llevar a cabo el Programa de modificación conductual elaborado durante el taller **«Psicoeducación en Técnicas Conductuales hacia Profesionales que laboran en el ámbito de la Rehabilitación Integral y Educación Especial con menores que presentan Capacidades Diferentes»** para el caso del menor _____. Manteniendo por tanto, comunicación para el seguimiento de dicho caso durante el tiempo que ambas partes consideren necesario.

RESPONSABLES:

P. en Psicología Aleida Isela Rubiños Martínez _____

TESTIGOS:



Anexo 10. Hoja de Evaluación del Taller

« Psicoeducación en Técnicas Conductuales hacia Profesionales que laboran en el ámbito de la Rehabilitación Integral y Educación Especial con menores que presentan Capacidades Diferentes »

Abril-mayo 2012, Oaxaca de Juárez, Oaxaca.

Coordinador y moderador: Aleida Isela Rubifios Martínez

Instrucciones: Con el objetivo de conocer su opinión sobre el desarrollo y contenido del taller, marque con una "X" la respuesta que más se asemeje a lo que Usted considere en cada una de las afirmaciones que se le presentan.

Profesión u ocupación: _____

AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Se brindó información sobre agenda y horarios				
2. Se proporcionó información sobre la temática a tratar y objetivos a lograr				
3. Considero que los objetivos programados se cumplieron				
4. Quedó claro el seguimiento del programa				
5. Se respetó el orden del programa				
6. Comprendí la información teórica proporcionada				
7. Comprendí la metodología a seguir				
8. Comprendí cómo poner en práctica los conocimientos adquiridos				
9. El contenido del taller es relevante para mi trabajo				
10. Las presentaciones y el material de apoyo fueron claros				
11. Las sesiones de trabajo fueron relevantes y útiles				
12. Obtuve conocimientos nuevos				
13. Considero que la duración del taller fue la adecuada				

AFIRMACIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
14. Pude relacionar fácilmente los ejemplos vistos con la teoría				
15. Las técnicas proporcionadas fueron novedosas				
16. Tuve oportunidad de hacer preguntas				
17. Se propició la interacción entre participantes				
18. Considero que el facilitador contó con los conocimientos necesarios				
19. Los temas del taller atrajeron mi interés				
20. Los conocimientos adquiridos me ayudarán a brindar una mejor atención a mis pacientes/alumnos				
21. Quedaron dudas sin resolver				
22. La información proporcionada tiene relación con mi profesión				
23. Me siento satisfecho con mi aprovechamiento del taller				
24. Me gustaría participar en otro taller similar				
25. El tono de voz de la moderadora fue audible				
26. La moderadora fue accesible con los comentarios y sugerencias				
27. El desarrollo del taller fue ameno				

28. ¿Qué tema del taller me quedó menos claro?

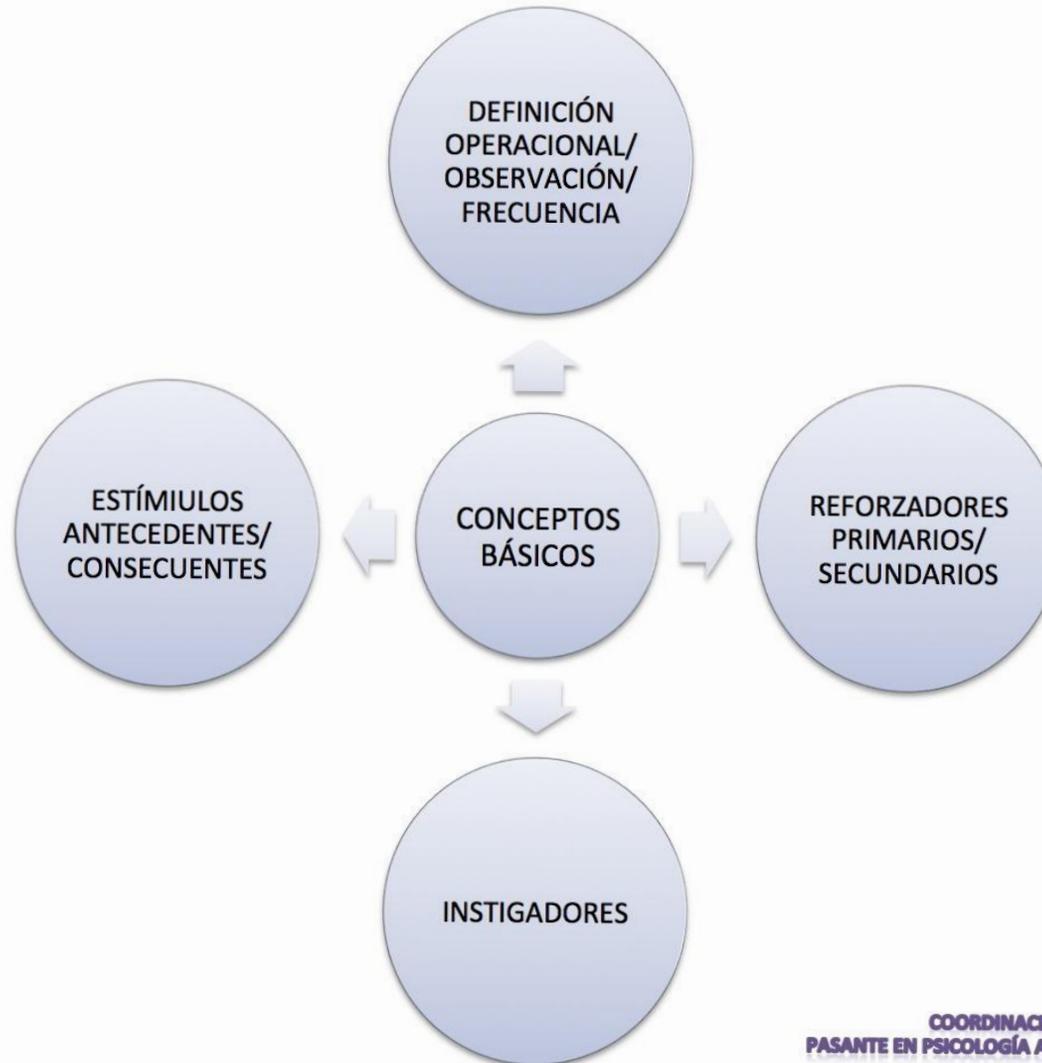
29. ¿Sobre qué tema me gustaría recibir más capacitación?

30. Comentarios y sugerencias:

¡MUCHAS GRACIAS!

Atte. Aleida Isela Rubiños Martínez.
"Los grandes sucesos dependen de incidentes pequeños"
 (Demóstenes)

TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES.
ANEXO 11. SESIÓN 2. CONCEPTOS BÁSICOS EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.

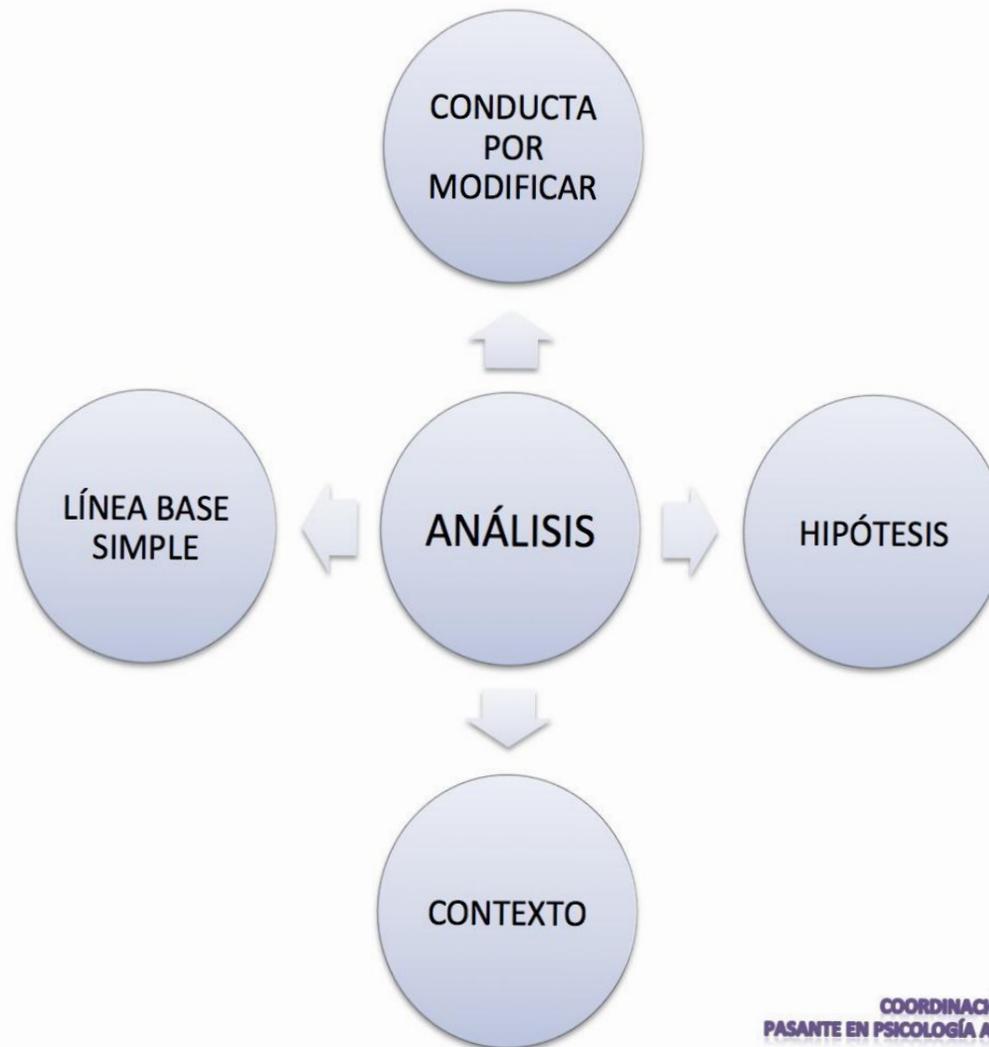


**COORDINACIÓN Y MODERADOR:
PASANTE EN PSICOLOGÍA ALEIDA ISELA RUBIÑOS MARTÍNEZ.**

TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES.

ANEXO 12.

SESIÓN 3. CONCEPTOS BÁSICOS EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.



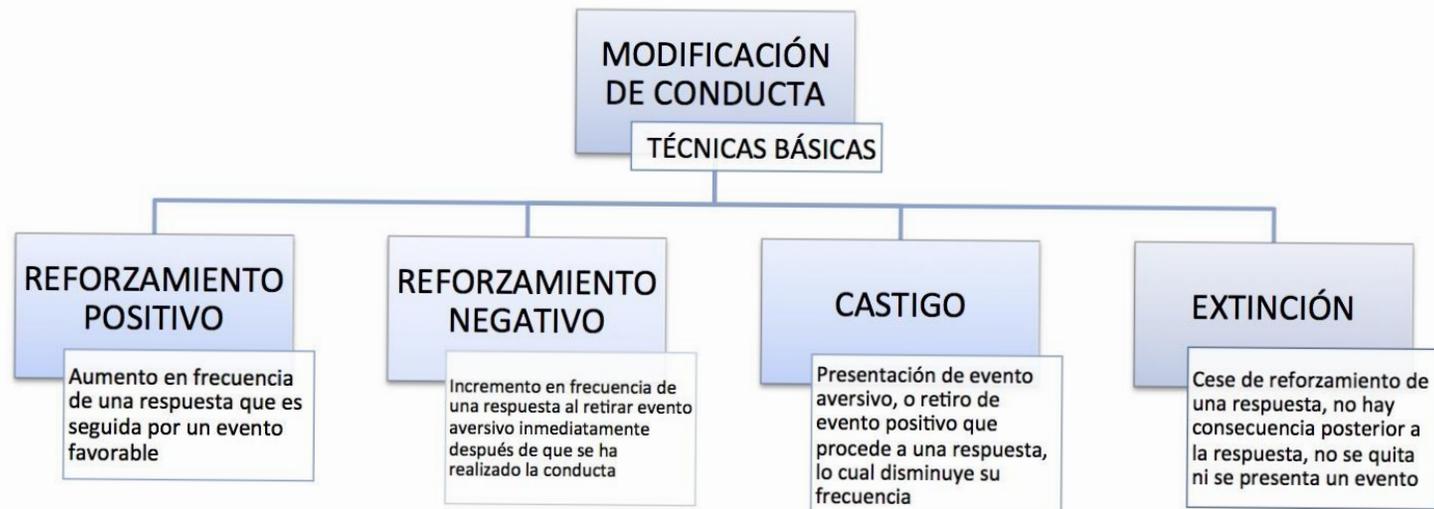
**COORDINACIÓN Y MODERADOR:
PASANTE EN PSICOLOGÍA ALEIDA ISELA RUBIÑOS MARTÍNEZ.**

TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES.
SESIÓN 5. TÉCNICAS BÁSICAS EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.



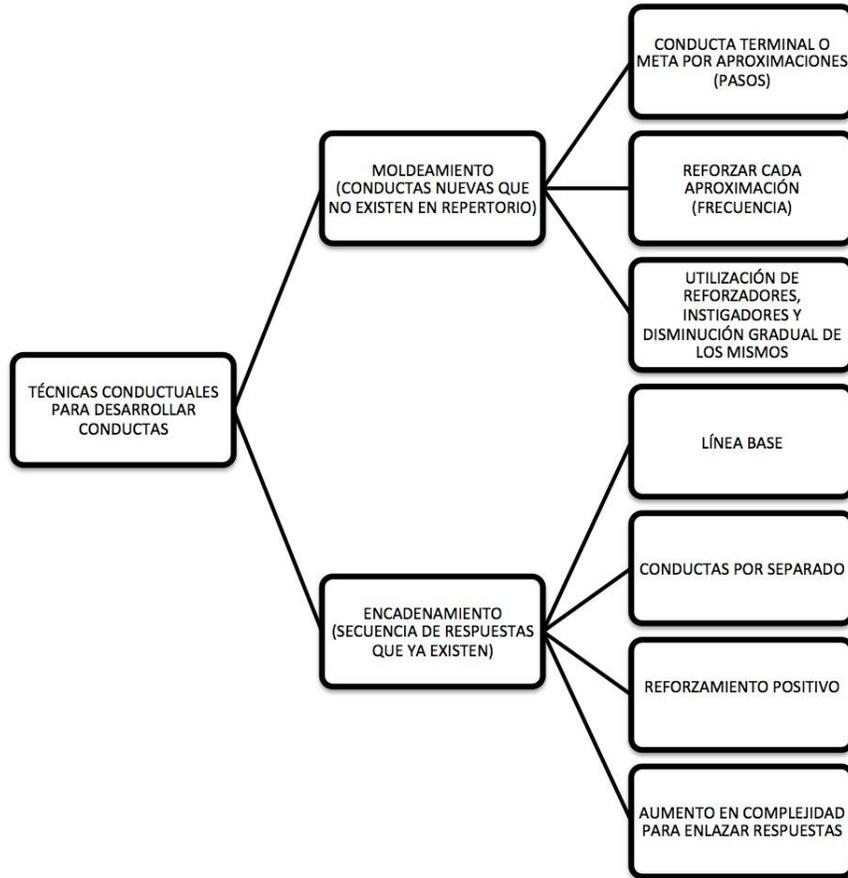
ANEXO 13.

**COORDINACIÓN Y MODERADOR:
PASANTE EN PSICOLOGÍA ALEIDA ISELA RUBIÑOS MARTÍNEZ.**



TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES.

ANEXO 14.

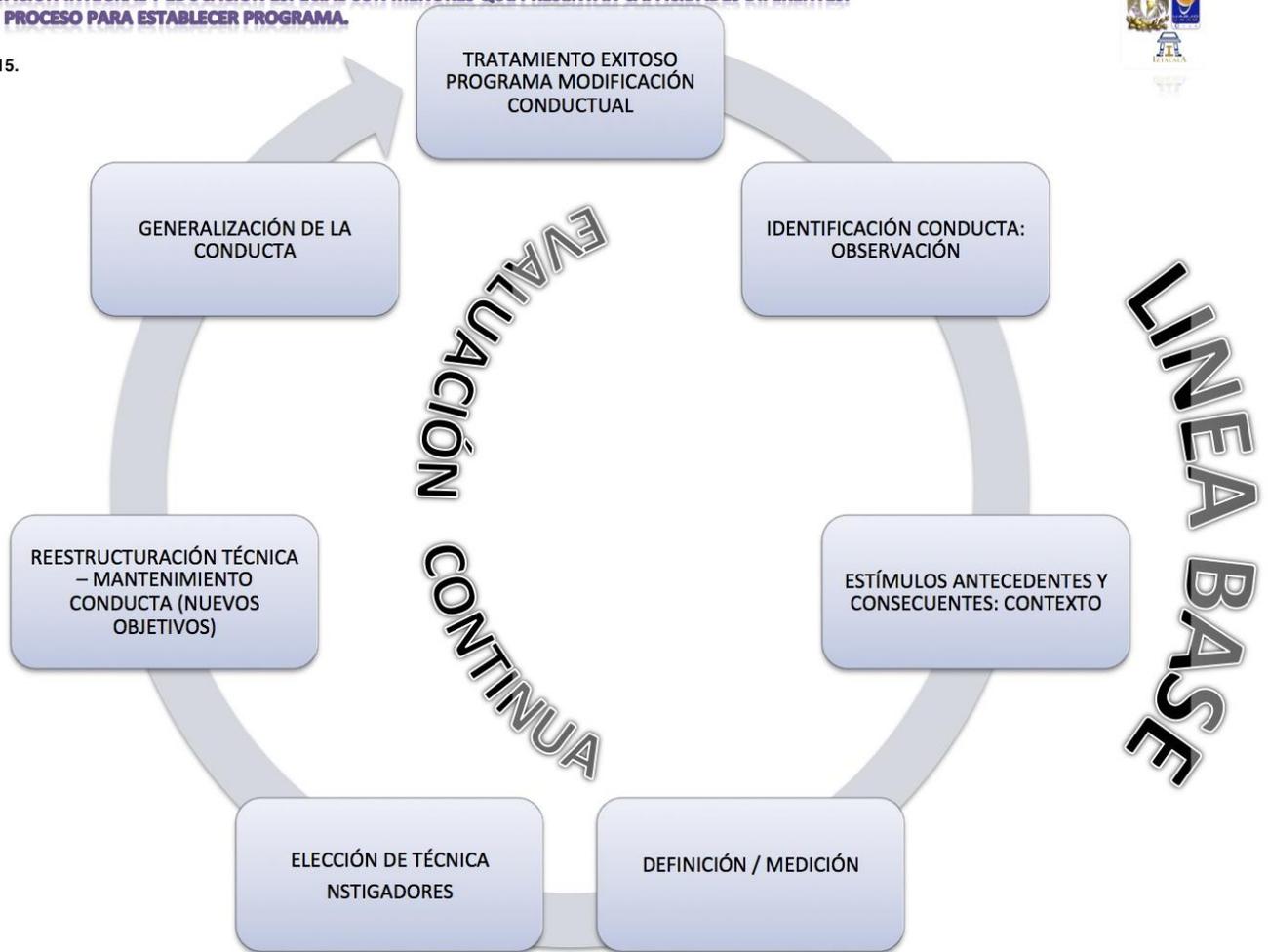


**COORDINACIÓN Y MODERADOR:
PASANTE EN PSICOLOGÍA ALEIDA ISELA RUBIÑOS MARTÍNEZ.**

TALLER: PSICOEDUCACIÓN EN TÉCNICAS CONDUCTUALES HACIA PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ÁMBITO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENORES QUE PRESENTAN CAPACIDADES DIFERENTES. SESIÓN 6. PROCESO PARA ESTABLECER PROGRAMA.



ANEXO 15.



**COORDINACIÓN Y MODERADOR:
PASANTE EN PSICOLOGÍA ALEIDA ISELA RUBIÑOS MARTÍNEZ.**